UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE DERECHO Y CS. SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

"Sistematización de Situaciones Profesionales de Trabajo Social en la Atención Terciaria en Salud"

Seminario de Título para optar al Grado Académico de Licenciado en Trabajo Social y al Título Profesional de Asistente Social.

Institución Patrocinante:
Hospital Carlos Van Buren.
Región de Valparaíso.

Profesor Guía:
Sra. Ketty Cazorla Becerra

Estudiantes Seminaristas:
Srta. Daniela Elizabeth Castillo Bórquez.
Srta. Ángela Paz Gamboa Herrera

Primavera de 2010.-

Agradecimientos

Porque en la vida todos regamos los árboles de la vida de los demás, con distintas regaderas y proporciones, ahora ustedes nos ayudaron que de nuestro árbol emergiera una nueva rama…

"Agradecemos a nuestra profesora Ketty por acompañarnos en este proceso y entregarnos la confianza necesaria para solidificar y concretar nuestro trabajo.

Profesora Patricia por apoyarnos en nuestras dudas, corregir nuestros errores y potenciar nuestros aciertos.

Agradecimientos especiales al Equipo de profesionales de Trabajo Social del Hospital Carlos Van Buren; Adriana, Alejandra, Carmen Gloria, Carolin, Carolina, Cecilia, Gabriela, Karina, Leticia, Lidia, Nancy, Priscilla, Susana, por conceder algunas horas del preciado tiempo laboral y permitirnos desarrollar nuestro trabajo, por la confianza en nuestras capacidades y por demostrar un alto compromiso en cada una de las actividades que el equipo seminarista propuso.

Carito por su disposición a apoyar y estar siempre animando al grupo en su proceso.

Pedro por alentarnos, y estar siempre dispuesto a dar un consejo que ordenara nuestras ideas.

Eduardo por apoyarnos en el diseño y formato del seminario.

Alberto por dedicar de su tiempo y apoyarnos en la corrección ortográfica de nuestro seminario.

Memo y Rodrigo por compartir la experiencia en su proceso de titulación.

Y a todos aquellos que indirectamente nos aportaron desde su condición de amigos y familia, alentándonos al logro, valorando nuestras capacidades e interesándose por compartir nuestras alegrías en cada uno de los momentos importantes que fueron formando nuestro trabajo".

Equipo Seminarista

Dedicatoria

"Si se siembra la semilla con fe y se cuida con perseverancia,
Sólo será cuestión de tiempo recoger sus frutos... "
Thomas Carlyle

Agradezco primeramente a Dios por darme todo lo que tengo y no dejarme caer nunca.

A mis Padres Carlos y Patricia por ser los mejores, estar conmigo incondicionalmente, porque sin ellos y sus enseñanzas no estaría aquí ni sería quien soy ahora, gracias por apoyarme siempre en todo lo que he querido en mi vida... Los Amo mucho

A mis hermanos Carlos y Francisco, por darme lo mejor de cada uno, brindarme su cariño, apoyo y comprensión. Gracias por facilitarme las cosas en el cuidado de mi Lucas.

A Eduardo, por haber aparecido y cambiado mi vida, ser mi Amigo y compañero, por tu amor, por ser tal y como eres. Gracias porque siempre que tenía una duda tú me la aclarabas, por acompañarme hasta largas horas de la madrugada, por tenerme paciencia cuando me estresaba y me ponía mal genio, por aguantarme y acompañarme a la distancia. Te Amo

A Daniela no sólo por ser mi compañera de tesis sino mi gran amiga, gracias por aguantarme, por comprenderme y por todo el tiempo compartido a lo largo de la carrera, por tu paciencia para superar tantos momentos difíciles y por ser un apoyo incondicional.

A mis Tíos Enrique y Mery por ser mis segundos padres, por ser parte importante de mi vida, entregarme su amor y comprensión y por estar siempre a mi lado y el de mi familia.

A mis amigas y amigos: Denif, Paulina, Tamara, Pedro, Paulo, Patricio, porque gracias a ellos sé lo que es la amistad verdadera, valor importante en mi vida, gracias por estar conmigo, por aconsejarme, retarme, orientarme, compartir risas y llantos en todo este tiempo.

A mis amigos de la universidad: Memo, Rodrigo Figueroa, Rodrigo Plaza, Rengo, Marta, Cecilia, Angélica por permitirme conocerlos y ser parte de su vida. Por ayudarme y estar conmigo a lo largo de la carrera, y aun después...

A mis primas Yoyita, Enita, Karla, Sam, Lolo, Paula por ser lo mejor de la familia, ser mis amigas y las que le dan alegría a mi vida... Mención especial a Mariangel, por ser mi hermana de la vida y la que nos dio el mejor regalo mi hermoso sobrino... Vicente.

A mi mami y Maggita, sé que me ven y están orgullosas de mí.

Gracias a todas aquellas personas que no nombré y que de una u otra manera estuvieron pendientes a lo largo de este proceso, brindado su apoyo incondicional.

Ángela.

Dedicatoria

"La felicidad solo es real cuando es compartida (…)".
Christopher McCandless.

Toda obra tiene sus inspiraciones, y toda obra tiene un alguien a quien dedicar, personalmente tengo un hermoso ramillete de inspiraciones y un gran canasto de personas a quien dedicar…

A mi familia… Mi Mamá Teresa y mi Normita, engranajes primordiales de mi formación, a quienes siempre he llamado mis tesoros y que en el camino de la vida me forjaron, me traspasaron valores y me demostraron que como mujeres llegamos a cualquier lado… Mi Chelita que partió durante mi proceso de formación profesional me dejo el mejor ejemplo de fortaleza, me demostró que la vida hay que vivirla con picardía y que nada es gratis…

Padre a ti este logro por creer siempre en mí y darme esa seguridad que me ayudo a llegar donde estoy, siempre los mejores consejos y las demostración de que el trabajo es el mejor medio para lograr nuestros sueños.

Madre a ti este logro por demostrarme que como mujeres podemos seguir luchando en la vida, por presentarme siempre como tu orgullo y por soportar mi carácter.A ti Ximena, una mas de mis madres, siempre incondicional a apoyar, contigo logre terminar mis procesos, participaste en lo que soy y en lo que seré en la vida… sembraste la bondad y la humildad, cosechaste en mí la enorme gratitud de mi corazón.

A mi hermano Mauricio, juntos demostramos que es posible salir adelante con pocos recursos, me demostraste que se puede y que aunque la vida tiene preparadas tantas sorpresas amargas como dulces, hay que seguir adelante.

A mi tía Kena entrego este logro en señal de gratitud por la confianza que depositó en mí para emprender este proyecto de vida, junto a tantas personas que desde el lejano país de Suecia quisieron que la Dany lograra ser profesional, a ustedes Tía Helena, Michelle, Marco y Mónica por su confianza en mí, sin su apoyo todo esto hubiese costado el doble. Espero seguir entregando gratificaciones a las personas que pusieron su esperanza en mí.

A mi Pedro, el mejor de mis amigos y mi único amor, el sabio distraído que me ha apoyado en estos siete años, siempre incondicional y siempre dispuesto a darme el mejor consejo, el que me escucha y aunque no me entienda me escucha igual… el que ha sido tantas cosas para mí y el que con su enorme comprensión me ama… este logro es de los dos… ¿cuánto te amo? De aquí al universo e infinitas vueltas…

A Ángela, mi compañera de tesis y amiga de la vida, que confió en compartir este gran proyecto, este gran logro personal y que me sigue acompañando hasta el final, pues separadas estamos cojas… gracias amiga.

Por último a todos mis amigos y amigas que estuvieron presente de algún modo, a mis amigos de la vida, a mis amigos del colegio y a mis amigos de la universidad y a todos aquellos que estuvieron presentes y no nombre, disculpas por eso…

Con gran orgullo

Daniela.

UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

REF.: Informa evaluación y calificación seminario de título alumnas que se indican.

VALPARAÍSO, 02 de Noviembre del 2010.

SEÑOR DECANO:

En cumplimiento de las disposiciones vigentes en la Universidad, en mi calidad de Profesora Guía, cumplo con informar a Ud. la evaluación practicada y calificación que he asignado al Seminario de Título denominado: ***"SISTEMATIZACION DE SITUACIONES PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCION TERCIARIA EN SALUD"***, cursado durante el año académico de 2010 por los alumnas de la Escuela de Trabajo Srtas. DANIELA ELIZABETH CASTILLO BORQUEZ y ANGELA PAZ GAMBOA HERRERA, incluyendo la sistematización de dicho seminario en el respectivo informe final.

Para efectos de la calificación se ha evaluado:

a) Importancia, originalidad y aporte del trabajo al campo profesional;
b) Aspectos metodológicos;
c) Amplitud y suficiencia del desarrollo del tema y de la Bibliografía utilizada;
d) Régimen formal de citas;
e) Carácter de la redacción y calidad del vocabulario técnico utilizado.

El Seminario de Título logra dar respuesta integral al objetivo propuesto, identificando y describiendo las principales situaciones profesionales de Trabajo Social en el nivel terciario de salud. Cabe señalar, que de esta materia existe actualmente una bajo caudal de información en el área de Salud Pública, por lo que es altamente valorable el aporte del presente trabajo.

Por lo anteriormente expuesto vengo en calificar el presente Seminario de Título, con nota **7,0** (siete coma cero).

KETTY CAZORLA BECERRA
PROFESORA GUIA

AL SEÑOR
ALBERTO BALBONTÍN RETAMALES
DECANO
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
PRESENTE
CKB/fpu.-

UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

REF.: Informa evaluación y calificación seminario de título alumnas que se indican.

VALPARAÍSO, 04 de Noviembre del 2010.

SEÑOR DECANO:

En cumplimiento de las disposiciones vigentes en la Universidad, en mi calidad de Profesora Informante, cumplo con informar a Ud. la evaluación practicada y calificación que he asignado al Seminario de Título denominado: ***"SISTEMATIZACION DE SITUACIONES PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCION TERCIARIA EN SALUD"***, cursado durante el año académico de 2010 por los alumnas de la Escuela de Trabajo Srtas. DANIELA ELIZABETH CASTILLO BORQUEZ y ANGELA PAZ GAMBOA HERRERA, incluyendo la sistematización de dicho seminario en el respectivo informe final.

Para efectos de la calificación se ha evaluado:

a) Importancia, originalidad y aporte del trabajo al campo profesional;
b) Aspectos metodológicos;
c) Amplitud y suficiencia del desarrollo del tema y de la Bibliografía utilizada;
d) Régimen formal de citas;
e) Carácter de la redacción y calidad del vocabulario técnico utilizado.

Seminario de Título presenta informe de sistematización sobre situaciones profesionales de Trabajo Social en el nivel terciario de atención en salud realizadas en el Hospital Van Buren de Valparaíso. Desarrollada acertadamente desde la estrategia metodológica de sistematización, la experiencia recoge con precisión el desempeño profesional de Trabajo Social en el ámbito hospitalario, visibilizando los aportes especializados de la profesión en el sector salud. El concepto de Situaciones Profesionales (Le Boterf, 2001) es aprovechado en forma plena como soporte conceptual y analítico del proceso, reportando valiosos aprendizajes en el quehacer profesional revisado.

Por lo anteriormente expuesto vengo en calificar el presente Seminario de Título, con nota **7,0** (siete coma cero).

PATRICIA CASTAÑEDA MENESES
PROFESORA INFORMANTE

AL SEÑOR
ALBERTO BALBONTÍN RETAMALES
DECANO
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
PRESENTE
PCM/fpu.-

Índice

Presentación..... 1

Capítulo I: Marco General.....2

1.1. Contexto Institucional.....3

1.1.1. **Contexto General en el que se enmarca el Seminario de Titulo**..... 4
- Objetivo General.....5
- Misión.....5
- Visión..... 5
- Valores..... 5
- Promesas.....5
- Historia Hospital Carlos Van Buren.....6
- Estructura Organizacional..... 7
- Organigrama Institucional.....9
- Política de la Institución.....11
- Reforma Sanitaria.....14
- Modelo de Autogestión en Red.....16
- Autogestión en Red en el Hospital Carlos Van Buren.....17
- Tipos de Beneficiarios..... 18

1.1.2. **Contexto de Trabajo Social en la Institución**.....23
- Unidad de Bienestar del Personal..... 24
- Unidad de Atención a las Personas.....26
- Unidad de Emergencia Adultos.....29
- Unidad de Servicio Social.....31

1.1.3. **Contexto del Rol Profesional en la Institución** 34
- Educador.....34
- Asistencial..... 34
- Implementador de Programas y Proyectos.....34
- Vinculador de redes..... 34
- Programas.....35

1.1.4. **Intervención Profesional dentro de la Institución**.....37
- Atención Profesional.....37
- Apoyo a Compromisos de Gestión.....42
- Apoyo Ges.....43
- Supervisión y Control de Programas Ministeriales y Hospitalarios..... 44

Capítulo II: Marco de Referencia.....45

2.1. El Sistema de Salud Chileno.....46
- Organización del Sistema de Salud..... 46
- Subsector Publico.....46

- Ministerio de Salud..... 47
- Fondo Nacional de Salud..... 49
- Organización Asistencial del SNSS..... 50
- Reforma de Salud..... 52
- Estructura de la Reforma de Salud..... 52

2.1.1. **Trabajo Social en Salud**..... 55
- Funcionamiento..... 58
- Niveles de Intervención..... 58
- Motivos de Atención..... 58
- Temáticas Frecuentes 59
- Redes y Vínculos Institucionales..... 59

2.1.2. **Profesionalidad y Situaciones Profesionales**..... 62
- Profesionalidad..... 62
- Situaciones Profesionales..... 64
- Variables Descriptivas de una Situación Profesional..... 65
- Situaciones Profesionales Atención terciaria en Salud/Alta Complejidad en salud..... 66
- Ámbitos Intervención Social Directa..... 66
- Ámbito Gestión Social..... 67
- Ámbito Satisfacción Usuaria..... 68

Capítulo III: Metodología de Trabajo..... 70

3.1. Marco Metodológico..... 71

3.1.1. **Metodología de Trabajo**..... 72
- Fundamentación..... 72

3.1.2**. Organización Metodología del Proceso de Seminario de Título**..... 75
- Directrices para la recolección de datos..... 75
- Objetivos de Sistematización..... 75
- Colectivo de las Situaciones Profesionales a Sistematizar..... 76
- Estrategias de Recolección de Información de las Situaciones Profesionales definidas para Sistematizar..... 77

Capítulo IV: Sistematización de la Información..... 81

4.1. Sistematización de la Información..... 82

4.1.1. **Breve Reseña histórica de Situaciones Profesionales en la Unidad de Servicio Social, período 1983-1990 y 2000- 2008**..... 83
- Organigrama..... 84
- Breve reseña histórica de Consulta Social..... 84
- Breve reseña histórica de la Visita Domiciliaria..... 85
- Breve reseña histórica de la Visita en Sala..... 86

- Breve reseña histórica de las Reuniones Técnicas Multidisciplinarias.....86
- Breve reseña histórica de la Gestión Judicial.....87
- Breve reseña histórica de la Jefatura y Coordinación de Unidades.....87
- Breve reseña histórica de la Planificación y ejecución de proyectos de mejoramiento.....87
- Breve reseña histórica del Asesoramiento técnico a Organizaciones Comunitarias y agrupaciones Intrahospitalarias.....88
- Breve reseña histórica de la Gestión Docente.....88

4.1.2. **Situaciones Profesionales en el Ámbito de Intervención Directa:** 89
- Consulta Social.....90
- Visita Domiciliaria.....97
- Visita en Sala.....103

4.1.3. **Situaciones Profesionales en el Ámbito de Gestión Social:** 109
- Reuniones Técnicas Multidisciplinarias.....110
- Gestión Judicial.....115
- Jefatura y Coordinación de Unidades.....124
- Planificación y Ejecución de Proyectos de Mejoramiento.....129
- Asesoramiento de Organizaciones comunitarias y Agrupaciones Intrahospitalarias..... 134

Capítulo V: Análisis Situaciones Profesionales..... 138

5.1. Análisis.....139

5.1.1. **Análisis de Situaciones Profesionales en el Ámbito de Intervención Directa**. 140
- Consulta Social.....141
- Visita Domiciliaria.....146
- Visita en Sala ó en Box..... 150

5.1.2. **Análisis de Situaciones Profesionales en el Ámbito de Gestión Social**.....155
- Reuniones Técnicas Multidisciplinarias..... 156
- Gestión Judicial.....160
- Jefatura y coordinación de Unidades..... 167
- Planificación y Ejecución de Proyectos de Mejoramiento.....171
- Asesoramiento de Organizaciones comunitarias y Agrupaciones Intrahospitalarias..... 175

Capítulo VI: Reflexiones y Conclusiones.....179

6.1. **Reflexiones profesionales**.....180

6.1.1. **Situación Profesional: Persona, Puesto y Entorno**.....181
- La Persona.....181
- El Puesto.....183
- El Entorno.....183

6.1.2. **El Profesional: Aquel que sabe gestionar y manejar una situación profesional compleja**..... 187
- Saber actuar y reaccionar con pertinencia..... 187
- Saber combinar los recursos y movilizarlos en un contexto..... 187
- Saber transferir..... 187
- Saber aprender y aprender a aprender..... 188
- Saber comprometerse..... 188
- Niveles de Profesionalidad..... 188

6.1.3. **Posicionamiento del empleo en relación con otros empleos**..... 192
- Posicionamiento basado en las competencias propias de la profesión.....192
- Posicionamiento basado en asumir responsabilidades de gestión.....192

6.2. Conclusiones..... 193

6.2.1. **Conclusiones temáticas**.....194
- En torno a Trabajo Social en el Ámbito de Intervención Directa en Atención Terciaria en Salud.....196
- En torno a Trabajo Social en el Ámbito de Gestión Social en la Atención Terciaria en Salud..... 198

6.2.2. **Conclusiones Metodológicas**..... 200

6.2.3. **Conclusiones en Torno a Trabajo Social**..... 202

Capítulo VII: Bibliografía.....204
- Textos..... 205
- Tesis y Documentos..... 205
- Fuentes electrónicas..... 205
- Fuentes primarias..... 207
- Otras fuentes..... 207

Anexos.....209

Índice de Tablas

Tabla 1-1 Dotación de Funcionarios..... 11
Tabla 1-2 Dotación de Profesionales..... 11
Tabla 1-3 Consecuencias de Maltrato Infantil..... 39

Índice de Esquemas

Esquema 1-1 Noción de Situación Profesional..... 65
Esquema 1-2 Variables Descriptivas de un empleo o Situación Profesional..... 79

Índice de Figuras

Figura 1-1 Hospital Carlos Van Buren..... 4
Figura 1-2 Historia hospital..... 6
Figura 1-3 Unidad de Bienestar del Personal..... 23
Figura 1-4 Unidad Atención a las personas..... 26
Figura 1-5 Unidad de Emergencia Adultos..... 29
Figura 1-6 Unidad de Servicio Social..... 31

Figura 4-1 Dolly Staig Asistente Social Jubilada Hospital Carlos Van Buren..... 82
Figura 4-2 Consulta Social..... 90
Figura 4-3 Consulta Social..... 91
Figura 4-4 Consulta Socia..... 92
Figura 4-5 Visita Domiciliaria..... 97
Figura 4-6 Visita Domiciliaria..... 98
Figura 4-7 Visita a Sala o Box..... 103
Figura 4-8 Visita a Sala o Box..... 104
Figura 4-9 Visita a Sala o Box..... 105
Figura 4-10 Reuniones Técnicas Multidisciplinarias..... 110
Figura 4-11 Reuniones Técnicas Multidisciplinarias..... 111
Figura 4-12 Gestión Judicial..... 115
Figura 4-13 Gestión Judicial..... 116
Figura 4-14 Gestión Judicial..... 119
Figura 4-15 Gestión Judicial..... 120
Figura 4-16 Jefatura y Coordinación de Unidades..... 124
Figura 4-17 Jefatura y Coordinación de Unidades..... 125
Figura 4-18 Planificación y Ejecución de Proyectos de Mejoramiento..... 129
Figura 4-19 Planificación y Ejecución de Proyectos de Mejoramiento..... 130
Figura 4-20 Planificación y Ejecución de Proyectos de Mejoramiento..... 131
Figura 4-21 Asesoramiento de Organizaciones comunitarias y Agrupaciones Intrahospitalarias..... 134
Figura 4-22 Asesoramiento de Organizaciones comunitarias y Agrupaciones Intrahospitalarias..... 135

Presentación

El Seminario de Titulo denominado: "*Sistematización de Situaciones Profesionales de Trabajo Social en la Atención Terciaria en Salud"*, se enmarca dentro del Contexto Institucional del Hospital Carlos Van Buren, comuna de Valparaíso, y el presente es el resultado de la sistematización.

De este modo, este documento se estructura en capítulos, el primero de ellos hace alusión al contexto general en que se enmarca la experiencia, es decir, a la institución patrocinadora del estudio. En el segundo capítulo se presentan todas aquellas consideraciones referenciales que enmarcan y sirven de soporte conceptual al trabajo realizado. A continuación se encuentra el capítulo tercero en el que se propone la metodología de trabajo, en el que se señalan la fundamentación del estudio y la metodología empleada; el sistema de objetivos; la selección del colectivo y las técnicas de recolección de la información. En el cuarto capítulo se presenta la descripción de la información recopilada según las variables expuestas en el acápite anterior, contemplando la sistematización de las observaciones, entrevistas y revisión de documentos realizadas a profesionales de Servicio Social vinculadas al Hospital Carlos Van Buren. En el capítulo quinto se exponen los análisis de las situaciones profesionales descritas en el capítulo anterior, resultantes de las entrevistas y observaciones realizadas. El sexto capítulo presenta las reflexiones y conclusiones desarrolladas por el equipo seminarista y en el capítulo séptimo se da a conocer la bibliografía utilizada para el presente trabajo. Por último en los Anexos encontraremos los instrumentos utilizados en las distintas situaciones profesionales.

Capítulo I
Marco General

1.1. Contexto Institucional

El hospital es una organización social, sus acciones se orientan al cumplimiento de objetivos determinados en las políticas públicas de salud del país, mediante la configuración de prestaciones que sean respuestas efectivas a las necesidades y demandas sociales.

La organización promueve la producción de servicios de atención en el ámbito de la salud en una sociedad; en la que trabajan personas proporcionando servicios a individuos y comunidades; y, a partir de ello, se crean profundos vínculos de compromiso y responsabilidad social entre la organización y la población a la cual sirve.

A continuación, se dan a conocer las principales características organizacionales y estructurales de la institución, como lo son sus objetivos, programas, beneficiarios, funciones, recursos, etc.

1.1.1. Contexto General en el que se enmarca el Seminario de Titulo

Figura 1-1. Hospital Carlos Van Buren. Centro Asistencial de mayor complejidad de la Región de Valparaíso.

- **Nombre:** Hospital Carlos Van Buren (HCVB).

- **Tipo de Institución:** De carácter público sin fines de lucro, dependiente del Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud Valparaíso- San Antonio (SSVSA).

- **Ubicación Geográfica:** Calle Colón Nº 2454, Valparaíso.

- **Fono:** 2364000

- **Fax:** 2258811. 4

- **E-mail:** guillermo.pardo@redsalud.gob.cl

- **Cobertura:** A todos los beneficiarios de Fonasa, y aquellos Convencionales.

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

- **Infraestructura:** El establecimiento se compone de 4 edificios principales: Torre Médica, Torre Quirúrgica, Oncología y Otorrino Oftalmología.

El Hospital Carlos Van Buren como institución de Salud Pública tiene como:

- ✓ **Objetivo general:** "Desarrollar acciones de salud orientadas a la protección, recuperación y rehabilitación de la población asignada".

- ✓ **Misión:** "Contribuir a la satisfacción de las necesidades de salud de la población asignada, en especial las de mayor complejidad, otorgando prestaciones de salud abiertas y cerradas, de emergencia y programas".

- ✓ **Visión:** Esta se enmarca en el Plan Estratégico Hospital Carlos Van Buren 2006-2009, cuyas acciones van dirigidas hacia el cambio de modelo de gestión y mejoras en el equipamiento e infraestructura hospitalaria, para responder de manera eficaz a los requerimientos de implementación de la Reforma Sanitaria.

"Ser el Centro Asistencial de mayor complejidad de la Región de Valparaíso, con especialidades supra regionales; de excelencia; Docente e integrado a la red de Atención. Con Equipamiento e infraestructura de Alto nivel, y el compromiso de sus trabajadores."

- ✓ **Valores:** Los valores que enmarcan todo accionar en la institución son: Compromiso, Equidad, Dignidad, Vocación de servicio, Humanidad, Probidad, Respeto, Solidaridad, Idoneidad y Lealtad.

- ✓ **Promesas:** Dedicar el mayor esfuerzo para brindar una atención humanizada que implique: oportunidad, eficacia e información.

✓ **Historia Hospital Carlos Van Buren**

Figura 1-2. Historia Hospital. Fundado en el año 1772, Bajo en nombre Hospital "San Juan de Dios" por Decreto 974 del 24 de mayo de 1929, a un mes de la muerte de Don Carlos Van Buren, la Honorable Junta de Beneficencia dispuso que en adelante el Hospital se denominara "Carlos Van Buren".

El 18 de noviembre de 1772 se fundó el Hospital de la Caridad o San Juan de Dios, que actualmente se conoce como el Hospital Carlos Van Buren. Su fundador fue Fraile José Centeno.

Siendo el cuarto hospital creado en Chile, se situó en el apartado sector Almendral; motivo que generó oposición. Por ello una Real Audiencia, equivalente a un Decreto Ley en la actualidad, ubicó al hospital en una residencia dejada por los Padres Jesuitas. Los Hermanos hospitalarios de San Juan de Dios, estuvieron a cargo del establecimiento hasta 1822. En esta fecha se acordó que pasaría a manos seculares, debido a la situación de abandono en que se encontraba.

La administración posteriormente estuvo a cargo de Francisco Fernández, integrante de la Junta de Salud Pública, quien encontró en estado deplorable el Hospital, lo que trajo como consecuencia el traslado del establecimiento. La ubicación del actual local, se da aproximadamente en 1883 y 1884, siendo Benito Fernández quien edificó las primeras salas, dicta reglamentos y se preocupa de generar al establecimiento.

En 1907, ingresa al servicio Don Carlos Van Buren, en calidad de subadministrador, el año 1921 fue nombrado Director Honorario del Hospital y Miembro Vitalicio de la Junta de Beneficencia de Valparaíso. Se destacó por la motivación que le dio al Hospital, llenando de vigor y entusiasmo al personal,

siempre buscando lo mejor para la gente que se desenvolvía junto a él y para la comunidad que atendía. Emprendió muchas obras, en las cuales incluso invirtió su propio dinero, debido a su gran espíritu filantrópico. Entre éstas se destaca la inauguración del Servicio de la Piel y Sífilis en el año 1918, la inauguración del Servicio de Anatomía Patológica y de Laboratorio Clínico en 1919, y en una instalación de Rayos X en 1920. Don Carlos Van Buren fallece el 25 de abril de 1929.

En el año 1928 inicia sus funciones el Departamento de Servicio Social Profesional, el primero en la provincia, a cargo de la Asistente Social, Sra. Diana Rodríguez.

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

En 1960, se construyó el edificio quirúrgico, y en 1980 y 1981 se construyó el edificio médico que se comenzó a utilizar el 15 de enero de 1982. En 1985 se suman al HCVB los servicios de maternidad, pediatría y especialidad del Hospital Enrique Deformes.

En 1990 el consultorio de especialidades da comienzo a sus actividades en nuevas dependencias, adosadas al edificio del hospital.

- ✓ **Estructura Organizacional**

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

Esta nueva estructura nace a partir de:

- Los requerimientos de la normativa de los hospitales Autogestionados, en el marco de la Reforma Sanitaria;

- Los lineamientos del MINSAL en el Documento denominado Modelo de Gestión de Establecimientos Hospitalarios, “Manual Administrativo Nº 9”, en que consigna la estructura organizacional a través de centros de

responsabilidad como un componente estratégico del nuevo modelo de atención integral de salud;

- La Norma General Técnica Administrativa Nº 17, Gestión y Desarrollado de Recursos Humanos en Establecimientos Auto gestionados en Red;
- La Norma General Administrativa Nº 19, Gestión del Cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada y las orientaciones expresadas por la Dirección de Servicio en el Plan Estratégico 2008 – 2010, en el cual se señala que los establecimientos que componen el Servicio de Salud y sus centros de responsabilidad constituyentes, deben trabajar como nodos interrelacionados;

- Lo estipulado en la Ley Nº 19.937, Modifica el D.L. Nº 2.763 de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana;

- El Reglamento orgánico de los Servicios de Salud Decreto Nº 140 de 2004 en su Art. 46º letra c);

- El Decreto Nº 38 que contiene el Reglamento orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red;

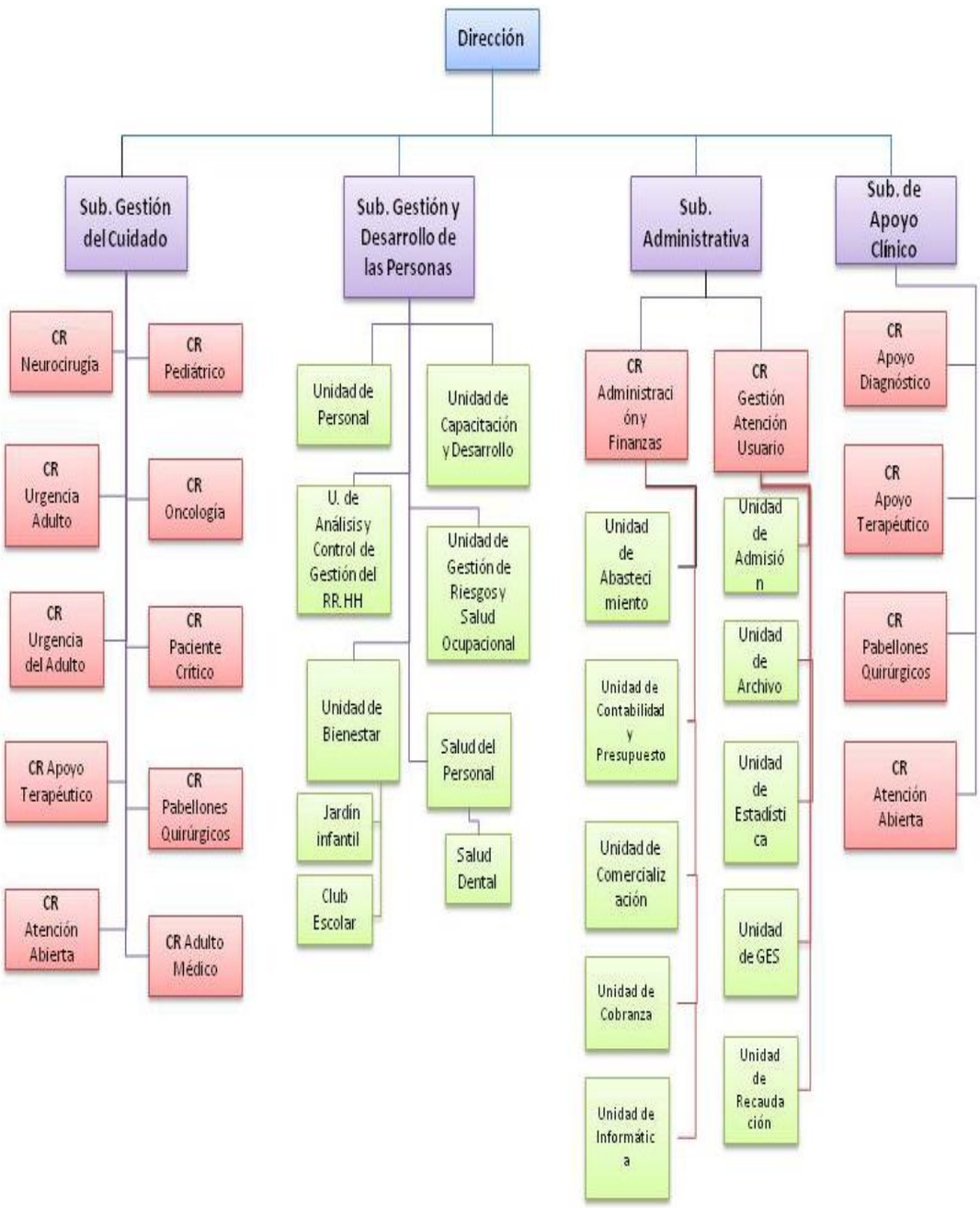
- Y el Manual Administrativo Nº 9, el cual traduce la visión de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Modelo de Gestión Hospitalaria y su rol en el cambio del Modelo de Atención a fin de enfrentar los desafíos de consolidación de la Reforma de Salud.

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

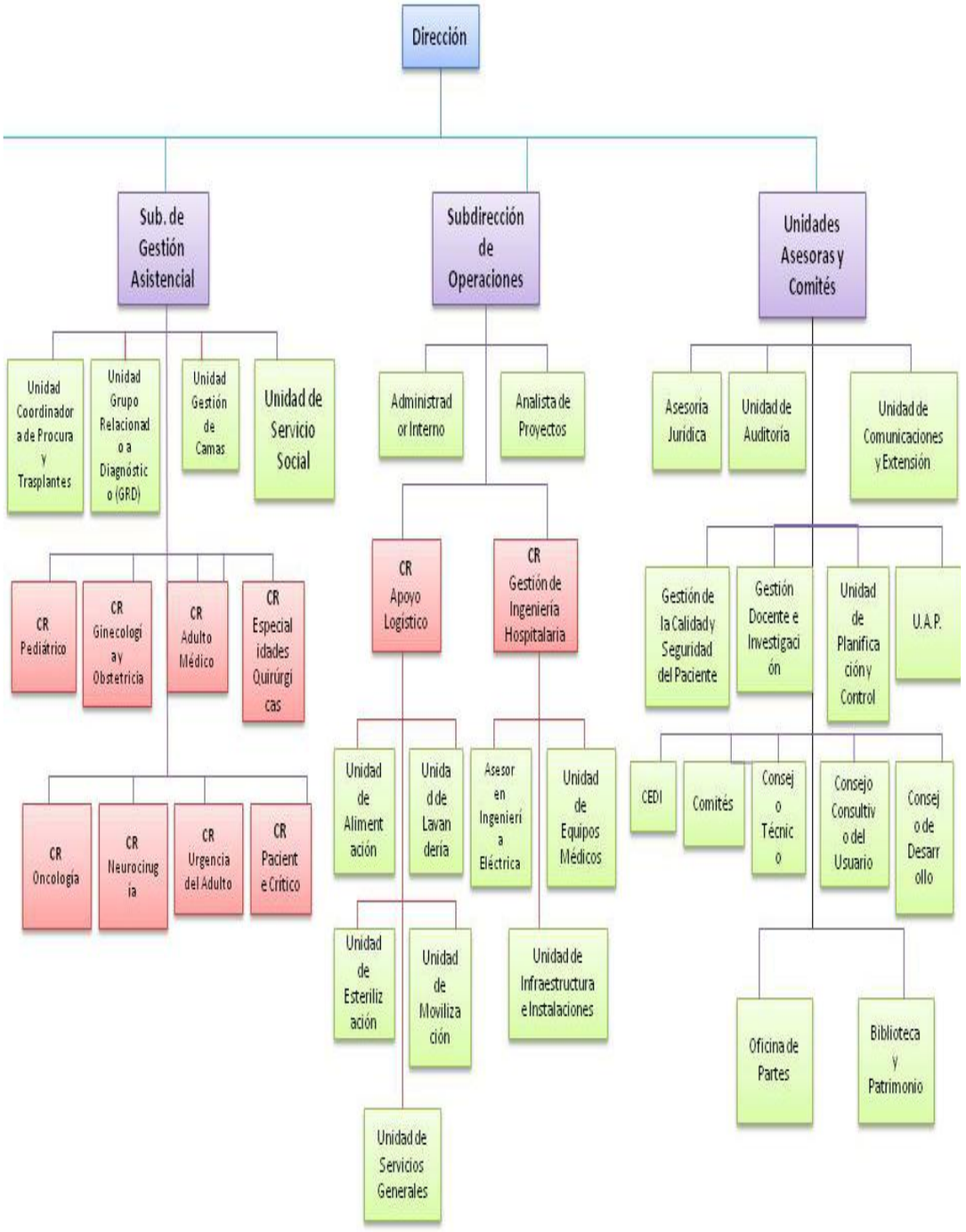
✓ **Organigrama Institucional**[1]

Esta nueva estructura está conformada por:

- 6 Subdirecciones
- 16 Centros de Responsabilidad
- 73 Unidades



[1] Organigrama elaborado por la Sub Dirección Administrativa HCVB.


Dirección
Sub. de Gestión Asistencial
Subdirección de Operaciones
Unidades Asesoras y Comités
Unidad Coordinadora de Procura y Trasplantes
Unidad Grupo Relacionado a Diagnóstico (GRD)
Unidad Gestión de Camas
Unidad de Servicio Social
Administrador Interno
Analista de Proyectos
Asesoría Jurídica
Unidad de Auditoría
Unidad de Comunicaciones y Extensión
CR Pediátrico
CR Ginecología y Obstetricia
CR Adulto Médico
CR Especialidades Quirúrgicas
CR Apoyo Logístico
CR Gestión de Ingeniería Hospitalaria
Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente
Gestión Docente e Investigación
Unidad de Planificación y Control
U.A.P.
CR Oncología
CR Neurocirugía
CR Urgencia del Adulto
CR Paciente Crítico
Unidad de Alimentación
Unidad de Lavandería
Asesor en Ingeniería Eléctrica
Unidad de Equipos Médicos
CEDI
Comités
Consejo Técnico
Consejo Consultivo del Usuario
Consejo de Desarrollo
Unidad de Esterilización
Unidad de Movilización
Unidad de Infraestructura e Instalaciones
Oficina de Partes
Biblioteca y Patrimonio
Unidad de Servicios Generales

El Hospital a su vez está dotado de 1.822 Funcionarios:

Tabla 1-1. Dotación de Funcionarios

Dotación
29 Directivos
332 Profesionales
191 Administrativos
711 Técnicos
255 Auxiliares
2 Bioquímicos
10 Odontólogos
10 Químicos Farmacéuticos
282 Médicos
1.822 TOTAL

*Fuente: Cuenta Pública 2009, Subdirección Administrativa.

Tabla 1-2. Dotación de Profesionales

Dotación por Profesionales
12 Asistentes Sociales
4 Educadoras de Párvulos
157 Enfermeras
2 Fonoaudiólogos
14 Kinesiólogos
49 Matronas
10 Nutricionistas
26 Profesionales Ingeniería y Administración
6 Psicólogos
50 Tecnólogos Médicos
2 Terapeutas Ocupacionales

*Fuente: Cuenta Pública 2009, Subdirección Administrativa.

- ✓ **Política de la Institución**

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

➢ **Políticas Sociales en que se enmarca la institución:**

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

- El acceso es un derecho de todos los chilenos, que sólo se hará efectivo en la medida en que el Estado asume la responsabilidad en:
  - Garantizar el acceso de toda la población a los Servicios de Salud que entreguen atención equitativa, eficiente y eficaz.
  - Formular y ejecutar programas de prevención de enfermedades y saneamiento del ambiente.

- Las acciones de salud deben ser guiadas por un adecuado diagnóstico de las necesidades de la población, tomando en cuenta, los cambios que se producen en la composición de los grupos de edad y las enfermedades más frecuentes.

- Los Servicios de Salud deben organizarse en torno a los conceptos de descentralización, desburocratización, participación de la comunidad y coordinación intersectorial. En cuanto a la estructura y organización del sistema:

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

- **Ley 20.285 "Sobre acceso a la información pública"** [2]

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

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

La Ley se cimenta sobre tres ejes relevantes:

- Define la información que los servicios y organismos públicos deben mantener publicada de manera permanente en sus sitios web, conocida como transparencia activa.

- Establece el procedimiento para solicitar y acceder a información incluyendo, un régimen de sanciones para quienes incumplan, lo que se conoce como gestión de solicitudes o transparencia pasiva.

- Y crea una nueva institucionalidad sobre la materia, constituyendo el Consejo para la Transparencia, organismo autónomo con facultad de fiscalizar la aplicación de la ley, proponer normas generales sobre la materia y aplicar sanciones.

[2] La Ley sobre Acceso a la Información Pública o Ley de Transparencia regula el principio de transparencia en la función pública, el derecho de acceso a la información de los órganos de la Administración del Estado, los procedimientos para el ejercicio de ese derecho y para su amparo, y las excepciones a la publicidad de la información.

En lo referido a su ámbito de acción, esta Ley es aplicable íntegramente a ministerios, intendencias, gobernaciones, gobiernos regionales, municipios, Fuerzas Armadas, Carabineros, Investigaciones, órganos y servicios públicos.

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

El lunes 20 de Abril de 2009 entró en funcionamiento dentro del Hospital Carlos Van Buren la ley de Transparencia, y al mes de agosto del presente año, solamente se han recibido 10 solicitudes de información.

- ✓ **Reforma Sanitaria.**

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

- ➢ **Ámbitos De La Reforma**

- Autoridad sanitaria: Busca la reestructuración del Ministerio de Salud, los SEREMIS y los Servicios de Salud, crea los llamados "Hospitales de autogestión en red") y otorga estímulos a los funcionarios por metas alcanzadas.

- Plan auge[3]: El objetivo del Plan de Acceso Universal con Garantías Explicitas es garantizar la equidad en el acceso de la población a la salud,

[3] El plan AUGE se convirtió en ley el 3 de Septiembre de 2004 (Ley N º 19.966). Y comenzó a regir el 1 de Julio de 2005 con 25 patologías consideradas. Actualmente dichas patologías han aumentado a 69.

independientemente de la capacidad de pago de las personas y de si están inscritas en FONASA o ISAPRE, quienes tienen la obligación de administrarlo según las condiciones establecidas por la ley.

Son beneficiarios todos los cotizantes e indigentes, chilenos y extranjeros residentes en el territorio Nacional, independientemente de la calidad provisional, edad, género, ingreso, etnia u orientación sexual.

- Instituciones de Salud Previsional[4]: El objetivo es proteger al afiliado de una ISAPRE, en diversos aspectos. Se permite que la familia de un cotizante siga recibiendo beneficios tras su muerte, se obliga a estas instituciones a dar cobertura a enfermedades antes excluidas (como la cirugía plástica reconstructiva), se incluyen las patologías del plan AUGE en las coberturas y se pone un límite al aumento de precios de los planes.

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

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

- Nivel Primario: Corresponden a las prestaciones entregadas en los consultorios, centros comunitarios (CECOF) o postas rurales, donde se realizan principalmente acciones de fomento y protección de la población.

- Nivel Secundario: Es el nivel de especialidades médicas, funciona en los consultorios adosados a los hospitales, en estos establecimientos se recepciona a los pacientes desde los consultorios de APS con interconsultas, para confirmar o descartar alguna patología GES, se

[4] Este proyecto se convirtió en ley el 17 de mayo de 2005 (Ley N º 20.015).

realizan controles de pacientes que estuvieron hospitalizados, se controlan pacientes complejos y se hacen algunos procedimientos y exámenes.

- Nivel Terciario: Se refiere a la atención que se realiza en un centro hospitalario: hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas, etc.

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

✓ **Modelo de Autogestión en Red** [5]

Los Establecimientos Autogestionados en Red, con el fin de obtener todas aquellas facultades y atribuciones en los ámbitos administrativo, financiero, de gestión de recursos humanos y de celebración de convenios, entre otros, además de optimizar su funcionamiento, organizando de mejor manera los recursos disponibles para dar respuestas rápidas y efectivas, en un entorno de mayores demandas y exigencias, con mayores niveles de conocimiento e información de la población usuaria[6]. Todo esto en el marco de las definiciones del gestor de red, que aprueba una determinada cartera de servicios y programación de actividades.

➢ **Establecimientos de Autogestión en Red (EAR)** [7]

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

[5] La "Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión", N° 19.937[5,] y su Reglamento Orgánico para Establecimientos de Menor Complejidad y Establecimientos de Autogestión en Red, aprobado mediante Decreto Supremo N° 38 de 2005, de los Ministerios de Salud y Hacienda, establecen los requisitos y procedimientos que deben cumplir los Establecimientos Autogestionados en Red. Promulgada el año 2004
[6] Informe de la Comisión de Salud, Boletín nº 6.230-11, 16 de Diciembre de 2008.
[7] Capítulo II "De los Establecimientos de Autogestión en Red", D.S. N° 38, Reglamento Orgánico para Establecimientos de Menor Complejidad y Establecimientos de Autogestión en Red, 2005.

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

- ✓ **Autogestión en Red en el Hospital Carlos Van Buren**

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

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

- Aspectos formales.
- Planificación.
- Organización interna.
- Gestión y desarrollo de los recursos humanos.
- Gestión financiera.

- Gestión de la red asistencial.
- Metas de desempeño.
- Consejos asesores.
- Sistemas de información.
- Gestión de la información de los usuarios.
- Cuenta pública de resultados.
- Auditoría interna.

✓ **Tipos de beneficiarios**

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

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

  - Letra B: Para aquellas personas que perciben un ingreso imponible mensual menor o igual a $165.000, a excepción de la atención dental. La atención es gratuita con bonificación del 100%.

  - Letra C: Para aquellas personas cuyo ingreso imponible mensual sea mayor a $165.000 y menor o igual a $240.900. Aquellas con más de 3 cargas familiares, pasarán a Grupo B automáticamente. Cuentan con una bonificación del 90% de la atención.
  - Letra D: Para aquellas personas que tienen un ingreso imponible mensual mayor a $240.900. Aquellas con más de 3 cargas familiares, pasará a Grupo C, la bonificación es de un 80% en la atención.
- Convenio Refugiados: Acuerdo realizado entre el Ministerio del Interior y FONASA, para otorgar protección en salud a todos aquellos extranjeros que

hayan solicitado en el Ministerio del Interior (Depto. de Extranjería), su calificación como Refugiados. Para esto, deben tener su resolución en trámite o ya contar con la calidad de Refugiados.

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

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

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

  - Ciudadano español, debe presentar un "Certificado de Estancia en Chile", ya sea temporal o habitual (ECH-09 ó ECH-11) otorgado por la Dirección Provincial del Instituto Nacional de Seguridad Social de la ciudad en que reside el ciudadano, donde consten todos los datos de la persona y de su grupo familiar y el período de estadía, dato que dará vigencia a la Credencial. En el caso de estadía habitual o indefinida, la vigencia será de 2 años, renovable.

  - Otros extranjeros con convenio, estas personas deben cotizar para tener derecho a la credencial de salud, para lo cual deben presentar el formulario Autorización a Cotizar para prestación de salud en Chile a Titular de Pensión otorgada en el Extranjero, donde conste la visación por parte de la Superintendencia de Seguridad Social y el cálculo del monto del 7% que deberá cotizar mensualmente. La credencial de salud en este caso tendrá una vigencia de 1 año, siempre que se cotice regularmente.

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

- PRAIS (Programa de reparación y Atención integral en Salud):

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

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

Los beneficios de la credencial PRAIS

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

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

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

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

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

Las funciones del equipo son:

- Acreditar la calidad del beneficiario.
- Diagnosticar las secuelas físicas, psicológicas y sociales de la represión política.
- Entregar y tratamiento para las enfermedades mentales.
- Derivar de forma asistida a la atención de otras especialidades médicas u otras.
- Diseñar e implementar acciones de sensibilización y capacitación para promover el programa.
- Mantener una coordinación regular y permanente con las organizaciones de beneficiaros de este programa.

Derecho de los usuarios:

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

- Beneficiarios Convencionales:

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

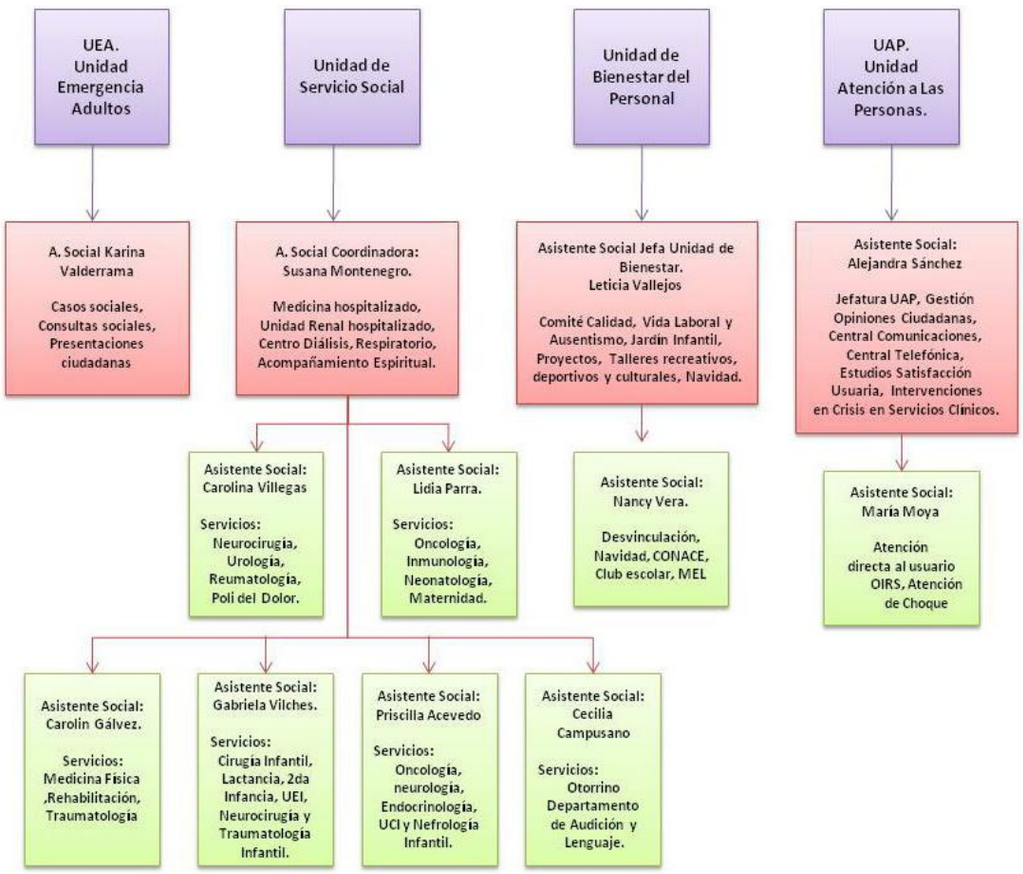
- DIPRECA: Dirección de previsión de carabineros de Chile.
- CAPREDENA: Caja de previsión de la defensa nacional.
- FFCC: Ferrocarriles de Chile.
- Algunas ISAPRES: Instituciones de Salud Previsional.

1.1.2. Contexto de Trabajo Social en la Institución

Trabajo Social en la Institución es una profesión que se encuentra muy bien posicionada y distribuida a lo largo de ésta con el objetivo de contribuir a mejorar la calidad de vida de la población, promoviendo el desarrollo de potencialidades de individuos, familias, grupos y comunidades para que estos actores logren asumir el protagonismo en el cuidado de la salud y a la vez de sus funcionarios proporcionando tanto a estos como a sus cargas familiares, en la medida que sus recursos los permitan, asistencia médica, económica, social y recreativa.

Estas profesionales que encuentran distribuidas en Unidad de bienestar del Personal, Unidad de Atención de las Personas, Unidad de emergencia Adultos y Unidad de Servicio Social.

Organigrama Servicio Social HCVB[8].



[8] Organigrama elaborado por Equipo Seminarista.

✓ **Unidad de Bienestar del personal**

Figura 1-3 Unidad de Bienestar del Personal. Mejorar la calidad de vida individual, familiar y laboral de los funcionarios del Hospital.

En virtud de los objetivos estratégicos del Hospital Carlos Van Buren, específicamente el que señala "Desarrollar las competencias y estimular el compromiso de las personas de acuerdo a los desafíos institucionales", la Unidad de Bienestar del Personal, cumple una función de coadyuvante en la gestión y desarrollo de las personas, liderado por el Depto. de Recursos Humanos, en el contexto del fin institucional de brindar un servicio de calidad en salud a la población usuaria.

Organigrama Unidad de Bienestar del Personal[9]

- **Misión**: Contribuir a una mejor calidad de vida individual, familiar y laboral de los funcionarios del Hospital Carlos Van Buren.
- **Lineamientos estratégicos**:

[9] Organigrama elaborado por Equipo Seminarista.

- Aportar a la orientación y proceso de incorporación y adaptación de los funcionarios a la Institución, mediante la inducción del personal que ingresa a la planta o a contrata, sobre las áreas de trabajo directo o relacional de la Unidad.
- Contribuir a la generación de medidas y prácticas de prevención, promoción y protección de la salud y seguridad del personal en los ámbitos laborales y familiares, desde la perspectiva del Trabajo Social, para la reducción del ausentismo laboral.
- Reconocer y estimular la formación y desarrollo de liderazgos democráticos entre los trabajadores y generar canales de comunicación efectivos y participativos con el personal, que permitan un acceso expedito en la obtención de información y beneficios.
- Fomentar y canalizar las iniciativas sociales, culturales, recreativas, y artísticas de los trabajadores y agrupaciones laborales que fortalezcan las potencialidades y talentos de los funcionarios y sus familias directas.
- Desarrollar procesos socioeducativos de información y difusión con los trabajadores, en diversas materias de interés y sobre recursos e instancias internas y externas, tanto públicas, como privadas, que contribuyan tanto al desarrollo de sus competencias sociales, como al conocimiento y manejo de redes de apoyo comunitarias e institucionales.
- Priorizar la información y difusión sobre diversas temáticas, por parte de organismos que no tengan una vinculación o propósito comercial directo, con excepción de aquellos casos en que exista un convenio vigente evaluado satisfactoriamente o bien se inserten en una línea programática acordada.
- Promover la protección de las remuneraciones, mediante actividades que informen y sensibilicen sobre la optimización de los presupuestos personales y familiares y el incentivo al ahorro, de manera tal de acotar y disminuir paulatinamente los descuentos voluntarios por planilla, ajustándose a las disposiciones legales en dicha materia.
- Mantener actualizados sistemas de información y acceder a sistemas de información existentes en el área de Recursos Humanos, que permitan satisfacer de manera oportuna y eficiente la programación, sistematización y toma de decisiones.

- Mejorar procedimientos para la medición del cumplimiento de metas y del grado de satisfacción de los trabajadores con relación a los programas, procesos y actividades que impulsa Bienestar del Personal, para su mejoramiento continuo.
- Participar de una política de atención y orientación focalizada al personal que se encuentra en el proceso de término de su ciclo de vida laboral y desvinculación.

✓ **Unidad de Atención a las Personas**

Figura 1-4 Unidad de Atención a las Personas. Garantizar el derecho de las personas a informarse, sugerir y reclamar, para contribuir a la conformación de un Gobierno moderno y al servicio de los ciudadanos.

La Unidad de Atención a las Personas, pertenece a la Dirección del hospital y se desenvuelve bajo la normativa que orienta a las OIRS. Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias, estas son espacios de atención ciudadana que permiten a las personas entrar en contacto con los diferentes servicios públicos para facilitar el ejercicio de sus derechos o el cumplimiento de sus deberes, garantizando la oportunidad de acceso y sin discriminación.

Además, estos espacios permiten:

- La Difusión de Programas Sociales y Trámites propios de las Reparticiones Públicas.
- La Comunicación de las Prioridades Gubernamentales.
- Que la Ciudadanía se exprese a través de sus reclamos, sugerencias, expectativas e intereses.

Organigrama Unidad de Atención a las Personas[10]

- **Misión:** Ser un espacio de atención, en el cual las personas accedan e interactúen con las reparticiones públicas, que garantice su derecho a informarse, sugerir y reclamar, para contribuir a la conformación de un Gobierno moderno y al servicio de los ciudadanos.

Deben constituirse como espacios comunicacionales que permitan coordinarse con otras reparticiones públicas, atendiendo a la ciudadanía sin discriminaciones, entregando a todos los ciudadanos y ciudadanas una atención oportuna y de calidad. Por lo tanto, la OIRS debe ser el reflejo del Modelo Integral de Atención de Usuarios que el Servicio ha establecido, teniendo claridad en los procedimientos y plazos de entrega de servicio/beneficios/trámites, la canalización de presentaciones ciudadanas al interior de la institución (sus mecanismos y plazos de respuesta) y los medios de Información utilizados por la Repartición Pública para con el ciudadano.

Este Modelo de Atención de Usuarios, debe tender a ser común y vinculante en los distintos espacios de atención (teléfonos de información, móviles, internet u otros utilizados por la Institución).

[10] Organigrama elaborado por Equipo Seminarista.

- **Funciones:**

a) **Informar sobre**:

- Servicios que presta cada repartición.
- Requisitos para obtener la prestación.
- Formalidades para el acceso.
- Plazos para la tramitación de la prestación.
- Personas responsables de los procedimientos.
- Documentación y antecedentes que deben acompañar la solicitud.
- Procedimientos para la tramitación.
- Ubicación, competencia y horarios de otras entidades del aparato Gubernamental.
- Prioridades Gubernamentales.

b) **Atender a los Interesados**

- Cuando encuentren dificultades en la tramitación de sus asuntos y requieran saber en qué estado de avance se encuentra su solicitud dentro del servicio.

c) **Recibir y Estudiar Sugerencias**

- A fin de mejorar el funcionamiento de la Oficina o la calidad de los servicios que se entregan en la institución.

d) **Recibir Responder y/o Derivar Reclamos**

- Para garantizar que los ciudadanos puedan expresar sus solicitudes a las autoridades y a los organismos gubernamentales.

e) **Registrar las Presentaciones Ciudadanas**

- De manera que puedan identificar el perfil del usuario y categorizar las solicitudes, ofreciendo un servicio focalizado, retroalimentando la gestión de la institución y mejorando los niveles de satisfacción.

f) **Realizar Encuestas y Mediciones**

- Sobre la Satisfacción de los Usuarios respecto a la calidad de la atención y las expectativas de estos al acercarse al organismo.

g) **Establecer Coordinación con Dispositivos de Información y Comunicación.**

- Tanto con los pertenecientes al propio organismo como con aquellas reparticiones con las que exista relación temática o del destinatario.

h) **Ser un Espacio en cual se Difunda la Carta de Derechos Ciudadanos de la Institución**

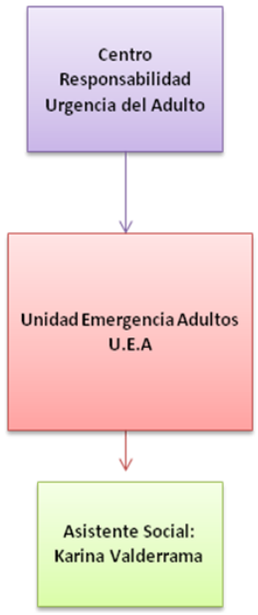
- Este documento, elaborado por la Institución, deberá ser difundido en la OIRS u otros espacios de atención, para consignar los derechos y deberes de los usuarios respecto a la institución, los plazos estipulados para cada tarea y los medios de verificación a través de los cuales estos se pueden hacer efectivos.

✓ **Unidad de Emergencia Adultos**

Figura 1-5 Unidad de Emergencia Adultos. Generar mecanismos de interrelación, entre familias, usuarios y equipo de salud, y a su vez facilitar el acceso y manejo informado a los procesos de atención.

La Unidad de Emergencia Adultos, depende administrativamente del Jefe de Unidad de Emergencia, quién a su vez es la Enfermera Supervisora de la Unidad de Emergencia, el cargo que posee la Asistente Social corresponde a Enlace Comunicacional de Urgencia, este cargo es relativamente nuevo y pudo ser ocupado por otras profesionales del área, sin embargo la Asistente Social se encuentra en una etapa de posicionamiento del empleo.

Organigrama Unidad de Emergencia Adulto[11]



- **Misión:** Generar estrategias y mecanismos de interrelación, entre familias/acompañantes, usuarios y equipo de salud, dirigidos a facilitar el acceso y manejo informado a los procesos de atención y el mejoramiento de la satisfacción usuaria.

- **Objetivos:**
  - Coordinar las diferentes instancias de información al usuario, para la estandarización de procedimientos y criterios.
  - Impulsar la detección de brechas y elaboración de mejoras para la entrega de información oportuna y de calidad.
  - Validar en el equipo de salud de la Unidad de Emergencia, la profesionalización de la información y la humanización de la atención, mediante diversas instancias de coordinación y capacitación al personal y voluntariado.
  - Participar en el mejoramiento de flujos y roles de coordinación al interior del Hospital y con entidades de la red de salud y otros, con los que se relaciona la Unidad de Emergencias.
  - Desarrollar espacios e instrumentos socioeducativos de información y difusión para los usuarios, sobre materias vinculadas con la atención en la Unidad de Emergencia.

[11] Organigrama elaborado por Equipo Seminarista.

- Contribuir a contener posibles situaciones críticas o conflictivas durante la espera, que involucren a usuarios, familiares y acompañantes
- Apoyar la contención y acogida de familiares frente a situaciones de crisis por muerte, accidentes, intentos suicidas y otros.
- Identificar usuarios en estado de abandono y coordinar con la Unidad de Servicio Social su derivación a redes de apoyo.
- Coordinar con Registro Civil, identificación de usuarios NN hospitalizados o fallecidos en la U. de Emergencia.

✓ **Unidad de Servicio Social**

Figura 1-6 Unidad de Servicio Social. Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios del sistema de salud en atención abierta y cerrada.

Trabajo Social es una de las unidades de apoyo técnico administrativa a la gestión del Hospital Carlos Van Buren y por tanto el equipo profesional se encuentra inserto en éste, apoyando tanto la demanda de atención del Consultorio Adosado de Especialidades (CAE-atención abierta) como la del hospital (atención cerrada). Se encarga de la resolución de problemas y conflictos de los usuarios del sistema público de salud, contribuyendo asimismo a la mejora de los condicionantes decidores en cuanto a la calidad de vida de la población en general, mediante el desarrollo de las potencialidades de cada individuo, grupo y comunidades para que estos asuman de forma más integra el cuidado de su propia salud.

Servicio Social está presente en el HCVB desde el 1 de octubre de 1928, en el año 1990 la unidad depende directamente de la Dirección del Hospital. Sin embargo, en el año 2008 tras los cambios requeridos por la Ley 19.937, referida a la Autogestión en Red, en la nueva organización estructural la Unidad de Servicio Social pertenece a la Subdirección de Gestión Asistencial.

Cabe señalar que la unidad de servicio social constituye un apoyo a la formación docente, en forma sistemática y permanente desde 1960.

La unidad de servicio social, cuenta con un recurso profesional de 7 asistentes sociales, las cuales se encuentran asignadas como profesionales de apoyo a los servicios clínicos o Centros de Responsabilidad del hospital, formando parte de los equipos de trabajo. Por otra parte las profesionales integran comisiones y comités, donde colaboran activamente como participantes y coordinadoras, favoreciendo el cumplimiento de metas y compromisos de la gestión del hospital. Además cada profesional posee turnos de servicios para atender la demanda de atención requerida por los equipos y/o usuarios de cada servicio asignado.

Cabe señalar que, si bien el trabajo de Servicio Social está relacionado casi exclusivamente con la atención directa con los usuarios, también es cierto que dicho quehacer está sujeto a la demanda que tanto la dirección del hospital como los servicios clínicos generen.

Organigrama Unidad de Servicio Social[12]

- **Misión:** Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios del sistema de salud en atención abierta y cerrada.

- **Valores:** Equidad, dignidad y vocación de servicio.
- **Objetivos**

[12] Organigrama elaborado por Equipo Seminarista.

- Contribuir al diagnóstico integral de los usuarios de salud, incorporando elementos sociales y culturales.
- Contribuir al fortalecimiento de la participación ciudadana para mejorar la gestión en la resolución de los problemas de salud de los usuarios.
- Coordinar los distintos puntos de la red social y comunitaria para complementar la gestión hospitalaria en la resolución de los problemas de salud de los usuarios.
- Coordinar los distintos puntos de la red de salud para facilitar la utilización eficiente de los recursos institucionales.
- Facilitar el acceso de los usuarios a las prestaciones de salud a través del conocimiento, y concientización de sus derechos y deberes.
- Coordinar con equipos de salud acciones tendientes a optimizar la atención y tratamiento del usuario.

1.1.3. Contexto del Rol Profesional en la Institución

En una organización como el hospital Carlos Van Buren con un gran flujo de pacientes permite atender a las Asistentes Sociales una gran diversidad de problemas, lo que las permite manejar y desarrollar una diversidad de competencias. Entre las más importantes podemos mencionar:

- ✓ **Educador:** El rol de trabajador social como educador en salud se hace indispensable, teniendo en cuenta que área cognoscitiva de las personas siempre va estar asociado a su salud o malestar. En el trabajo de las asistentes sociales del hospital este rol se ejerce tanto a nivel individual como de grupo, este último se hace una herramienta de trabajo activa, ya que el hospital es un organismo de atención masivo, por lo tanto el hacer programas socioeducativos a grupos hace más fácil la entrega de temáticas, referidas a la política de salud, a las personas.

- ✓ **Asistencial:** Si bien es importante enseñar a la gente las capacidades de autogestión y educarlas en cuanto a sus problemas, es necesaria muchas veces la ayuda asistencial, ya que algunas dificultades de las personas requieren algo más que la internalización de ciertos conocimientos, y sin una ayuda tangible y concreta no se podrían ver solucionados.

- ✓ **Implementador de programas y proyectos:** Las iniciativas que surjan de cada sector particular de la población dan cuenta de una falencia o factor que requiere alguna respuesta, por lo tanto, es importante que sean considerados como un aporte y respaldo a las políticas de estado. En el área social el Trabajo Social como un agente activo y cercano a la realidad se perfila como encargado de crear programas y proyectos de acuerdo a las necesidades que vislumbra.

- ✓ **Vinculador de redes:** En instituciones tan grades y con tanto flujo de usuarios como es un hospital, se hace imposible dar respuesta a todas las necesidades de los pacientes, ya sea porque no cuenta con los recursos o por que no están relacionados con el área de salud, por lo tanto, el trabajador social es el encargado de buscar entre las redes asistenciales existentes una solución.

Es un cargo de gran valor y responsabilidad trabajar como Asistente Social, la gente en la gran mayoría de los casos se acerca en búsqueda de una respuesta, traen expectativas, que algunas veces no se pueden cumplir. Es primordial que el trabajador social este permanentemente capacitándose y adquiriendo nuevas competencias de acuerdo a las nuevas exigencias que van apareciendo en su ámbito.

- ✓ **Programas:** Integrar el aporte específico del Asistente Social en los diferentes programas, subprogramas y proyectos específicos que se implementan en los distintos niveles y tipos de establecimiento, es usar adecuadamente un recurso que durante años ha estado subutilizado en el sistema público de salud. Recursos que sin duda aportarán metodologías y elementos de análisis a la implementación del nuevo modelo de salud biopsicosocial que se requiere desarrollar hoy en día.

El principal desafío para el Asistente Social será contribuir con una visión global e integral de los problemas de salud. Esta permitirá al equipo de salud, por una parte visualizar la multicausalidad e interrelación de los diversos factores sociales que influyen o determinan los procesos de salud- enfermedad, y por otra, podrá ubicar a las personas beneficiarias en su contexto social y ambiental.

En esta perspectiva integradora se considera necesaria la inserción del Asistente Social a cada uno de los programas y subprogramas a través de las actividades que realiza este profesional.

Los programas y proyectos que implementa Servicio Social están directamente relacionados a la unidad de la cual dependen, en un plano general estos son:

- Programa adulto mayor, se coordina la entrega de audífonos y ayudas técnicas, bastones, sillas de ruedas, colchones anti escaras y andadores.
- Programa de mejoramiento en el departamento de audición y lenguaje.
- Programa prótesis parcial de cadera en el adulto mayor.
- Programa de oxígeno domiciliario del Minsal (menores).
- Programa del recién nacido prematuro.

- Programa de oxígeno domiciliario para adultos, patologías respiratorias y Pacientes oncológicos terminales.
- Programas de tabaco: clínica de cesación del hábito de fumar.
- Programa de diálisis.
- Programa de ayudas técnicas: medicina física y rehabilitación.
- Programa alivio del dolor y cuidados paliativos.

1.1.4. Intervención Profesional dentro de la Institución

Para dar una atención acorde con la demanda técnico-asistencial de los usuarios, dentro del marco de la nueva reforma sanitaria de autogestión en redes, el trabajo profesional se organiza de la siguiente forma:

- ✓ **Atención Profesional**

Objetivo: Contribuir a satisfacer las necesidades de salud de los usuarios y familiares a través del apoyo a la gestión clínica y administrativa del Hospital, con énfasis en la calidad de la atención.

Temáticas Tratadas:

- Investigar, evaluar y coordinar: realizar acciones tendientes a resolver la situación de fallecidos NN, indigentes y/o en situación de abandono.

- Adopción[13]: La adopción es una medida de protección por excelencia, se realiza cuando se han agotado todas las posibilidades para que un niño/a pueda reintegrarse o permanecer bajo el cuidado personal de sus padres o familia biológica, y a su vez restituye al niño/a su derecho a tener una familia definitiva, otorgándole la calidad de hijo/a respecto de los adoptantes desde el punto de vista legal, con todos los derechos que ello implica y sin ningún tipo de diferencia respecto de los hijos biológicos.

- Seguridad Social: El sistema de Protección Social en Chile, se configura como un sistema constituido a su vez por los diversos subsistemas, regímenes o programas que se indican:
  - Régimen del antiguo sistema de pensiones a cargo del Instituto de Normalización Previsional (INP), creado por el D.L. N° 3.502 de 1980.
  - Régimen denominado “Nuevo Sistema de Pensiones”, regulado por el D.L. 3.500 de 1980 y sus modificaciones.
  - Público y privado de salud, regulado por la Ley 18.469, el cual regula el ejercicio del derecho constitucional a la salud y crea régimen de prestaciones de salud.

[13] Servicio Nacional de menores Chile 2010.

- Régimen de la Ley 16.744 y sus modificaciones sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.
- Regímenes asistenciales regulados por el D.L. 869 de 1975 y la Ley 18.020
- Régimen que administra el seguro de desempleo vigente en Chile a partir de octubre 2002 (ley 19728)
- Programas y Subsidios de Vivienda y Educación.
- Convenio 103 de la organización internacional del trabajo.

La afiliación a los sistemas de seguridad social se concreta con el inicio / reinicio de labores que se materializa a través de un contrato de trabajo, es decir, el trabajo como dependiente de un empleador. Sin embargo, una proporción significativa de la población tiende a marginarse voluntariamente del sistema y son los trabajadores independientes, los que representan cerca del 30% de la fuerza laboral.

- Beneficios Ley de Discapacidad[14]: El objeto de esta ley es asegurar el derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, con el fin de obtener su plena inclusión social, asegurando el disfrute de sus derechos y eliminando cualquier forma de discriminación fundada en la discapacidad.

- Pasajes: Evaluar y/o coordinar acciones para facilitar el desplazamiento de los usuarios en la red de salud, mediante tramitación de pago de pasajes.

- Maltrato Infantil: Se refiere a niños (as) menores de 18 años que sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, ya sean, en el grupo familiar o en las instituciones sociales (UNICEF, 1989). No siempre se pueden percibir los daños en el niño/a por el tiempo transcurrido entre la agresión y la consulta al Sistema de Salud. No todos los efectos del maltrato pueden ser medidos, ni evaluados en el tiempo inmediato ni mediato, la consulta al Sistema de Salud ocurre en la gran mayoría de las situaciones por otras razones, las consecuencias que produce el maltrato en

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

los niños (as) dependerán de la edad del niño, de la duración, de la situación, la frecuencia y la intensidad.

Tabla 1-3. Consecuencias de Maltratos Infantiles

MALTRATO FÍSICO	**MALTRATO PSICOLÓGICO**
· Lesiones físicas de distinta magnitud y · gravedad: hematomas, fracturas, TEC. · Secuelas físicas como consecuencia de traumatismos y quemaduras. · Discapacidad física, psicológica · Infecciones reincidentes · Desnutrición · En el abuso sexual: · Infecciones genito-urinarias y anales que pueden llegar a afectar la capacidad reproductora · Embarazo en adolescentes · ETS	· Trastornos y retrasos en el desarrollo en el ámbito cognitivo, afectivo-social y del lenguaje · Trastornos y síntomas emocionales: retraimiento, menor asertividad, apatía, y aislamiento social, estados depresivos. · Trastornos psicopatológicos: miedo, hostilidad, sentimientos de culpa, agresividad. · En adolescentes: conductas delictivas, alcoholismo, drogadicción.
Resultados fatales: Suicidio en adolescentes, Muerte del niño/a.	

*Fuente: Comisión de Maltrato Infantil.

- Diagnóstico social[15]: medición de una situación social en virtud de un referente ideal, considerando la distancia entre lo real y lo ideal.
  a) Investigar antecedentes económicos, sociales, culturales y ambientales que inciden en las distintas problemáticas de salud de los usuarios, para incorporarlos a los diferentes programas y beneficios.
  b) Evaluación de situación de los usuarios para determinar derecho a beneficios de la seguridad social.
  c) Investigar la realidad socioeconómica de aquellos usuarios referidos de la Dirección del Hospital, que declaran imposibilidad de cancelar copago de las prestaciones médicas recibidas.
  d) Evaluar situación de usuarios hospitalizados en riesgo social.
  e) Evaluar e informar situaciones de maltrato derivadas del equipo de salud.
  f) Evaluación de Situación previsional de los usuarios para determinar derecho a beneficios de jubilación o pensión de invalidez.

[15] Ureta, Maurico, Cátedra Trabajo Social de Caso, año 2010.

- Plan de Intervención o Programación: Es un orden lógico preestablecido del accionar en Trabajo Social de Caso que permite el cambio en la persona y el contexto de forma secuencial y medible.

- Informe Social[16]: Es un Instrumento Técnico que refleja la situación Psico-socio-económico-cultural del cliente y su entorno, éste se obtiene (en cuanto a la información) con dos técnicas paralelas que son la Entrevista y la Visita Domiciliaria.

  Este documento se considera en instituciones específicas como peritaje, es decir los profesionales poseen por mandato legal la facultad de emitir estos documentos. Es una prueba directa en cualquier causa tramitada en los Tribunales de Justicia.

  El Informe Social además permite la proyección de la situación del sujeto, declarada a través de los puntos de éste.

  Un Informe Social del área jurídica tendrá absoluta vinculación con los conceptos "Medio de Prueba" y "Peritaje", sin embargo los Informes Sociales que se realizan fuera de esta área tienen gran relevancia, ya que éstos poseen gran potencial de movimiento de recursos, bienes y servicios para los más carenciados y aquellos que en situaciones puntuales también los requieren.

  El Informe Social tiene como condición sine qua non la Visita Domiciliaria, ya que sin ella no es posible observar aspectos importantes para el documento, tales como la condición de la vivienda, dinámica familiar (en caso que la materia por ejemplo sea cuidado personal), vida comunitaria, factores de riesgo tanto internos como del entorno en que se encuentre inserta la vivienda.

- Educación al paciente y su familia:
  a) Entregar técnicas de autocuidado al usuario y a su familia tendiente a lograr una mejor calidad de vida.
  b) Explicar y clarificar al usuario y su familia diagnósticos y tratamientos entregados por el equipo de salud.
  c) Educar al usuario y su familia en cuanto a la aceptación de su condición, adherencia a controles y tratamientos.

[16] Ureta, Maurico, Cátedra Trabajo Social de Caso, año 2010.

d) Participar con equipo de salud en el proceso de rehabilitación y recuperación del paciente a nivel caso/familia, grupal o comunitario.
e) Intervención y seguimiento con enfoque de terapia familiar en el sistema caso/familia.
f) Participar e intervenir en casos de niños y niñas, adolescentes y adultos en situación de riesgo social y/o daño evidente con el equipo de salud.
g) Formar, supervisar y/o participar en grupos de usuarios con objetivos terapéuticos, de tratamiento, autoayuda y/o autocuidado.
h) Incentivar el trabajo conjunto entre el equipo de salud y los organismos comunitarios a través del Consejo de Desarrollo y el Consejo Consultivo.
i) Educar sobre deberes y derechos de los usuarios.
j) Contribuir en la elaboración de programas de educación/capacitación en temáticas específicas en conjunto con el Equipo de Salud para los usuarios.
k) Integrar, apoyar y participar en programas y proyectos determinados por MINSAL
l) Planificación y elaboración de material educativo para nivel de caso/familia, grupo y/o comunidad.

- Adherencia a tratamiento: Se refiere a cuánto se cumple con un régimen terapéutico prescrito. Y es aquí donde las profesionales apoyan a los pacientes y orientan a sus familias sobre la importancia de éste para el bienestar del paciente.

- Coordinaciones con la Red Social y Comunitaria:

a) Derivar a la red social, comunitaria y de salud, con el fin de contribuir en la satisfacción de necesidades de los usuarios.
b) Actualización de la información de la red social respecto de los programas públicos y privados así como de sus profesionales a cargo.
c) Propiciar y facilitar la interacción entre los integrantes del equipo de salud para satisfacer las necesidades del usuario.
d) Coordinación para la entrega de Ayudas extraordinarias MINSAL.
e) Coordinación para la entrega de ayudas técnicas GES y NO GES.
f) Coordinación de Unidad de Apoyo a cargo.
g) Participación en reuniones técnicas, clínicas y administrativas.

h) Participación en Reuniones de coordinación con la red.

i) Participación en comités con resolución.

j) Participación en comisiones de trabajo por temática.

- ✓ **Apoyo a Compromisos de Gestión**

Objetivo: "Humanizar la atención de salud haciéndola mas acogedora y digna al usuario, su familia y comunidad."

- Acompañamiento espiritual[17]: En concordancia con el enfoque de salud integral entregado por la definición de la OPS, la cual ha definido la salud como "el completo bienestar físico, mental, social, y espiritual", el Ministerio de salud, en el marco del proceso de la Reforma a la salud, ha visto la necesidad de crear en los Establecimientos de Salud pertenecientes a la Red Pública, Unidades de Acompañamiento Espiritual con el objeto de coordinar las actividades de acompañamiento espiritual que se realicen en ellos y que involucran a usuarios, sus familias, funcionarios y organizaciones de voluntariado.

Objetivos de las Unidades de Acompañamiento Espiritual:

a) Capacitar y acreditar a los agentes de asistencia religiosa y acompañamiento espiritual en temas como: Infecciones intrahospitalarias, Acompañamiento espiritual para enfermos hospitalizados y domiciliarios, Atención y trato a usuarios, Comunicación efectiva, Manejo del duelo, Mediación, Otros.

b) Verificar la acreditación de la calidad de los distintos ministros de culto, sacerdotes, y pastores, presentados por las respectivas organizaciones religiosas.

c) Conceder la autorización para acceso a los establecimientos de la red de las personas, que sin tener la calidad mencionada, sean presentadas por una organización religiosa con el fin de prestar asistencia religiosa sea de manera permanente u ocasional con los demás servicios de salud del establecimiento.

d) Coordinar con la Administración del Establecimiento de Salud, la mantención de los lugares de culto, la adquisición de los insumos necesarios para las

[17] Reglamento sobre Asistencia religiosa en recintos hospitalarios nº 94 de 2007.

tareas administrativas, la conservación de los archivos de la respectiva unidad, el desarrollo del plan anual.

e) Mantener coordinación con la Unidad de Acompañamiento Espiritual del Ministerio de Salud.

f) Normar en relación a la información recibida por los pacientes, sus familiares y funcionarios durante o con ocasión de la asistencia religiosa o acompañamiento espiritual.

g) Facilitar el acceso de ministros de culto, sacerdotes y pastores en situaciones de urgencias.

- ✓ **Apoyo GES**

En la medida que GES se ha implementado, el equipo profesional ha ido asumiendo responsabilidades para dar cumplimiento con este importante punto, que tiene directa relación con la calidad de atención a nuestros usuarios y cumplimiento de metas del hospital.

- Apoyo Psicosocial: Entregar al paciente y su familia apoyo y contención emocional durante la enfermedad, otorgando una atención personalizada y de calidad.

- Apoyo en ayudas técnicas: Las órtesis o ayudas técnicas se definen como elementos que corrigen o facilitan la ejecución de una acción, actividad o desplazamiento, procurando ahorro de energía y mayor seguridad. Las ayudas técnicas se indican cuando el paciente presente las siguientes condiciones: Dolor, claudicación, alteración de la funcionalidad de la marcha, inestabilidad articular, riesgo de caídas, inmovilidad.

  Entrega de bastón, cojín y colchón antiescara: Toda persona de 65 años y más que sufre algún problema de salud que produzca limitaciones y que requiera de estos instrumentos, los recibirá éstos dentro de 20 días desde la indicación médica.

  Entrega de andador, andador de paseo y silla de ruedas: Toda persona de 65 años y más que sufre algún problema de salud que produzca limitaciones y que requiera de estos instrumentos, los recibirá dentro de 90 días desde la indicación médica.

- ✓ **Supervisión y Control de Programas Ministeriales y Hospitalarios**

La supervisión y control de estos programas, es un aspecto importante en el quehacer profesional de la Unidad, pues demanda una cantidad de tiempo importante que debe ser compartido con el resto de las actividades.

Capítulo II
Marco de Referencia

2.1. El Sistema de Salud Chileno[18]

✓ Organización del Sistema de Salud

El sistema de salud está compuesto por todas las personas naturales o jurídicas, de derecho público o privado, que realicen o contribuyan a la ejecución de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma.

Los componentes o subsistemas del sistema global de salud pueden ser identificados en base a tres tipos de criterios:

- Grado de Formalidad de la Organización: formal e informal ó tradicional.
- Rol Institucional en el Sistema: previsional-financiero, proveedor de servicios asistenciales o mixtos.
- Fines de Lucro: con ó sin fines de lucro.

Por lo tanto, el sector está integrado por instituciones, organismos y entidades pertenecientes al sector público y el sector privado, constituyendo un sistema de salud mixto. Por una parte emerge el **Subsector Público** representado principalmente por FONASA en su aspecto financiero y por el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) en su componente de prestación de servicios. Por otra parte, el **Subsector Privado** principalmente representado por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y mutuales en su aspecto financiero previsional y los profesionales y centros asistenciales privados en su componente de prestación de servicios.

✓ Subsector Público

➢ Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS)

La organización del SNSS se basa en el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud (DS de 1980). Está compuesto por el Ministerio de Salud y sus organismos dependientes: los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública y la Central de Abastecimiento. Además, participan del Sistema todas

[18] El Sistema de Salud Chileno, Contexto Histórico y Normativo del Sistema de Salud Chileno. http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/biblioteca/documentos/otros/Sistemasaludchileno.pdf

aquellas instituciones que realizan convenios, destacando los municipios y servicios delegados.

- ✓ **Ministerio de Salud (MINSAL)**[19]

En la base de la organización y estructura del sistema público de Salud del país, se encuentra el Ministerio de Salud cuya misión institucional se refiere a contribuir a elevar el nivel de salud de la población; desarrollar armónicamente los sistemas de salud, centrados en las personas; fortalecer el control de los factores que puedan afectar la salud y reforzar la gestión de la red nacional de atención. Todo ello para acoger oportunamente las necesidades de las personas, familias y comunidades, con la obligación de rendir cuentas a la ciudadanía y promover la participación de las mismas en el ejercicio de sus derechos y sus deberes.

La visión del ministerio de Salud es la de que las personas, familias y comunidades tendrán una vida más saludable, participarán activamente en la construcción de estilos de vida que favorezcan su desarrollo individual y colectivo. Vivirán en ambientes sanitariamente protegidos. Tendrán acceso a una atención en salud oportuna, acogedora, equitativa, integral y de calidad, con lo cual se sentirán más seguras y protegidas.

Dentro de sus funciones y objetivos al Ministerio de Salud le corresponde formular, fijar y formular las políticas de salud. En consecuencia tendrá, entre otras, las siguientes funciones y objetivos:

a) Ejercer la rectoría del sector salud, la cual comprende, entre otras materias:
b) Dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del Sistema, para ejecutar actividades de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas.
c) Velar por el debido cumplimiento de las normas en materia de salud, a través de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, sin perjuicio de la competencia que la ley asigne a otros organismos.

[19] Ministerio de Salud. http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/page/minsalcl/g_conozcanos/g_mision_vision/presentacion_mision_vision.html

d) Efectuar la vigilancia en salud pública y evaluar la situación de salud de la población.

e) Tratar datos con fines estadísticos y mantener registros o bancos de datos respecto de las materias de su competencia.

f) Formular el presupuesto sectorial.

g) Formular, evaluar y actualizar el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas.

h) Formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector salud o Plan Nacional de Salud, conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y necesidades de las personas.

i) Fijar las políticas y normas de inversión en infraestructura y equipamiento de los establecimientos públicos que integran las redes asistenciales.

j) Velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, en todos sus niveles.

k) Establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, tales como hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios.

l) Establecer un sistema de acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funciona.

m) Establecer un sistema de certificación de especialidades y subespecialidades de los prestadores individuales de salud legalmente habilitados para ejercer sus respectivas profesiones, esto es, de las personas naturales que otorgan prestaciones de salud.

n) Establecer, mediante resolución, protocolos de atención en salud. Para estos efectos, se entiende por protocolos de atención en salud las instrucciones sobre manejo operativo de problemas de salud determinados. Estos serán de carácter referencial y sólo serán obligatorios, para el sector público y privado, en caso de que exista una causa sanitaria que lo amerite, lo que deberá constar en una resolución del Ministerio de Salud.

o) Implementar, conforme a la ley, sistemas alternativos de solución de controversias sobre responsabilidad civil de prestadores individuales e institucionales, públicos o privados, originada en el otorgamiento de acciones de salud, sin perjuicio de las acciones jurisdiccionales correspondientes.

p) Formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud en aquellas comunas con alta concentración indígena.

A nivel de cada Región el Ministerio está representado por las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, responsables de ejercer las mismas funciones que el Ministerio en el ámbito de la Región.

Los Servicios de Salud son los responsables de ejecutar las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de los enfermos y de hacer cumplir las disposiciones del Código Sanitario en las materias que les compete. Son organismos estatales funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio para la realización de las referidas acciones.

Están estructurados internamente en una Dirección de Servicio a la que le corresponde la supervisión, coordinación y control de todos los establecimientos y dependencias.

La red asistencial de los Servicios está constituida por Hospitales, Consultorios Generales Urbanos y Rurales, Postas Rurales de Salud y Estaciones Médico Rurales.

- ✓ **Fondo Nacional de Salud (FONASA)**[20]

El Fondo Nacional de Salud (RUT 61.603.000-0), nace como continuador legal del Servicio Médico Nacional (SERMENA), el 3 de agosto de 1979, en el contexto de la reestructuración del Sector Público de Salud dispuesto por Decreto Ley Nº 2.763. En dicha oportunidad, se definieron tres funciones básicas a ser ejecutadas por los organismos de dicho sector:

- ➢ Función Normativa: El Ministerio de Salud se haría cargo de la dictación de las políticas.

- Función de Ejecutar: Los Servicios de Salud - 26 unidades geográficas a lo largo del país - se harían cargo de ejecutar dichas políticas a través de su red asistencial de hospitales, postas y consultorios públicos.

[20] Fondo Nacional de Salud.
http://www.fonasa.cl/

- Función Financiera: FONASA estaría a cargo de restaurar y distribuir los recursos financieros. Adicionalmente, el Fondo estaría a cargo de administrar la Modalidad de Atención de la Libre Elección

El organismo público es el encargado de otorgar cobertura de atención, tanto a las personas que cotizan el 7% de sus ingresos mensuales para la salud en FONASA, como a aquellas que, por carecer de recursos propios, financia el Estado a través de un aporte fiscal directo.

Asimismo FONASA da cobertura de salud a todos sus beneficiarios, sin exclusión alguna de edad, sexo, nivel de ingreso, número de cargas familiares legales y enfermedades preexistentes, bonificando total o parcialmente las prestaciones de salud que les son otorgadas por profesionales e instituciones del sector público y privado.

✓ **Organización asistencial del SNSS**

Para llevar a cabo sus funciones, el SNSS se ha estructurado en una red asistencial de establecimientos y niveles de atención; éstos últimos organizados de acuerdo a su cobertura y complejidad asistencial.

Nivel Primario: Tiene mínima complejidad y amplia cobertura realiza atenciones de carácter ambulatorio en las Postas Rurales de Salud y en los Consultorios Generales, Urbanos y Rurales. Allí se ejecutan principalmente los Programas Básicos de Salud de las Personas.

Para su realización se cuenta con medios simples de apoyo diagnóstico y un arsenal terapéutico determinado y de acuerdo a las prestaciones que se brindan.

El tipo de personal que realiza las acciones de salud varía según la magnitud de la población a atender y la naturaleza de las actividades a cumplir, abarcando desde el auxiliar rural hasta un equipo que incluye médicos generales y otro personal de colaboración.

Las actividades que se efectúan en este nivel son fundamentalmente: Controles, Consultas, Visitas Domiciliarias, Educación de Grupos, Vacunaciones y Alimentación Complementaria.

N**ivel Secundario:** Corresponde a una complejidad intermedia y de cobertura media. La característica fundamental de este nivel es que actúa por referencia y que sus acciones involucran tanto atención ambulatoria como de hospitalización en establecimientos hospitalarios, en los cuales la atención ambulatoria se presta en una unidad de apoyo (consultorio adosado) de dicho establecimiento.

Los recursos involucrados para satisfacer las demandas de este nivel son más complejos, es decir, existe mayor participación profesional con cierto grado de diferenciación y mayor proporción de elementos de apoyo diagnóstico y terapéutico que en el nivel primario.

Nivel Terciario se caracteriza por su alta complejidad y cobertura reducida. Está destinado a resolver aquellos problemas que sobrepasan la capacidad resolutiva de los niveles precedentes, debiendo actuar como centro de referencia no sólo para la derivación de pacientes desde de su propia área de influencia, sino que con frecuencia tal derivación tiene carácter regional, supraregional y en oportunidades nacional.

Al igual que el nivel intermedio, a este nivel le corresponde realizar tanto acciones de tipo ambulatorio, efectuadas en los consultorios adosados de especialidades de estos hospitales, como de atención cerrada en sus diversos servicios de hospitalización. Sus recursos humanos son los de la más alta especialización y los elementos de apoyo clínico diagnóstico y terapéutico, los de mayor complejidad técnica.

El hecho de que estos establecimientos hospitalarios realicen actividades de alta complejidad, no los exime de desarrollar las funciones correspondientes al nivel secundario, ya que tienen también la responsabilidad de solucionar los problemas de frecuencia intermedia en la población a su cargo.

Además del SNSS, existen otras instituciones del subsector público que cuentan con sistemas propios de salud, destinados a dar atenciones de salud a su personal y cargas familiares, para lo cual cuentan con establecimientos y unidades asistenciales de atención

Abierta y cerrada; destacar los establecimientos de las Fuerzas Armadas y de Orden, Penitenciaría, Empresa Nacional del Petróleo y Universidad de Chile, entre otras.

- ✓ **Reforma en Salud**

A partir del año 2002, se anuncia el trabajo en una reforma integral al sistema de Salud Chileno, planteándose como su objetivo preliminar que la población tuviera mayor acceso a los tratamientos de enfermedades, se redujeran los tiempos de atención, se ampliará la red de establecimientos de salud y que no existieran impedimentos económicos para que las personas pudieran someterse a tratamientos médicos complejos (Biblioteca del Congreso Nacional, 2005).

Los fundamentos que impulsan la planificación y ejecución de la reforma de salud en el país, se refieren al cambio epidemiológico y a la búsqueda de equidad. Con el cambio epidemiológico se hace referencia a que las causas principales de muerte y enfermedad se han trasladado desde las enfermedades infecciosas con una alta mortalidad infantil y materna (mediados del siglo XX) a un perfil de mortalidad similar al de los países desarrollados, donde predominan las enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, cáncer, accidentes, problemas de salud mental y otros (Llanchipal, 2005).

Este cambio epidemiológico, se ve determinado en parte, por el proceso de transición demográfica que se encuentra atravesando la población chilena, caracterizado por un importante descenso de la fecundidad, mortalidad infantil y la morbilidad en todas las edades, produciéndose de esta manera un envejecimiento poblacional.

Por su parte, se entiende por la búsqueda de equidad social, la eliminación de barreras injustas que influyen en que algunas personas se vean perjudicadas en su situación de salud solo por su nivel socioeconómico, sexo, etnia, lugar de residencia, nivel de educación, entre otras (Llanchipal, 2005). Es decir, se espera terminar con las desigualdades sociales, al velar por la capacidad del sistema para atender oportunamente a la población, garantizando el acceso, calidad y certeza de que la familia no se va a empobrecer debido a su problema de salud.

- ✓ **Estructura de la Reforma de Salud**

En razón a la alta complejidad que revestía la reforma de Salud, tanto desde la perspectiva económica como organizacional, ésta se organizó en cinco temas principales, los cuales fueron tratados en igual número de proyectos de ley

ingresados al Congreso Nacional en junio del 2002. Cabe señalar que de estos cinco proyectos, cuatro actualmente se constituyen en leyes de la Republica.

- **Ley de Autoridad Sanitaria, Ley N° 19.937, promulgada el 24 de febrero de 2004:**

Modifica el D.L. N° 2763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria, Modalidades de Gestión y fortalece la Participación Ciudadana.
Busca la reestructuración del Ministerio de Salud, los SEREMIS y los Servicios de Salud, crea los llamados "Hospitales de autogestión en red" (establecimientos especializados en recursos humanos, implementación tecnológica y capacidad resolutiva) y otorga estímulos a los funcionarios por metas alcanzadas. Se convirtió en ley el 24 de Febrero de 2004 (Ley Nº 19.937).

- **Garantías Explicitas en Salud[21] (GES), Ley N° 19.966, promulgada el 25 de agosto de 2004:**

El objetivo es garantizar la equidad en el acceso de la población a la salud, independientemente de la capacidad de pago de las personas y de si están inscritas en Fonasa o en una Isapre partir del 1 de julio de 2006 de 56 enfermedades. Este número se va ampliando para llegar a 80 en el año 2010. Garantías que otorga este plan de salud:

- **Garantía explícita de acceso:** es la obligación de Fonasa y las Isapres de asegurar las prestaciones de salud.
- **Garantía explícita de calidad:** otorgar la atención de salud garantizada por un prestador registrado o acreditado.
- **Garantía explícita de oportunidad:** existencia de un plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas
- **Garantía explícita de protección financiera:** es la contribución, pago o copago que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones.

[21] Ley que establece un Régimen de Garantías en Salud y Reforma de Salud. http://www.agendapublica.uchile.cl/n4/1_ferrer.html

- **Ley de ISAPRES, Ley N° 20.015, promulgada el 3 de mayo de 2005:**

Esta normativa modifico el marco regulatorio en el que se desenvuelven las instituciones privadas de salud en nuestro país, planteando un claro énfasis en la protección de los derechos de sus usuarios/as.

Los principales beneficios que esta nueva normativa otorga a los usuarios/as del sistema privado, se refieren a la regularización del alza de precios y a la protección a la familia de un cotizante que fallece. Las ISAPRES estarán obligadas a informar a las personas que se encuentren cesantes acerca del no pago de sus cotizaciones, además se elimina la facultad que poseían para poner fin a los contratos sin causal, estableciéndose sólo cuatro causas precisas de termino. Se establece que los afiliados podrán optar por planes de libre elección, planes con prestadores preferentes o planes cerrados. Se mantendrán los montos de multas en caso de faltas reiteradas incurridas por las ISAPRES, y por último, se instauran los derechos de los beneficiarios ante el cierre de un registro. (MINSAL, 2005)

- ***Derechos y Deberes[22] de las Personas, se aprueba proyecto de ley enero de 2008:[23]***

Proyecto que se encuentra aún en trámite en el Congreso, va dirigida a asegurar que las personas pasen de ser objetos de salud a sujetos activos, a partir de la definición de derechos explícitos en materia de información, derecho a tomar decisiones conociendo los riesgos y alternativas, respeto a la privacidad y a recibir una adecuada acogida y acompañamiento, elementos que realzan la dignidad del ser humano en la relación de con los equipos y sistemas de salud".

- ***Financiamiento:***

La implementación tiene un costo de $153.000 mil millones. Para su financiamiento se crea un fondo solidario con aportes de las Isapres, Fonasa y el Estado, el cual se redistribuye a las mismas entidades de acuerdo a cuántas personas tenga cada una en riesgo o afectadas por patologías contempladas en el GES.

[22] Carta de Derechos y Deberes de Usuarias Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud. http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/7a6746fde9e863a4e04001011f017579.pdf
[23] Proyecto de ley de Derechos y Deberes de las Personas en su Atención en Salud. http://www.redsalud.gov.cl/noticias/noticias.php?id_n=50

2.1.1. Trabajo Social en Salud[24]

El propósito de Trabajo Social en Salud es contribuir a mejorar la calidad de vida de la población, promoviendo el desarrollo de potencialidades de individuos, familias, grupos y comunidades para que estos actores logren asumir el protagonismo en el cuidado de la salud.

A fin de lograr este propósito, el Trabajo Social define objetivos, de los cuales algunos son de exclusiva competencia y otros son compartidos con el Equipo de Salud (MINSAL 1994).

a) Contribuir a la incorporación de los diferentes actores sociales, especialmente, la comunidad en acciones conjuntas con el equipo de salud, en la resolución de sus propios problemas de salud.
b) Contribuir a la conformación de organizaciones y redes sociales de apoyo para la promoción de salud.
c) Promover en conjunto con el equipo una eficiente utilización de los recursos existentes (gubernamentales y no gubernamentales) a nivel público, privado y solidario, contribuyendo a su articulación.
d) Colaborar con el equipo de salud en el desarrollo de mecanismos de mejoramiento y evaluación de la calidad y humanización de la atención de salud.
e) Aplicar con los equipos los enfoques psicosocial, familiar y comunitario en la prevención y tratamiento de los problemas específicos de la salud.
f) Contribuir a que los equipos de salud incorporen elementos sociales y culturales, tanto en el diagnóstico de la situación de salud como en la programación de sus actividades.
g) Estimular la coordinación interniveles o interservicios para la atención de salud en la perspectiva de facilitar una utilización eficiente de los recursos institucionales y mejorar el acceso real de la población a las prestaciones de salud.
h) Contribuir a la integración de la medicina tradicional a la medicina científica, a través de la aplicación de metodologías que permitan recoger el

[24] Castañeda, Patricia, Miranda, Avances conceptuales en Salud. Secretaría Regional Ministerial de Salud V región. 2005.

conocimiento y la experiencia tradicional y su articulación con el conocimiento científico.

i) Implementar sistemas de vigilancia de los factores de riesgo social en relación a problemas prevalentes de salud.

A nivel del Ministerio de Salud, el principal aporte esperado de Trabajo Social es la incorporación de la dimensión social en la identificación, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud, como en las acciones de promoción, fomento y prevención. A nivel de los Equipos de Salud, el aporte profesional está directamente vinculado a los niveles de cobertura, complejidad y especialidad del Establecimiento donde Trabajo Social desarrolla sus funciones.

Sin embargo, los elementos transversales de competencia profesional reconocidos, ligan a la profesión a los siguientes ámbitos de acción:

- **Atención Complementaria Especializada del paciente:**

- Resolución del acceso a la atención de salud a los individuos y familias con ausencia o suspensión temporal de beneficios previsionales.
- Coordinación con red de Apoyo para la obtención de recursos y/o beneficios que contribuyan a la superación de problemáticas sociales vinculadas a la carencia y la precariedad.
- Pesquisa y Atención Especializada de los factores sociales y culturales vinculados a problemas de salud.

- **Promoción de la Salud:**

- Manejo de bagaje social Técnico y Metodológico que permite el diseño e implementación de procesos de Educación en Salud destinados a la comunidad o a grupos específicos.
- Coordinación Intersectorial
- Responsabilidad técnica de desarrollo y vigencia de procesos de diagnóstico en salud comunitaria.

- **Promoción del proceso de trabajo interdisciplinario de los Equipos de Salud:**

- Liderazgo en la convocatoria y facilitación de procesos de trabajo en equipo.
- Evaluación de la pertinencia y atingencia de las propuestas del equipo de salud respecto de la comunidad destinataria.

- **Evaluación Social de Indigencia y/o Carencia de previsión.**

- Facilitador del acceso a la atención de salud de las personas carentes de previsión.
- Orientación Previsión en vistas a la regulación de la cobertura previsional.
- Supervisión y/o Jefatura técnica de la sección de Orientación Médico Estadístico SOME.

Así entonces, el Trabajo Social se vincula directamente con personas, familias, grupos y comunidades, abordando sus problemas, necesidades y demandas sociales con relación a la salud. Aporta una combinación de recursos de distinta naturaleza. Aborda simultánea y/o separadamente objetivos de tipo promocional, educativo, organizativo, de gestión y de desarrollo local. Su campo de acción permite realizar acciones transformadoras, a través de las prácticas específicas del Trabajo Social en busca de una mejor salud y calidad de vida para todos.

En el contexto de Salud, la metodología de Trabajo social se caracteriza por ser un conjunto de prácticas sistemáticas cuyos procedimientos se traducen en acciones mediante las cuales modifica o transforma algún aspecto de la realidad. Se apoya en el conocimiento científico de lo social y en los marcos teóricos interpretativos de las Ciencias Sociales. Actúa fundamentalmente a nivel psicosocial mediante un proceso educativo que desarrolla potencialidades, habilidades, habilidades y destrezas en individuos, grupos y comunidades, con el fin de contribuir al mejoramiento de sus condiciones de vida.

El principal desafío del Trabajo Social es la contribución a los Equipos de Salud de una visión global e integral de los problemas de Salud. Esto permite la visualización de la multicausalidad e interrelación de los diversos factores sociales que influyen o determinan los procesos de salud – enfermedad y por otra, ubica a las personas beneficiarias en su contexto social, cultural y ambiental. En ese sentido, se hace fundamental recrear y establecer modos de socializar la información común, reflexionar en torno a la realidad biopsicosocial, compartir estrategias de intervención y realizar acciones conjuntas de responsabilidad de todo el Equipo de Salud.

✓ **Funcionamiento.**

➢ Modelo de Atención:

- Asistencial.
- Intervención en crisis.
- Terapéutico con enfoque familiar.
- Trabajo en equipo.

✓ **Niveles de Intervención:**

- Caso/Familia.
- Grupo.
- Comunidad.

✓ **Motivos de Atención:**

Las principales consultas de los usuarios al Departamento de Servicio Social del Hospital Carlos Van Buren, se relacionan con las siguientes temáticas:

- Situaciones de Riesgo Social tales como Violencia Intrafamiliar, maltrato, abandono, indigencia, fallecidos NN, etc.
- Coordinación con red Social, comunitaria y de salud para obtención de financiamiento para: medicamentos/fármacos fuera del arsenal farmacológico del hospital, prótesis, pasajes, etc.
- Requerimiento de oxigenoterapia domiciliaria para niños y adultos.
- Obtención de satisfacción de necesidades básicas (coordinación voluntariado).
- Obtención de ayudas técnicas.
- Evaluación de situación socioeconómica para solicitud de condonaciones.
- Financiamiento de pasajes en caso de derivación a otros hospitales de la red (Santiago)
- Asesorías: Previsional, laboral, habitacional, educacional, jurídico- social y en resolución de conflictos.
- Participación Social a nivel de grupo y comunidad (Consejo de Desarrollo Local).

✓ **Temáticas Frecuentes:**

Las temáticas por las cuales los profesionales de la unidad de Servicio Social trabajan en su accionar diario son:

- Turno de Urgencia y de Servicio.
- Orientaciones de beneficios previsionales para los enfermos.
- Casos de Violencia Intrafamiliar.
- Abandono de personas.
- Pensiones.
- Coordinación con la red para entrega de alimentos.
- Colocación extrahospitalaria y educación a la familia en adultos, adultos mayores de clínicos y maternidad. Las acciones para abordar adecuadamente los requerimientos de los usuarios según cual sea el motivo de atención, están definidos y normalizados por la Institución en la cual trabajan actualmente.

✓ **Redes y Vínculos Institucionales**

El departamento de Servicio Social del Hospital Carlos Van Buren cuenta con las siguientes redes y vínculos de apoyo, los cuales le permiten cumplir con las contingencias que se presentan en el establecimiento, entre los que se pueden distinguir:

- Intendencia: Para coordinar ayuda asistenciales.
- Gobernación.
- Oficina de Desarrollo Social de la Municipalidad: para el otorgamiento de pensiones.
- Municipalidades de otras comunas.
- Algunos Concejales de la comuna.
- Carabineros: En caso de fallecimiento, es la encargado de buscar a algún familiar del difunto.
- Juzgado de menores.
- Corporación Asistencial Judicial.
- Registro Civil

- MIDEPLAN: Se implementa el programa desarrollado por este Ministerio denominado " Programa de la calle", realizando trámites de pensión; de cédula de identidad, entre otros, a personas que viven en la calle.
- SENAME: Dirigidos a niños en abandono con riesgo social.
- Programa Previene.
- SERVIU
- FONADIS: Con la finalidad que los usuarios menores de 65 años sean beneficiarios de pensiones por incapacidad y proveerles de implementos que permitan mejorarsu calidad de vida.
- ASODI (asociación de dializados).
- COANIL.
- COANIQUEM.
- CONIN
- CONAMA: En la realización de proyectos con otras instituciones.
- ONGs
- FONASA.
- INP: Por motivos de pensiones.
- AFP: Por motivos de pensiones.
- COMPIN: Para coordinar pensión de invalidez.
- Cajas de Compensación.
- Hospital El Salvador.
- Consultorio de Atención Primaria.
- Comité Vida Chile.
- Ejército de Salvación.
- Policlínico Diocesano: Dirigido hacia personas sin recursos.
- Hogar de Cristo.
- Refugio de Cristo.
- Patronato de los Sagrados Corazones.
- Fundación Javier Arrieta: para apadrinar niños, niñas y jóvenes de escasos recursos.
- Children International
- Club de Leones: Para la solicitud de lentes ópticos
- Rotary Club: De ayuda social a la comunidad

- Universidad de Valparaíso: Especialidades de Medicina, Psicología, Trabajo Social.
- Universidad de Playa Ancha: Especialidades de Kinesiología y Terapia Ocupacional.
- Universidad Católica.

A esto se suma el apoyo recibido de los voluntariados que prestan su servicio dentro del hospital por tipo de enfermedades, es así como existe un grupo de voluntarios para atención de pacientes dializados y para los pacientes de oncología entre otros.

2.1.2. Profesionalidad y Situaciones Profesionales

✓ Profesionalidad (le Boterf 2001)[25]

Se describe al/a la profesional como una personas que sabe gestionar y manejar una Situación Profesional compleja, la definición señalada conjuga los siguientes elementos:

- Saber actuar y reaccionar con pertinencia: Lo cual se refiere a saber qué hacer en una determinada situación e ir más allá de lo prescrito, además de saber elegir en una urgencia, saber arbitrar, negociar y lograr encadenar las acciones según su finalidad.

- Saber combinar recursos y movilizarlos en un contexto: Implica saber construir habilidades a partir de recursos y saber sacar partido, no solo de sus recursos incorporados, sino también de los recursos de su entorno.

- Saber transferir: Se refiere a saber memorizar múltiples situaciones y soluciones tipo, saber tomar perspectiva y saber darse cuenta e interpretar los indicadores de contexto.

- Saber aprender y aprender a aprender: Implica saber sacar lecciones de la experiencia, transformando su acción en experiencia, saber describir como se aprende y funcionar en un doble circuito de aprendizaje.

- Saber comprometerse: se refiere a saber utilizar la subjetividad, saber correr riesgos y saber emprender.

La profesionalidad puede describirse como un cuerpo coherente y estructurado de recursos personales y competencias, que tiene como función principal saber gestionar una situación profesional compleja. En este sentido pueden distinguirse tres niveles de Profesionalidad:

[25] Ingeniería de las Competencias, Guy Le Boterf, febrero 2001. Páginas 121-131

- Principiante: En este nivel la persona posee poca autonomía y se caracteriza por tener una visión parcial de una situación, el saber es aun general y poco contextualizado.

- Profesional Confirmado: Este nivel se caracteriza por un grado de autonomía que permite tomar las iniciativas pertinentes y que se basa en un domino o maestría de las dimensiones principales del proceso de construcción de habilidades.

- Experta: En esta fase la persona no solo dispone de un pleno dominio de sus habilidades, sino que también tiene la capacidad para construirlas instantáneamente a partir de una viva y clara comprensión de las situaciones.

El concepto de Profesionalidad se desarrolla en torno a los siguientes componentes:

- Identidad profesional: Le otorga sentido a la construcción y al mantenimiento de las competencias.
- Ética profesional: Que orienta las prácticas y las decisiones.
- Ejes de profesionalismo: Que orientan la construcción y la organización del cuerpo de conocimientos y competencias.

- Variedad de recursos y experiencia: Que permite disponer de esquemas operativos movilizables en situaciones diversas.

- Capacidad de reflexión y distanciación crítica: En relación con las representaciones, las competencias, los recursos, las maneras de actuar y de aprender. El saber de la práctica está completado y orientado por el saber sobre la práctica.

- Reconocimiento: Por parte del medio profesional.

Las experiencias y las prácticas profesionales constituyen elementos importantes en la construcción de la profesionalidad. Para ello la persona debe saber y poder tener perspectiva para analizar sus prácticas y transformar lo vivido en una

experiencia meditada. La reflexión es uno de los componentes esenciales de la profesionalidad, ya que le permite tomar perspectiva en relación con sus prácticas, con sus representaciones, con sus formas de actuar y de aprender. Es esta reflexión lo que le permitirá volver a invertir sus experiencias y sus prácticas en prácticas y Situaciones Profesionales diversas.

- ✓ **Situaciones Profesionales**

- ➢ **Concepto de Situación Profesional (Le Boterf 2001)[26]**

La profesionalidad entendida como la capacidad de actuar como un profesional no se limita a la posesión de un conjunto de conocimientos y competencias, ya que la profesionalidad supone que uno no solo es actor en su contexto profesional, sino también autor de su profesionalidad singular. La profesionalidad se adquiere y desarrolla por medio de la experiencia acumulada en Situaciones Profesionales y de formación.

Una Situación Profesional se define como "un conjunto de misiones y actividades técnicas, humanas y de organización que la persona asegura no solo en su propio puesto de trabajo, sino también en relación con las demás personas, los otros puestos y la estructura institucional en su conjunto. Una Situación Profesional es un puesto que se pone en relación, también es un puesto en desarrollo: la situación profesional se modifica bajo la influencia de factores de evolución" (Le Boterf, 2001).

Las Situaciones Profesionales son reales: Corresponden a los puestos de trabajo que se tienen de forma efectiva en un momento dado. A partir del análisis de estas Situaciones Profesionales reales es posible identificar una cartografía de situaciones tipo. Estas constituyen familias de Situaciones Profesionales que están cerca por sus misiones y actividades y por las competencias que exigen.

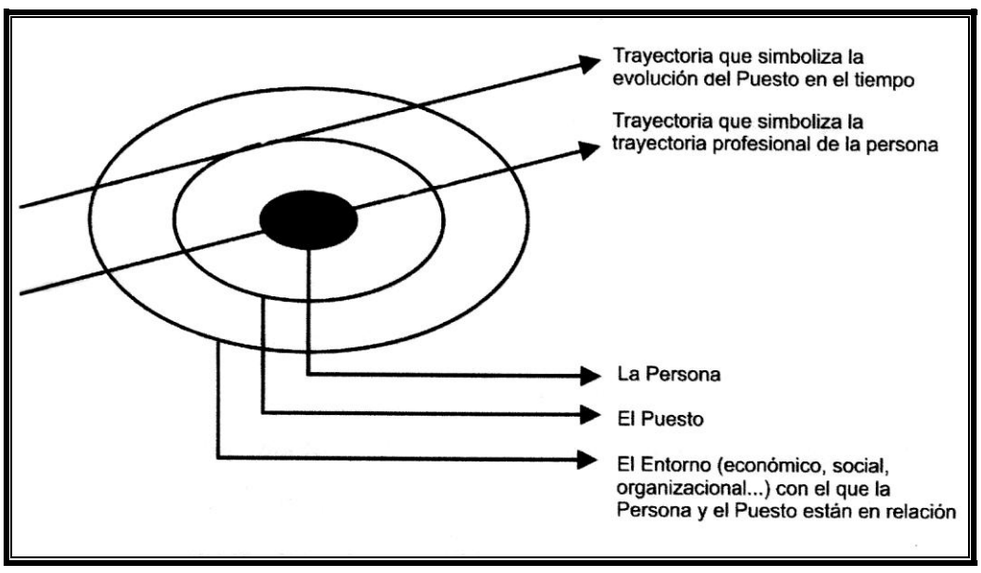
[26] Ingeniería de las Competencias, Guy Le Boterf, febrero 2001. Páginas 224-244.

✓ **Variables Descriptivas de una Situación Profesional (Le Boterf, 2001)**

Las variables descriptivas de un empleo o Situación Profesional se establecen en los siguientes términos:

- La finalidad del empleo: Cada empleo o Situación Profesional se caracteriza por una o algunas finalidades específicas que precisan los resultados o los servicios esperados. Esta finalidad se describe en función del contexto particular donde se ejerce.
- Las Actividades: Caracterización de las tareas genéricas desarrolladas en un puesto de trabajo.
- Las relaciones con los demos empleos: Precisan las relaciones de cooperación que el empleo debe mantener con los demás.
- Campo de autonomía y responsabilidad: Se situará el grado de autonomía en la toma de decisiones, la estimación de los proyectos, la ejecución de las actividades.
- Nivel de complejidad del empleo: Se indicaran los problemas, más o menos complejos, que hay que solucionar en este empleo.
- El posicionamiento del empleo en relación con otros empleos debe responder a dos preguntas: ¿Desde que otros empleos se puede llegar para ocupar este empleo? ¿hacia qué otros empleos se puede ir después de haber ocupado este empleo?

Esquema 1-1. Noción de Situación Profesional



*Fuente: Ingeniería de las Competencias, Guy Le Boterf, 2000.

- ✓ **Situaciones profesionales Atención Terciaria en Salud/Alta Complejidad en Salud.**

Los/as Asistentes Sociales que se desempeñan en este nivel de atención se encargan de la resolución de problemas y conflictos de los usuarios del sistema público de salud, contribuyendo asimismo a la mejora de los condicionantes decidores en cuanto a la calidad de vida de la población en general, mediante el desarrollo de las potencialidades de cada individuo, grupo y comunidades para que estos asuman de forma más integra el cuidado de su propia salud.

El Seminario de Título ***"Sistematización de Situaciones Profesionales de Trabajo Social en la Atención Terciaria en Salud"*** determinó a partir del trabajo realizado las Situaciones Profesionales y las clasificó en Ámbitos de trabajo. (Castañeda- Salamé, 2006)

Definiciones para cada uno de los ámbitos de desempeño identificados:

- ✓ **Ámbitos Intervención Directa:**

El concepto intervención se reconoce como la "acción realizada por el trabajador social ante y con el usuario o cliente. Intervenir quiere decir tomar parte voluntariamente, hacerse mediador, imponer su autoridad. Su significación es más fuerte que la de acción, aunque a menudo ambos términos sean usados como sinónimos" (Robertis, 1994: 14). Este ámbito comprende el conjunto de puestos laborales en que el colectivo profesional trabaja directamente – en una relación cara a cara - con los sujetos, independientemente de su carácter, individual o colectivo. Las actividades distintivas de estos puestos laborales son la atención y el trabajo directo con los sujetos, individual o colectivamente, en una escala, generalmente microsocial. En este ámbito concurren las tres dimensiones[27] clásicas de la intervención profesional de trabajo social: personas y familias, grupo y comunidad, manteniendo presente la consideración que las dimensiones de intervención son interdependientes, tanto desde la perspectiva metodológica como práctica. Las dimensiones de intervención se constituyen a su vez en los procesos y procedimientos de trabajo formalizados en contenido y secuencia, los que pueden

[27] Se utiliza la denominación de dimensión de intervención en el sentido propuesto por De Robertis (1994) considerando que no establece relación jerárquica entre los diferentes métodos de intervención.

modificarse de acuerdo a las complejidades, imprevistos y contingencias que los sujetos presentan en su situación social. Entre las principales funciones se encuentran la calificación socioeconómica, la orientación y educación social, la entrega de beneficios y servicios derivados de políticas sociales, sean éstas del Estado o de los servicios de asistencia social del sector privado. Así, adquiere sentido el rol profesional de articulador entre necesidades y problemas de los sujetos y los recursos conformados por beneficios y servicios de las políticas sociales. Para desarrollar a plenitud este rol las redes sociales se constituyen en sí mismas en un recurso central que posibilitará el acceso a un conjunto mayor de recursos, que no están bajo la propia administración.

En éste ámbito se encuentra:

- Consulta Social
- Visita Domiciliaria
- Visita en Sala

✓ **Ámbito Gestión Social**:

Es un ámbito de acción profesional contemporáneo, conformado por el conjunto de puestos laborales en diferentes organizaciones sociolaborales de acción social propiamente tal y en empresas productivas en que trabajo social es responsable de la gestión de recursos, redes e información. Definido a partir de las tareas de administración y coordinación de proyectos y/o programas; en el que el *conocimiento* de políticas internas, de fuentes de financiamiento internas o externas, de dinámicas institucionales, de orientación hacia las metas y del manejo de recursos, son fundamentales. Los métodos de trabajo empleados en este ámbito son los vinculados a procesos de planificación, tales como la planificación estratégica, diseño de proyectos y la prospectiva, entre otros. Las principales tareas que predominan en este ámbito de acción profesional son la administración, la coordinación, el trabajo en redes, diseño, ejecución y evaluación de proyectos sociales y/o productivos, junto con la gestión de recursos humanos, materiales y/o económicos, siendo estos en lo general de un volumen moderado. Las redes son un soporte de gran envergadura utilizadas para establecer relaciones entre distintos profesionales e instituciones, tanto a nivel interno como externo. El manejo de

tecnologías - software y sistemas en línea asociados a bases de datos - es determinante para contar con información actualizada y relevante.

En éste ámbito se encuentra:

* Reuniones Técnicas multidisciplinarias
* Gestión Judicial
* Jefatura de servicios
* Planificación y Ejecución de Proyectos de Mejoramiento.
* Asesoramiento a Organizaciones Comunitarias y agrupaciones Intrahospitalarias.

✓ **Ámbito Satisfacción Usuaria:**

Es un Indicador de Calidad del Modelo de Salud, éste constantemente se fue presentado en el proceso de detección de las situaciones profesionales, debido a su amplia gama de situaciones, se define cómo ámbito.

Cada día la mayoría de los consultantes tiene mayor información acerca de sus derechos, mayor responsabilidad de su propia salud, es decir se han ido empoderando en torno al tema de la salud y, por lo tanto, exigen una mejor calidad de la atención.

Paralelo a esto, se considera fundamental evaluar la satisfacción de los pacientes, ya que se asocia de manera positiva y significativa con los resultados obtenidos con el servicio proporcionado en salud (Marshall, Hays & Mazel, 1996). Además, la satisfacción de los pacientes juega un importante rol en la continuidad del uso de los servicios médicos, en el mantenimiento de las relaciones con el proveedor específico y en la adherencia a los regímenes y tratamientos médicos (Hermann, Ettner & Dorwart, 1998; Zurro, 1999).

La satisfacción del cliente es definida como el grado de congruencia que existe entre las expectativas del usuario de una atención ideal en salud y la percepción de éste del servicio que recibió (Arenas, Fuentes & Campos, 1993; Guzmán del Río, 1986), o bien, como la medida en que los profesionales de salud logran cumplir las necesidades y expectativas del usuario (Donabedian, 1980 en Hidalgo & Carrasco, 1999).

La calidad percibida es definida como una evaluación efectuada por el usuario de la excelencia general del producto. De este modo, la calidad percibida es una variable

evaluativa, en que algunos modelos plantean que el estándar es un ideal o bien una evaluación basada en la experiencia previa con el sistema de salud (Gotlieb, Grewal & Broen, 1994; Pascoe, 1983).

La importancia de evaluar la satisfacción usuaria[28] en diversos programas, es que permite modificar y mejorar las deficiencias y reforzar las fortalezas, desde la perspectiva de los pacientes con respecto al manejo de la calidad del cuidado de la salud y a sus expectativas de resultado (Judge & Solomon, 1993). Sin embargo, no siempre se considera la evaluación de la satisfacción usuaria al momento de evaluar la calidad general de los diversos programas de atención.

En éste ámbito se encuentra:

- Gestión de las Opiniones de los Usuarios.
- Medición de la Satisfacción Usuaria.

[28] Medición de la satisfacción de los usuarios.
http://www.mailxmail.com/curso-marketing-sector-publico/medicion-satisfaccion-usuarios

Capítulo III Metodología de Trabajo

3.1. Marco Metodológico

En este capítulo se detallan minuciosamente cada uno de los aspectos relacionados con la metodología que se ha seleccionado para desarrollar la sistematización. Se exponen en forma precisa los datos que se requieren indagar para el logro del objetivo, así como la descripción de los distintos métodos y las técnicas que posibilitarán obtener la información necesaria.

3.1.1. Metodología de Trabajo

- ✓ **Fundamentación**

La sistematización, como concepto y práctica metodológica, tiene diversos enfoques (Lavell, 2002), surge como un proceso de reflexión, usualmente aplicado a proyectos sociales (Martinic, 1998). Se trata de la interpretación crítica de una experiencia que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explica la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido y cómo se han relacionado entre sí (Berdegué et al., 2000: Jara, 1998; Jara, 2001).

La sistematización es una actividad que permite construir y explicitar los saberes que han sido o están siendo producidos en una determinada experiencia por diferentes sujetos, mediante el análisis y valoración de acciones. (Cfr. Souza, 2008, pp. 99-13).

A pesar de los diferentes enfoques, la sistematización tiene algunos elementos en común. Se trata de una modalidad de investigación cualitativa y de aprendizaje que posibilita mejorar una experiencia similar futura. Por lo tanto, a toda sistematización le antecede una práctica que puede recuperarse, contextualizarse y analizarse a partir del conocimiento adquirido (Lavín, 2000; ANAFAE, 2001).

Lo anterior indica una idea de sistematización que es cada vez mas aceptada: se sistematiza para facilitar el intercambio de experiencias y lograr una mejor comprensión sobre lo que se realiza, con el fin de adquirir conocimientos teóricos a partir de la práctica y mejorarla, con lo cual la sistematización también puede ser una herramienta de gestión; en todo caso, es más que una actividad teórica, descriptiva, de registro o documentación: es esencialmente una escritura reflexiva, ordenada y documentada de los saberes acumulados por la experiencia personal y colectiva (Vasco, 2008, pp.21-23).

La sistematización presenta, entre otras, estas características:

- Es una actividad reflexiva, para lo cual puede acudir a elementos metodológicos de la lingüística textual, específicamente el análisis crítico del discurso (ACD).

- Esta reflexión se aplica a un proceso concreto.

- Mediante una perspectiva crítica, la reflexión permite organizar un conjunto de elementos (conocimientos, prácticas, datos, etc.), que están desarticulados, dispersos o poco visibles.

- La sistematización es un proceso esencialmente participativo que involucra a las personas relacionadas con la experiencia, lo cual exige implementar estrategias discursivas (Messina, 2008, pp.32-36).

Si conjugamos estos elementos podemos definir la sistematización como:

"Un proceso a través del cual se recupera lo que los sujetos saben de su experiencia para poder comprenderla, interpretarla y comunicarla, produciéndose así, un nuevo tipo de conocimiento". (Martinic, Walker, 1987)

La sistematización tiene como referente principal a la práctica, y su fin último es volver a ella para reorientarla desde lo que ella misma enseña, por lo tanto, sin práctica no hay sistematización posible.

Por lo tanto, la metodología permite a la presente experiencia cumplir con el objetivo de las sistematizaciones el cual tiene que ver con adquirir conocimiento (o teoría) a partir de la práctica, gracias a que la sistematización es un proceso permanente y acumulativo de producción de conocimientos a partir de las prácticas de intervención de la realidad social. A través de la sistematización se pretende explicitar los supuestos, hipótesis, metodologías y marcos teóricos con que operan los equipos de la atención terciaria en salud. Desde esta perspectiva, la sistematización articula teoría y práctica, además permite transitar del conocimiento común (experiencia) al conocimiento consciente y organizado (Santibañez y Cárcamo, 1993, CIDE).

Con respecto a la Sistematización se inscribe en una perspectiva "que busca comprender y tratar con lo cualitativo de la realidad" (Palma, citado por Jara, 2009, pp.14-19). Es decir, su enfoque es más dialéctico, interpretativo y crítico, para lo cual recurre a lo narrativo y descriptivo.

De modo referencial se destaca que la sistematización de experiencias está vinculada con la metodología Investigación Acción Participativa (IAP), dado que una de sus características es que, a partir de reflexiones colectivas, los involucrados se auto examinan para comprender y generar activamente cambios institucionales y/o sociales.

3.1.2. Organización Metodológica del Proceso de Seminario de Título.

✓ **Directrices para la recolección de datos:**

Referido a los conceptos o ideas iniciales, susceptibles de transformación que guían el trabajo de sistematización. Para la presente experiencia quienes guiarán el proceso de Sistematización, serán las Situaciones Profesionales que surgen del ejercicio profesional realizado en la Atención Terciaria en Salud (ATS).

Las situaciones profesionales seleccionadas para la presente experiencia se agrupan en los siguientes ámbitos:

- **Atención Directa:** Consulta Social, Visita Domiciliaria, Visita en Sala.

- **Gestión Social:** Reuniones Técnicas Multidisciplinarias, Gestión Judicial, Jefatura y coordinación de unidades, Planificación y Ejecución de Proyectos de Mejoramiento, Asesoramiento a Organizaciones Comunitarias y Agrupaciones Intrahospitalarias.

- **Satisfacción Usuaria:** Gestión de las Opiniones de los Usuarios y Medición de la Satisfacción Usuaria.

✓ **Objetivos de Sistematización.**

- Objetivo de Sistematización:

Sistematizar las Situaciones Profesionales de Trabajo Social para conocer la realidad del ejercicio profesional propio de la Atención Terciaria en Salud en la comuna de Valparaíso.

- Objetivos Generales:

1. ***Sistematizar las variables elementales de las Situaciones Profesionales de Trabajo Social en la Atención Terciaria en Salud en el ámbito de la Intervención Directa, correspondientes a Consulta Social, Visita Domiciliaria y Visita en Sala.***

- Objetivos Específicos:

- Describir y analizar las variables elementales de las Situaciones Profesionales de Trabajo Social en la Atención Terciaria en Salud en el ámbito de la Intervención Directa.

2. ***Sistematizar las variables elementales de las Situaciones Profesionales de Trabajo Social en la Atención Terciaria en Salud en el ámbito de la Gestión Social, correspondientes a Reuniones Técnicas Multidisciplinarias, Gestión Judicial, Jefatura de Servicios, Planificación y Ejecución de Proyectos de Mejoramiento, Asesoramiento a Organizaciones Comunitarias y Agrupaciones Intrahospitalarias.***

- Objetivos Específicos:

- Describir y analizar las variables elementales de las Situaciones Profesionales de Trabajo Social en la Atención Terciaria en Salud en el ámbito de la Gestión Social.

3. ***Sistematizar las variables elementales de las Situaciones Profesionales de Trabajo Social en la Atención Terciaria en Salud en el ámbito de la Satisfacción Usuaria, correspondientes a Gestión de las Opiniones de los Usuarios y Medición de la Satisfacción Usuaria.***

- Objetivos Específicos:

- Describir y analizar las variables elementales de las Situaciones Profesionales de Trabajo Social en la Atención Terciaria en Salud en el ámbito de la Satisfacción Usuaria.

✓ **Colectivo de las Situaciones Profesionales a Sistematizar.**

- **Colectivo.**

El colectivo de sistematización se encuentra conformado por profesionales de Trabajo Social con experiencia en el Hospital Carlos Van Buren, centro de Atención Terciaria en Salud de la comuna de Valparaíso. De las profesionales una de ella se encuentra jubilada.

El colectivo estará específicamente constituido por 10 profesionales de Trabajo Social que desempeñan labores en el centro de Atención Terciaria en Salud, Hospital Carlos Van Buren de la comuna de Valparaíso.

- **Criterios de Inclusión:**

- Profesionales de Trabajo Social que se desempeñan en Atención Terciaria en Salud, específicamente en el Hospital Carlos Van Buren.
- Ejercicio Profesional en Atención Terciaria de al menos un año con vinculación a los ámbitos de Intervención Directa, Gestión Social y Satisfacción Usuaria.
- Expresión del deseo de participar de la sistematización libre y voluntariamente.

✓ **Estrategias de Recolección de Información de las Situaciones Profesionales definidas para Sistematizar.**

- Entrevista Semiestructurada:

La entrevista Semiestructurada tiene por finalidad obtener la información necesaria del colectivo profesional para determinar, clasificar, describir y analizar las Situaciones Profesionales que sean propias de la Atención Terciaria en Salud, en los ámbitos de Intervención Directa, Gestión Social y Satisfacción Usuaria. A su vez será focalizada ya que estará concentrada en experiencias objetivas, actitudes o respuestas emocionales a situaciones particulares. El fin es que los entrevistados describan desde sus experiencias y marcos de referencia las diversas perspectivas, visiones y opiniones en torno a las siguientes variables descriptivas (Le Boterf, 2001):

- **Contexto:** Refiérase al entorno institucional en que la profesional y su puesto de trabajo se relacionan.
- **Finalidad:** Objetivos y propósitos de cada ámbito de intervención, dependientes del contexto particular donde se ejerce.
- **Actividades y tareas:** momentos que se llevan a cabo en los ámbitos de intervención.
- **Relaciones con los demás empleos:** relaciones que se provocan al interior y fuera de los ámbitos de intervención, generando el trabajo en equipo.
- **Nivel de Autonomía y responsabilidad:** Toma de decisiones y actividades a cargo.

- **Nivel de Complejidad del empleo:** Problemas que se presentan en cada Situación Profesional.

- **Análisis documental:**

Conlleva la revisión y estudio de todos aquellos documentos que contienen información establecida y organizada, permitiendo el contraste con lo que se ha realizado; Compendios de Prácticas, Seminarios de Títulos, Manuales de Procedimientos, Resoluciones internas, documentos técnicos propios de cada Unidad (registros, libros de atenciones, informes sociales, etc.)

- **Observación No Participante:**

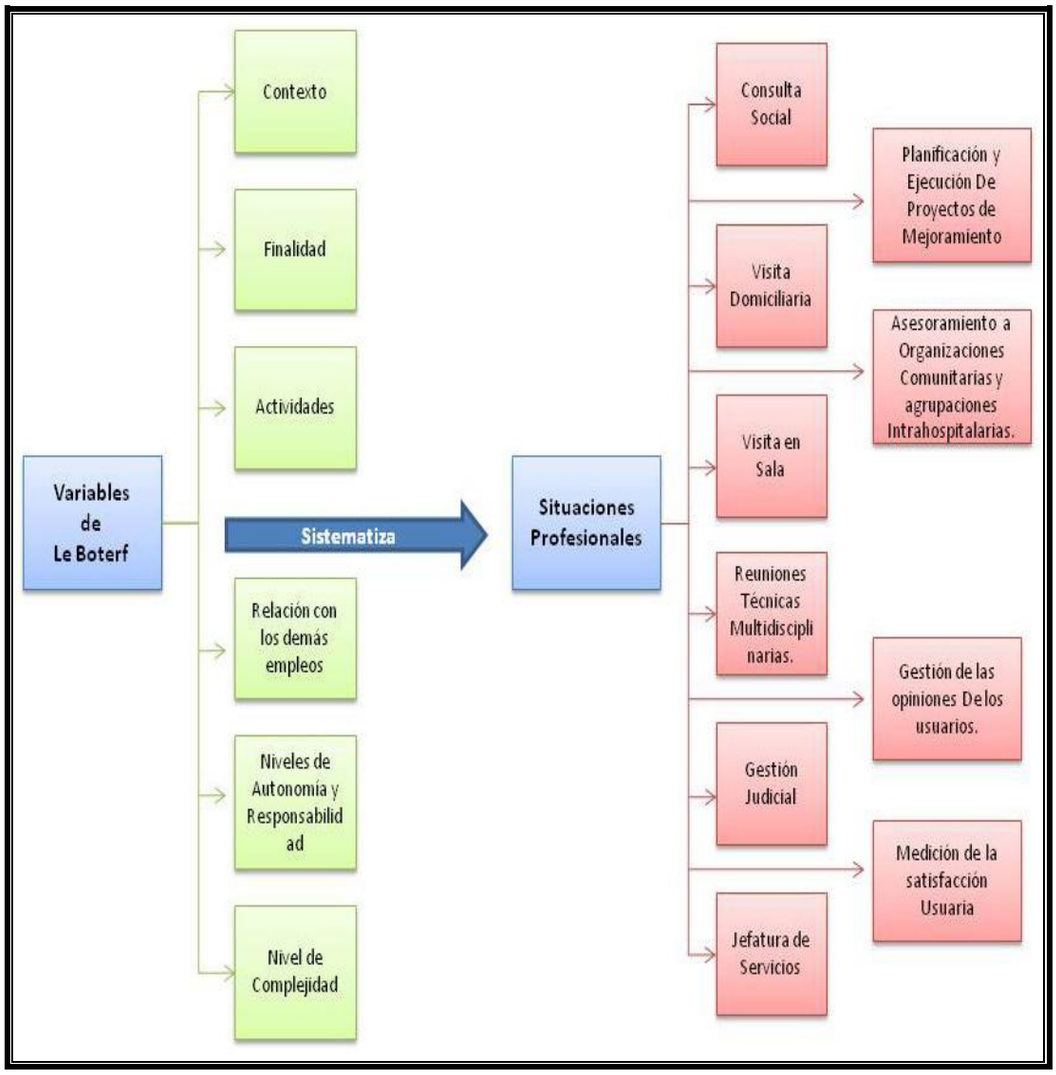
Corresponde a una observación Semiestructurada, cuyo propósito es conocer cómo se desarrollan las Situaciones Profesionales en el ejercicio profesional cotidiano, en los ámbitos de Intervención directa, Gestión social y Satisfacción Usuaria. Se espera iniciar una observación basada en un instrumento de registro escrito, para luego conducir la observación a un ámbito mas profundo de la situación profesional propia de la Atención Terciaria en Salud, y generar registros fotográficos que den cuenta de las características de cada una de éstas.

- **Plan de Análisis**

Categorías de Análisis:

- Variables descriptivas de un empleo o de una situación profesional.

Esquema 1-2. Variables descriptivas de un empleo o de una situación profesional



*Fuente: Ingeniería de las Competencias, Guy Le Boterf, 2000.

- **Validación de los Resultados de la Sistematización**

Para asegurar la congruencia y consistencia de la información captada, y en consecuencia que los resultados de la sistematización sean validados, se solicitará la participación en este proceso de 10 profesionales Asistentes Sociales con experiencia en el centro de Atención Terciaria en Salud, Hospital Carlos Van Buren.

Las actividades de validación estarán enfocadas en corroborar la descripción de las situaciones profesionales y asegurar compatibilidad de éstas con el ejercicio profesional, dividiendo la validación en dos actividades:

- Entrega de Documento con descripción de las situaciones profesionales a cada una de las Asistentes Sociales participantes y,

- Jornada de Validación, con exposición de las situaciones profesionales al equipo de profesionales.

Finalizada las actividades de Validación, se harán las correcciones pertinentes, asegurando que la información sistematizada sea de calidad.

Capítulo IV Sistematización de la Información

4.1. Sistematización de la Información

Para desarrollar este capítulo se sistematizaran las situaciones profesionales, las cuales se constituirán ordenando la información recopilada a través de las observaciones realizadas a las profesionales y las entrevistas con temáticas específicas, que van de acuerdo a las preguntas previamente establecidas y acordes con los objetivos expuestos en el Marco Metodológico. Éste proceso se desarrollará bajo las variables de Le Boterf considerando: Contexto, Finalidad, Actividades, Relaciones con los demás empleos, Niveles de autonomía y responsabilidad y Nivel de Complejidad.

Previamente se hará una breve descripción del trabajo realizado en la Unidad de Servicio Social en la época donde la Coordinación se encontraba a cargo de la señora Dolly Staig, Asistente Social Jubilada de dicha unidad, a modo de configurar una pequeña reseña histórica de las situaciones profesionales presentes en la institución, durante el período comprendido entre 1983- 1990 y del 2000 al 2008. Período donde emergen estructuras y procedimientos que moldean la actual organización de la Unidad de Servicio Social y por consecuencia algunas de las situaciones profesionales con mayor frecuencia en el colectivo de Trabajadoras Sociales del centro hospitalario. Con esto se busca que la reflexión se efectúe desde una visión retrospectiva, identificando relaciones de causalidad y establecer concordancia entre lo que ocurrió, lo que se esperaba ocurriera, y la relación entre hechos y expectativas.

Figura 4-1. Dolly Staig C. Asistente Social jubilada Hospital Carlos Van Buren. Entrevista equipo seminarista para configurar una pequeña reseña histórica de las situaciones profesionales presentes en la institución, durante el período comprendido entre 1983- 1990 y del 2000 al 2008.

4.1.1. Breve reseña histórica de situaciones profesionales en Unidad de Servicio Social, período 1983-1990 y 2000-2008.

De acuerdo al contexto institucional y normativo que existía en el período comprendido entre 1983-1990 en los Servicios de Salud, Servicio social en conjunto con otros profesionales prestaba su asesoría y colaboración técnica en el cumplimiento de las funciones[29] del Departamento de Programas a las Personas y en el Departamento de Programas sobre el Ambiente, específicamente en la formulación, coordinación, evaluación o ejecución de sus programas[30].

En los establecimientos hospitalarios las funciones de la Asistencia Social tenían por objeto colaborar, en el campo de la especialidad, en las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de personas enfermas, así como en las actividades de bienestar del personal[31]. En general estas funciones[32] serán las siguientes, según las normas técnicas, directivas y manuales que se aprueben en la materia:

a) Obtener antecedentes para contribuir a la captación e identificación de la población con más alto riesgo en salud;

b) Asesorar en la calificación de indigencia y rebajas de aranceles a pacientes del establecimiento;

c) Colaborar en las actividades de educación en salud;

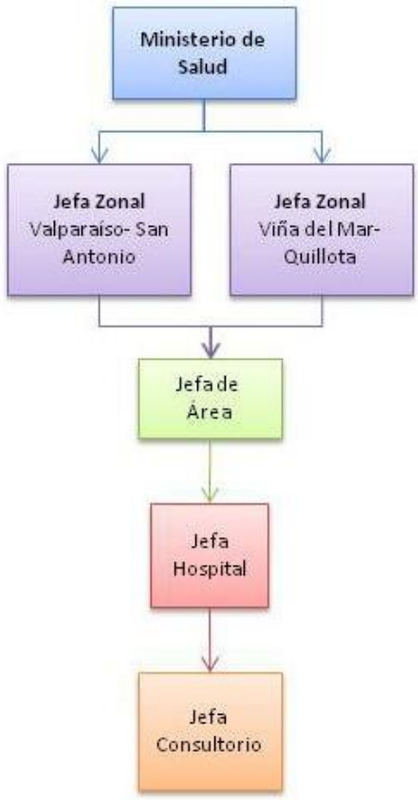
d) Contribuir a la orientación de las organizaciones y sectores de la comunidad para obtener su concurso en las acciones de fomento, protección, recuperación de la salud y rehabilitación de enfermos; y

e) Prestar su asesoría y colaboración técnica en las actividades relativas a bienestar de los funcionarios del Servicio.

Durante este período Servicio Social se organiza del siguiente modo:

[29] Artículo 41°, Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, Ministerio de Salud, Chile 1980.
[30] Artículo 42°, Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, Ministerio de Salud, Chile 1980.
[31] Artículo 199°, Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, Ministerio de Salud, Chile 1980.
[32] Artículo 200°, Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, Ministerio de Salud, Chile 1980.

Organigrama[33]



Algunas de las situaciones profesionales presentadas y ejercidas en este período son: Consulta Social, Visita Domiciliaria, Visita en Sala, Reuniones Técnicas Multidisciplinarias, Gestión Judicial, Jefatura de Servicios, Planificación y Ejecución De Proyectos de Mejoramiento, Asesoramiento técnico a Organizaciones Comunitarias y agrupaciones Intrahospitalarias y Gestión docente.

No se presentaban en este período situaciones profesionales asociadas a la Satisfacción usuaria, la presencia de Servicio Social en esta área se presentó mas adelante con la creación del SOME y con la participación en el Comité paritario.

- ✓ **Breve reseña histórica de la Consulta Social:**

- Se pesquisaba en atención abierta, cerrada y en atención de emergencia. Los usuarios acudían de manera espontánea y por derivaciones, se refería y derivaba a la colega que tenía el servicio de la patología del paciente. Se entregaba orientación y educación frente a beneficios y prestaciones.

[33] Organigrama elaborado por Equipo Seminarista.

- La atención era predominantemente asistencial, se hacían consultas de documentos, accediendo principalmente a la ficha clínica del paciente.
- Algunas de las temáticas atendidas en Consulta Social podía estar relacionadas a: realización de Informes sociales para eximir del servicio militar, actualmente se realizan en la UAP, atención de casos NN, consultas relacionadas a seguridad social, entre otros.
- Durante este período se crean nuevos registros de información y se actualiza la ficha social, se considera antecedentes familiares, económicos y de vivienda.
- El contacto con la red tenía gran importancia y se procuraba mantener buenas relaciones para esto se realizaban reuniones con las profesionales de Trabajo social de Consultorios y con las Jefas Zonales una vez al mes, velando por mantener una retroalimentación constante en el apoyo de casos.

✓ **Breve reseña histórica de la Visita Domiciliaria:**

➢ Algunas de las temáticas que motivaban esta situación profesional estaban asociadas a :

- Completar una investigación referente a la situación familiar, por las altas de los pacientes,
- verificar situación socioeconómica sobre todo para dar pase de gratuidad e informes sociales a otras instituciones (para servicio militar, becas estudiantes y por solicitud de tribunales),
- verificar la calidad de la vivienda y quien está al cuidado de los pacientes, constatando salubridad, hacinamiento y haciendo educación en terreno.
- También se realizaba por solicitud de los médicos por ausentismo a tratamientos de pacientes crónicos para ver porque no asiste a los controles.
- Por inquietud profesional, espontáneamente, nace de la consulta social.

➢ Había asignado un horario a terreno tanto para visitas domiciliarias como para gestiones y reuniones fuera del establecimiento, se podían llegar a realizar 8 visitas diarias.

➢ Se realizaban entrevistas y se aplicaba la ficha social, había un criterio amplio.

✓ **Breve reseña histórica de la Visita en Sala:**

- Existía presencia diaria en las salas, pasando todos los días a saludar al equipo médico y a los pacientes, la visita pretendía monitorear posible presencia de casos sociales o solicitudes de orientación, algunas de las necesidades que presentaban los pacientes era para conseguir ropa, sobre tratamientos, beneficios en caso de abandono y en caso de pacientes donde la profesional sospeche algo, verificación de identidad en caso de NN, se realizaban gestiones y se realiza seguimiento.
- También se hacían visitas en sala por solicitud de médicos, para evaluación social de casos.

✓ **Breve reseña histórica de las Reuniones Técnicas Multidisciplinarias:**

➢ Las reuniones que se realizaban habitualmente eran:
  - Reunión mensual ordinaria con la Unidad de Servicio social, y extraordinarias en cualquier momento según la contingencia.
  - Reuniones en algunos servicios clínicos, en donde se asistía a las reuniones clínicas, para realizar evaluación de casos.
  - Reuniones técnicas con profesionales de Consultorios, encargadas por el Servicio de salud, para definir participación y roles de Servicio Social.
  - Reuniones técnicas con director, esto a nivel de servicio.
  - Reuniones por programas (con comités y comisiones que se formaban), donde se hacían evaluaciones de casos.
  - Reuniones con la jefa zonal en donde participaban todos los profesionales y otra con la coordinadora.
  - Hacia la comunidad, reuniones con Intendencia, Gobernación, entre otros con el fin de tratar temáticas sobre gestión hospitalaria por ej. la primera tarjeta de calificación en salud, se crea en Van Buren y luego Fonasa cotiza.

✓ **Breve reseña histórica de la Gestión Judicial:**

- Se presentaba cuando se debía elaborar Informes sociales para Tribunales, además se realizaban visitas domiciliares, se recaban antecedentes y se presentaba a tribunales, para ratificar lo investigado.
- La gestión judicial estaba asociada generalmente al área de Maternidad, en temáticas de adopción y abandono (se solicitaban medidas de protección), pero con casos aislados.
- En muy pocos casos se hacían denuncias de Maltrato infantil, eran temáticas mas invisibles, la denuncia de parte de profesionales es más actual, así como en casos de adultos mayores, casi inexistentes.

✓ **Breve reseña histórica de la Coordinación o Jefatura de Unidad:**

- Se contaba con responsabilidades técnicas y administrativas.
- Dentro de las responsabilidades administrativas estaba la supervisión de secretaria, calificación del personal, organización de turnos, feriados, planificar el trabajo de servicio social en general, coordinación en la asignación de tiempos para la redacción de informes y tramitaciones administrativas en general.
- La Coordinadora de la unidad se encontraba a cargo de la Oficina de jubilaciones, donde se organizaban y visaban los documentos, revisando que la documentación correspondiera a cada caja en que se solicitaba, eso dependía de asistencia social, actualmente se encuentra a cargo de una secretaría externa a la unidad.

✓ **Breve reseña histórica de la Planificación y ejecución de proyectos de mejoramiento:**

➢ Se planifican actividades enfocadas en:

- Jornadas de capacitación a las colegas de área de salud y externa. (Seminarios sobre Gestión en Salud)
- Estructuración y organización del trabajo en las Colocaciones Extra hospitalarias, solicitadas por dirección.

- Medidas para enfrentar casos de Fallecidos NN, ubicar a familiares, fueron de alta demanda, antes el financiamiento estaba en salud, ahora esta en los Municipios.
- Estructura y organización constante de la unidad, para mejorar la atención a los usuarios.

✓ **Breve reseña histórica del Asesoramiento técnico a Organizaciones Comunitarias y agrupaciones Intrahospitalarias:**

- Se asesoraba a todos aquellos grupos formados por la profesional de Trabajo social en los servicios, con familiares, voluntarios, relacionados con sus distintas etapas; formación, organización, elaboración de plan de trabajo, acordes con Servicios, coordinación con hospital, etc.
- La asesoría a estos grupos se veía afectada en forma negativa por la alta demanda que tenían por lo que el número de servicios y el trabajo asistencial no permitían dar abasto a todas las actividades.
- Existía asesoría constante con aquellos grupos por normativa ministerial.

✓ **Breve reseña histórica de la Gestión Docente:**

- La gestión docente tenía gran relevancia en este período, se trabaja con todos los niveles de intervención y en Seminarios. Se les dedicaba tiempo a las/os alumnas/os, entregando responsabilidades y trabajando coordinadamente con ellas/os.

4.1.2. Situaciones Profesionales en el Ámbito de Intervención Directa

Este ámbito se entiende como la relación cara a cara que se da con los pacientes o sus familiares, independiente de su carácter, individual o colectivo.

En este ámbito encontramos las siguientes Situaciones Profesionales las cuales serán definidas a continuación:

- Consulta Social
- Visita Domiciliaria
- Visita en Sala o Box.

Consulta Social

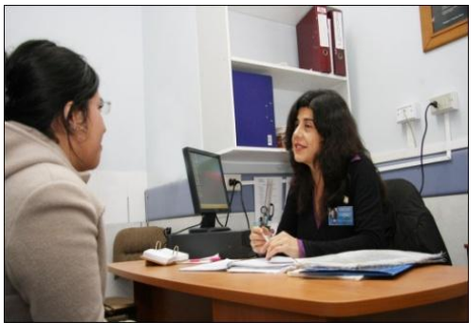


Figura 4-2. Consulta Social. La profesional entrevista al paciente en su oficina, otorgando apoyo de Contención emocional, asesorías y orientaciones.

I. Contexto

El contexto institucional de la consulta social en el Hospital Carlos Van Buren se presenta como una situación profesional inserta en una serie de espacios que poseen distintas modalidades de trabajo, éstas definen el tipo de atención que se realiza tanto a usuarios/as internos/as (funcionarios) como externos/as (pacientes y familiares). Categorizándolas en la siguiente tabla:

ATENCIÓN TERCIARIA EN SALUD		
Modalidad de Atención	**Tipos de Atención**	**Temáticas de Atención**
Atención Abierta *(No hospitalizado)*	Espontánea	Las temáticas de atención más recurrentes se refieren a las inquietudes de los/as usuarios/as internos/as o externos/as, sobre tramitación y solicitud de beneficios estatales, orientaciones sobre funcionamiento y procedimientos del centro hospitalario. En el caso de la atención cerrada se realiza un trabajo adicional con respecto a la adherencia a los tratamientos y atenciones en caso de riesgo social detectadas por el equipo de salud.
	Derivación por Equipo de Salud u otras instancias.	
Atención Cerrada *(Hospitalizados)*	Espontánea	
	Por citación	
	Derivación por Equipo de Salud.	

La consulta social es transversal a todas las Unidades donde se encuentra inserta la profesión, en cada una el tipo de información que se entregue al/la usuario/a interno/a o externo/a, varía dependiendo del objetivo que ésta tenga dentro de la institución. Las instancias donde se encuentra la consulta social

corresponden a la Unidad de Atención a las Personas (UAP), Unidad de Emergencia Adulto (UEA), Unidad de Servicio Social y Unidad de Bienestar.

El ***contexto normativo*** en cada una de las unidades esta dado por los Estatutos Administrativos, Políticas Sociales, Legislación civil, laboral y seguridad social, penal, administrativas, etc.

II. Finalidad de la Consulta Social

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

Figura 4-3. Consulta Social. La profesional registra datos en la Ficha Social, además esto debe quedar registrado en el cuaderno de atención.

III. Actividades de la Consulta Social

Las actividades observadas y declaradas en la Consulta Social se categorizan según los tipos de atención de modo de dar contexto a las actividades realizadas:

Modalidad de Atención	Actividades
Atención Abierta *(No hospitalizado)*	1. Se entrevista al/la usuario/a en la oficina, en ocasiones con apoyo de contención emocional, consultando motivo de asistencia, para hacer una recolección de datos, verificando datos en la red informática (Sistema Orden, Red MINSAL, SIGGES, FONASA). 2. Se registran datos, en algunas unidades se realiza en Ficha Social (*ver anexo 1*), en otras se mantiene un Registro de atención. (*ver Anexo 2)* En los casos que considere la profesional se registre en Ficha social, se individualiza al paciente (nombre, Rut, parentesco, domicilio fecha de

<table>
<tr><td></td><td>nacimiento, estado civil, nivel educacional, calificación de salud, previsión, situación laboral, situación habitacional completa), caracterización del grupo familiar y beneficios que posea el grupo familiar.
3. Se puede realizar una orientación social inmediata según sea la necesidad del/la paciente; previsional, asistencial, laboral, sobre procedimientos y normas internas del centro hospitalario, entrega de algún beneficio si procede por tramitación interna: ayuda técnica (Ver Anexo 3), devolución de pasajes (Ver Anexo 4) o entrega de beneficio por solicitud del/la usuario/a, previa evaluación socioeconómica. O bien se puede recurrir a la investigación social verificando datos y coordinando con las redes intrahospitalarias o extrahospitalarias para solicitar información.
4. La consulta social puede:
- Cerrarse con la solución a la situación problema o inquietud del/la usuario/a.
- Derivarse a la red extra hospitalaria o intrahospitalaria. (APS, AFP, Isapre, ONG, corporación, fundación, etc.).
- Orientación social con Seguimiento, donde se le cita nuevamente al/la usuario/a para evaluar algún procedimiento o entregar respuesta, luego de coordinar o solicitar información a otras instancias.
- Originar Presentaciones ciudadanas (felicitaciones, sugerencias y/o reclamos).

Figura 4-4. Consulta Social. La profesional entrevista al familiar del paciente hospitalizado, ingresa datos del familiar, entregando orientación e información de procedimientos.</td></tr>
<tr><td>Atención Cerrada
(Hospitalizados)

Las actividades en la atención cerrada pueden contraer cambios en algunos momentos según sea el tipo de atención.</td><td>Atención espontánea:
1. Se entrevista al/la usuario/a en la oficina, en ocasiones con apoyo de contención emocional, identificando el parentesco del consultante con el/la paciente/usuario/a hospitalizado/a, se identifica el motivo de su consulta, para hacer una recolección de datos, se verifican datos en la red informática (Sistema Orden, Red MINSAL, SIGGES, FONASA).
2. Se registran datos, en algunas unidades se realiza en Ficha Social, en otras se mantiene un Registro de atención o bien se apuntan datos en Ficha clínica a criterio de la profesional.
3. Se puede realizar una orientación social inmediata según sea la necesidad del/la paciente; previsional, asistencial, laboral, sobre procedimientos y normas internas del centro hospitalario, entrega de algún beneficio si procede por tramitación interna (ayuda técnica) o entrega de beneficio por solicitud del/la usuario/a, previa evaluación socioeconómica.
4. O bien se puede recurrir a la investigación social verificando datos y coordinando con las redes intrahospitalarias para solicitar información, generalmente se hace contacto vía telefónica con personal a cargo de paciente en Servicio en que se encuentre hospitalizado.
5. La Consulta Social puede:
– Cerrarse con la solución de la problemática o derivarse a la red, como se</td></tr>
</table>

	describe en la Atención Abierta. - Coordinar entrevista con el/la paciente en sala en caso de que se requiera realizar evaluación social. - Coordinar con el equipo médico medidas pertinentes. - Orientación social con Seguimiento, se cita nuevamente al/la usuario/a para evaluar algún procedimiento o entregar respuesta, luego de entrevistar al/la paciente, coordinar con equipo médico alguna solicitud o solicitar información a otras instancias. (*ver Anexo 5*)
	Por citación: La consulta social en este caso es inducida por la profesional de modo de realizar una entrevista y entregar orientación social al pariente o responsable del paciente. Previamente se realiza una investigación para conocer el caso, su historial clínico, controles, historia de vida y motivo de hospitalización. La entrevista correspondiente se realiza a personas del grupo familiar, padres, tutores ó cuidadores, con el fin de conocer el contexto en que se desarrolla la situación y entregar orientación, luego se evoluciona la ficha del paciente, para que quede registro de la atención y se realiza una retroalimentación con el médico tratante para mejorar o realizar un plan de acción.
	Por derivación de Equipo Médico: La atención de estos/as usuarios/as involucra verificar los datos del/la paciente en la red, revisión de ficha clínica, entrevista educativa de orientación en relación a los pasos a seguir, continuidad de la tramitación, derivación a institución en caso de ser necesaria, entrega de beneficio o documentación y se genera citación en el caso de entrega de ayudas técnicas o documentaciones, de no ser necesaria se cierra la atención.

IV. Relación con los demás empleos presentes en la Consulta Social

Las relaciones pueden clasificarse del siguiente modo:

- ***Relación como Referente técnico:***

  Con el Equipo Directivo del Hospital: entrega de informes sobre resoluciones adoptadas en caso de las presentaciones ciudadanas, solicitud de gestión en la red para agilizar situaciones especiales, descripción de casos críticos (usuarios/as internos/as o externos/as) y solicitud de orientación o información con respecto a funcionamientos, resoluciones o normas internas del centro hospitalario que afecten al usuario/a.

  Con Jefes de Centros de responsabilidad y Servicios clínicos: relación en la entrega de informes y descripciones de casos críticos, participación en elaboración de procedimientos en los servicios y solicitudes de requerimientos que puedan surgir en la intervención.

- ***Relación de Coordinación y Cooperación:***

  Con Equipos de Salud del Hospital: gestionar y coordinar acciones relativas a tramitaciones previsionales, discapacidad o adherencias a tratamientos, solicitar y corroborar antecedentes clínicos del/la paciente y que no se encuentre en ficha de modo de entregar una orientación integral, coordinar acciones resolutivas frente a algún reclamo ciudadano, atención de interconsultas derivadas desde el equipo médico.

  Con Red de Apoyo Extrahospitalario: Este tipo de relación es situacional y constante, se realiza contacto para coordinar la obtención de algún beneficio, solicitar información relativa a diversas temáticas de intervención (adulto mayor, infancia, familia, etc.), coordinar acciones relativas a alguna tramitación o tratamiento, realizar derivaciones a instituciones estatales o privadas (SENADI, fundaciones, ONG's, etc.) de modo de orientar y agilizar la resolución de la consulta. También se puede presentar una relación previa a la consulta social desde donde se deriva al/la usuario/a.

Los empleos más habituales con quienes se contacta en esta situación profesional se ubican en centros de APS´s, Municipios, Gobernación, Intendencia, Registro Civil, Servicios de Salud, otros Centros Hospitalarios, Carabineros, AFP´s, Isapres, Cajas de Compensación, entre otros. Los empleos que se contactan habitualmente son Trabajo Social, Especialistas en Salud, Secretarías, Administrativos, Medicina Especialista, Enfermería, Nutrición, Auxiliares de Servicio, Relaciones Públicos, Fotografía, Diseñadores, Profesionales de la educación, Psicología, Sociología, Psiquiatría, Ingenierías civiles, industriales, comerciales, Construcción, Funcionarios Públicos en general, entre otros.

La relación se puede provocar *antes, durante, al cierre* o *en seguimiento* de la Consulta Social. El contacto con los demás empleos se hace habitualmente por vía telefónica, sin descartar el contacto vía interconsulta, memo o correo electrónico.

V. Niveles de autonomía y responsabilidades presentes en la Consulta Social

Los niveles de autonomía y responsabilidades en esta situación profesional se muestran y evidencian con total claridad en cada una de las unidades observadas,

considerando que la autonomía profesional se encuentra enmarcada en las normativas vigentes y en los estatutos administrativos.

Autonomía y responsabilidad profesional: En relación a todo lo que le compete como profesional es de libre decisión, con el respaldo de los conocimientos y competencias que se tengan, es quien determina los procedimientos que se deban tomar para dar resolución de la mejor manera la inquietud o duda del/la usuario/a. Asumiendo de igual modo las responsabilidades de aquellas decisiones tomadas en la Orientación Social como profesional. Es responsabilidad de igual modo decidir los horarios de atención de la consulta y evaluar prioridades al momento de otorgarla. De igual modo, la profesional recurre en algunas ocasiones a consensuar con su Jefatura, o colegas sobre orientaciones a entregar.

Autonomía termina cuando la resolución está en otros profesionales: Al ser parte de una Unidad y depender de otros centros, la autonomía en cuanto a las decisiones que se toman fuera de la consulta social y que tengan que ver con procedimientos a cargo de otros profesionales, donde la profesional actúa como referente técnico con la entrega de propuestas de resolución.

En el caso de la UAP y la Unidad de Bienestar, las responsabilidades en la resolución de la problemática o inquietud que surge en la consulta social, se encuentra en manos de la profesional, aunque la resolución dependa de otros empleos, es ella quien entrega y cierra una consulta con la entrega de la solución.

VI. Complejidades presentes en la Consulta Social.

Según las complejidades observadas y declaras se configuran las siguientes categorías:

Complejidades asociadas al/la usuario/a y/o su grupo familiar:

- Resistencia al cambio en algunos usuarios, tanto internos (funcionarios) como externos (pacientes y familiares).
- No aplicación de las recomendaciones u orientaciones entregadas.
- Dificultad en usuarios/as con discapacidad mental o bajo nivel educacional en el entendimiento de las instrucciones.
- Expectativas sobredimensionadas de la profesional por los/as usuarios/as.

Complejidades asociadas a la red de salud:

- Dificultades técnicas y administrativas en los canales de comunicación con aquellas relaciones de coordinación y cooperación intrahospitalaria atrasando la orientación y gestión del proceso resolutivo de la consulta social.
- Demora en los procedimientos internos del centro hospitalario que retrasan la orientación y gestión del proceso resolutivo de la consulta social.
- Retraso de la orientación y gestión del procedimiento resolutivo por poca claridad o falta de oportunidad de los equipos clínicos.
- Desconocimiento y baja difusión en algunos flujos internos y externos ya que están siempre en constante cambio demorando la orientación y limitando las alternativas de respuesta para los/as usuarios/as.
- Escases de recursos[34] imposibilitando dar respuestas satisfactorias.
- Red de salud no está claramente definida y baja difusión de programas, genera obstaculizadores en derivaciones y en la entrega de las prestaciones.
- Sobredimensión de expectativa de los/as usuarios/as en los recursos de la red de salud.

Complejidades asociadas a la red extra hospitalaria:

- Desconocimiento de normas y procedimientos al interior de otras instituciones.
- Saturación de la red retrasan procesos resolutivos de la consulta social.
- No existencia de programas o falta de ofertas en la red social (hogares para adultos mayores, residencias ambulatorias para pacientes que provienen de sectores alejados y que no cuenta con recursos), genera obstaculizadores en las resoluciones en consulta social.

[34] La escasez de recursos en la salud pública es un tema de larga data, asociado a temas de inversión estatal y envejecimiento de la población, entre otros. Con consecuencias en la satisfacción tanto del usuario/a como de los funcionarios públicos.

Visita Domiciliaria

Figura 4-5. Visita Domiciliaria. Éstas se realizan para la confección de Informes sociales, los que serán presentados ante Tribunales de familia u otras instituciones de la Red.

I. Contexto

El ***contexto institucional*** de la Visita Domiciliaria en el Hospital Carlos Van Buren se presenta con baja ocurrencia en la mayoría de las unidades observadas, siendo sistematizada únicamente la de Servicio Social ya que es la que presenta mas visitas, éstas pueden surgir según la modalidad de atención que se otorgue, como se muestra a continuación:

Modalidad de Atención	Temáticas de Visita
Atención Abierta *(No hospitalizado)*	-Cuando la Visita Domiciliaria surge durante la atención abierta o cerrada, se puede dar, ya sea por solicitud de evaluaciones sociales y/o informes sociales cuando procede, por sospecha a criterio de la profesional, por solicitud del/la paciente; en este último caso la Visita Domiciliaria es evaluada por la profesional. También se puede presentar por solicitud de equipo clínico. - La Visita Domiciliaria también se puede presentar cuando Tribunales de Justicia solicite Informes Sociales o evaluaciones sociales de aquellos casos judicializados.
Atención Cerrada *(Hospitalizados)*	

El ***contexto normativo*** aplicado a la Visita Domiciliaria se presenta en aquellas situaciones solicitadas por los Tribunales de Justicia, en casos donde la profesional actúa como demandante o bien como parte del equipo de salud del caso judicializado.

II. Finalidad de la Visita Domiciliaria

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

Figura 4-6 Visita Domiciliaria. Diariamente se realizan Visitas al domicilio del paciente con el fin de conocer la situación de vivienda que posee el paciente.

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

III. Actividades de la Visita Domiciliaria

Las actividades observadas y declaradas en la Visita Domiciliaria se presentan en tres momentos por modalidad de atención:

Finalidad	Actividades
Informes sociales Y Constatación de vulnerabilidades.	***Antes.*** 1. Si la Visita Domiciliaria surge por la solicitud de un Informe Social por el/la usuario/a del centro hospitalario, la profesional evalúa la pertinencia, si no es así deriva a su respectivo Consultorio o al Municipio. También puede surgir por una inquietud profesional frente al bienestar del/la paciente, detectado en la entrevista, por un familiar, el/la mismo/a paciente o por el equipo. 2. Si la profesional considera la Visita Domiciliaria concluyente para la elaboración de un Informe Social o para detectar una vulnerabilidad, toma antecedentes del/la paciente en Ficha Social (Nombre, Rut, parentesco, fecha de nacimiento, estado civil, nivel educacional, calificación de salud, previsión, situación laboral, situación habitacional completa, servicios básicos, materialidad, beneficios que posea el grupo familiar, domicilio exacto con referencias e indicaciones para llegar). Además se hace una recopilación de la historia familiar y antecedentes socioeconómicos y en algunos casos educativos del paciente, en el caso que se requiera información del establecimiento educacional para poder considerar una visita en terreno. 3. Dependiendo de la situación problema y si el paciente es mayor de 10 años y se encuentra presente se realiza una entrevista previa.. 4. Una vez recopilado los antecedentes con revisión de Ficha Clínica en algunos casos, se agenda Visita Domiciliaria en horarios que cada profesional maneja a su criterio. Esta es conocida por el paciente o familiar pero no su día u hora. 5. El día de la Visita Domiciliaria, la profesional puede comunicarse previamente para dar aviso de la visita y solicitar confirmación de indicaciones de la dirección, o bien optar a realizar “visitas sorpresa”. Otra alternativa es la citación del familiar a entrevista e inmediatamente se informa visita a domicilio, trasladándose con el/la usuario/a a su domicilio. 6. Antes de salir se anota fecha, dirección de visita, nombre de profesional y de paciente en la ficha de Registro de Salidas a terreno (*ver Anexo 6*), ubicado en Secretaría de Servicio Social. ***Durante.*** 1. La Visita Domiciliaria inicia evaluando en primer lugar el acceso al domicilio, observando y anotando frecuencia en la locomoción si procede, vías de acceso y características del barrio. 2. Ubicado el domicilio se observa y anota estado de conservación de la vivienda, (*ver Anexo 7*) materialidad, higiene exterior, presencia de animales y vectores, características del entorno y todo aquello que parezca relevante de registrar. 3. Iniciado el contacto, la profesional se identifica, y si es atendida por paciente o familiar que se encuentra al tanto del motivo de la visita, procede a realizar entrevista y chequeo de antecedentes recopilados previamente en la oficina, si se encuentran más personas en el domicilio identifica a los presentes y si procede realiza entrevistas. Si es atendida por alguien que desconoce el motivo de su presencia,

	realiza una entrevista de reconocimiento y evalúa si expone motivo de su visita, si procede profundiza y recaba información, si no es así, se retira del lugar para realizar la Visita Domiciliaria en otra ocasión. 4. Si la Visita Domiciliaria no presenta inconvenientes se procede a recorrer la casa, previa autorización de la persona, y se observan las habitaciones, infraestructura, materialidad, distribución, saneamiento adecuado, orden, y se toma apunte de la situación que llama la atención (ejemplo hacinamiento). 5. Dependiendo de la situación problema que llevó a la realización del informe se realizan las entrevistas pertinentes, entregando la información que corresponda. 6. Se finaliza coordinando una entrevista en la oficina de la profesional o bien realizando futuros contactos telefónicos para coordinar entrega de informe social ***Después.*** 7. Luego de realizada, se deja registro de la información en la ficha clínica y social del paciente, si procede se realiza retroalimentación con algún profesional clínico, o bien, se elabora directamente Informe Social, si es solicitado por Tribunales, es enviado por oficio a dicho estamento.
Evaluar ingresos para programas ministeriales, con aplicación de documento pauteado.	La peculiaridad de la Visita Domiciliaria en esta finalidad se presenta en el origen de la solicitud de la visita domiciliaria, la cual proviene de un Programa ministerial definido, el cual tiene por requerimiento la aplicación de un formulario en el domicilio del/la paciente el cual debe evidenciar su situación de vulnerabilidad para el acceso del beneficio, permitiendo coordinar horarios de visita e informar motivo de visita. Por lo tanto, la modalidad de la visita pasa a ser una técnica, donde la profesional debe constatar en base a su experticia la condición de vulnerabilidad en la que se encuentre el/la paciente.
Ubicación de familiares	Se realiza la visita domiciliaria para informar a familiares sobre altas o estado de salud de pacientes que no son visitados en hospitalización, en este caso, no siempre el familiar tiene conocimiento de la visita. Por lo que la visita puede terminar en buenos o malos resultados.

IV. Relación con los demás empleos presentes en la Visita Domiciliaria

La relación de la profesión con los demás empleos dependerá la finalidad que ésta tenga, si es solicitada por otro profesional, la relación existirá en el Antes y en el Después de la Visita Domiciliaria, si la visita es iniciativa de la profesional el contacto con otros empleos se dará a su finalización, así mismo ocurre cuando la Visita Domiciliaria es consecuencia de una solicitud de Informe Social por el/la paciente, la relación se puede dar finalizada la visita.

Las relaciones pueden clasificarse del siguiente modo:

- ***Relación de Coordinación y Cooperación:***

Con Equipos de Salud: la relación se puede presentar; cuando el Médico tratante solicita evaluación social por sospecha de vulnerabilidad en rondas médicas o en registro en Ficha clínica, tanto en Infantes como en Adultos Mayores, en este caso la profesional se relaciona con otros empleos como Psicólogos, Matronas, Enfermeras, etc. de modo de configurar el contexto del caso; una vez realizada la visita se expone antecedentes recabados y se coordina futuras acciones; cuando la profesional realice Visita Domiciliaria por sospecha, sugerida o detectada en entrevista, expone antecedentes si procede a médico tratante o equipo que se encuentre a cargo de paciente.

Con Red de Apoyo Extrahospitalario: En este tipo de relación, se inicia contacto con colegas para solicitar antecedentes previos y definir si la Visita Domiciliaria procede o es responsabilidad del otro profesional que puede ser de Consultorio o Municipio, dependiendo de objeto de visita se evalúa procedencia.

Si la Visita Domiciliaria es para evaluar vulnerabilidad para solicitar beneficio se realizan contactos previos con el empleo que recepciona el Informe Social, para evaluar posibilidades de postulación o información relevante.

También se pueden realizar contactos con empleos para exponer antecedentes que se hayan detectado en la visita y que requieran de su intervención u apoyo, puede ser con Profesores, Psicologos, Médicos, etc.

Los empleos más habituales con quienes se contacta en esta situación profesional se ubican en centros de APS´s, Municipios, Tribunales, Gobernación, Intendencia, Servicios de Salud, otros Centros Hospitalarios, Carabineros. Los empleos que se contactan habitualmente son Trabajo Social, Especialistas en Salud, Secretarías, Administrativos, Medicina Especialista, Enfermería, Pediatría, Profesionales de la educación, Psicología, Psiquiatría, Funcionarios Públicos en general, entre otros.

El contacto con los demás empleos se hace habitualmente de manera presencial ó por vía telefónica, correo electrónico, sin descartar el contacto vía interconsulta o memo.

V. Niveles de autonomía y responsabilidades presentes en la Visita Domiciliaria

Los niveles de autonomía y responsabilidades en esta situación profesional tienen lineamientos marcados insertos en el marco normativo y estatuto administrativo de la atención pública, estableciendo que:

Autonomía y responsabilidad profesional: La autonomía del profesional en esta situación profesional inicia desde la decisión de realizar la Visita Domiciliaria, sugerido o no, solicitada o no, la profesional evalúa escenarios y contextos para establecer si la técnica debe ser aplicada, así mismo asume responsabilidades en relación a procedimientos, contactos, información que entrega y uso ésta.

VI. Complejidades presentes en la Visita Domiciliaria

Según las complejidades observadas y declaradas, es posible extraer las siguientes categorías:

Complejidades asociadas en el acceso a la vivienda:

- Información insuficiente, desconocimiento del sector, ausencia de puntos de referencias para llegar a la vivienda, provocando desorientación.
- Baja frecuencia de locomoción o nula presencia de transporte público que facilite el acceso a la dirección.
- Complejidades asociadas al emplazamiento y ubicación geográfica de la vivienda.

Complejidades asociadas al/la usuario/a y/o su grupo familiar:

- Entrega de información errónea sobre dirección.
- Negación u oposición de la familia a recibir a la profesional, pudiendo incluso ocultarse al momento de la visita.
- Recibimiento familiar inadecuado por vulneración de derechos.
- Falsedad de antecedentes.

Complejidades asociadas a los recursos con los que cuenta la profesional:

- Demanda laboral reduce el recurso tiempo destinado a realizar las visitas.

Visita en Sala o Box

Figura 4-7 Visita a Sala. Se recopilan antecedentes, mediante la Observación y se entrevista con el usuario. Se otorga al éste y/o familiares-acompañantes, información, orientación y contención si es necesario.

I. Contexto

El ***contexto institucional*** de la Visita en Sala o Box en el Hospital Carlos Van Buren se constituye como una situación profesional inserta en los requerimientos laborales que cada unidad plantea. La sistematización en esta ocasión se realiza en la Unidad de Emergencias Adultos (UEA) y Unidad de Servicio Social, sin descartar la presencia de ella en la Unidad de Bienestar y en la Unidad de Atención a las personas, donde tiene baja ocurrencia.

La Visita en Sala es propia de la Atención Cerrada, ya que ésta tiene que ver con el/la paciente hospitalizado (también se consideran los/las que se encuentran en hospitalización prolongada en CEH[35]), en el caso de la UEA en atención abreviada o de atención ambulatoria en box.

ATENCIÓN TERCIARIA EN SALUD		
Modalidad de Atención	**Tipos de Atención**	**Temáticas de Visita**
Atención Cerrada *(Hospitalizados)*	Espontánea	La Visita en Sala o en Box puede surgir por requerimientos clínicos, donde el equipo médico solicita por interconsulta, memo o contacto telefónico la presencia de la profesional para evaluación social o puede surgir por solicitud del/la paciente o de algún familiar para realizar consultas de corte social..
	Por citación	
	Derivación por Equipo de Salud.	

[35] Colocación Extra Hospitalaria (CEH) financiado por el centro hospitalario, regidos por el Convenio de Colocaciones Extrahospitalaria, creado para la descongestión de camas, permitiendo a pacientes que no cuenten con red familiar ni social que puedan hacerse cargo, terminar con sus tratamientos en residencias particulares.

Unidad de Emergencia.	Atención Ambulatoria	Detección de temáticas de atención social o abordaje de casos por derivación en apoyo al proceso de atención clínico. Apoyo en la mantención de los flujos de egreso, por traslado (hospitalización en servicios, centros psiquiátricos, hospitales, clínica, domicilio) o alta.
	Hospitalización Abreviada	

El ***contexto normativo*** en cada una de las unidades está dado por los Estatutos Administrativos, Convenios, Políticas Sociales, Legislación civil, laboral y seguridad social, penal, administrativas, resoluciones internas, etc.

II. Finalidad de la Visita en Sala o Box

La Visita en Sala o Box tiene por finalidad conocer e investigar los antecedentes del/la paciente que se encuentra hospitalizado/a en las unidades médicas, investigando el motivo de derivación de interconsulta o conociendo el motivo de consulta del/la usuario/a que solicita la presencia de Servicio Social, recabando los antecedentes necesarios del/a paciente, tutor o cuidador, familia, ficha clínica o equipo médico tratante y así evaluar la intervención adecuada a la problemática que se pueda presentar. Una vez reconocida la problemática e iniciada la intervención social, las visitas en sala corresponderán a seguimiento del caso, entrevistas o entrega de ayudas técnicas o documentos. Algunas de las temáticas de atención más habituales que generan la visita en sala o box son:

Figura 4-8 Visita a Sala. Todas las semanas se programa una visita a sala con el equipo completo, en donde analizan los casos de pacientes.

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

III. Actividades de la Visita en Sala o Box

Las actividades observadas y declaradas en la Visita en Sala o Box se categorizan según los tipos de atención de modo de dar contexto a las actividades realizadas:

Modalidad de Atención	Actividades
Atención Cerrada *(Hospitalizados)*	1. Se recepciona interconsulta o solicitud por contacto telefónico o presencial de médico tratante o enfermera a cargo. 2. Comunicación con equipo de salud que se encuentre en sala. 3. Revisión de antecedentes clínicos, administrativos y consultas con red social. 4. Entrevista Preliminar con el/la paciente o con familiar, observación. Puede presentarse la contención, orientación y/o educación frente a algún procedimiento. 5. Se cita a entrevista a los padres, tutores o cuidadores, si procede. (*ver Anexo 8*) 6. Evolucionar Ficha Clínica y Social. 7. Comunicación con equipo médico tratante del/la paciente, para entrega de antecedentes recopilados, si procede. 8. Se realiza plan de intervención, si procede. 9. El plan de intervención puede contraer visitas constantes al/la paciente dependiendo del tiempo que éste permanezca en el centro (entrega de ayuda técnica), coordinación con la red primaria (contratransferencia)
Unidad de Emergencia Adulto.	1. Se recepciona solicitud por contacto telefónico o presencial de médico tratante o enfermera a cargo. 2. Se recopilan antecedentes, mediante la Observación, Revisión de Ficha clínica, comunicación con el equipo de salud de turno, entrevista con el usuario, entrevista con familiares-acompañantes, consulta de base de datos, consulta a fuentes bibliográficas(términos clínicos), comunicación con otras instancias del Hospital o entidades de la red pública. 3. Se caracteriza y delimita el problema y se define el plan de acción. 4. Otorgar al usuario y/o familiares-acompañantes, información, orientación y contención si es necesario. 5. Realizar coordinación con equipo de salud de turno. 6. Consignar atención social en la Ficha clínica y/o en registros propios. 7. Coordinar y remitir antecedentes para seguimiento a Establecimientos de Atención Primaria y otras entidades externas o a instancias pertinentes a las áreas de hospitalización donde es trasladado el usuario.

Figura 4-9 Visita a Sala. Se analizan los casos en sala y se comentan las evoluciones o retrocesos.

A pesar de que las actividades poseen un hilo conductor genérico para la mayoría de las visitas en sala o en box, existen actividades que tienen relación con las visitas a los hogares de colocación donde la profesional acude para monitorear egresos, ó estado de aquellos pacientes que deben ser dados de alta prontamente, en estos casos la profesional debe realizar ubicación de familiares para comunicar el alta del/la paciente y posterior traslado a un domicilio, pudiendo ser el del/la propio/a usuario/a o bien el de algún familiar.

IV. Relación con los demás empleos presentes en la Visita en sala o box

La relación de la profesión con los demás empleos en esta situación profesional se presenta en primer lugar, con el equipo de salud, quienes derivan y atienden el caso y en segundo lugar con la red extra hospitalaria, si el caso lo requiere. El contacto con los demás empleos se hace habitualmente por interconsulta, vía telefónica o presencial, sin descartar el memo o correo electrónico.

Las relaciones pueden clasificarse del siguiente modo:

- ***Relación de Subordinación:***

  Con el Equipo Directivo del Hospital: en este caso la relación obedece al cumplimiento de procedimientos, también puede surgir la necesidad de la profesional por solicitar autorizaciones, cambios o informar sobre situaciones que puedan entorpecer el desempeño laboral, como vacios legales o situaciones que no se encuentren normadas. Generar coordinaciones intersectoriales.

Relación de Coordinación y Cooperación:

- *Con Tribunales de Familia:* Cuando se trata de casos judicializados, la profesional debe asistir a audiencias, hacer entrega de informes sociales o bien, realizar indagaciones sobre casos que se encuentren hospitalizados en su servicio, solicitados por tribunales de Familia.

  Con Equipos Médicos del Hospital: solicitar información de pacientes hospitalizados, coordinar procedimientos, entrega de información recopilada a médico tratante sobre situación social, en casos donde la profesional es parte de un equipo de salud estable.

Con Red de Apoyo Extrahospitalario: la relación en este caso se puede presentar para solicitar información sobre el/la paciente hospitalizado y para solicitar información sobre estado de pacientes que se encuentran en colocación extra hospitalaria, comunicándose con las "guardadoras" de los hogares acreditados.

Los empleos más habituales con quienes se contacta en esta situación profesional se ubican en centros de APS´s, Municipios, Gobernación, Intendencia, Registro Civil, Servicios de Salud, otros Centros Hospitalarios, Carabineros, AFP´s, Isapres, Cajas de Compensación, Hogares de Colocación Extra Hospitalaria, Hogar de Cristo, Registro civil, entre otros. Los empleos que se contactan habitualmente son Trabajo Social, Especialistas en Salud, Secretarías, Administrativos, Medicina Especialista, Enfermería, Funcionarios Públicos en general, entre otros.

V. Niveles de autonomía y responsabilidades presentes en la Visita en sala o Box

Los niveles de autonomía y responsabilidades en esta situación profesional se muestran y evidencian con total claridad en cada una de las unidades observadas, donde:

Autonomía y responsabilidad profesional: La profesional puede resolver en que horarios realizar la visita en sala, siempre que esta no tenga características de urgencia, así mismo, cuenta con las atribuciones profesionales para decidir pasos en que realiza investigación, puesto que no toda circunstancia requiere de una intervención exhaustiva ni un procedimiento normado, como por ejemplo en el caso de la tramitación de credenciales de discapacidad.

Autonomía y responsabilidades termina cuando la resolución esta en otros profesionales: las investigaciones sociales que se realizan en sala o en box solicitadas por un equipo médico o médico tratante, son entregadas y discutidas en conjunto donde se determinan procedimientos clínicos, en ocasiones la profesional debe esperar la decisión del plan de acción para intervenir.

VI. Complejidades presentes en la Visita en Sala o Box

Según las complejidades observadas y declaras se configuran las siguientes categorías:

Complejidades asociadas a la atención de pacientes en sala:

- Dificultades que se presentan son relacionadas con aquel paciente que se encuentra en una situación de deterioro mental, patología psiquiátrica o con compromiso de conciencia, muchas veces la sala no es el lugar ideal para atender al/la paciente.
- No hay privacidad. Imposibilidad de hacer una entrevista en sala, por un tema de espacio y escasa confidencialidad que eso conlleva.
- Complejidad en el horario de las visitas, la realización de exámenes ambulatorios obliga a adecuar los horarios para que concuerden.
- Muchas veces se debe reservar la información y no se puede registrar en la ficha clínica debido a su confidencialidad, muchas personas tienen acceso a esa información.

Complejidades asociadas a las derivaciones:

- Complejidades inherentes al/la usuario/a con vulnerabilidad social.
- Aviso tardío de fecha de alta de pacientes, por lo cual no permite una investigación adecuada.

4.1.2 Situaciones Profesionales en el Ámbito de Gestión Social:

En este ámbito se encuentran aquellas situaciones profesionales donde el ejercicio de la profesional genera diversos espacios para la interacción social, ésta se lleva a cabo con la comunidad intrahospitalaria como la extra hospitalaria, donde se presenta un aprendizaje colectivo, continuo y abierto para el diseño y la ejecución de proyectos que atiendan necesidades y problemas sociales. La Gestión Social implica el diálogo entre diversos actores, como otros profesionales, jueces, directivos, agrupaciones, administrativos, fundaciones, instituciones, empresas, organizaciones comunitarias, ciudadanos, entre otros.

Como proceso completo de acciones y toma decisiones se enmarcan aquellas situaciones donde se haga un abordaje, intervención y comprensión de un problema hasta el diseño y la puesta en práctica de propuestas de solución, por lo tanto en este ámbito se encuentran:

* Reuniones Técnicas multidisciplinarias
* Gestión Judicial
* Jefatura de servicios
* Planificación y Ejecución de Proyectos de Mejoramiento.
* Asesoramiento a Organizaciones Comunitarias y agrupaciones Intrahospitalarias.

Reuniones Técnicas Multidisciplinarias

Figura 4-10. Reuniones técnicas Multidisciplinarias. Semanalmente se realizan estas reuniones con el equipo de neuropsiquiatría, se presentan casos y se comentan.

I. Contexto

En el ***contexto institucional*** las reuniones técnicas multidisciplinarias se ubican como actividades normadas e imprescindibles en aquellos casos donde la integralidad del/la paciente se encuentre comprometida, es así que se requiere de un equipo de profesionales que aporte con su experticia para elaborar el mejor plan de trabajo para compensar las necesidades médicas, sociales u emocionales si así lo requiere el/la paciente, actuando de forma multidisciplinar y coordinada. Trabajo social al ser parte de esta integralidad participa por normativa en los equipos multidisciplinarios de los servicios que se encuentran a su cargo, pero solo en algunos existe una normativa legal. Categorizando la participación por servicio o programa del que sean parte las profesionales.

Grupos de Trabajo a nivel de:	Temáticas
Servicios	Reuniones Técnicas multidisciplinarias con temáticas relacionadas a casos sociales puntuales o patologías definidas por el servicio o unidad.
Inter-servicios	Reuniones Técnicas multidisciplinarias asociadas a discutir temáticas que requieran potenciar o mejorar los procedimientos, el abordaje de temáticas o normas que las guíen.

De manera formal la participación de las profesionales de la Unidad de Servicio Social se concentra en los siguientes equipos multidisciplinarios: Pediatría, Neuropsiquiatría Infantil, Otorrinolaringología, Neurocirugía e Inmunología (VIH).

De manera informal existe un intercambio de opiniones entre las profesionales con los distintos equipos del hospital donde, si bien, no se realizan reuniones formales, se coordinan intervenciones con aquellos pacientes que presentan problemáticas sociales.

II. Finalidad de la Participación en Reuniones Técnicas Multidisciplinarias

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

Figura 4-11. Reuniones técnicas Multidisciplinarias. El equipo VIH semanalmente realiza reuniones las cuales tienen la finalidad de buscar alternativas que mejoren los tratamientos y procedimientos.

Pueden existir reuniones con énfasis:

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

III. Actividades de la Participación en Reuniones Técnicas Multidisciplinarias

Las actividades observadas y declaradas en la Participación en Reuniones Técnicas Multidisciplinarias, se categorizan según la finalidad:

	Actividades
Énfasis en el caso	1. Se coordinan horarios de reunión si no están establecidos, generalmente se realizan en los servicios, en sala de reuniones y en ocasiones en oficina de algún médico participante del equipo, o bien, se realizan discusiones de casos en las rondas médicas. 2. Se organiza la información recabada resultante de las investigaciones, entrevistas y en ocasiones, retroalimentación en dupla psicosocial[36]. Se organizan las propuestas sobre el caso social, de modo de presentar los antecedentes al equipo, y se prepara material para tomar datos de nuevos casos que puedan surgir en la reunión. 3. Se organiza el trabajo de oficina, atención de público si se está en el horario y se da aviso a secretaría. 4. Durante la reunión, se comparten opiniones, se manejan hechos y apreciaciones, finalmente se realiza un diagnóstico general. 5. Se evoluciona Ficha clínica relatando lo acordado en la reunión. 6. Posteriormente se realiza la actividad acordada, por ejemplo, medida cautelar y se evoluciona en Ficha social del caso (archivo de cada profesional). 7. Si es necesario se realiza seguimiento de casos y se programan nuevas actividades en caso de que la intervención lo requiera.
Énfasis en lo clínico.	1. Se coordinan horarios de reunión si no están establecidos, generalmente se realizan en los servicios, en sala de reuniones y en ocasiones en oficina de algún médico participante del equipo. 2. Se organiza la temática a exponer. 3. Se organiza el trabajo de oficina, atención de público si se está en el horario y se da aviso a secretaría. 4. Durante la reunión, se exponen temáticas educativas a los profesionales sobre beneficios estatales, se discuten procedimientos y se asumen responsabilidades. 5. Se acuerda nuevo encuentro, profesional que debe exponer y temática solicitada.
Énfasis en la especialidad del servicio	1. Se asiste a reuniones con horarios establecidos. 2. Se organiza el trabajo de oficina, atención de público si se está en el horario y se da aviso a secretaría. 3. No hay intervención directa, ni se presentan casos, se prevalece lo clínico.

IV. Relación con los demás empleos presentes en las Reuniones Técnicas Multidisciplinarias

Las relaciones pueden clasificarse del siguiente modo:

[36] En las reuniones de dupla psicosocial se hace una retroalimentación en cuanto al riesgo social del caso y se evalúan alternativas, judicialización o derivación a red externa (consultorio, PIB, PIE, OPD, fundaciones, etc.)

- ***Relación de Subordinación:***

Con Jefes de Centros de responsabilidad y Servicios clínicos: asumiendo responsabilidades en la participación de los equipos clínicos y cumplimiento de normativas sobre estar a cargo del área social de los servicios o estar a cargo de unidades.

- ***Relación de Coordinación y Cooperación:***

Con Equipos Médicos del Hospital: la relación se puede presentar en el intercambio de conocimientos y opiniones durante la realización de las reuniones, se puede presentar previamente al coordinar las temáticas y casos que se puedan presentar.

Con red extra hospitalaria: pueden presentarse reuniones con presencia de profesionales de la red externa de apoyo a la gestión hospitalaria, comunitaria, docente asistencia, fundaciones o consultorios que son de baja ocurrencia.

Los empleos que se contactan habitualmente son Especialistas en Salud, Secretarías, Administrativos, Medicina Especialista, Enfermería, Nutricionista, Químico farmacéutico Pediatría, Psicología, Psiquiatría, Tecnólogos médicos, Fonoaudiólogos, Matronas, entre otros.

V. Niveles de autonomía y responsabilidades presentes en la Participación en Reuniones Técnicas Multidisciplinarias.

Autonomía y responsabilidad profesional: En las reuniones con énfasis en el caso la profesional tiene un rol protagónico, sobre todo en temáticas legales. En las reuniones con énfasis en lo clínico, la profesional posee autonomía en cuanto a las temáticas que presente desde la perspectiva social y en las reuniones con énfasis en la especialidad del servicio la autonomía de la profesional se asocia a las temáticas que se puedan presentar.

VI. Complejidades presentes en la Participación en Reuniones Técnicas Multidisciplinarias

Según las complejidades observadas y declaras, es posible extraer las siguientes categorías:

Complejidades asociadas al equipo multidisciplinario:

- Pobre participación de la profesional en la mayoría de los equipos multidisciplinarios de los servicios clínicos.
- Falta de sensibilización de parte de los jefes de servicios sobre la importancia de la visión integral en las unidades, condicionando la participación de la profesional en casos puntuales.
- Poco compromiso de los profesionales participantes con los temas sociales asociados a las patologías.
- Poco apego a las responsabilidades sociales del equipo, delegando todo en la Asistente Social.
- Reuniones netamente clínicas, desplazan la participación de la profesional, teniendo poca, escasa o nula participación.

Complejidades asociadas a los recursos con los que cuenta la profesional:

- Coincidencia de reuniones con contingencias sociales de oficina, o bien urgencias, imposibilitando la asistencia.
- Horarios incompatibles, a pesar de tener programación semanal, se modifican en función de los profesionales con mayor inferencia.

Gestión Judicial

Figura 4-12. Gestión Judicial. En la sala de audiencia, se presenta el caso ante la Magistrado y es ella asesorada por la Consejera Técnica quien resuelve.

I. Contexto

El ***contexto institucional*** de la Gestión Judicial en el Hospital Carlos Van Buren se presenta como una situación profesional inserta en la Unidad de Servicio Social, la cual posee distintas modalidades de trabajo dependiendo del área en la que el caso se inserte. Las áreas donde frecuentemente se presenta la gestión judicial es en la Unidad Gineco-Obstétrica, Unidad de Emergencia Infantil (UEI) y el Centro de responsabilidad Pediátrico.

Modalidad de Atención	Temáticas de Judicialización
Atención Abierta *(No hospitalizado)*	- La Gestión Judicial se inicia con la derivación del caso por parte del equipo médico a la profesional por sospecha de maltrato detectado en la atención ambulatoria en la UEI, definiendo futuras acciones, como la hospitalización.
Atención Cerrada *(Hospitalizados)*	-Si los casos detectados por la profesional en la atención abierta confirman maltrato, se inician las gestiones pertinentes para judicializar el caso. En la Unidad Gineco-Obstétrica, los casos judicializados son todos aquellos relacionados con las temáticas de Adopción y Medidas de protección. También se puede presentar derivación de casos por parte del equipo médico a la profesional por sospecha de maltrato detectado en la hospitalización o por problemas conductuales de los pacientes.

Cuando la Gestión Judicial inicia por la confirmación de Maltrato infantil, el caso es discutido previamente en el Comité de Maltrato del HCVB, compuesto por la

Trabajadora Social, Jefe de Pediatría y Médico tratante, donde se deben exponer los antecedentes del caso desde la mirada biopsicosocial y determinar la Judicialización.

El ***contexto normativo*** en la unidad esta dado por los Estatutos Administrativos, integrando Comité de Maltrato Infantil, por resolución 2620 del 14.04.2010, Legislación civil, Ley de VIF 20.066, Ley N° 19.620 de Adopción, Código penal, que regula el delito sexual, artículos 361-366 y por la Convención de los derechos del niño.

Además la profesión se enmarca en los requerimientos de la Ley N°19.968, art. 10[37] y art.14[38], sobre su participación como experto en temas de familia.

II. Finalidad de la Gestión Judicial

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

Figura 4-13. Gestión Judicial. La profesional en primera instancia debe acudir a la consejera técnica para explicar el caso, ella es quien asesora a la Magistrado.

En consecuencia la Gestión Judicial tiene por finalidad:

Entregar protección:

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

[37] "(…)Los Servicios Sociales de las instituciones de Bienestar Social y Asistencia Social, pueden colaborar con las partes y asistir en las audiencias. Los trabajadores sociales, pueden ser llamados por los tribunales para emitir dictamen como expertos, en relaciones de índoles familiar".

[38] "Los Jueces ordenarán a los trabajadores sociales adscritos al Tribunal, las investigaciones necesarias; estos actuaran de inmediato, en forma acuciosa y rápida, y rendirán sus informes con toda veracidad y objetividad, a fin de que los problemas planteados puedan ser resueltos con conocimiento pleno de la realidad de las situaciones. Tales informes será confidenciales; únicamente podrá conocerlos el juez, las partes y sus abogados. No podrá dárseles publicidad en forma alguna , ni extenderse certificación o acta notarial de los mismos".

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

III. Actividades de la Gestión Judicial

Las actividades observadas y declaradas en la Gestión Judicial se categorizan según el área de salud de modo de dar contexto a las actividades realizadas:

Actividades según temática	
Área de Maternidad	Se recibe la derivación por parte del médico/matrona por contacto telefónico o escrito. En el área de Maternidad la Gestión Judicial se presenta en los siguientes casos: - Adopción - Abandono (casos aislados) - Cuidados personales.

Adopción: El proceso de Adopción se puede presentar en los siguientes casos:

a) Si la paciente durante el embarazo declara querer dar en adopción a su hijo(a), se comunica con la psicóloga de SENAME, quien es la encargada de intervenir y de informar del caso a la Asistente social del Hospital, entregando el nombre de la paciente y la posible fecha de parto.
Una vez que la paciente ingresa al hospital, la profesional:
- Realiza un acompañamiento y resuelve temas pendientes.
- Si al momento del alta el recién nacido no ha sido inscrito en el Registro Civil, la profesional debe realizar la inscripción sólo con el apellido materno, para agilizar el proceso, para esto presenta el comprobante de parto, C.I. de la madre en caso que lo tenga, y de la profesional.
- Extendido el Certificado de nacimiento (2 copias), uno queda para el registro interno de la profesional y el otro es entregado con la documentación destinada a la institución donde ingresará el niño en espera de la Adopción.

b) En el caso de que la madre no haya controlado su embarazo y al momento del parto declara querer dar en adopción al recién nacido (*ver Anexo 9*), se contacta a la Asistente Social, quien inicia una intervención:
- Procura generar *rapport* con la paciente para facilitar la intervención.
- Realiza entrevista para indagar porque no se realizaron los controles, en estos casos es muy importante que la paciente se sienta apoyada debido a que puede producirse una fuga y eso retrasará el procedimiento.
- Realiza la derivación a la psicóloga si ésta aún no ha intervenido.
- Una vez que la paciente ha sido entrevistada por las dos profesionales, se reúnen y contrastan la información para verificar historia de la paciente.
- Se explica el procedimiento de adopción y se realiza la inscripción del recién nacido, en su mayoría la efectúa la profesional.

En ambos casos la profesional elabora un Informe social destinado a Tribunales de familia, el cual será entregado al momento de asistir con la paciente el día del alta ó cuándo ésta se encuentre en condiciones físicas y emocionales para presentarse a Tribunales.
Para asistir a Tribunales la profesional debe Registrar en el libro de salidas a terreno, nombre paciente y lugar que asiste, hora de salida y llegada.

<table>
<tr><td colspan="2">Cuidados personales:
1. La derivación a la Asistente Social se produce cuando se observan conductas erráticas durante la estadía de una paciente en el parto, en la sala de recuperación o en sala común. Las conductas que generan la derivación son:
- Rechazo al recién nacido.
- Falta de preocupación por el recién nacido,
- Mala conducta o malos tratos hacia los/as profesionales, etc.
2. Si se presentan estas situaciones se entrevista a la persona si se encuentra en condiciones o bien a su familia más cercana. En el caso de que estén judicializados y se encuentren en hogares de protección para embarazadas cada institución se hace cargo de sus pacientes.
3. Dependiendo de la urgencia del caso la entrevista se realiza en sala, pasillo o en oficina de servicio social.
4. Durante la entrevista la profesional indaga si existen factores que indiquen que las madres no se encuentran capacitadas para cuidar al recién nacido, ya sea porque son madres adolescentes y no hay un adulto responsable, porque durante el embarazo hubo consumo de alcohol y drogas o porque no se controló el embarazo, entre otras.
5. Realiza una Investigación social, donde investiga antecedentes para determinar presencia de patologías consultando bases de datos del hospital, Fonasa, Minsal y Sigges, se verifica nombre, RUT, fecha de nacimiento, dirección, teléfono de contacto, se revisa la historia de salud psiquiátrica si existe.
Indaga con la profesional del consultorio correspondiente, enfermeras o matronas ó en algunos casos ambas, por contacto telefónico o correo electrónico.
Durante la investigación se arma un cuadro diagnóstico, el cual se confirma en una entrevista con la paciente para verificar si oculta información o no.
6. Una vez realizada la investigación y la entrevista con la paciente, la profesional evalúa lo que es mejor para el recién nacido. Comunicando la decisión a la paciente, a veces con el apoyo de la psicóloga, y se realiza la intervención de acuerdo al marco legal, explicando el proceso y sugiriendo quien debe tener el Cuidado Personal del recién nacido.
7. Posteriormente se elabora el Informe social destinado a Tribunales de familia, asistiendo el mismo día o al siguiente.
8. Para asistir a tribunales la profesional debe registrar en el libro de salidas a terreno, nombre paciente y lugar que asiste, hora de salida y llegadas.</td></tr>
<tr><td>Área de Pediatría</td><td>Se recibe la derivación por parte del equipo médico a través de interconsulta cuando los pacientes están hospitalizados en el Servicio de Pediatría (Neuropsiquiatría), o llamado telefónico en el caso de los pacientes de la Unidad Emergencia Infantil (UEI), se presentan los siguientes casos:
Maltrato infantil, Negligencia, Niños quemados, Bulimia, Anorexia, Suicidio adolescente, a los cuales se les solicita Medida de protección urgente.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Suicidio Adolescente, Bulimia, Anorexia, Bullying:
1. Una vez recibida la interconsulta por parte del equipo de Neuropsiquiatría se realiza una Investigación para conocer el caso específico, antecedentes clínicos, situación de riesgo actual, factores de riesgo y agentes que provocaron la vulneración de derecho involuntario. Se realiza coordinación con consultorios, colegios y hogares en caso que estén judicializados.
2. Se procede realizando entrevistas al grupo familiar, padres ó tutores y al paciente cuando corresponda.
3. Paralelamente otros profesionales del equipo evalúan el caso, para tener una mirada más amplia.
4. Se realiza visita domiciliaria para conocer el ambiente y entorno en que viven y visualizar si éstos afectan a la condición actual del paciente.
3. Se realiza retroalimentación con equipo profesional para determinar un plan de acción en base a los</td></tr>
</table>

antecedentes recabados y decidir la solicitud que se hará en el Informe social destinado a Tribunales, dependiendo del tipo de vulneración de derechos.

4. Proceso de judicialización:

- Depende de la urgencia o de los factores de riesgo, si la profesional evalúa alto riesgo solicita Audiencia extraordinaria y en caso que no sea urgente se realizan por el conducto regular para solicitar Audiencia programada y Medida de protección, en este caso el tribunal decide su fecha de ejecución el cual puede demorar aproximadamente un mes.
- Al momento del alta del paciente se solicita a la magistrado como medida de control social ingreso a PAICABÍ u alta con control a psicólogo.

Maltrato Infantil, maltrato físico, Negligencia/abandono abuso sexual, niños quemados:

1. La profesional es contactada por la UEI, ante presunto caso de maltrato para que ella realice investigación ó la denuncia, legalmente corresponde al profesional que recibe el caso hacer la denuncia en carabineros, los que se encuentran presentes en el hospital para éste tipo de casos, cuando los profesionales no hacen éste trámite la asistente social acompaña al familiar a presentar la denuncia.
2. En el caso de ser sospecha de cualquier tipo de maltrato el profesional de la unidad de emergencia hospitaliza al niño y deriva con la Asistente social, cuando se le ha dado el alta al paciente y la profesional no ha intervenido se hace una visita domiciliaria en la cual se le entrega una citación a la madre, padre, cuidadores o tutores según corresponda y se entrevista en la oficina de la profesional.
3. Cuando el niño, niña y/o adolescente se encuentra hospitalizado se realiza una entrevista, dependiendo de la edad de éste y/o a sus padres o cuidadores para indagar en los aspectos sociales y en los factores de riesgo que se encuentran presentes, conocer la historia familiar y ver las redes de protección con que cuenta, investigar cómo sucedieron los hechos que llevaron al paciente a tal situación, para así conocer a sus infractores y denunciarlos o solicitar cuidados personales.
4. Paralelamente se coordina con la red; se realiza una reunión con el equipo de salud para conversar plan de intervención y se elabora Informe social. (En el caso del Comité de maltrato la profesional es la encargada de decidir los pasos a seguir y su decisión es respaldada por el comité encabezado por el médico jefe de pediatría).

Actividades del Proceso de Judicialización en todas las temáticas expuestas:

Una vez en Tribunales de Familia la profesional:

- Anuncia solicitud de Medida Cautelar.
- Entrega Informe Social para proveer la causa.
- Recepciona RIT, N° causa/año, sala de Audiencia especial y consejera encargada de la causa.
- Luego se realiza entrevista con consejera técnica para explicar el caso.
- En Audiencia especial:

a) la profesional expone el Informe Social a la Magistrado y a la Consejera técnica, exponiendo el caso y sugiriendo alternativas de resolución.

b) Testifican paciente o familiar si procede.

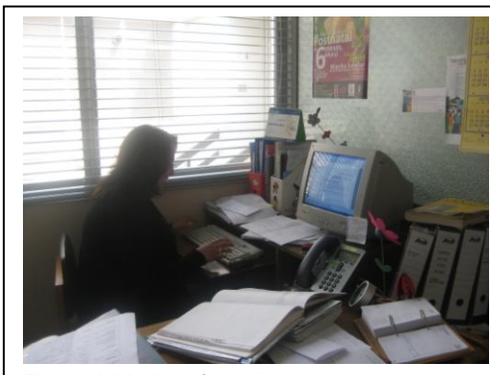


Figura 4-14. Gestión Judicial. La profesional debe confeccionar el Informe Social que será presentado en Tribunales de Familia.

c) Intervención de Consejera Técnica asesorando sobre posible resolución, sugiriendo nuevas alternativas según se estime conveniente.

d) La magistrado resuelve aprobando o rechazando la solicitud de la profesional, o bien programando otra Audiencia, según la resolución que la magistrado estime conveniente.

e) Terminada la Audiencia se espera la entrega de la Resolución Judicial del Digitador.

Se informa al equipo de Maternidad o de Pediatría la resolución de Tribunales de Familia, se evolucionan las fichas clínicas y se coordinan las altas médicas.

En el caso de derivación a hogar de menores se completan los formularios correspondientes, se coordina el traslado con el servicio de Neonatología y el hogar correspondiente, y generalmente se entrega el recién nacido y sus documentos al hogar de destino.

IV. Relación con los demás empleos presentes en la Gestión Judicial

Las relaciones pueden clasificarse del siguiente modo:

- ***Relación de Subordinación:***

Con Jueces y Consejeros Técnicos de Tribunales de Familia: la relación se puede dar en el proceso de Judicialización de los casos, específicamente en las Audiencias donde la profesional, entrega y expone los Informes Sociales. La profesional debe responder ante cualquier solicitud que el Magistrado realice para resolver los casos que se encuentren bajo su intervención. Este tipo de relación en la Gestión Judicial es primordial, ya que representa la resolución de los casos. Los Consejeros Técnicos al ser asesores de los Jueces, mantienen una relación paralela con la profesional, participando y dando sugerencias en las Audiencias, este rol, es asumido frecuentemente por Trabajadores Sociales.

- ***Relación de Coordinación y Cooperación:***

Con Equipos Médicos del Hospital: Esta relación es fundamental para coordinar, respecto de la resolución de los casos y solicitar opinión clínica. La retroalimentación es muy importante debido a que se obtiene una mirada amplia del caso, considerando aspectos médicos y sociales. Inicialmente esta relación es para solicitar informes de salud (antecedentes clínicos), luego para conocer las impresiones que los profesionales médicos , psicólogos, personal de enfermería en general tienen respecto del comportamiento de padres y familiares durante la hospitalización del paciente, convirtiéndose en informantes claves, con el médico para coordinar el plan de acción en conjunto.

Figura 4-15. Gestión Judicial. Se realizan Procesos de información, coordinación para el alta del paciente.

- *Con Red de Apoyo Extrahospitalario:* Son fuente directa para obtener mayor información sobre los pacientes y realizar una buena intervención, la relación es

constante y situacional, dependiendo del caso y de la temática, se contacta en todos los casos que se inicia una Investigación social. La relación con la Red continúa en aquellos casos donde se requiera seguimiento de los casos judicializados.

En Tribunales de familia: ésta es para tomar conocimiento del caso, apoyar la solicitud que realiza la profesional en su Informe social, sugerir las medidas a tomar y determinar la resolución judicial, además de los profesionales administrativos quienes redactan el acta y son los encargados de entregarla.

Los empleos más habituales con quienes se contacta en esta situación profesional se ubican en centros de APS, CONIN, SENAME, Escuelas (docentes y directores) Hogares de niños, carabineros, consejera técnica, magistrado y personal administrativo de tribunales, Los empleos que se contactan habitualmente son Trabajo Social, Equipo de salud HCVB, neurología, psicología, psiquiatra, medicina familiar, neonatología, Maternidad, matrona del puerperio o neonatología, Inmunología, laboratorio, secretarías, Administrativos, Enfermería, Nutrición, Auxiliares de Servicio y tribunales de familia.

La relación se puede provocar *antes, durante, al cierre* o *en seguimiento* de la Gestión Judicial, debido a que en su mayoría se realizan derivaciones. El contacto con los demás empleos se hace habitualmente por vía telefónica, sin descartar el contacto vía interconsulta, memo o correo electrónico.

V. Niveles de autonomía y responsabilidades presentes en la Gestión Judicial

Autonomía y responsabilidad profesional: En relación a todo lo que le compete como profesional, se realiza según lo que establece la ley, las decisiones de si se judicializa el caso es en conjunto con el equipo médico, pero es la asistente social quien presenta propuestas las que en su mayoría son apoyadas por el equipo médico, y les solicita un certificado médico que respalde su decisión y el cual a la hora de ser presentado ante la magistrado en tribunales de familia, posee una mejor acogida de parte de ésta.

En el caso del comité de maltrato infantil es la profesional la que decide si corresponde judicializar el caso, sin embargo, el momento de entregar la

información a la familia es el feje de pediatría quien habla con la familia, y la profesional explica el procedimiento.

Autonomía y responsabilidades termina cuando la resolución esta en otros profesionales: En el caso de los pacientes pediátricos (Neuropsiquiatría) la profesional es la encargada y la única responsable de llevar a cabo la gestión Judicial, sin embargo, ésta no se lleva a cabo sin tener el respaldo de los médicos, específicamente psiquiatra, quien generalmente no se hace responsable de emitir éste certificado, entregando tardíamente informes médicos cuando son casos complejos. Es aquí dónde la autonomía de la Asistente Social termina y se derivan las responsabilidades, la profesional solo entrega propuestas o alternativas de resolución pensando en el bienestar del paciente.

VI. Complejidades presentes en la gestión Judicial

Según las complejidades observadas y declaras se configuran las siguientes categorías:

Complejidades asociadas a la red intrahospitalaria:

- Dificultades internas en el funcionamiento del Comité de Maltrato Infantil, retrasa el procedimiento en la judicialización de los casos.
- Rotación permanente de personal médico (internos) sumado al desconocimiento de procedimientos en casos sociales obstaculiza la labor de la Asistente Social.
- Existe escaso o nulo compromiso del equipo médico para realizar las denuncias de maltrato, retrasando la protección a la víctima.
- No hay coordinación al momento de presentarse un embarazo de alto riesgo, lo que no permite una intervención oportuna.
- Falta de sensibilización ante temáticas complejas de parte del equipo clínico y la falta de recursos del centro hospitalario, dificulta la intervención en aquellos casos con temáticas judiciales.
- Demanda laboral reduce el recurso tiempo destinado a realizar seguimiento de los casos judicializados, o asistir a las Audiencias programadas.
- Presión de altas médicas en el área de Neonatología, obstaculiza derivación de casos sociales con probables temáticas judiciales.

- Demanda laboral reduce el recurso tiempo del equipo médico en el área de Neuropsiquiatría, judicializando casos sin la opinión profesional de todos.

Complejidades asociadas a Tribunales de Familia:

- La extensa espera en Tribunales involucra pérdida de tiempo tanto para la profesional como para el paciente, arriesgando que éste se retire del lugar y se retrase la resolución del caso.
- Demora en la entrega de la resolución por parte del Digitador implica desgaste de tiempo en otro horario.

Jefatura y Coordinación de Unidades

Figura 4-16. Jefatura y Coordinación de Unidades. Una de las tareas es la recepción de Licencias médicas y organizar con el equipo para cubrir tareas de la profesional.

I. Contexto

La **jefatura y coordinación de unidades** en el ***contexto institucional*** esta dada por las normativas vigentes de la institución y por las decisiones del equipo directivo del establecimiento, que norma el quehacer de la jefatura y coordinación de la unidad que se tenga a cargo. El Trabajador social que asume responsabilidades como Jefe o Coordinador, se inserta en una unidad organizacional llamada Centros de responsabilidad, según la nueva estructura de establecimientos auto gestionados. La asignación de jefaturas y coordinaciones se puede dar por antigüedad[39] o por llamado a concurso. Las unidades donde profesionales de trabajo social asumen jefatura y coordinaciones corresponden a la Unidad de Bienestar Social, Unidad de Servicio Social y Servicio de Otorrinolaringología: Departamento de Audición y Lenguaje.

El ***contexto normativo*** en la Unidad de Bienestar esta dado por el Decreto 28 (Reglamento general de Bienestares), Normas nacionales de probidad para los empleados públicos y Manual de Beneficios año 2010 SSVSA.

En las Unidades de Servicio Social y Departamento de Audición y Lenguaje el contexto normativo esta dado por los Estatutos Administrativos (Ley N° 18.834).

[39] Si bien la asignación de cargos por antigüedad se encuentra obsoleta y reemplazada por la asignación por concurso, existe aún una asignación de cargos por antigüedad de parte de las postulantes, asociada al respeto y la consideración de aquellas profesionales con años de experiencia.

II. Finalidad de la Jefatura y coordinación de unidades

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

Figura 4-17. Jefatura y Coordinación de Unidades. Es la encargada de Programar acciones y actividades a ejecutar en la unidad.

Como objetivos generales la jefa o coordinadora debe:

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

III. Actividades de la Jefatura y coordinación de unidades

Las actividades que desempeña la profesional coordinadora se pueden categorizar por funciones directivas delegadas y funciones administrativas de modo de contextualizar la situación profesional.

Funciones	Actividades
Directivas delegadas	1. Programar acciones y actividades a ejecutar en la unidad, en conjunto con el equipo de profesionales, en reuniones técnicas. (*Ver Anexo 10*) 2. Supervisar la oportunidad y eficacia en la atención de los usuarios. 3. Organizar la unidad acorde a la normativa vigente asegurando el buen funcionamiento. (*ver Anexo 11 y 12*) 4. Mantener un sistema de coordinación permanente con los servicios y departamentos del centro hospitalario. 5. Mantener la disciplina y las buenas relaciones interpersonales dentro del equipo profesional. 6. Elaborar y actualizar en conjunto con el equipo las normas técnicas necesarias para el buen funcionamiento de la Unidad.

	7. Resolver situaciones imprevistas de cualquier naturaleza que se presenten en la Unidad, adoptando las medidas que sean necesarias para ello. 8. Evaluar el desempeño funcionario del equipo profesional, secretaria y auxiliar de servicio. 9. Resolver situaciones puntuales, técnicas, administrativas, logísticas que interfieran en el buen funcionamiento del equipo de trabajo.
Administrativas	1. Difundir, Cumplir y hacer cumplir las normas legales, reglamentarias y disposiciones internas del establecimiento. 2. Distribuir tareas propias de la unidad entre el equipo profesional y secretaria, delimitando las labores y responsabilidades para optimizar funcionamiento interno. 3. Planificar, organizar y realizar reuniones ordinarias de carácter mensual y extraordinarias s cuando se requieran o el equipo las solicite. 4. Velar por el registro diario, expedito y claro de las distintas prestaciones. 5. Velar por la existencia de sistemas de registro adecuados para los distintos procesos que se realizan dentro del Departamento. 6. Autorizar feriados legales, permisos y/o comisiones, capacitaciones, etc. 7. Acoger, investigar y resolver reclamos y felicitaciones presentados por los usuarios. 8. Recepción de Licencias médicas y posterior organización con el equipo para cubrir tareas de la profesional. 9. Cumplir con funciones y actividades específicas de su profesión.

IV. Relación con los demás empleos presentes en la Jefatura y coordinación de unidades

La relación de la profesión con los demás empleos en esta situación profesional se clasifica del siguiente modo:

- ***Relación de Subordinación:***

Con el Equipo Directivo del Hospital, con Jefes de Centros de responsabilidad y Servicios clínicos: la relación es fundamental y dependiente, coordinación para la entrega de la información y gestión en cuanto a recursos y a las actividades del centro hospitalario, en ocasiones se debe hacer descripción de casos especiales y complejos, responder a todos los requerimientos y hacer solicitudes que mejoren el funcionamiento de la unidad.

- ***Relación de Coordinación y Cooperación:***

Con los demás servicios o centros de responsabilidad: prioritario al momento de facilitar las gestiones entre ellos, derivaciones y coordinaciones para el mejoramiento en la atención al usuario/a.

Con el equipo de profesionales de la unidad: este tipo de relación es primordial, la profesional mantiene una comunicación fluida de modo de asegurar la calidad en la atención y el buen funcionamiento de la unidad. La relación es de cooperación mutua y coordinación constante.

Con la red extra hospitalaria: relación constante de coordinación, al ser representante de la unidad la vinculación con las redes externas se hace ante cada situación de formalidad en que se requieran gestiones desde instituciones o entidades externas.

V. Niveles de autonomía y responsabilidades presentes en la Jefatura y coordinación de Unidades

Los niveles de autonomía y responsabilidades en esta situación profesional se muestran y evidencian con total claridad en cada una de las unidades observadas, donde:

Autonomía y responsabilidad profesional: La autonomía y responsabilidad en ésta situación profesional está en la toma de las decisiones, que pasan por el diseño de políticas al interior de la unidad, destino de diversas actividades, y todo lo que tiene que ver con el personal que se encuentre a cargo, sin embargo, las decisiones trascendentales siempre se acuerdan con la jefatura directa. Las responsabilidades están en detectar cuando la complejidad o la decisión deben ser discutidas en acuerdo con la jefatura directa.

VI. Complejidades presentes en la Jefatura y coordinación de Unidades

Según las complejidades observadas y declaras se configuran las siguientes categorías:

Complejidades asociadas al cargo asumido:

- El desempeño profesional compromete las responsabilidades asumidas en la jefatura por la alta demanda que se presenta en las atenciones.
- Tener dualidad de roles obliga a priorizar.
- En unidad de bienestar la falta de recurso humano dificulta la atención de la gran cantidad de usuarios, presionando a la coordinadora en mantener el buen funcionamiento de la unidad.

Planificación y Ejecución De Proyectos de Mejoramiento

Figura 4-18. Planificación y Ejecución De Proyectos de Mejoramiento. En estas reuniones se planifican procedimientos y normativos que mejoren la atención al usuario.

I. Contexto

El ***contexto institucional*** de ésta situacional profesional se inserta en las disposiciones internas del centro hospitalario y de los objetivos de cada Unidad. La planificación de proyectos de mejoramiento, es parte del ejercicio laboral de aquellas asistentes sociales que se encuentran a cargo de de Unidades, en esta ocasión se sistematizó el trabajo realizado en la Unidad de Emergencia Adultos, Unidad de Bienestar y en la Unidad de Otorrinolaringología, en el Departamento de Audición y Lenguaje.

El ***contexto normativo*** en cada una de las unidades esta dado por los Estatutos Administrativos, Convenios, Políticas Sociales, Legislación civil, laboral y seguridad social, penal, administrativas, resoluciones internas, etc.

II. Finalidad de la Planificación y Ejecución De Proyectos de Mejoramiento.

Principalmente la finalidad de esta situación profesional está en contribuir al fortalecimiento de la calidad de atención integral del usuario/a cooperando a su adaptación al medio y a su calidad de vida.

Unidades	Temáticas
Unidad de Emergencia Adulto.	- Planificación y ejecución de proyectos enfocados en la satisfacción usuaria, relativos al acceso de la información y calidad de la atención.
Unidad de Bienestar	- Planificación y ejecución de proyectos enfocados en el bienestar del personal.
Departamento de Audición y Lenguaje.	- Planificación y ejecución de proyectos enfocados en la satisfacción usuaria, relativos a patologías de Audición y Lenguaje.

III. Actividades de la Planificación y Ejecución De Proyectos de Mejoramiento.

Las actividades observadas y declaradas en esta situación profesional, no varían al momento de planificar y ejecutar, ya que todo proceso con estos fines se opera en pasos similares; en la detección de problemas y necesidades y en la elaboración de propuestas y soluciones. Por lo tanto, las actividades realizadas operan del siguiente modo:

Figura 4-19. Planificación y Ejecución de Proyectos de Mejoramiento. Mensualmente o según sea la necesidad se desarrollan reuniones para tratar los distintos temas que se presenten con los proyectos.

1. Detección de una Insatisfacción con el actual estado de cosas. Identificación de un área problemática;
2. Recolección de antecedentes. Observación, revisión de información bibliográfica interna y externa, consulta a informantes clave, personas involucradas directa o indirectamente para contrastar criterios y antecedentes.
3. Sistematización de experiencias y material bibliográfico.
4. Definición de las temáticas a tratar y delimitación de las acciones, se realizan reuniones con los involucrados o los interesados.
5. Coordinación y acuerdo con la jefatura directa.
6. Postulación a concurso, Abastecimiento o Empresas Patrocinantes para la financiación del proyecto.
7. Formalización e implementación.
8. Procesos de información, coordinación, seguimiento y evaluación.

IV. Relación con los demás empleos presentes en la Planificación y Ejecución De Proyectos de Mejoramiento.

La relación de la profesión con los demás empleos en esta situación profesional se presenta con el equipo de salud y con red extra hospitalaria cuando se requiere cooperación. El contacto con los demás empleos se hace habitualmente por interconsulta, vía telefónica o presencial, sin descartar el memo o correo electrónico.

Las relaciones pueden clasificarse del siguiente modo:

Figura 4-20. Planificación y Ejecución de Proyectos de Mejoramiento. Se realizan Procesos de información, coordinación, seguimiento y evaluación de casos.

- ***Relación de Subordinación:***

Con el Equipo Directivo del Hospital: en estos casos la relación aporta en consultas, entrevistas y reuniones, donde se orientan los objetivos de los proyectos, así como se delimitan las acciones, y las alternativas posibles. Dependiendo de la temática se puede solo informar los procedimientos que operan para descongestionar ciertos flujos o procesos de atención, o bien, se refuerzan aquellos proyectos que se van renovando anualmente.

- ***Relación de Coordinación y Cooperación:***

Con Equipos de Salud Intrahospitalarios: Relación de cooperación y coordinación con aquellos profesionales que participan del proyecto, ya sea asesorando, capacitando o ejecutando la totalidad del proyecto. Además de participar en la planificación del proyecto, en el caso de que éste involucre el mejoramiento de la atención de sus pacientes. La relación en este tipo de situaciones se puede realizar por ejemplo con

Fonoaudiólogos, Tecnólogos médicos, Enfermeras, Oficiales administrativas, Psicóloga, equipos multidisciplinarios en general, además de administrativos.

Con Red de Apoyo Extrahospitalario: la relación se establece en la coordinación con los profesionales, de modo de asegurar recursos y ejecución del proyecto, la coordinación puede realizarse para la solicitud de recursos involucrados en la ejecución, así como la aprobación de éstos, por lo que la naturaleza de sus empleos se inserta en una variedad de desempeños, por ejemplo, profesores, ministerio, funcionarios públicos, asistentes sociales de la red, municipio, DIDECO, empresas de servicios, entre otros.

V. Niveles de autonomía y responsabilidades presentes en la Planificación y Ejecución De Proyectos de Mejoramiento.

Autonomía y responsabilidad profesional: La profesional que planifica un proyecto de mejoramiento tiene la autonomía desde lo que le compete como profesional del área social, en la detección de una problemática y la elaboración de un diagnostico de necesidad, la cual debe ser investigada y definida, además de estar enmarcada en los requerimientos de la institución. Luego asume la responsabilidad de la revisión y conducir el proyecto a su ejecución, cumpliendo plazos y respetando los lineamientos del proyecto.

Autonomía y responsabilidades termina cuando la resolución esta en otros profesionales: cuando la ejecución de los proyectos está en manos de otros profesionales, la Asistente social debe supervisar que se cumplan los objetivos del proyecto y se asuman los compromisos establecidos.

VI. Complejidades presentes en la Planificación y Ejecución De Proyectos de Mejoramiento

Según las complejidades observadas y declaras se configuran las siguientes categorías:

Complejidades asociadas al cumplimiento de objetivos:

- Difundir y supervisar que se cumplan los objetivos, los cuales se pueden ver afectados por variaciones en los recursos disponibles, en la participación ó en la oportunidad de su cumplimiento.
- Burocracia, esto atrasa mucho a la hora de llevar a cabo los procesos.
- Baja participación de los beneficiados del proyecto, cuando se trata de proyectos para usuario, ponen en riesgo la sustentabilidad del proyecto.

Asesoramiento a Organizaciones y Agrupaciones Intra Hospitalarias.

Figura 4-21. Asesoramiento a Organizaciones, se realizan reuniones en conjunto con la directiva del Consejo de Desarrollo para Planificar en conjunto las temáticas que se presentan en cada reunión.

I. Contexto

El ***contexto institucional*** de ésta situación profesional se enmarca en los requerimientos de la Reforma de Salud, sobre los derechos y deberes de los pacientes, por lo que se inserta en las orientaciones y normas técnicas para la Asistente Social en salud, entregando las responsabilidades de asesoramiento en temáticas de Participación Social, de la División de programas de salud del Departamento de Atención a las Personas. El cargo de asesor de las agrupaciones participantes es por resolución.

Las organizaciones que se encuentran asesoradas por la Trabajadora social en el centro hospitalario corresponden al Consejo de Desarrollo, grupos educativos y la agrupación de Acompañamiento espiritual.

El Consejo de Desarrollo es una instancia de participación ciudadana, donde pueden asistir representantes de organizaciones comunitarias, agrupaciones de usuarios, grupos de voluntariado, representantes de los funcionarios de salud y Directivos, donde la profesional actúa como intermediaria entre el consejo y la dirección.

Los grupos educativos son aquellos conformados por una patología en común, los cuales se asesoran desde su conformación y posteriormente en su mantención y prolongación. El grupo de Acompañamiento espiritual es asesorado y supervisado por la profesional.

II. Finalidad del Asesoramiento a Organizaciones y Agrupaciones Intra Hospitalarias

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

Figura 4-22. Acompañamiento Espiritual. Se coordinan las acciones y se crean los normativos que rigen a las agrupaciones.

III. Actividades del Asesoramiento a Organizaciones y Agrupaciones Intra Hospitalarias

Las actividades observadas y declaradas en Asesoramiento a Organizaciones y Agrupaciones Intra Hospitalarias se presentan del siguiente modo:

	Actividades
Consejo de Desarrollo	1. Contribuir a la constitución como agrupación u organización (personalidad jurídica). 2. Mantener una comunicación constante y fluida con la directiva. 3. Planificar en conjunto con la directiva del consejo las temáticas que se presentan en cada reunión. 4. Apoyar en las gestiones con la red para invitar o coordinar presentación de temáticas. 5. Apoyar en planificación de proyectos. 6. Asistir a las Reuniones convocadas. 7. Apoyar en la convocatoria a cada Reunión. 8. Registrar Actas de Reuniones y Lista de Asistencias.
Agrupaciones educativas	1. Contribuir a la constitución como agrupación u organización (personalidad jurídica) 2. Realizar programas educativos relacionados con las patologías de cada grupo, tratamiento y alimentación. 3. Apoyar en la realización de actividades recreativas. 4. Apoyar en la realización de actividades de integración con otras agrupaciones

	similares para conseguir recursos con la red. 5. Apoyar en la postulación a proyectos a nivel de salud u otras áreas. 6. Contribuir en actividades educativas a través de Prácticas de grupo de Trabajo Social.
Acompañamiento Espiritual	1. Supervisar la preparación de las integrantes de la agrupación. 2.Supervisar los contenidos entregados a los pacientes, enfatizando la necesidad del paciente. 3. Participar de las reuniones apoyando en las capacitaciones y actividades que se programen.

IV. Relación con los demás empleos presentes en el Asesoramiento a Organizaciones y Agrupaciones Intra Hospitalarias

Las relaciones pueden clasificarse del siguiente modo:

- ***Relación de Subordinación:***

Con el Equipo Directivo del Hospital: entrega de informes, coordinación en las actividades, solicitud de apoyos en actividades de las agrupaciones, gestión, solicitud de exposiciones para informar temáticas relevantes.

- ***Relación de Coordinación y Cooperación:***

Con Equipos Médicos del Hospital: la relación está en el trabajo en equipo que se realiza en la asesoría a las agrupaciones relacionadas a patologías, y a la participación en los acuerdos en las reuniones del consejo de desarrollo, donde la profesional comparte con una serie de representantes médicos, sobre todo en aquellas reuniones que requieren exposición de temáticas de interés de la comunidad, como procedimientos y abordaje de problemáticas en flujos de atención. Algunos de los profesionales que se contactan en esta situación profesional son médicos, enfermeras, nutricionistas, kinesiólogos.

Con Red de Apoyo Extrahospitalario: Las relaciones se concentran en la participación y cooperación para el cumplimiento de algunos objetivos, en el caso del consejo de desarrollo, las relaciones se realizan con los representantes de consejos locales de salud, fundaciones, agrupación de voluntariados, representantes de gremios del hospital, administrativos, colegas de consultorios, y representantes de organizaciones comunitarias en general.

El contacto con los demás empleos se puede hacer presencialmente o por vía telefónica y correo electrónico.

V. Niveles de autonomía y responsabilidades presentes en el Asesoramiento a Organizaciones y Agrupaciones Intra Hospitalarias

Autonomía y responsabilidad profesional: La autonomía del profesional en esta situación profesional es limitada, ya que las decisiones que se puedan tomar están supeditadas a la aprobación de Dirección. Con lo que respecta al ejercicio profesional hay autonomía en las orientaciones, pero al ser asesora se debe velar por los intereses de la institución y el bienestar de los usuarios, por lo que la intermediación regula esta autonomía. Así mismo las responsabilidades, están en aquellas orientaciones que se van realizando a las agrupaciones, las cuales deben ser bien guiadas y claras.

VI. Complejidades presentes en el Asesoramiento a Organizaciones y Agrupaciones Intra Hospitalarias

Según las complejidades observadas y declaras, es posible extraer las siguientes categorías:

Complejidades asociadas a los recursos con los que cuenta la profesional:

- Factor tiempo, porque hay mucha presión a nivel asistencial, debido a que requieren de tiempo y dedicación.
- Complejidades técnicas, que entorpecen el trabajo y no permiten alcanzar resultados más destacados.
- De repente se hace difícil juntarse con el equipo de salud, los recursos materiales son escasos, espacio físico insuficiente.
- Se eliminan las salas de educación debido a que las autoridades no entienden los objetivos de este tipo de trabajo.

Complejidades asociadas a los integrantes de las organizaciones o agrupaciones:

- Las personas dentro de los grupos en ocasiones presentan varios problemas de salud, que condicionan la participación.
- Factores económicos por los cuales no pueden asistir a las reuniones.
- Algunos enfermos se convierten en actores negativos los que van en contra de los propósitos y objetivos de los grupos.
- Generar confianza entre profesional y organización.

Capítulo V
Análisis Situaciones Profesionales

5.1. Análisis

En este capítulo se analizarán las situaciones profesionales sistematizadas en el capítulo anterior, éste se hará según situación profesional, las cuales se encuentran agrupadas por ámbito y en base a las variables de Le Boterf, con el fin de obtener una mayor claridad en cuanto a su desarrollo.

5.1.1. **Análisis de Situaciones Profesionales en el Ámbito de Intervención Directa**

Las situaciones profesionales presentes en este ámbito se diferencian con el resto, por la relación con el usuario/a, es aquí donde el *raportt* prevalece y donde la profesional debe recurrir a sus competencias para generar un clima de confianza que permita cumplir con la finalidad en la resolución de las inquietudes que llevan a realizar una consulta social, una visita en sala o box, o una visita domiciliaria.

La profesional en el ámbito de atención directa debe recurrir a un amplio conjunto de medidas que facilitan el acercamiento entre la población y el sistema público en salud de Servicio Social, garantizando el derecho a la información y el acceso a las prestaciones médicas que otorga el centro hospitalario, así mismo la profesional a través de este contacto asegura una detección directa de la problemática que le permitan realizar diagnósticos y planificación de intervenciones, o derivaciones según corresponda.

Consulta Social

I. Del Contexto Institucional y Normativo.

La consulta social corresponde a una de situaciones profesionales con mayor incidencia en la profesión, es inherente en la intervención directa y corresponde a la instancia donde el profesional se contacta con el usuario/a usuario/a paciente-familiar o funcionario y se deja en evidencia la problemática o la inquietud. Por lo tanto, el área de cobertura dentro del centro hospitalario es en todas las Unidades donde se ubican las profesionales, la peculiaridad de ésta situación profesional en la atención terciaria está en las temáticas que se abordan, las cuales pueden estar enfocadas a los procesos y procedimientos de la institución y a las temáticas asociadas a la integralidad del usuario/a. Por lo tanto, el espectro del contexto normativo es amplio, la profesional debe saber sobre leyes asociadas a temas de salud, familia, seguridad social, entre otras.

"Bueno se desarrolla en la atención espontánea, la que puede ser atención abierta o cerrada, en la abierta se solicitan generalmente orientaciones (previsionales principalmente) y en la atención cerrada se atiende por derivación desde servicios."

(Carolina Villegas, Asistente Social, Unidad de Servicio Social HCVB, 2010).

La modalidad de atención de las consultas sociales, le entregan un contexto adicional de organización de usuarios, los pacientes de la atención cerrada presentan consultas mas asociadas a su hospitalización, consecuencias previsionales o pago de estadía donde la profesional atiende cualquier temática, en cambio en la atención abierta, puede llegar cualquier usuario a realizar cualquier tipo de consulta, es aquí donde la profesional evalúa la atención, y si es necesario deriva a la APS o a otras instancias.

II. De la finalidad de la Consulta Social

"(…) el objetivo está en otorgar a los usuarios una atención social personalizada de acogida y orientación".

(Karina Valderrama, Asistente Social, Unidad de Emergencia Adulto HCVB, 2010).

La finalidad de ésta situación profesional en la atención terciaria es principalmente que el pacientes que se encuentra con una problemática de salud, logre un bienestar de todas sus dimensiones. Muchas de las atenciones con las que se debe enfrentar la profesional tienen que ver con la contención ante conocimientos de diagnósticos clínicos o dificultades en los procesos de atención, largas esperas de horas y así una serie de dificultades que hacen que la profesional se convierta en una educadora, facilitadora o coordinadora de procedimientos o satisfacciones al usuario dentro del centro hospitalario.

III. De las actividades de la Consulta Social

En las actividades de ésta situación profesional en la atención terciaria buscan llegar de la manera más efectiva a la resolución de la inquietud del usuario/a, coincidiendo en la realización de un diagnostico social, basado en la entrevista y la observación. La profesional a través de estas actividades logra reconocer el real problema, enfocando y re encuadrando si es necesario, la problemática.

"Aportar a la orientación y proceso de incorporación y adaptación de los funcionarios a la Institución, mediante la inducción del personal que ingresa a la planta o a contrata, sobre las áreas de trabajo directo o relacional de la Unidad."

(Leticia Vallejos, Asistente Social, Unidad de Bienestar HCVB, 2010).

Las temáticas abordadas en las unidades le entrega la distinción a esta situación profesional, pero también es de considerar que la profesional atiende al usuario/a tanto externo como interno, referido a los funcionarios, quienes como individuos generan solitudes y expresan inquietudes asociadas a temáticas laborales de todo tipo. Este tipo de consulta puede asociarse a temáticas como desvinculaciones, jubilaciones, postulación prestaciones o beneficios, protección de las remuneraciones e incentivo al ahorro, etc.

IV. De la relación con los demás empleos de la Consulta Social

La relación de la profesión con los demás empleos en esta situación profesional es fundamental, ya que permite agilizar y optimizar los procedimientos,

es por esto, que se procura mantener una conexión constante y situacional con la red tanto intrahospitalaria como la extra hospitalaria. El vínculo con los demás empleos se provoca en todos los momentos de la Consulta Social y con una amplia gama de empleos, que pueden ser profesionales o no, esto porque la consulta social al presentarse en 4 unidades con marcadas diferenciaciones en el tipo de atención le entrega variados ámbitos de contacto. Además puede existir relación de retroalimentación donde la profesional contacta durante o posterior a la Consulta para informar antecedentes tratados durante la consulta social.

"En mi experiencia se da principalmente una relación de apoyo, coordinación para la obtención de algún beneficio, mejorar canales ya que representan algo fundamental en la obtención de la información."

(Carolina Villegas, Asistente Social, Unidad de Servicio Social HCVB, 2010).

"Es difícil establecer con qué tipo de profesionales me vinculo, ya que en general en mas de alguna oportunidad me he vinculado con todas las profesiones, y de todas las áreas de trabajo … Ingenieros civiles, industriales, comerciales, Constructores, arquitectos, asistentes sociales, médicos, enfermeras, nutricionistas, auxiliares de servicio, relacionadores públicos, fotógrafos, diseñadores, secretarias, profesores, psicólogos, sociólogos, psiquiatras, etc. etc. etc.".

(Leticia Vallejos, Asistente Social, Unidad de Bienestar HCVB, 2010).

V. De los niveles de autonomía y responsabilidades de la Consulta Social

"Existe autonomía en relación a las orientaciones directas que se realizan con el paciente, es decir, claro si tiene que ver con la consulta que realiza el paciente, yo como profesional tengo autonomía en cuanto a los procedimientos que debo tomar para orientar, o resolver la inquietud del paciente, ya sea recurrir a otra opinión de la jefatura de otra unidad, todo desde mi posición como parte de la Unidad claro, que es parte de la Dirección."

(Alejandra Sánchez, Asistente Social, Jefatura Unidad de Atención a las Personas HCVB, 2010)

La autonomía de la profesional en esta situación es amplia, ella es quien decide cómo y de qué manera entregar la orientación social, con el respaldo de los

conocimientos y competencias que se tengan, es así también que asume las responsabilidades en la entrega de éstas. Cada profesional recurre a sus contactos para coordinar acciones que complementen la orientación, así como que faciliten los futuros pasos en casos de derivaciones. Sin embargo existe consenso en que la autonomía se encuentra inserta en un marco normativo que guía y delimita dicha autonomía.

"Autonomía en relación al sentido de las orientaciones entregadas, lo demás siempre se consensua con la Jefa de Bienestar".

(Leticia Vallejos, Asistente Social, Unidad de Bienestar HCVB, 2010).

VI. De las Complejidades de la Consulta Social

Las complejidades de ésta situación profesional se pueden presentar en cualquier momento del proceso, las primeras tienen relación con la generación de un *rapport* permitiendo que la comunicación entre el usuario/a y la profesional se desenvuelva en un ambiente más de confianza. Para la profesional es importante que el usuario confíe en sus juicios y alternativas de solución, asegurando que el paciente realice los procedimientos como se orientan.

"Bueno las complejidades que a mí se me han presentado pueden ser por ejemplo tener desconocimiento de los flujos internos y externos ya que están siempre en constante cambio y a veces te pierdes y eso demora la orientación, porque derivas mal o simplemente no tienes una respuesta para los usuarios."

(Carolina Villegas, Asistente Social, Unidad de Servicio Social HCVB, 2010).

Durante la consulta social la profesional puede llegar a enfrentarse a situaciones de choque, donde el usuario/a expresa su descontento con el sistema o con los procedimientos realizados, para esto la profesional debe contar con las competencias que le permitan enfrentar y contener al paciente. Por otro lado están las situaciones donde la profesional debe enfrentar dificultades con la red extra hospitalaria, limitando las alternativas en el acceso a la información o aclaración de los testimonios de los usuarios.

Las dificultades sobre escases de recursos condicionan a que la consulta social, termine con una orientación insatisfactoria para el paciente, independiente de la solución que se pueda dar en la consulta, por lo que el fin de la consulta social no se cumple totalmente.

"(..) Por otro lado el eterno lamento en el servicio público, la escases de recursos, tampoco te permite dar respuestas satisfactorias, porque a veces la solución va por el acceso a un recurso que puede estar agotado o bien que se termina."

(Carolina Villegas, Asistente Social, Unidad de Servicio Social HCVB, 2010).

Visita Domiciliaria

I. Del Contexto Institucional y Normativo.

El contexto de ésta situación profesional se presenta en situaciones puntuales, y en casos de pacientes de la zona, considerando que la jurisdicción del centro hospitalario es muy amplia, para las profesionales esta situación profesional representa complejidades que dificultan su ocurrencia. Por lo tanto, se apegan a las normativas para su realización, así como a su juicio profesional. Las situaciones que puedan llevarla a realizar una visita domiciliaria, siempre debe ser con temáticas relacionadas al ámbito salud, asegurando que exista una coordinación eficiente con las colegas de la APS, la cual no siempre es así.

La visita domiciliaria dentro de los requerimientos profesionales debe realizarse siempre que se deba construir un informe social, por lo que este contexto es el que define generalmente la ocurrencia de estas salidas a terrenos, o como se menciona anteriormente para complementar un diagnostico que surja en alguna modalidad de atención.

"la visita domiciliaria se puede realizar con fines diagnósticos por consulta espontánea"

(Carolin Gálvez, Asistente Social, Unidad de Servicio Social HCVB, 2010)

II. De la finalidad de la Visita Domiciliaria

"La visita se realiza para resolver dudas profesionales e inquietudes del equipo de trabajo que podrían ser factores que indiquen el estado del paciente."

(Priscilla Acevedo, Asistente Social, Unidad de Servicio Social HCVB, 2010)

La finalidad de esta consulta social en la atención terciaria tiene relación con la confección de Informes Sociales principalmente, sobre todo en casos sociales a judicializar y en aquellos casos donde exista abandono de adulto mayor o de personas con alguna vulnerabilidad importante, de las profesionales que trabajan en el centro hospitalario son muy pocas las que realizan esta situación profesional, sin embargo aquellas que se realizan tienen un objetivo puntual que cumplir.

"(…) el fin es realizar un Informe Social que certifique las condiciones de vida y su situación en relación con los demás habitantes del terreno, (…) en ocasiones nos atribuimos responsabilidades que no nos corresponden pero es porque la red tampoco responde, y ¿qué se va a hacer? no podemos hacernos las desentendidas".

(Carolin Gálvez, Asistente Social, Unidad de Servicio Social HCVB, 2010)

III. De las actividades de la Visita Domiciliaria

Las actividades de la Visita domiciliaria en el hospital deben ser informadas a la Coordinadora que corresponda, por seguridad y por uso de horas, la mayoría de estas actividades se enmarcan en el proceso habitual de investigación en terreno, con observaciones y entrevistas, la suspicacia de la profesional en esta situación debe estar en alerta constante, ya que los usuarios tienden a manipular la realidad para conmover o convencer a la profesional de la vulnerabilidad en que se encuentra. Los informes o diagnósticos que se configuran requiere que la profesional sea aplicada en la toma de apuntes y de tener sistemas de registros que logren captar la mayor cantidad de características que puedan vislumbrar la realidad en la que se inserta el caso y a la vez identificar las alternativas de apoyo que se puedan ofrecer.

"(…) el enfoque de la visita depende de lo que se requiere por el médico tratante (…) Se observa "todo" con detalle, debido a que estos hacen la diferencia (…)".

(Priscilla Acevedo, Asistente Social, Unidad de Servicio Social HCVB, 2010)

IV. De la relación con los demás empleos de la Visita Domiciliaria

"(…) después de la visita se reúnen con el equipo completo para la retroalimentación y ver si las condiciones de la vivienda o el entorno influyen en la situación actual del paciente, dependiendo de la situación del paciente se realiza el plan de acción".

(Priscilla Acevedo, Asistente Social, Unidad de Servicio Social HCVB, 2010)

La relación de la profesión con los demás empleos en esta situación profesional depende de la finalidad que ésta tenga, si es solicitada por otro profesional, la

relación existirá en el Antes y en el Después de la Visita Domiciliaria, si la visita es iniciativa de la profesional el contacto con otros empleos se dará finalizada la situación profesional, así mismo ocurre cuando la VD es consecuencia de una solicitud de Informe Social por el paciente, la relación se puede dar finalizada la visita.

V. De los niveles de autonomía y responsabilidades de la Visita Domiciliaria.

La autonomía de esta situación profesional se reflejan en la proactividad que la profesional en ocasiones toma al detectar casos con alta vulnerabilidad, si la derivación o la solicitud no ha llegado ésta realiza una visita en sala previa de modo de aclarar o confirmar los antecedentes que se hayan podido registrar, evalúa la situación y si les solicita una visita domiciliaria sabrá si es pertinente o no. Para la profesional las visitas que se realicen en el centro hospitalario son casos de urgencia, pues no todos los casos la requieren.

Si el equipo de salud requiere la visita y la asistente social la realiza según la necesidad y la urgencia del caso sino se solicita apoyo a la red, inicialmente a consultorio del sector donde vive el paciente.

"La profesional se adelanta a los hechos, dependiendo de los requerimientos decide ir antes a realizar la visita para verificar situación poco clara. No realizar una visita se determina en la entrevista preliminar, ahí se da cuenta si es o no necesaria una visita domiciliaria, debido a que hay casos que son netamente clínicos y sólo necesitan de la mirada de la Asistente Social".

(Priscilla Acevedo, Asistente Social, Unidad de Servicio Social HCVB, 2010)

VI. De las Complejidades de la Visita Domiciliaria

"Se necesita de mínimo una hora para realizar una visita, y las profesionales no cuentan con este tiempo para visitar a las familias, y al solicitar ayuda a la red, no siempre responden oportunamente y de la manera que se requiere."

(Priscilla Acevedo, Asistente Social, Unidad de Servicio Social HCVB, 2010)

Las complejidades asociadas a ésta situación profesional tienen que ver fundamentalmente con la realización de la misma, puesto que, las profesionales de

la atención terciaria declaran que las visitas domiciliaras en temas de acceso a beneficios estatales o postulación a pensiones o cualquier tema relacionado a seguridad social o temas de educación, deben ser realizadas por la APS, y en el centro hospitalario asumir en aquellos casos donde existan casos judicializados, se tengo la responsabilidad por programa, en al ubicación de pacientes , sin embargo, la dificultad se presentaría en la coordinación con los/las profesionales de Trabajo Social de los centros de APS, ya que, los usuarios que frecuentan la atención terciaria corresponden a la muchas zonas de la región, es en esos casos donde debiese existir una cooperación y un asumir responsabilidades. La atención terciaria por lo tanto, concentraría sus esfuerzos en realizar aquellas visitas domiciliarias de urgencia y relacionadas a temáticas legales.

Visita en Sala ó en Box

I. Del Contexto Institucional y Normativo.

La visita en sala o box en los centros hospitalarios es parte de los requerimientos que la profesional, Asistente Social posee al ser parte de la institución, debe entre otras cosas dar respuesta temprana a las Interconsultas y a las solicitudes del equipo médico. En la atención terciaria las interconsultas cumplen una función muy importante para atención del paciente hospitalizado, así como para la institución. Cada día que se retrase la interconsulta, significa un gasto adicional para el paciente o familia, la institución, así como el retraso en el diagnóstico, exámenes adicionales y finalmente en el resultado final del problema médico del paciente.

"(…) al hacer la investigación se pueden dar altas que ahorren presupuestos para el hospital y a la vez para mejorar las condiciones del paciente y su situación. Hay que ponerse la camiseta por el hospital y por el enfermo".

(Susana Montenegro, Asistente Social, Coordinadora Unidad de Servicio Social HCVB, 2010).

II. De la finalidad de la Visita en Sala o Box.

La visita en sala, si bien, se da por interconsultas o por petición de pacientes, también se puede presentar por inquietud profesional, es decir, algunas profesionales realizan contacto diario con sus Servicios para indagar presencia de alguna irregularidad que pueda ser indicio de una problemática social. El monitoreo de los servicios por parte de la profesional no es un requerimiento institucional, pero para algunas profesionales pasa a ser un requerimiento profesional que ayuda a la detección temprana de situaciones que pueden generar mayores consecuencias, ya sea en el flujo de un egreso o en pacientes con riesgo social.

"(…) la profesional se debe ocupar de hacer presencia en los servicios para indagar si existen pacientes que requieran atención".

(Carolin Gálvez, Asistente Social, Unidad de Servicio Social HCVB, 2010).

Una de las finalidades mas demandantes y mas ocurrentes son las por regularización de los egresos, los cuales buscan dar una solución a la estadía post-operatoria y en consecuencia la descongestión de camas, en ocasiones se hacen coordinaciones con familiares y si estos no responden la profesional debe asumir soluciones drásticas como trasladar al paciente al domicilio de algún familiar sin o con su consentimiento, y en otras la profesional debe realizar traslado a los hogares de CEH, donde la profesional debe realizar en ocasiones visitas a terreno, extendiendo su cobertura geográfica, controlando posteriormente el alta de los pacientes bajo los mismos requerimientos del centro hospitalario. Este tipo de visitas no es realizado por todas las profesionales, depende del tipo de servicio que tenga a su cargo, ya que no todos los servicios generan traslados a éstos hogares. En general se realiza cuando la situación es demasiado compleja, o en casos de alguna catástrofe natural, y cuando el tiempo esté disponible.

"(…) Satisfacer la demanda de los servicios clínicos y de los usuarios de los servicios clínicos en tema bien definidos como abandonos, pacientes en riesgo social, orientaciones, etc. Ubicación en el caso de colocaciones cuando son solos y/o nadie se hace cargo de ellos".

(Susana Montenegro, Asistente Social, Coordinadora Unidad de Servicio Social HCVB, 2010).

"(…) permite conocer actividades, comportamientos, situaciones de los padres o cuidadores hacia el menor o el niño en un contexto que no se da en otro espacio, permite evidenciar situaciones de riesgo o factores protectores y dar la perspectiva de hacia dónde una debe enfocar el trabajo profesional, que aspectos potenciar".

(Gabriela Vílchez, Asistente Social, Unidad de Servicio Social HCVB, 2010).

III. De las actividades de la Visita en Sala o Box.

Las actividades de ésta situación profesional tienen la particularidad de realizarse en el espacio físico de las salas de hospitalización, si bien existen actividades programas en protocolos de atención, también se ubica como una situación que responde a los requerimientos que conlleva la integralidad de problemáticas que se van presentando en los pacientes, las cuales pueden ir variando de orientaciones a maltratos infantiles, la preparación que se tiene de este ejercicio profesional es conocido en la práctica, enriqueciendo sus actuar conforme

se van presentando casos, por lo que responde a la contingencia de la profesión en los campos laborales.

"Revisión antecedentes clínicos, entrevista preliminar con el paciente, evolucionar ficha, citar a entrevista a los padres, tutores o cuidadores, retroalimentación con profesionales del equipo de salud que se encuentran en sala y evolucionar ficha".

(Priscilla Acevedo, Asistente Social, Unidad de Servicio Social, HCVB, 2010).

"Conocer o revisar antecedentes clínicos, iniciar un primer contacto con familiares (contacto preliminar) posterior a esto se cita a entrevista, es relativo, según características del paciente".

(Gabriela Vílchez, Asistente Social, Unidad de Servicio Social HCVB, 2010).

IV. De la relación con los demás empleos de la Visita en Sala o Box.

La relación con los demás empleo en esta situación profesional son constantes y altamente situacionales, la profesional evalúa conforme realiza la investigación de la problemática social, cuales son los contactos que debe realizar, el fin es la búsqueda de una alternativa efectiva, sin desgastar las relaciones de cooperación, no así las de coordinación, las cuales deben mantenerse siempre activas y fortalecidas para darle continuidad a los procedimientos, así como aquellos que mantienen el conducto regular en aquellos casos de subordinación, donde el apego al reglamento interno del centro hospitalario debe ser constante, lo que no quiere decir que la profesional exprese descontento que le obstaculicen su proceder.

"(…) cercanía con el equipo de salud y de un contexto cotidiano que permite facilitar el trabajo, hay fluidez en la comunicación y buenas relaciones con el equipo, facilita la coordinación.

Como estamos en un área distinta permite ampliar la mirada hacia un área de la salud, usar terminología clínica lo que facilita la comunicación con ellos, se produce una retroalimentación en cuanto a lenguaje y eso le da la cercanía".

(Gabriela Vílchez, Asistente Social, Unidad de Servicio Social HCVB, 2010).

V. De los niveles de autonomía y responsabilidades de la Visita en Sala o Box.

La profesional posee total autonomía y responsabilidad en las decisiones de todas las materias que le competen como profesional, aportando la información necesaria desde la perspectiva social, es decir, la profesional siempre debe compartir la información recabada con el equipo de salud que atiende al usuario en sala, de modo de velar por el bienestar del paciente.

"El plan de intervención en todos los casos es compartido, la asistente social plantea un tema o un plan de acción y junto con el equipo se decide lo mejor para el paciente".

(Gabriela Vílchez, Asistente Social, Unidad de Servicio Social HCVB, 2010).

En el centro hospitalario cada profesional elabora su propio horario, destinando horas a aquellas actividades que requieran mayor atención, así como aquellas que vienen supeditadas desde los requerimientos de la institución. Sin embargo, cada profesional debe también responder a la demanda laboral que posea, estableciendo prioridades, es aquí donde la profesional posee autonomía para decidir si una visita en sala o en box por interconsulta debe ser atendida lo antes posible. De igual modo es decisión de la profesional realizar visitas en sala para monitorear posibles casos sociales o esperar simplemente ser contactada por la presencia de éstos.

VI. De las Complejidades de la Visita en Sala o Box.

Las principales complejidades asociadas a ésta situación profesional tienen que ver con el espacio físico de baja privacidad que se utiliza y del desconocimiento de situaciones que le pueden llevar a la profesional enfrentarse a una infinidad de temáticas, por otro lado, el distanciamiento físico de los servicios en alguno de los casos donde las profesionales trabajan provoca la detección tardía de los casos, estimulando por tanto, este monitoreo que se debe realizar para detectar a tiempo.

"Las mayores dificultades que se presentan son relacionadas con aquel paciente está en situación de deterioro mental, muchas veces la sala no es el lugar ideal para atender al paciente, lo que lleva a que uno permanezca de pie y no hay privacidad".

(Susana Montenegro, Asistente Social, Coordinadora Unidad de Servicio Social HCVB, 2010).

"Imposibilidad de hacer una entrevista en sala, por un tema de espacio y escasa confidencialidad que eso conlleva.

Muchas veces se debe reservar la información y no se puede registrar en la ficha clínica debido a su confidencialidad, muchas personas tienen acceso a esa información".

(Gabriela Vílchez, Asistente Social, Unidad de Servicio Social HCVB, 2010).

5.1.2. **Análisis de Situaciones Profesionales en el Ámbito de Gestión Social**

El ámbito de la gestión social abarca una serie de aristas que moldean las finalidades con que las profesionales de Trabajo Social enfocan sus intervenciones en cada uno de los espacios en que se ubican en el centro hospitalarias, cada reunión, interacción con profesionales e intervenciones que ejecutan conducen a la búsqueda del bienestar de los individuos de la comunidad, ya sea planificando medidas con el trabajo en equipo, formalizando procedimientos, ejecutando proyectos o guiando a un grupo de empleos que generen servicio público a la comunidad. Por lo que es desde este ámbito donde la profesional plasma su rol de implementador de cambios en las políticas sociales.

Reuniones Técnicas Multidisciplinarias

I. Del Contexto Institucional y Normativo.

"Los equipos de trabajo en el área de salud se enmarcan en consensuar decisiones frente a las patologías, es decir, los grupos de trabajo se cohesionan en función de enfermedades. Donde se generan instancias de coordinación transversales, guiados por temáticas hospitalarias. Responden principalmente a la coyuntura." También existen los grupos definidos de trabajo con una participación constante, donde te reúnes ciertas veces en el mes y haces un trabajo coordinado con otros profesionales, todo enmarcado siempre por alguna temática de salud, que necesite potenciarse o mejorarse, etc."

(Carolina Villegas, Asistente Social, Unidad de Servicio Social HCVB, 2010).

Los dos tipos de reuniones que se presentan en la institución requieren de coordinaciones constantes entre sus participantes, así como la mirada de una serie de perspectivas, tanto en las reuniones donde se entrega la opinión profesional pensada en un paciente identificado como en aquellos casos donde la reunión tiene un sentido más genérico, pensado en una patología, un programa o en procedimientos.

La participación en los equipos multidisciplinarios es variable, algunas profesionales son insertas al grupo con un rol relevante en los temas sociales, pero esta validación depende de las enfermedades que se tratan en cada servicio, por ejemplo en aquellos servicios donde se presencian víctimas de maltrato infantil, la profesional toma un rol fundamental, tanto en la investigación que realiza, como en el procedimiento previo a la investigación, donde se judicializa el caso, teniendo en cuenta que la víctima en estas circunstancias es un menor de edad. Sin embargo hay otros servicios donde las temáticas que requieren la presencia de un trabajador social no se encuentran en un marco legal o porque la problemática social no es un tema a considerar por el equipo médico, es decir, la participación de la profesional en las reuniones multidisciplinarias responde a las temáticas sociales que se encuentren presentes y no solo por tener un servicio a cargo.

II. De la finalidad de las Reuniones Técnicas Multidisciplinarias

La finalidad de la participación del trabajador social en las reuniones multidisciplinarias en la atención terciaria tiene que ver fundamentalmente con otorgar a los demás profesionales su experticia en temáticas sociales, de modo de aportar todos aquellos antecedentes que le permitan al equipo configurar una decisión u orientación de alternativas, en la mayoría de estos encuentros la profesional expone un diagnostico social y una propuesta o alternativa de solución.

"(…) entregar aportes en cuanto a la especialidad de uno aportando antecedentes sociales y responder al equipo médico en aspectos sociales".

(Priscilla Acevedo, Asistente Social, Unidad de Servicio Social, HCVB, 2010).

III. De las actividades en las Reuniones Técnicas Multidisciplinarias

Las actividades que realiza la profesional en las reuniones multidisciplinarias tienen que ver fundamentalmente con la disposición para participar en ellas y con las temáticas que se plantean en cada uno de los tipos de reuniones.

La disposición de los tiempos es manejada por la profesional, ya que generalmente existe una agenda establecida de encuentros, la cual alberga las instancias ideales para la validación de la profesional ante los demás profesionales en los servicios clínicos, así como de facilitar las intervenciones sociales más complejas.

Las temáticas planteadas en las reuniones serán las que guíen fundamentalmente las actividades posteriores a las con énfasis en el paciente, las cuales son de mayor ocurrencia e importancia para la profesión, sin desestimar la importancia de ser considera en equipos médicos donde está la posibilidad de adquirir conocimientos clínicos sobre las patologías que padecen los casos sociales, complementando en mejores términos las herramientas que se deban utilizar, como diagnósticos o informes sociales.

"Se basa del caso, se evalúa en conjunto la situación del niño tomando en cuenta el diagnóstico del paciente".

(Priscilla Acevedo, Asistente Social, Unidad de Servicio Social, HCVB, 2010).

IV. De la relación con los demás empleos presentes en las Reuniones Técnicas Multidisciplinarias.

Las relaciones con los demás empleos en esta situación profesional son inherentes a su existencia, se presentan en todo momento y se necesita de la cooperación del equipo para que esta se cumpla. Las relaciones más importantes se presentan con la Psicóloga, con quien, se analizan temáticas psicosociales que conlleven determinar decisiones frente a la derivación del paciente, por ejemplo.

"(…) para conocer resultados de examen con el fin de descartar causas de maltrato infantil físico severo y evaluación de maltrato conjunto con el fin de evitar vulneraciones de derechos relacionados con maltrato".

(Gabriela Vilches Asistente Social, Unidad de Servicio Social, HCVB, 2010).

"Se habla acerca de los casos y se hacen coordinaciones de los pacientes".

(Lidia Parra, Asistente Social, Unidad de Servicio Social, HCVB, 2010).

V. De los niveles de autonomía y responsabilidades presentes en las Reuniones Técnicas Multidisciplinarias.

La autonomía y responsabilidades de la profesional en esta situación profesional tiene que ver fundamentalmente con su desempeño como profesional al momento de realizar las investigaciones e indagaciones que compartirá con el equipo , ya que posee una validación importante en algunos casos, donde un error puede resultar perjudicial para la resolución de casos complejos.

"Rol protagónico, se evalúa en base a diagnóstico médico, pero yo evalúo si se toma medida de protección, elaboro propuesta respecto al futuro del niño o niña"

(Gabriela Vilches Asistente Social, Unidad de Servicio Social, HCVB, 2010).

"Las decisiones se toman en equipo, salvo la maternidad, cuando no está la psicóloga en donde las decisiones la toma la asistente social, posteriormente se comenta con ella lo decidido y realizado".

(Lidia Parra, Asistente Social, Unidad de Servicio Social, HCVB, 2010).

VI. De las Complejidades presentes en las Reuniones Técnicas Multidisciplinarias.

Las complejidades asociadas a esta situación profesional expresar en general que la participación de la profesional en los equipos de los servicios sociales está en auge, de los 10 servicios existente en el centro hospital solo existe una presencia y validación en 3 de ellos, donde la profesional comparte con el equipo en una relación de par, la cual sin duda se puede mejorar en su calidad ante las responsabilidades que realmente deba asumir la profesión. En el resto de los servicios si bien existe noción de la existencia de una asistente social esta es contactada solo en los casos en que se presenten, según el equipo médico una problemática social. Sin embargo, existe un auge en la presencia de la profesional, la cual ha aprovechado los pequeños espacios para posicionarse, recayendo entonces en ella el jugársela por una posición dentro del equipo.

"(…) Los médicos están poco comprometidos con el tema que constituye una patología social delegando todo en la Asistente Social lo cual es complejo porque se siente la falta de trabajo en equipo en cuanto a la toma de decisiones".

(Gabriela Vilches Asistente Social, Unidad de Servicio Social, HCVB, 2010).

"No siempre se realizan y se debiera hacer, ejemplo oncología, el jefe no considera importante la presencia de la asistente social, se le debería dar una visión integral".

(Lidia Parra, Asistente Social, Unidad de Servicio Social, HCVB, 2010).

"(..) Las reuniones son netamente clínicas, tenemos poco, escaso o nula participación, no involucra a todos los profesionales que participan de estas reuniones".

(Gabriela Vilches Asistente Social, Unidad de Servicio Social, HCVB, 2010).

Gestión Judicial

I. Del Contexto Institucional y Normativo.

La Gestión Judicial para Trabajo Social en el Hospital Carlos Van Buren representa una situación profesional, que si bien, siempre ha estado inserta, ha presentado cambios en relación a las nuevas temáticas que conllevan intervenciones judiciales, además de un aumento considerable de casos. Las temáticas actuales que conllevan intervenciones judiciales en la atención terciaria son Adopción, Abandono, Maltrato Infantil, Bullying, Trastornos alimenticios y conductuales, sin descartar posibles casos aislados en otros Centros de Responsabilidad.

"(…) los casos judicializados se presentaban generalmente en Maternidad, con casos aislados en temáticas de Adopción y Abandono".

(Dolly Staig, Asistente Social Jubilada HCVB, 2010).

La gestión judicial opera desde la Unidad de Servicio Social, la cual está a cargo de la atención de aquellas áreas donde ingresan los casos que se judicializaran, es por este motivo que es ésta la única unidad que desempeña esta situación profesional, lo que no quiere decir que todas las profesionales de la unidad tengan un amplio manejo de los protocolos utilizados para enfrentar situaciones que conlleven medidas de protección o vulneración de derechos, es decir, en la atención terciaria el trabajador social pasa a tener una especialización dependiendo del área en que este desempeñe funciones.

Con respecto al contexto normativo, el trabajo realizado por el equipo de profesionales se mantiene al tanto de las leyes y normas que deben acompañar cada procedimiento, preocupándose de actualizarse con respecto a las nuevas temáticas que emergen y capacitarse frente a los nuevos procedimientos. Sin embargo, estas actualizaciones o capacitaciones dependen de cada profesional, quienes con los recursos que cuenten tratan de mantenerse lo más actualizada posible, ya que, existen muy pocas instancias que lo permitan o bien, la alta de demanda a las que se ven enfrentadas no permiten dedicar un tiempo prudente a la especialización de los temas.

"(…) tuve que empezar a leer como trabajaba la colega para poder intervenir en los casos futuros, no había material claro y una vez inserta en el trabajo en equipo, tuve que hacerme cargo de los casos y presentarme en tribunales, todo lo aprendí a través de la práctica".

(Priscilla Acevedo, Asistente Social, Unidad de Servicio Social, HCVB, 2010).

La especialización informal que pasan a tener, ubica al trabajador social como un referente frente a los equipos médicos, quienes con el transcurso del tiempo pasan a responsabilizar a la trabajadora social como la "encargada" de los casos judicializados, marginándose de las responsabilidades que el marco legal les asigna.

II. De la finalidad de la Gestión Judicial.

El ejercicio profesional en esta situación apunta a asegurar a través de la vía judicial el bienestar biopsicosocial del niño, niña, adolescente, gestante, madre o aquel paciente que presente un riesgo social. Para el cumplimiento de este objetivo la profesional recurre a las competencias y herramientas con que cuenta de modo de otorgan una atención profesional y oportuna al caso, se apega al marco legal e institucional, intentando mantener la rigurosidad en el procedimiento. Sin embargo, el logro del bienestar biopsicosocial del paciente en riesgo no depende solamente de la intervención de trabajo social, sino que debe existir un trabajo multidisciplinario que avale las alternativas que aseguren este bienestar integral.

La protección que se otorga al paciente en la atención terciaria responde a eventos puntuales, con evidencias físicas y comprobables que si no cuentan con un seguimiento profesional, pueden convertirse en casos sociales habituales, es decir, un maltrato físico, negligencia o abandono si no recibe un tratamiento multidisciplinario en conjunto con la Medida de protección, ésta pasa a ser paliativa y circunstancial.

Las responsabilidades del hospital ante los seguimientos de los casos judicializados terminan cuando el paciente es dado de alta, ya que, es responsabilidad de la atención primaria, tomar aquellos casos que son derivados a sus domicilios, sin embargo, estas responsabilidades pasan a un estado encubierto y pasivo, así mismo con la detección y prevención de estas vulnerabilidades en el hogar.

"La red no se hace cargo de los casos judiciales. Ejemplo: abuso sexual, habiendo pasado el paciente por los sectores primarios y secundarios, es serio que el sector terciario esté sobrecargado, es porque el resto de la red no se hace cargo y hemos tenido que asumir esta responsabilidad, se hace desde la improvisación, debido a que nos falta información… se parte del hecho de apagar los incendios, se realiza una o dos entrevistas, visita domiciliaria e impresión del equipo clínico".

(Lidia Parra, Asistente Social, Unidad de Servicio Social, HCVB, 2010).

III. De las actividades en la Gestión Judicial.

"(…) la mirada minuciosa de quien está evaluando puede permitir implementar acciones tanto a nivel institucional como del extra sistema, tendientes a disminuir y en el mejor de los casos a eliminar situaciones que dañan el adecuado desarrollo integral de los pacientes (…)".

(Gabriela Vilches Asistente Social, Unidad de Servicio Social, HCVB, 2010).

Las actividades que ejecutan las profesionales en esta situación profesional se enmarcan según la especialidad donde surja la temática a judicializar, es así también que cada caso presenta sus propias características y requerimientos en los procedimientos, pero existen actividades que son propias de la profesión y de esta situación profesional que encaminan toda intervención ante este tipo de casos.

Como concepto clave la profesional inicia una *Evaluación Social*, la cual conlleva:

a) En primer lugar, corroborar la derivación como *caso social*, consultando con personal médico y revisando ficha clínica del paciente,
b) posteriormente la profesional realiza una *Entrevista* al paciente o a su acompañante si es que este se encuentra presente, la idea es comenzar a configurar el escenario que rodea la problemática por la cual es derivado a la Unidad. Iniciando una *Investigación social* minuciosa del caso.
c) Se realiza *Visita Domiciliaria* si procede, evalúa factores de riesgo y entorno social.
d) Realiza contactos con la red extra hospitalaria y red familiar.
e) Una vez elaborado el *Diagnóstico Social* del caso y en conjunto con un equipo multidisciplinario o dupla psicosocial, se determina *Judicialización del Caso*.

f) Establecido el plan de acción se elabora el *Informe Social*, instrumento clave al momento de proveer la causa en Tribunales de familia.

Las actividades posteriores a esta evaluación social, caracterizan al Proceso de Judicialización, este proceso es realizado únicamente por la Asistente social, convirtiéndose en una situación profesional por sí misma, ya que, para su proceder requiere del Informe Social, además de que este debe ser presentado oralmente por la profesional. Así mismo son considerados desde el poder judicial como asesores calificados para emitir dictamen como expertos en relaciones de índole familiar.

"Es la única profesional que tiene la facultad de solicitar medidas de protección y además es la única que posee las herramientas para hacerlo a través de un instrumento que la avala como es el informe social".

(Priscilla Acevedo, Asistente Social, Unidad de Servicio Social, HCVB, 2010).

Las resoluciones emitidas por Tribunales de Familia no implica el cierre de casos por parte de la profesional, ya que este tipo de temáticas genera una serie de complicaciones que acompañan al paciente, requiriendo futuras intervenciones, algunas en conjunto con otros profesionales. La atención de casos judicializados para la profesional implica que en el futuro sea solicitada como informante por otros profesionales o por colegas de otras instituciones.

IV. De la relación con los demás empleos presentes en la Gestión Judicial.

La relación de la profesión con los demás empleos en esta situación profesional es fundamental, ya que permite coordinar, solicitar, retroalimentar y optimizar los procedimientos, es por esto que es muy importante mantener una buena relación con los demás profesionales e instituciones para dar solución temprana a las problemáticas existentes.

La relación de Subordinación se presenta exclusivamente con los Jueces de Tribunales de Familia y con los Consejeros Técnicos, quienes actúan como representantes de la Ley ante el centro hospitalario en temáticas judiciales. La gestión Judicial conlleva que la profesión mantenga el contacto directo con estos empleos, quienes actúan con roles fundamentales en el cumplimiento de la

Judicialización de los casos y por tanto actores preponderantes en la Gestión Judicial.

"(…), en Tribunal de Familia la magistrado es a quien se le expone el caso en la audiencia y quien tiene el poder de resolver, la Consejera de Tribunales de Familia es quien en primer instancia toma conocimiento del caso y es quien asesora a la magistrado para la resolución, (…)"

(Priscilla Acevedo, Asistente Social, Unidad de Servicio Social, HCVB, 2010).

Las relaciones de Coordinación y Cooperación se encuentran presente en todo el desarrollo de la gestión judicial, siendo tan importantes como las que se mantiene con los Jueces de Tribunales, ya que la cooperación de los demás empleos proporcionan las evidencias suficientes y necesarias para configurar los antecedentes que lleven a un caso a ser judicializado, así mismo representan el contacto al momento de recabar información fuera de la red intrahospitalaria. Existen coordinaciones que son claves al momento de judicializar el caso, ya que la determinación de este acto debe ser avalado por el equipo médico, sin embargo, estas coordinaciones se ven entorpecidas en ocasiones por la demanda de atenciones de los profesionales, o por este rol que se le asigna a la profesional de "encargada" de este proceso, eludiendo funciones que debiesen complementar la investigación social que realiza.

"(…) Inicialmente es para solicitar informes de salud (antecedentes clínicos), luego para conocer las impresiones que ellos tienen respecto al comportamiento de padres o familiares durante la hospitalización del paciente (informantes claves) y con el médico para coordinar el plan de acción en conjunto".

(Gabriela Vílchez, Asistente Social, Unidad de Servicio Social, HCVB, 2010).

V. De los niveles de autonomía y responsabilidades presentes en la Gestión Judicial.

La autonomía que posee la profesional en los procesos judiciales se muestra con total claridad en cada una de las áreas en que debe actuar, es decir, dentro del procedimiento la profesional desarrolla funciones puntuales, que tienen que ver con el desempeño de herramientas para el levantamiento de un Diagnóstico social. La

autonomía termina cuando se debe resolver la judicialización del caso, puesto que esta decisión debe ser tomada en conjunto con el equipo médico, el cual avala a través de sus propias conclusiones. Sin embargo, en algunos servicios la decisión de judicializar el caso es fundamentado con la sola investigación que realiza la Asistente Social, asumiendo todas las responsabilidades que sugieran intervención judicial.

"Las decisiones se toman en conjunto con el equipo médico, la asistente social presenta una propuesta y en su mayoría son apoyadas por el equipo médico, al cual le solicita el certificado médico que respalde su decisión".

(Gabriela Vílchez, Asistente Social, Unidad de Servicio Social, HCVB, 2010).

"La asistente social es la encargada de tomar la decisión respecto del caso (…)"

(Lidia Parra, Asistente Social, Unidad de Servicio Social, HCVB, 2010).

VI. De las Complejidades presentes en la gestión Judicial.

Las complejidades que se presentan en esta situación profesional, definen principalmente dificultades asociadas al procedimiento pre judicialización, es decir, al interior del centro hospitalario, específicamente en aquellas situaciones donde equipos multidisciplinarios y comités delegan responsabilidades en la profesional, retrasando la protección de la vulneración.

"(…)El tiempo de algunos profesionales, debido a que realizan intervenciones tardías en algunos de los casos, provocando un retraso, por otra parte hace que le intervención, la retroalimentación y la determinación demore más de lo programado, lo cual lleva a que en algunos de los casos se tome una decisión sin la opinión profesional de éstos."

(Priscilla Acevedo, Asistente Social, Unidad de Servicio Social, HCVB, 2010).

Por otro lado, la demanda laboral que poseen las profesionales de las áreas que presentan casos judiciales, altera de sobremanera el tiempo que se pueda dedicar a estos casos, operando desde los escenarios que la contingencia permite actuar. En ocasiones las profesionales no pueden presentarse a las Audiencias Programadas, debido a las exigencias y eventualidades de la carga laboral.

"Imposibilidad de continuar asistiendo a audiencias debido al tiempo, no alcanza por la cantidad de trabajo de oficina, sólo casos crónicos".

(Lidia Parra, Asistente Social, Unidad de Servicio Social, HCVB, 2010).

Jefatura y Coordinación de Unidad

I. Del Contexto Institucional y Normativo.

El asumir un cargo de Coordinador de una unidad o un departamento de la institución obliga a la profesional estar al tanto de las normativas vigentes del centro hospitalario, mantener y configurar estructura organizacional de la unidad que se tiene a cargo, es decir, la profesional debe adoptar conocimientos que le permitan sobrellevar responsabilidades de su servicio, y tener claro que al asumir el cargo ingresa a un nivel jerárquico distinto al de sus colegas.

Las Jefaturas asumidas en cada una de las unidades, complementan para cada una de las profesionales responsabilidades relacionadas a la ética profesional, respeto por las normas y buen uso de los recursos que se tienen a cargo, preocupándose del bienestar del personal, así como de inventariar y cuidar el patrimonio del centro hospitalario.

"(…) no sólo se trata de respetar la confidencialidad de la información recibida, sino que también implica el manejo de recursos públicos de todo tipo, humanos, infraestructura, y económicos".

(Leticia Vallejos, Asistente Social jefa Unidad de Bienestar Social, HCVB, 2010)

Las asignaciones dadas por antigüedad significan un reconocimiento a la experiencia y trayectoria con que la profesional cuenta en la institución, dos de las profesionales observadas cumplen con este reconocimiento, sin desestimar el reconocimiento que significa para la profesional que obtiene un cargo por evaluación de competencias y conocimientos con los que cuenta para asumir un cargo. Generalmente las asignaciones por antigüedad acompañan a la profesional hasta el cese de sus funciones, ya sea por jubilación o por retiro de la institución.

"(…) uno debe aprender de las situaciones y mantenerse siempre alerta a aprender, las experiencias y el mostrar las habilidades es la única forma de demostrar lo que uno sabe, y eso además te valida para que te entreguen responsabilidades, uno se lo tiene que ganar"

(Cecilia Campusano, Asistente Social Coordinadora Departamento de Audición y Lenguaje, HCVB, 2010)

II. De la finalidad de la Jefatura y Coordinación de Unidad.

"***No es posible que este cargo lo ocupe alguien de otra profesión, ya que tiene requerimientos propios exclusivamente de nuestra área de desarrollo, y con esto no solo me refiero a la confección de informes sociales basados en visitas a terreno, sino que además el criterio propio de nuestra profesión, que implica el cruce de una serie de variables alusivas a leyes vigentes, normas, ética, probidad, investigación, información, gestión, criterio social etc.***"

(Leticia Vallejos, Asistente Social Jefa Unidad de Bienestar Social, HCVB, 2010)

La finalidad de asumir cargos de coordinación siendo un Trabajador social según las descripciones observadas, asumen que el cargo será si o si asumido en aquellos contextos donde el equipo de trabajo está compuesto por estas profesionales, ahora si se analiza la contribución que este cargo hace a la profesión, es relevante la posibilidad que le da a la profesión el posicionarse ante otras profesiones, con competencias y habilidades de liderazgo, es decir además de ser un cargo administrativo que se debe asumir por normativa interna y estatuto administrativo, representa una posibilidad de ubicar al profesional en esferas de administración directiva donde es posible exponer desde la perspectiva social.

En el caso de la jefatura en servicios donde existe un equipo multidisciplinario existen motivos que destacan la posición de una trabajadora social en un puesto de jefatura, el primero de ellos responde a la antigüedad que sin duda entrega un plus importante, de conocimiento y experiencia, pero también existe un reconocimiento a las competencias de la profesional, y a las habilidades que esta pueda tener para asumir un cargo.

"(…) realizar aportes de las ciencias sociales dentro del equipo. Estar alerta y además hay que tener presente esos aspectos, los que se ven en las reuniones técnicas que se reconozca el trabajo social dentro de la institución".

(Susana Montenegro, Asistente Social Coordinadora Unidad de Servicio social, HCVB, 2010)

III. De las actividades de la Jefatura y Coordinación de Unidad.

La profesional que asume cargos en las unidades debe contar con habilidades que le permitan complementar las actividades como profesional y como coordinadora, el

equilibrio de éstas actividades, sin embargo la alta exigencia y la sobredemanda de tareas obligan muchas a veces a delegar funciones a la profesional subrogante, quien pasa a ser un apoyo importante en la ejecución de las actividades que se deben ir cumpliendo, tanto en lo administrativo como en lo directivo.

"En cuanto al registro de la información fue necesario delegar esta función, debido a que no alcanzaba el tiempo y esto está a cargo de la jefa subrogante"

(Susana Montenegro, Asistente Social Coordinadora Unidad de Servicio social, HCVB, 2010)

IV. De la relación con los demás empleos en la Jefatura y Coordinación de Unidad.

La relación con los demás empleos en esta situación profesional es habitual por lo que es difícil establecer específicamente con qué tipo de profesionales se relaciona, ya que en general el contacto se hace con muchas áreas de trabajo y en consecuencia con muchos profesionales. Dentro del centro hospitalario es recurrente el contacto con la rama directiva, y con los jefes de servicios, quienes pueden ser médicos, enfermeras o asistentes sociales.

El trabajo en equipo es parte de una de las competencias técnicas con las que la profesional debe contar al asumir cargos, la gran mayoría de sus funciones tienen que ver con el contacto recurrente con su equipo, con el cual debe mantener una fluida comunicación y asegurar la funcionalidad de la unidad ante los demás servicios, facilitando los flujos de atención y el cumplimiento de metas.

"(…) se debe tener experiencia a través del trabajo en equipo, es un antecedente crítico al momento de sesgar, y no solo en jefatura, si no como parte de toda relación laboral… estamos constantemente comunicándonos y coordinado, es complejo no saber relacionarte con el equipo (…)

(Cecilia Campusano, Asistente Social Coordinadora Departamento de Audición y Lenguaje, HCVB, 2010)

V. De los niveles de autonomía y responsabilidades de la Jefatura y Coordinación de Unidad.

El asumir responsabilidades en esta situación profesional es un tema importante al momento de asumir un cargo, ya que al ser representante de una unidad se es la

imagen de ésta, recibiendo las felicitaciones cuando el desempeño es óptimo o una mala evaluación cuando el desempeño de la unidad presenta incumplimientos.

"Claramente como jefa de la Unidad de bienestar existe la instancia de toma de decisiones, que pasan por el diseño de políticas al interior de la unidad, destino de diversas actividades, y todo lo que tiene que ver con el personal a mi cargo, sin embargo las decisiones trascendentales siempre se acuerdan con la jefatura directa, que es la sub directora de gestión y desarrollo de las personas".

(Leticia Vallejos, Asistente Social Jefa Unidad de Bienestar Social, HCVB, 2010)

VI. De las Complejidades de la Jefatura y Coordinación de Unidad.

Las complejidades reconocidas por equipo profesional reflejan que la mayor dificultad está en complementar de una manera eficiente el desempeño profesional y la jefatura, sin embargo, estas complejidades pueden estar asociadas al buen uso de los recursos y a la organización, pueden significar que si existe un aumento en el recurso humano que descongestione las actividades que cada una debe realizar, o una reestructuración de funciones al interior que facilite la acción de la Coordinadora al interior de la unidad, responsabilidad que de igual modo debe ser asumida por la Coordinadora.

"(…) siempre hay demanda, de cualquier cosa, siempre hay cosas por hacer, si no son temas de atención de pacientes, son temas de jefatura, complementar es un desafío pero si eres bien organizada y sabes usar los recursos, el estrés disminuye, solo es cosa de organizarse (…)"

(Cecilia Campusano, Asistente Social Coordinadora Departamento de Audición y Lenguaje, HCVB, 2010)

"(…) complicación es la falta de recurso humano, que para dar abasto para atender a 1832 funcionarios, se requerirían al menos 4 Asistentes Sociales, y somos solo 2 profesionales del área" .

(Leticia Vallejos, Asistente Social Jefa Unidad de Bienestar Social, HCVB, 2010)

Planificación y Ejecución de Proyectos de Mejoramiento

I. Del Contexto Institucional y Normativo.

"El contexto es Institucional, y se presentan en virtud de los objetivos del manual de bienestar"

(Leticia Vallejos, Asistente Social, Unidad de Bienestar Social HCVB, 2010)

Los contextos involucrados en este tipo de situación profesional demarcan claramente los escenarios donde la profesional trabaja los proyectos de mejoramiento, cada unidad cuenta con objetivos y desafíos, con respecto al funcionamiento de ésta o con respecto al cumplimiento de metas sanitarias. De igual modo las profesionales procuran utilizar los recursos a los que se puede acceder, de la mejor forma para garantizar que los usuarios tengan una mejor atención. Las inversiones de los recursos varían en cada Unidad, en algunas casos, se presentan proyectos con temáticas habituales para la mantención de éste, y en otras el proyecto busca solucionar obstaculizadores del flujo normal de un procedimiento.

"(…) la idea es que cada vez que se identifica un obstaculizador o una problemática, se activen operativos que den solución a estos, se busca un equipo para discutir una solución y se pone en acción la planificación para solucionar lo antes posible."

(Cecilia Campusano, Asistente Social, Depto. De Audición y Lenguaje HCVB, 2010)

II. De las actividades de la Planificación y Ejecución de Proyectos de Mejoramiento

La planificación y ejecución de proyectos de mejoramiento en el centro hospitalario opera sobre los flujos con un permanente movimiento por lo que la profesional debe intervenir con ideas y propuestas sobre la base de acción, por lo que se reconocen pasos pertenecientes al Método de Investigación-acción de Kurt Lewin, donde la profesional enlaza el enfoque experimental de la ciencia social con programas de acción social que respondan a los problemas sociales principales. Mediante la investigación–acción se pretende tratar de forma simultánea conocimientos y cambios sociales, de manera que se unan la teoría y la práctica.

La diferencia entre las unidades está en los tiempos de ejecución de cada proyecto, algunos pueden ejecutarse por un corto tiempo y otros extenderse por años, con plazos y renovaciones definidos.

"(…) se realiza un diagnóstico de necesidad en enero, se toma contacto con los profesores, presentación de proyectos de los profesores a bienestar local, difusión de los talleres presentados (…) luego de una revisión se envía a concurso a servicio de salud, el consejo administrativo de bienestar definen cuales proyectos ganaron, se informan los proyectos a los ganadores se les llama a los alumnos para fijar reunión y establecer los horarios (…)".

(Leticia Vallejos, Asistente Social, Unidad de Bienestar Social HCVB, 2010)

III. De la relación con los demás empleos de la Planificación y Ejecución de Proyectos de Mejoramiento

"(…) se realiza una reunión con profesores en comité de bienestar y se establecen las situaciones y confirman los horarios y su respectivo lugar de realización (…)".

(Leticia Vallejos, Asistente Social, Unidad de Bienestar Social HCVB, 2010)

La relación con otros empleos es constante en la planificación de proyectos, puesto que parte de estos la configuración del problema o de la necesidad detectada, pueden ser la fuente directa y los que entregan la noción de necesidad ante un proyecto de mejoramiento. La trabajadora social en este contexto solicita de su cooperación para la ejecución puesto que en todos ellos existe la necesidad de insumos, tanto humanos como materiales.

Existen proyectos donde la profesional puede tomar un mayor protagonismo, donde ejecuta, gestionando y coordinando las actividades para el cumplimiento, sin embargo existen otros proyectos donde se cuenta con un equipo que deba coordinar talleres con temáticas de educación, médicas y de otras especialidades que requieren de su presencia. Por otro lado, está el trabajo que se realiza con las empresas externas, quienes financian proyectos relacionados con aquellas patologías donde son los abastecedores directos de un producto, como es el caso de la empresa que provee de audífonos en el Departamento de Audífonos, o los laboratorios proveedores de los medicamentos para patologías complejas, como VIH, la cual tiene amplia participación como patrocinadores de actividades asociadas a ésta patología.

IV. De los niveles de autonomía y responsabilidades de la Planificación y Ejecución de Proyectos de Mejoramiento

La autonomía de la profesional en esta situación profesional debe estar ampliamente ligada a las responsabilidades con que debe cumplir, puesto que de ella depende en las Unidades, que los proyectos se ejecuten. El equipo con que trabaja la valida para su revisión y mantiene el apoyo en la medida que la profesional asume su rol de facilitadora con profesionalismo y dedicación de otro modo, la caída o el fracaso de un proyecto puede estar relacionado a su desempeño, considerando que éste también puede verse débil, cuando los compromisos asumidos del resto del equipo participante no se cumplan.

"(…) cuando los proyectos requieren del apoyo del equipo, se debe motivar constantemente y tratar de encaminar de la mejor forma para que los objetivos se cumplan, reunirse con el equipo y hacer evaluaciones constantes para ir detectando posibles problemas del mismo proyecto y así ir tomando otras alternativas".

(Cecilia Campusano, Asistente Social, Depto. de Audición y Lenguaje HCVB, 2010)

V. De las Complejidades de a Planificación y Ejecución de Proyectos de Mejoramiento

Las complejidades declaradas en esta situación profesional apuntan principalmente al cumplimiento de los objetivos, sin embargo existen complejidades observadas, asociadas a la tramitación en los recursos financieros, la tardanza en la entrega de recursos, retrasa los procesos y por consecuencia la ejecución de los proyectos, sin embargo, la profesional en estas situaciones procura motivar y fortalecer el grupo participante. Así mismo cuando existe retraso en la aprobación de los proyectos que se postulan al Servicio la profesional mantiene un rol estratégico de constancia y paciencia ante la espera. La idea es siempre mantener los compromisos con los participantes y los beneficiados de los proyectos.

Otro de los problemas fundamentales es la dificultad de cumplir objetivos por baja participación, para esto la profesional, procura realizar monitoreos constantes, realizando diagnósticos que identifiquen la baja motivación y crear nuevas

estrategias, coordina con los profesionales participantes para la búsqueda de soluciones.

"(…) La gente quiere dejar de ir a los talleres, sin embargo el taller se sigue cobrando hasta que se finalice, lo que significa que en una nueva postulación del taller no sea sustentable".

(Leticia Vallejos, Asistente Social, Unidad de Bienestar Social HCVB, 2010)

Asesoramiento de Organizaciones comunitarias y Agrupaciones Intrahospitalarias.

I. Del Contexto Institucional y Normativo.

Esta situación profesional, se introduce por un lado en los requerimientos ministeriales, los que viene con una estructura y organización definida, con objetivos claros donde la profesional se ocupa de que éstos se cumplan, pero también existen las agrupaciones que son formados por la responsabilidad profesional que se posee ante grupos que presentan problemáticas en común, por lo que su formación y su mantención solicita mucho más que un asesoramiento, si no que requiere de un apoyo con mayor compromiso.

II. De la finalidad del Asesoramiento a Organizaciones y Agrupaciones Intra Hospitalarias.

Si bien la finalidad de esta situación profesional se encuentra con términos claros en las resoluciones internas, el cumplimiento de ésta finalidad se ve obstaculizada por una serie de situaciones que obligan a los participantes como a las asesoras hacer mayores esfuerzos para conseguir algunos resultados de cumplimiento, para las profesionales es inevitable recaer en funciones que van más allá de asesorar, participando activamente en programación y actividades de las agrupaciones.

"Formar grupos educativos de crónicos, diabéticos, respiratorios, dializados, en tratamiento anticoagulante, para lograr que tengan adherencia al tratamiento, adquieran mayor conocimiento de la enfermedad, lograr apoyo familiar que puedan manejar esta enfermedad, que desarrollen su autoestima, debido a que se deprimen cuando saben que tienen una enfermedad, es esencial para que vivan su vida de manera normal el fin es lograr una Humanización de la Atención en Salud".

(Susana Montenegro, Asistente Social Unidad de Servicio social, HCVB, 2010)

III. De las actividades del Asesoramiento a Organizaciones y Agrupaciones Intra Hospitalarias.

Las actividades de ésta situación profesional, quedan supeditadas a las actividades que las agrupaciones vayan realizando, sin embargo, la preparación previa a las reuniones conlleva preparación de documentos y sistemas de registros

básicos que sirven de evidencia para la profesional de la labor realizado, además la profesional vela por que la agrupación sea independiente y sea capaz de auto organizarse, con la asesoría externa de la profesional. Así mismo, la presencia de la profesional en cada una de las reuniones planificadas, representa otra de las actividades transversales y obligatorias.

"Velar porque las personas que entreguen el acompañamientos sea una persona capacitada y que entregue lo que los pacientes requieren, no lo que ellos quieren dar.
Que como voluntarios ayuden a los enfermos según lo que ellos requieran y según su credo religioso".

(Susana Montenegro, Asistente Social Unidad de Servicio social, HCVB, 2010)

IV. De la relación con los demás empleos del Asesoramiento a Organizaciones y Agrupaciones Intra Hospitalarias.

Las relaciones que se van construyendo en esta situación profesional amplían los contactos fuera de la red hospitalaria, donde aquella profesional encargada de la participación social toma un rol fundamental ante la forma en que el centro hospitalario considera las temáticas que inquietan a los usuarios, así mismo puede representar instancias de nuevas coordinaciones con la atención primaria.

De igual modo entrega un mayor exposición, se establecen relaciones como profesional asesor, de relación ya sea Dirección u otras instancias, además es posible hacer nuevos contactos o bien potenciar los que se tienen y abrir nuevos espacios de trabajo.

"Relación a nivel grupal, en reuniones de equipo para ver las actividades que se realizaran en los distintos grupos".

(Susana Montenegro, Asistente Social Unidad de Servicio social, HCVB, 2010)

V. De los niveles de autonomía y responsabilidades de Asesoramiento a Organizaciones y Agrupaciones Intra Hospitalarias.

En esta situación profesional, la Asistente Social, evalúa las temáticas, si son generalidades se establecen decisiones a nivel de grupo, pero si son a nivel

profesional, como planificación de proyectos, éstos son configurados por la profesional. Así como algunas actividades que requieren intervención profesional.

"(…) Las cosas generales se establecen a nivel de equipo, pero a nivel profesional se realizan las actividades y los objetivos de las sesiones".

(Susana Montenegro, Asistente Social Unidad de Servicio social, HCVB, 2010)

"Elaborar material de apoyo, presentaciones, folletos, dípticos, trípticos, importantes a la hora de entregar una capacitación u orientación".

(Susana Montenegro, Asistente Social Unidad de Servicio social, HCVB, 2010)

VI. De las Complejidades del Asesoramiento a Organizaciones y Agrupaciones Intra Hospitalarias.

Las complejidades asociadas a esta situación profesional tienen relación en primer lugar con los lazos de confianza profesional que se deben ir generando, el escenario en que se desenvuelve la profesional, es en una constante de competencia de intereses y de derecho de usuarios dispuestos a exigir a la institución, por lo que la profesional pasa a ser un actor intermediario.

"(…) desde que asumí la responsabilidad de este cargo de asesora, una de las mayores dificultades que se han presentado es la relación con las personas, ya que debes primero ganarte la confianza de tu equipo (…) quienes por supuesto siempre trataran de velar por los intereses de sus representados, lo que es totalmente legítimo, sin embargo, la preocupación esta en ganar esta confianza y lo tienes que hacer en base a los resultados, estar presente, acompañar."

(Carolina Villegas, Asistente Social, Unidad de Servicio Social HCVB, 2010).

Lo complejo está en que para las políticas hospitalarias la participación ciudadana en contextos que estén fuera del habitual servicio que entrega el centro hospitalario restringe recursos y alternativas para que éstas organizaciones y agrupaciones puedan surgir, convirtiendo al asesor en el representante de la agrupación ante la solicitud constante de espacios para su sobrevivencia, alejado de lo que es la autonomía con que debería trabajar el grupo.

"(…) me gustaría en el futuro, que el Consejo de Desarrollo por ejemplo sea más independiente de mi asesoría y sean capaces de validarse como directorio".

(Carolina Villegas, Asistente Social, Unidad de Servicio Social HCVB, 2010).

Capítulo VI Reflexiones y Conclusiones

6.1. Reflexiones profesionales

El siguiente apartado contiene las conclusiones y reflexiones que surgen de la sistematización realizada en el presente trabajo, para un mayor entendimiento esta serán organizadas en los siguientes acápites:

1. Situaciones profesionales: Persona, Puesto y Entorno
2. Profesionalidad
3. Situación profesional pone evidencia posicionamiento de la Profesión en Atención Terciaria.

6.1.1. Situación profesional: Persona, Puesto y Entorno

La profesionalidad entendida como la capacidad de actuar como un profesional no se limita a la posesión de un conjunto de conocimientos y competencias, ya que la profesionalidad supone que uno no solo es actor en su contexto profesional, sino también autor de su profesionalidad singular. La profesionalidad se adquiere y desarrolla por medio de la experiencia acumulada en Situaciones Profesionales y de formación.

Una Situación Profesional se define como "un conjunto de misiones y actividades técnicas, humanas y de organización que la persona asegura no solo en su propio puesto de trabajo, sino también en relación con las demás personas, los otros puestos y la estructura institucional en su conjunto" (Le Boterf, 2001). De acuerdo a ésta noción, una situación profesional considera 3 elementos claves para su conceptualización: Persona, Puesto y Entorno.

- ✓ **La Persona**:

Referida a las Asistentes Sociales de la atención terciaria, participantes de la sistematización, quienes colaboraron en la exposición de su actuación en diversas situaciones profesionales reales registradas en el presente trabajo.

El equipo de Asistentes sociales se enfrenta a un tipo de empleo que se mantiene en constante demanda de una serie de conocimientos, frente a esto las profesionales mantienen una postura de compromiso ante la importancia de la formación continua, así mismo se asumen como responsables directas de su rendimiento, su actuación personal es visible, no queda desvirtuada por las tareas o funciones propias de su desempeño laboral.

Por otro lado, se destaca la adaptación del equipo de Asistentes Sociales al entorno profesional, con la adquisición de conocimientos específicos del área donde se desempeñan, principalmente por la experiencia que se van construyendo en el puesto laboral. Este dominio de conocimientos específicos que se van adquiriendo, es utilizado por las profesionales, para la generación de procedimientos que expresen en una construcción metodológica la operatividad de la transformación de la realidad del intervenido. Este método de saber cómo hay que proceder, es reconocido y validado por la profesional que lo construye, sin embargo, existe aquella profesional que no posee la experiencia y que no tiene la inquietud de reconocerlo, sesgando dos grande recursos a incorporar; el saber proceder y el

saber hacer en áreas no exploradas, esta actuación se asocia a las complejidades que se generan en torno al puesto de trabajo, la profesional debe ante la presión de cumplir laboralmente, priorizar cuales serán aquellos conocimientos que deba adquirir, lo que no quiere decir que la profesional sea incapaz de responder con pertinencia ante un área desconocida, puesto que como profesional cuenta con aptitudes, cualidades, recursos emocionales y fisiológicos, conocimientos generales y cognitivos necesarios para responder ante la contingencia.

Este grupo de profesionales se destaca por ser parte de puestos laborales donde el trabajo en equipo posee gran relevancia, la gran parte de sus actividades conllevan un vínculo con una serie de otros empleos, quienes validan a la profesional, como un referente técnico importante en temáticas sociales, por lo que este grupo se destaca en un manejo eficaz y adecuado de las relaciones. Sin embargo, las relaciones entre el mismo equipo se ve afectado por una falta de reflexión, fluidez y de acuerdos entorno a como cooperar entre ellas mismas, puesto que existe un reconocimiento del trabajo profesional individual por sobre el trabajo en equipo que se puede generar al ser parte de una misma profesión.

Al reflexionar sobre la autonomía con que actúan las profesionales dentro del marco institucional, se destaca la existencia de una imagen propia de reconocimiento al trabajo realizado y de confianza ante su actuar, permitiéndoles tener una actitud resolutiva al momento de tomar decisiones, así mismo reconocen que a mayor manejo de conocimientos, mayor será la autonomía de acción con que se puedan desenvolver en los distintos escenarios donde se encuentran insertas.

En resumen, el grupo de Asistentes Sociales de la atención terciaria demuestra ante las situaciones profesionales sistematizadas:

- Saber escoger las alternativas, procedimientos o decisiones atingentes a la resolución de las necesidades de los/as usuarios/as,
- Saber tomar iniciativas, relativas a su ejercicio y a los momentos que lo requieran,
- Saber arbitrar, entre punto de encuentro de las necesidades de la población usuaria y de los recursos de la institución,
- Saber reaccionar ante situaciones imprevistas, emergencias inesperadas y de alta demanda,
- Saber contrastar ante situaciones de múltiples dimensiones, posee opinión y decisión,
- Saber tomar responsabilidades,

- Saber innovar ante el desgaste o cansancio de los procesos.

✓ **El Puesto:**

El puesto de trabajo es aquella situación individual de trabajo, está constituido por el conjunto ordenado de tareas realizadas por una persona. El puesto constituye la unidad elemental de la división en una institución (Le Boterf, 2001). Dicho concepto indica que el puesto de trabajo de la Asistente Social en el centro hospitalario se define por las funciones que ésta tenga. El colectivo seleccionado para la sistematización de la información, lleva a reconocer una multiplicidad de puestos laborales, guiados por la finalidad que posee la Unidad en la cual se encuentren insertas. El trabajo deja de ser una tarea que ocupa a las personas cuando se convierte en un área de resultados, los cuales nacen del desempeño laboral de la profesional.

El puesto laboral se enmarca en los requerimientos institucionales, y en el Estatuto Administrativo de funcionarios públicos en Salud, el cual define las funciones de la profesional en el área social, contribuyendo en la integralidad de la atención a los/as usuarios/as, pero también es cierto que en Servicio Social se requiere buscar no solo a la persona que ocupe el cargo basándose estrictamente en los conocimientos que debe aplicar en sus tareas, sino que también en aquellas que además contribuyan con un alto valor añadido.

El puesto de trabajo también pasa a ser un espacio donde la profesional genera el vínculo con una serie de otros empleos, los cuales se mantienen en constante relación y movimiento, desde el puesto de trabajo y a través de las situaciones profesionales, la Asistente Social genera lazos de trabajo que mantiene el puesto en constante producción, permitiendo a la institución cumplir con la entrega del servicio de salud.

✓ **El Entorno:**

La evolución de un puesto de trabajo en el tiempo y la trayectoria profesional de la persona se encuentran estrechamente ligados con el entorno que los rodee, donde la situación profesional se desarrolla y se modifica bajo la influencia de factores de evolución; políticos, tecnológicos, económicos, de organización, de la evolución de la demanda de los clientes, entre otros.

Dentro de los entornos más relevantes que contextualizan las Situaciones profesionales de la atención terciaria se considera de relevancia la Reforma de Salud, el establecimiento de salud como organización y la comunidad.

- **Situación Profesional y Reforma de Salud:** La reforma de salud enmarca a la situación profesional en un contexto político-administrativo, donde guía a la profesional hacia las metas de cumplimiento que se van generando a nivel gubernamental, todo enfocado en contribuir a elevar el nivel de salud de la población; desarrollar armónicamente los sistemas de salud, centrados en las personas; fortalecer el control de los factores que puedan afectar la salud y reforzar la gestión de la red nacional de atención. Todo ello para acoger oportunamente las necesidades de las personas, familias y comunidades, con la obligación de rendir cuentas a la ciudadanía y promover la participación de las mismas en el ejercicio de sus derechos y sus deberes. En el nivel terciario, caracterizado por su alta complejidad, la situación profesional pasa a desenvolverse en un contexto destinado a resolver aquellos problemas que sobrepasan la capacidad resolutiva de los niveles precedentes, representando una finalidad de mayor complejidad para la profesional y para el puesto de trabajo,

  Al igual que el nivel intermedio, a este nivel le corresponde realizar tanto acciones de tipo ambulatorio, efectuadas en los consultorios adosados de especialidades de estos hospitales, como de atención cerrada en sus diversos servicios de hospitalización. Sus recursos humanos son los de la más alta especialización y los elementos de apoyo clínico diagnóstico y terapéutico, los de mayor complejidad técnica.

  El hecho de que estos establecimientos hospitalarios realicen actividades de alta complejidad, no los exime de desarrollar las funciones correspondientes al nivel secundario, ya que tienen también la responsabilidad de solucionar los problemas de frecuencia intermedia en la población a su cargo.

  Así mismo, la Reforma define el grupo de la población que será atendida, categorizando al/la usuario/a con el que se relaciona el profesional en una situación profesional. Por otro lado, los lineamientos llevan a que Servicio Social y por consecuencia las situaciones profesionales tomen posición en diversos puestos de trabajo, existiendo objetivos orientados a la

atención de pacientes usuarios/as de atención cerrada y abierta, a contribuir a una mejor calidad de vida individual, familiar y laboral de los funcionarios del establecimiento hospitalario, generar espacios en el cual las personas accedan e interactúen con las reparticiones públicas, que garantice su derecho a informarse, sugerir y reclamar, para contribuir a la conformación de un Gobierno moderno y al servicio de los ciudadanos y por último generar en la Unidad de emergencia estrategias y mecanismos de interrelación, entre familias/acompañantes, usuarios y equipo de salud, dirigidos a facilitar el acceso y manejo informado a los procesos de atención y el mejoramiento de la satisfacción usuaria.

- **Situación Profesional y Establecimiento de Salud, como organización:** En este entorno la situación profesional se rige por los lineamientos y normativas internas, que el centro hospitalario cree, en torno a las necesidades de sus funcionarios y de la población usuaria. La situación profesional dentro de la organización representa un engranaje más con los que se cuenta para cumplir con los objetivos que se proponga asociados principalmente a la resolución de obstaculizadores que interrumpan el normal desarrollo de los procesos clínicos, además de velar por el bienestar de los usuarios/as internos/as y externos/as.

  La organización interna de la institución definirá entre otras cosas, la autonomía de la profesional en la situación profesional, la relación con los demás empleos, y los recursos disponibles.

- **Situación Profesional y Comunidad:** Con respecto a este entorno, la situación profesional se ve influenciada en primer lugar por la jurisdicción que tiene el centro hospitalario, el cual representa el territorio que abarca la cobertura de la atención, influenciando en las relaciones que se generen en la situación profesional y la toma de decisiones, y afectando directamente en el tipo de gestión e intervención que la profesional tendría que realizar. En segundo lugar, la comunidad influye directamente en la realización de las situaciones profesionales, puesto que representan el recurso primario, al momento de planificar y ejecutar las acciones y actividades que configuran la situación profesional, por lo tanto, los cambios en la comunidad afectarán directamente a la situación profesional, por ejemplo, el envejecimiento de la

población definirá el tipo de usuario promedio que se atenderá en la salud pública, obligando a generar propuestas y nuevas finalidades en una situación profesional, pues los factores de evolución la mantienen en constante desarrollo y modificación.

6.1.2. El profesional: aquel que sabe gestionar y manejar una situación profesional compleja

Si se parte de la premisa de que todo profesional puede ser más o menos competente, la competencia pasa a ser una noción indispensable al momento de precisar qué es lo que se entiende por profesional. Según Guy Le Boterf profesional será aquel que sepa gestionar y manejar una situación profesional compleja, la cual se configura a través de los siguientes componentes, que nos servirá para reflexionar frente al nivel del profesional en la atención terciaria.

- ✓ **Saber actuar y reaccionar con pertinencia:** la Asistente social de la atención terciaria se ve enfrentada constantemente a estos saber actuar y reaccionar , considerando que parte de la comunidad en atención ingresa por vías de emergencias y la demanda de atenciones siempre la mantiene en alerta a encadenar acciones según la finalidad de la temática que se deba enfrentar. Por otro lado, la diversidad de dimensiones que comprometen la salud de los/las usuarios/as la obligan a ir más allá de los prescrito, de modo de mantener un monitoreo constante de los estados de salud y del bienestar de la población en general.

- ✓ **Saber combinar los recursos y movilizarlos en un contexto**: el amplio escenario en el que se desenvuelve la profesional, obliga a poner en acción la amplia gama de recursos, habilidades, conocimientos y aptitudes que posee. Diariamente se ve enfrentada a cambios en aquellas situaciones profesionales altamente influenciadas por el entorno comunitario, el cual demanda y exige, en base a la sobredimensión de expectativas que se tiene en ocasiones de la profesional.

- ✓ **Saber transferir**: Así como existe alta demanda, existen situaciones profesionales con temáticas de acción bien definidas, por lo que la profesional, incorpora y agiliza los procesos, con los metaconocimientos que se van construyendo en la experiencia profesional, permitiéndole entre otras cosas saber darse cuenta e interpretar los indicadores de contexto.

- ✓ **Saber aprender y aprender a aprender:** Este componente tiene que ver principalmente con saber sacar lecciones de la experiencia y saber transformar su acción en experiencia, e internalizarla como un conocimiento específico, con respecto a esto la profesional del establecimiento hospitalario en estudio, no refleja verbalmente o en interacción con colegas, sobre esta internalización de nuevas experiencias, pero sin lugar a dudas, en el trabajo ordinario se reflejan los aprendizajes adquiridos, de otro modo no habría conocimiento específico de las múltiples variables que configuran una situación profesional.

- ✓ **Saber comprometerse:** la profesional asume compromisos y procura ser diligente en sus acciones, corriendo riesgos de una manera consciente y estudiada, así mismo la ética profesional conduce a la profesional a considerar prioridades vitales, sin embargo, el uso de su subjetividad se ve envuelta en una esfera de desconocimiento, para el equipo en general, retornando a la temática sobre la pobre autoevaluación grupal y coordinación que poseen como profesionales de Trabajo Social.

Con respecto a la definición de los componentes expuestos se hace pertinente agrupar a las profesionales en:

- ✓ **Niveles de profesionalidad:**

- ➢ ***Primer nivel:*** *el principiante*, no se registran profesionales en esta área.

- ➢ ***Segundo nivel:*** *profesional confirmado*, en este nivel se agrupa la gran mayoría de las profesionales participantes del estudio, las cuales se describen del siguiente modo:

En cuanto al modo de intervención:

- Posee estrategias de estudio y de solución de problemas.
- Sabe decidir lo que debe hacer para alcanzar un objetivo.
- Sabe tomar decisiones razonadas en función de un diagnostico y un objetivo.
- Visión Global y coherente de las situaciones.

- Confianza limitada en la intuición, se fía de los métodos de análisis.
- Adapta las reglas a un contexto.

Contextualización del saber:

- Contextualizados.

Metaconocimientos:

- Buen conocimiento de su saber, capacidades y competencias.

Gestión del Tiempo:

- Lo domina.

Grado de autonomía:

- Autonomía.
- Sabe interpretar las reglas.
- Simplificación o abandono progresivo de las reglas de formación.

Imagen propia:

- Confianza en sus capacidades y conocimientos adquiridos.

Fiabilidad:

- Fiable.

➢ ***Tercer nivel:*** *el Experto*, en este nivel se identifica un bajo porcentaje de las profesionales participantes, quienes evidenciaron su experticia al resolver rápidamente complejidades asociadas a las situaciones profesionales.

En cuanto al modo de intervención:

- Reacciona de forma intuitiva y global, sabe hacer frente de forma inmediata a los acontecimientos, actúa de forma espontánea, sabe cortocircuitar las etapas de un procedimiento y hacer impases.
- Pone en práctica estrategias globales más que analíticas; visión sintética.
- Separa lo esencial de lo accesorio; economiza las informaciones.
- Se anticipa a partir de señales débiles.

- Sabe pronunciarse en una coyuntura.

Contextualización del saber:

- Muy Contextualizados.
- Movilizables con gran rapidez.

Metaconocimientos:

- Organiza sus conocimientos a partir de esquemas, de modelos de análisis, de patrones y de teorías de acción.
- Conoce los múltiples usos de los recursos (conocimientos, capacidades, aptitudes y habilidades) que posee.
- Grandes automatismos y saber hacer incorporados.
- Capacidad para aprovechar el momento adecuado para poner en práctica sus conocimientos.

Gestión del Tiempo:

- Actuar muy rápido eligiendo el ritmo adecuado.
- No solo reacciona si no que también se anticipa.
- Es inmediatamente operativo.
- Rapidez de ejecución.
- Facilidad, soltura.

Grado de autonomía:

- Total, puede fijar sus límites.
- Saber dar nuevas interpretaciones a las reglas.
- Capacidad para crear sus propias reglas.
- Corre riesgo a título personal.

Imagen propia:

- Muy congruente.
- Conoce los puntos fuertes y los límites de su pericia.
- Confianza en sí mismo, soltura y aplomo.
- Sabe gestionar su imagen.

Fiabilidad:

- Una regularidad muy grande de la competencia.

En resumen, en la atención terciaria existen profesionales que manejan y gestionan Situaciones profesionales complejas, sin dificultad, saben utilizar sus recursos y en base a la experiencia construyen sus competencias laborales, las que si bien no se encuentran al mismo nivel, por temas de trayectoria y formación, sí se encuentra en constante evolución. En relación a los profesionales confirmados, estos representan un grupo importante dentro de la atención terciaria, asociada posiblemente a una renovación de profesionales en el último tiempo, que lleva a las profesionales de trabajo social a tomar un rol de reemplazo de nuevas generaciones. La experticia está asociada intrínsecamente a la experiencia laboral y a los recursos con los que cuente la profesional, por lo que si bien no existe un auto reconocimiento de la experticia, si se identifican patrones y características diferenciales claras entre un grupo de profesionales y otras.

6.1.3. Posicionamiento del empleo en relación con otros empleos.

El posicionamiento de un empleo al interior de una institución tiene relación con el conjunto de características que llevan a lograr una posición relevante y prioritaria, validada y reconocida por los demás empleos. De acuerdo a estas características el posicionamiento puede presentarse a través de dos vías:

- ✓ **Posicionamiento basado en las competencias propias de la profesión:** Con respecto a este punto existe una validación y un espacio respetado ante los demás empleos en temáticas sociales, donde la Trabajadora Social cuenta con herramientas que la hacen capaz de ocupar espacios claramente definidos, los cuales no pueden ser asumidos por otro profesional, ya que poseen requerimientos propios, sin hacer alusión exclusiva de los Informes Sociales, los que también entregan un espacio reconocido, sino que también del dominio de un criterio propio de la profesional, que implica el cruce de una serie de variables alusivas a leyes vigentes, normas, ética, probidad, investigación, información, gestión, criterio social, etc. De igual modo existe una necesidad de validación en equipos donde la profesional sirve de referente técnico, aún es difícil posicionarse en todos los equipos de una manera igualitaria, sin embargo, existe un trabajo constante de parte de las profesionales por insertarse en estos equipos y realizar aportes de las ciencias sociales, además de una búsqueda de reconocimiento del Trabajo social dentro de la institución.

- ✓ **Posicionamiento basado en asumir responsabilidades de gestión:** Es en este punto donde la profesional, además de ubicarse como profesional dentro de un equipo de trabajo, busca posicionarse como actor con herramientas suficientes de metodología y gestión para asumir cargos de relevancia, además de poseer conocimientos de participación social y planificación de proyectos. Actualmente las profesionales de Trabajo social, han logrado alcanzar cargos de relevancia al interior del centro hospitalario ubicándose en puntos estratégicos que le permiten aumentar el espectro de relaciones y por consecuencia un aumento en el reconocimiento de sus actividades como profesional en otras áreas que no sean simplemente asociadas al asistencialismo.

6.2. Conclusiones

En el presente acápite se presentaran las conclusiones generadas a partir del proceso de sistematización, estructuradas según los siguientes ejes:

1. Conclusiones Temáticas.
2. Conclusiones Metodológicas.
3. Conclusiones en Torno a Trabajo Social.

6.2.1. Conclusiones Temáticas.

En el siguiente apartado se invita a conocer las principales conclusiones asociadas a las áreas temáticas que se abordaron para dar orden lógico a la información rescatada a través de la metodología de trabajo utilizada.

Durante la primera etapa de delimitación se identificaron y seleccionaron dieciséis situaciones profesionales:

1. Consulta Social,
2. Visita en Sala o Box,
3. Visita Domiciliaria,
4. Reuniones Técnicas Multidisciplinarias,
5. Gestión Judicial,
6. Jefatura y Coordinación de Unidad.
7. Planificación y Ejecución de Proyectos de Mejoramiento,
8. Asesoramiento a Organizaciones Comunitarias y agrupaciones Intrahospitalarias,
9. Gestión Docente,
10. Investigación Social,
11. Gestión en Red,
12. Contención en crisis,
13. Atención a Funcionarios,
14. Consejería,
15. Gestión de las Opiniones De los usuarios, y
16. Medición de la Satisfacción Usuaria.

En consenso con el equipo de profesionales se realiza una delimitación con mayor exactitud, donde se reduce el número de situaciones profesionales a once, arrojando las siguientes conclusiones:

- La Investigación Social, Gestión en Red, Contención en crisis, y Atención de funcionarios, se insertan en el proceso de situaciones profesionales de mayor complejidad, como la Consulta Social.

- La Consejería y la contención en crisis, se considera que representan situacionales profesionales requirentes de especialización para su abordaje, sin desestimar que el colectivo de profesionales cuente con las herramientas básicas para su enfrentamiento.

Una vez delimitada la realidad a sistematizar, se agrupan aquellas situaciones tipo en tres ámbitos de análisis; Ámbito de Intervención Directa, Ámbito de Gestión Social y Ámbito de Satisfacción Usuaria. Sin embargo, durante el proceso de sistematización emergen nuevas conclusiones en torno a tres situaciones profesionales, descartando su descripción:

- La *Gestión docente* durante la etapa de observación no participante, no genera momentos claves que puedan reflejar el trabajo realizado por el colectivo en esta situación profesional, obteniendo como resultado una insuficiente recolección de datos. Por otro lado, el rol de guía y supervisión de las profesionales no genera altos grados de motivación, existiendo un clima de descontento, pues se considera que el rol del supervisor en la evaluación de las estudiantes debería tener mayor preponderancia.

- La *Gestión de las Opiniones de los Usuarios y la Medición de la Satisfacción Usuaria*, emergen como dos situaciones profesionales que se insertan en la Consulta Social que se realiza en la Unidad de Atención a las Personas, por lo que no se justifican como situaciones profesionales aisladas. Por otro lado, la satisfacción usuaria reaparece en la gran mayoría de las situaciones descritas, caracterizando su transversabilidad con las temáticas sociales que se abordan en la atención terciaria. Por otro lado, la medición de la satisfacción significa un trabajo programado y planificado, el cual al momento de la sistematización ya se encontraba en aplicación, limitando el campo a observar.

  En conclusión, el ámbito de la satisfacción usuario es descartado del análisis general.

- ✓ **En Torno a Trabajo Social en el Ámbito de Intervención Directa en Atención Terciaria en Salud.**

El Trabajo Social en la Atención Terciaria en Salud, se caracteriza por el vínculo directo que se realiza con el usuario/a paciente-familiar o funcionario para dejar en evidencia la problemática o la inquietud. Las situaciones profesionales que se insertan en este ámbito, se desarrollan en torno a un paciente individualizado. La intervención de caso que se realiza se configura en la búsqueda de una resolución de la problemática del usuario/a. Dentro de las técnicas utilizadas se destaca la Entrevista en profundidad, Observación y Visita Domiciliaria presentada como situación profesional.

Con respecto a la modalidad de atención existe una observación concluyente que demarca una necesidad de reconfigurar la modalidad de atención abierta o cerrada, a una modalidad de atención propia de la profesión, puesto que esta no siempre se acomoda a los requerimientos y a los recursos con los que se cuenta. Existe acuerdo entre el equipo que en general falta una definición de procedimientos que reúnan las principales tareas de la profesión, desde esta experiencia surge entre otras cosas la necesidad de generar más espacios de conversación y de intercambio de impresiones frente a la labor que cada una cumple, así mismo generar espacios donde se puedan reunir con todos profesionales de la misma disciplina a nivel de Servicio de Salud, puesto que dentro de las complejidades que surgen en este ámbito es la falta de coordinación con los demás niveles de salud, y así protocolizar planes de acción.

Una de las situaciones profesionales distintivas de este ámbito es la visita en sala, donde la profesional se inserta en un contexto clínico, para monitorear e intervenir temáticas sociales. La profesional se contacta con el paciente usuario/a, pero además se relaciona con el equipo de salud a cargo del paciente, por otro lado, la investigación social toma una fuerte presencia al realizar revisión de antecedentes que puedan configurar un diagnostico claro de la situación, en este contexto la profesional pasa a utilizar la sala o box, como el lugar estratégico donde observar además interacciones entre paciente y grupo familiar.

- **Síntesis de los elementos emergentes del desempeño de Trabajo Social en el Ámbito de Atención Directa.**

Contexto:

- Estructura normativa rígida, con marcados lineamientos de acción.
- Multiplicidad de posicionamiento en la estructura organizacional.
- Énfasis en Prioridades Gubernamentales al mejoramiento de la calidad de atención.

Finalidad:

- Modelo Integral de Atención de Usuarios/as, atención Especializada del paciente.
- Multiplicidad de temáticas.
- Enfoque en la Humanización de la atención de salud.

Actividades:

- Prácticas sistemáticas, realización de acciones transformadoras.
- Pesquisa y Atención Especializada de los factores sociales y culturales vinculados a problemas de salud.

Relación con los demás empleos:

- Relevancia en la Coordinación con red Social
- Búsqueda constante de nuevas redes de apoyo.

Autonomía:

- Desarrollo de un Conocimiento científico de lo social.
- Manejo de los Marcos teóricos interpretativos de las Ciencias Sociales.

Complejidades:

- Altas expectativas de la población.
- Relevancia de coordinación con la Red.

- ✓ **En Torno a Trabajo Social en el Ámbito de Gestión Social en la Atención Terciaria en Salud.**

El ámbito de la gestión social abarca una serie de aristas que moldean las finalidades con que las profesionales de Trabajo Social enfocan sus intervenciones en cada uno de los espacios en que se ubican en el centro hospitalarias, cada reunión, interacción con profesionales e intervenciones que ejecutan conducen a la búsqueda del bienestar de los individuos de la comunidad, ya sea planificando medidas con el trabajo en equipo, formalizando procedimientos, ejecutando proyectos o guiando a un grupo de empleos que generen servicio público a la comunidad. Por lo que es desde este ámbito donde la profesional plasma su rol de implementador de cambios en las políticas sociales. Una de las principales conclusiones en torno a este ámbito tiene que ver con la capacidad de participar y liderar en instancias de mayor envergadura, la profesional validad como agente implementador y con capacidades de gestión, representa en la atención terciaria una innovación a la nuevas generaciones que comienzan a posicionarse en la salud pública.

- ➢ **Síntesis de los elementos emergentes en el desempeño de Trabajo Social en el Ámbito de Gestión Social.**

Contexto:

- Estructura Institucional y normativa de referencia, estructura sólida y con marcados lineamientos.
- Inclusión en procesos de gestión.

Finalidad:

- Articulación de mecanismos de mejoramiento, evaluación de la calidad y humanización de la atención de salud.

Actividades:

- Interés sobre la inclusión de elementos sociales y culturales.
- Canalización de prestaciones ciudadanas.
- Supervisión y Control de Programas Ministeriales y Hospitalarios.

Relación con los demás empleos:

- Relevancia en la coordinación interniveles o interservicios.
- Vinculación a niveles de cobertura, complejidad y especialidad.

Autonomía:

- Validación de Referente Técnico, facilita decisiones.
- Participación destacada en procesos judiciales.

Complejidades:

- Claridad y Oportunidad en Equipos Clínicos.
- Excesiva demanda laboral delimita mayor participación en procesos coyunturales.

6.2.2. Conclusiones Metodológicas

La metodología de trabajo utilizada corresponde a la Sistematización, la cual es, en esencia, una tarea de conocimiento y un proceso a través del cual se recupera lo que los sujetos saben de su experiencia para poder comprenderla, interpretarla y comunicarla, produciéndose así, un nuevo tipo de conocimiento. (Martinic, Walker, 1987)

La sistematización tiene como referente principal la práctica, y su fin último es volver a ella para reorientarla desde lo que ella misma enseña, por lo tanto, sin práctica no hay sistematización posible. Desde esta perspectiva, la metodología permitió configurar un trabajado basado en la transparencia desde el propio accionar profesional, donde el generador de conocimientos pasa a ser el propio profesional, permitiendo indudablemente presenciar y rescatar las características de la profesión desde su esencia.

Con respecto al trabajo que se debe realizar para concretar este tipo de metodología, esta debió ser exhaustiva y minuciosa, primero para delimitar en el gran espectro de situaciones profesionales que surgen en este nivel de intervención y luego para comenzar el proceso de extracción de información, equilibrando tiempo y recursos, sin embargo, la cooperación del equipo y la disponibilidad en sus espacios de trabajo permitió la concreción de la gran mayoría de las actividades programas, en sesiones de observación, entrevistas y revisión de documentos.

Dentro de las actividades realizadas la observación no participante tuvo como propósito conocer cómo se desarrollan las Situaciones Profesionales en el ejercicio profesional cotidiano, en los ámbitos de Intervención directa y Gestión social, permitiendo extraer informaciones muy concretas sobre las tareas realizadas.

La observación directa y las entrevistas dieron la posibilidad de situar a las profesionales en el entorno propio del ejercicio profesional, identificando cada una de las variables que describen las situaciones profesionales; contexto, finalidad, actividades y tareas, relaciones con los demás empleos, campo de autonomía y responsabilidad y nivel de complejidad del empleo.

El tiempo dedicado a la recolección de la información consideró la incidencia de la situación profesional, además de que éstas son relativas y espontaneas, así mismo, el período de observación fue la única instancia del proceso de sistematización donde se extrajo la información directamente del quehacer profesional, aportando con esto a una actualización de datos referentes a la Atención Terciaria en Salud.

6.2.3. Conclusiones en Torno a Trabajo Social.

Al sistematizar las Situaciones Profesionales que se presentan en la Atención terciaria en salud, podemos armar un perfil del tipo de trabajo que se desarrolla en ésta área de salud, de la cual es complicado indagar más allá debido a la poca o nula existencia de material, falta profundizar en ésta área en donde la profesional cada día se va abriendo más camino y en donde cumple un rol importante en la recuperación de la salud de los pacientes de un centro hospitalario

El Trabajo Social es un quehacer profesional de complemento y apoyo de las acciones médico-sanitarias a través de programas integrados, tiene como meta la eliminación o reducción de desigualdades para el acceso a la salud, el Trabajo Social ha de satisfacer una serie de objetivos, los cuales se insertan a su vez en los objetivos generales de la institución de salud, de la que forman parte, enfocados desde el punto de vista de las necesidades y los problemas sociales. Como son tan complejos deben ser alcanzados en forma progresiva mediante objetivos específicos, que necesariamente deben tener relación entre ellos para poder cumplir el general de eliminar o disminuir las desigualdades para el acceso a la salud.

Es ahora cuando nos preguntamos ¿qué hace un Trabajador Social en un hospital?

- Interviene, según la situación del paciente en el ingreso, estancia y alta o salida del Hospital, así como en el área de Consultas Externas.
- Analiza en cada caso los diferentes aspectos que presenta el enfermo: situación familiar, económica, vivienda, posibilidades de rehabilitación en su entorno, etc. utilizando los recursos existentes de la forma más racional para conseguir la recuperación y evitar o distanciar los sucesivos ingresos

Las áreas de Intervención del Trabajo Social Hospitalario son:

1. **Área de Investigación**

- Estudio para conocer el área de Salud.
- Captación de los factores de riesgo para la planificación de los diversos programas de atención socio-sanitaria.

2. Área de Prevención

- Información, coordinación y contactos del Centro Hospitalario y con las demás Instituciones y servicios del Área Sanitaria.
- Coordinación con las Instituciones y organizaciones ciudadanas.
- Educación para la salud.

3. Área Asistencial o Valoración de la urgencia socio-sanitaria.

- Atención directa al usuario. Valoración de su demanda.
- Trabajo a nivel individual y/o familiar.
- Seguimiento familiar.
- Garantizar la continuidad de los casos en el medio social de los usuarios para evitar la institucionalización innecesaria.
- Valoración social que contribuya a un diagnóstico integral del paciente.
- Coordinación con otros servicios que garanticen y ayuden al tratamiento.

4. Área Rehabilitadora

- Intervención en el área escolar para garantizar y apoyar la integración de los niños con problemas sanitarios.
- Intervención en programas comunitarios que posibiliten la integración de personas con dependencias.
- Promoción y utilización de recursos comunitarios adecuados para cada situación concreta que sirva de apoyo social y contribuyan a mejorar las condiciones de vida de los usuarios y de sus familias.

El seminario significó abrir nuestra mirada a un campo del cual poco conocíamos y descubrir que el área de la Salud terciaria si bien es cierto es complejo, demandante a su vez es muy interesante y le permite a la profesional desarrollar sus habilidades y competencias profesionales.

Levantar información valiosa para el equipo de Asistentes Sociales del Hospital, lo que dará pie para desarrollar futuros trabajos, ordenar la información y tener un precedente del trabajo que se realiza en la institución, debido a que los mismos profesionales de área muchas veces desconocen el trabajo que se realizan las profesionales. A su vez se espera que el seminario sirva de referente para la formación profesional, considerándolo un valioso aporte para la profesión.

Capítulo VII
Bibliografía

I. Material bibliográfico

✓ Textos.

Castañeda, P., Miranda, L. "*Avances conceptuales en Salud: promoción de la Salud, Competencias Profesionales y Trabajo en Red".* Secretaría Regional Ministerial de Salud V región. 2005.

Le Boterf, Guy. "*Ingeniería de las Competencias*", 1ª Edición, Barcelona, Febrero 2001

✓ Tesis y Documentos.

Tesis: Informe de Sistematización, "*Situaciones Profesionales de Trabajo Social en la atención primaria de Salud"*, Estudiantes Santiago Cubillos Segovia, Macarena Riveros Luraschi, Denisse Saavedra Castro, Docente Guía Sra. Cazorla Becerra, Ketty; Universidad de Valparaíso, 2006.

Ureta, Mauricio, Cátedra Trabajo Social de Caso, año 2010.

✓ Fuentes Electrónicas.

El Sistema de Salud Chileno, Contexto Histórico y Normativo del Sistema de Salud Chileno. Visitada el 29 de abril de 2010.
http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/biblioteca/documentos/otros/Sistemasaludchileno.pdf

Hospital Carlos Van Buren, visitada el 29 de abril de 2010
http://www.hcvb.cl

La invisibilidad del asistente social en la salud pública y en particular la salud Mental, Raquel Molina Meyohas. Visitada el 09 de enero de 2010
http://www.fcsucentral.cl/publicaciones/upload/rumbots01_07.pdf

Acerca de las competencias profesionales. José Tejada Fernández, 1999. Visitada el 09 de enero de 2010.
http://peremarques.pangea.org/dioe/competencias.pdf

Ministerio de Salud. Visitada el 19 mayo del 2010
http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/page/minsalcl/g_conozcanos/g_mision_vision/presentacion_mision_vision.html

Fondo Nacional de Salud. Visitada el 19 mayo del 2010
http://www.fonasa.cl/

Ley que establece un Régimen de Garantías en Salud y Reforma de Salud. 30 de abril de 2010isitada el 30 de abril de 2010
http://www.agendapublica.uchile.cl/n4/1_ferrer.html

Carta de Derechos y Deberes de Usuarias Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud. Visitada el 30 de abril de 2010
http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/7a6746fde9e863a4e04001011f017579.pdf

Proyecto de ley de Derechos y Deberes de las Personas en su Atención en Salud. Visitada el 30 de abril de 2010
http://www.redsalud.gov.cl/noticias/noticias.php?id_n=50

Servicio Nacional de menores Chile 2010. Visitada el 06 de octubre de 2010.
www.sename.cl

Medición de la satisfacción de los usuarios. Visitada el 15 de septiembre de 2010
http://www.mailxmail.com/curso-marketing-sector-publico/medicion-satisfaccion-usuarios

Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud. Autor: Patricia Frenz, visitada el 29 de abril de 2010.
http://www.redsalud.gov.cl/archivos/determinantessociales.pdf

Rol del Asistente Social en el ámbito local. Visitada el 22 de marzo de 2010.
http://www.ubiobio.cl/cps/ponencia/doc/p14.1.htm

✓ **Fuentes Primarias:**

Referentes:

- Susana Montenegro, Asistente Social HCVB.
- Cecilia Campusano, Asistente Social HCVB.
- Lidia Parra, Asistente Social HCVB.
- Carolina Villegas, Asistente Social HCVB.
- Carolin Gálvez, Asistente Social HCVB.
- Priscilla Acevedo, Asistente Social HCVB.
- Gabriela Vilches, Asistente Social HCVB.
- Leticia Vallejos, Asistente Social HCVB.
- Nancy Vera, Asistente Social HCVB.
- María Moya, Asistente Social HCVB.
- Alejandra Sánchez, Asistente Social HCVB.
- Karina Valderrama, Asistente Social HCVB.
- Dolly Staig, Asistente Social Jubilada HCVB.

✓ **Otras Fuentes.-**

Ley 19.882, Regula Nueva Política de Personal a los Funcionarios Públicos , publicada el 23 de Junio de 2003.

Ley N º 19.966 Plan AUGE se convirtió en ley el 3 de Septiembre de 2004, comenzó a regir el 1 de Julio de 2005

La "Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión", N° 19.937[1,] y su Reglamento Orgánico para Establecimientos de Menor Complejidad y Establecimientos de Autogestión en Red, aprobado mediante Decreto Supremo N° 38 de 2005, de los Ministerios de Salud y Hacienda, establecen los requisitos y procedimientos que deben cumplir los Establecimientos Autogestionados en Red. Promulgada el año 2004.

Ley N°20.422, Establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad.

Ley N º 20.015, 17 de mayo de 2005.

D.S. N° 38, Reglamento Orgánico para Establecimientos de Menor Complejidad y Establecimientos de Autogestión en Red, 2005.

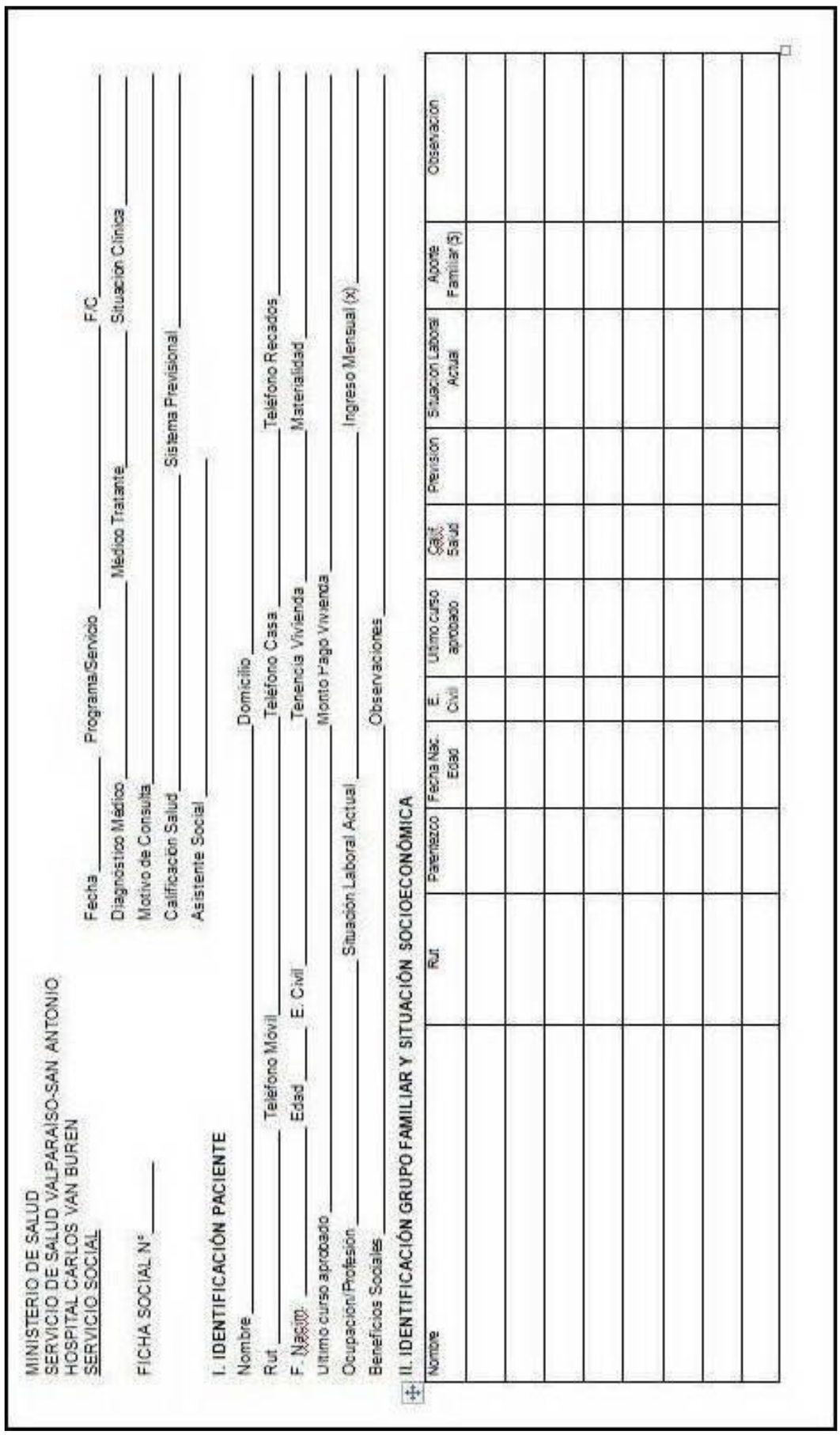
D.F.L. Núm. 1/19.653 publicado el 2001.

Informe de la Comisión de Salud, Boletín nº 6.230-11, 16 de Diciembre de 2008.

Reglamento nº 94 de 2007, sobre Asistencia religiosa en recintos hospitalarios.

Anexos

Anexo 1, página 91, Ficha Social



MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD VALPARAISO-SAN ANTONIO
HOSPITAL CARLOS VAN BUREN
SERVICIO SOCIAL

FICHA SOCIAL N° _____

Fecha _____ Programa/Servicio _____ F/C _____
Diagnostico Médico _____ Medico Tratante _____ Situacion Clinica _____
Motivo de Consulta _____
Calificacion Salud _____ Sistema Previsional _____
Asistente Social _____

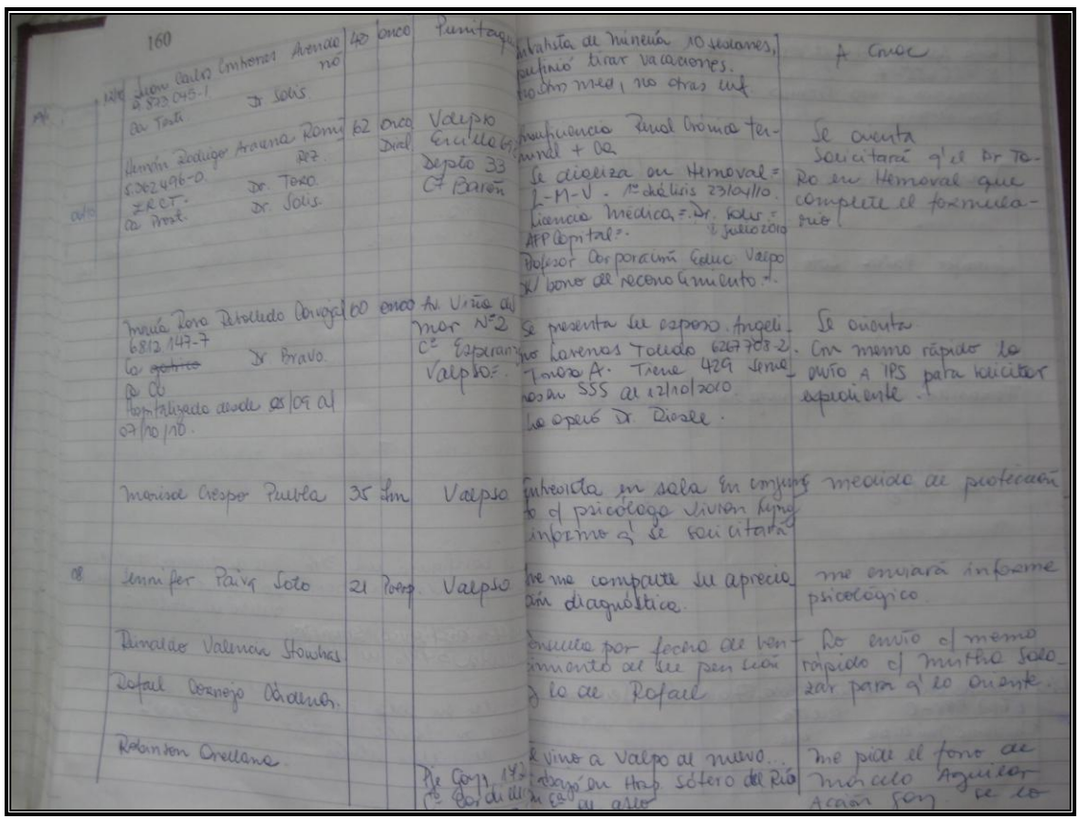
I. IDENTIFICACIÓN PACIENTE

Nombre _____ Domicilio _____
Rut _____ Teléfono Movil _____ Teléfono Casa _____ Teléfono Recados _____
F. Nacim: _____ Edad _____ E. Civil _____ Tenencia Vivienda _____ Materialidad _____
Ultimo curso aprobado _____ Monto Pago Vivienda _____
Ocupación/Profesión _____ Situación Laboral Actual _____ Ingreso Mensual (x) _____
Beneficios Sociales _____ Observaciones _____

II. IDENTIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR Y SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Nombre	Rut	Parentezco	Fecha Nac. Edad	E. Civil	Ultimo curso aprobado	Cali. Salud	Prevision	Situacion Laboral Actual	Aporte Familiar (S)	Observacion

Anexo 2, página 91, Registro de Atención



160

Jhon Carlos Contreras Arenas 40 Soltero Temuco
23 823 045-1 no
Av Tobi Dr Solis

Ramón Rodrigo Araneda Romy 62 Casado Valpso
5.062.496-0. Dirección Escuela 67
ERCT. Depto 33
Av Prat. Dr. Toro C7 Barón
Dr. Solis.

María Toro Retolledo Abogada 60 Casado Av. Viña del
6812.147-7 mar N°2
Av ~~patria~~ Dr Bravo. Cª Esperanza
Av Cc Valpso.
Hospitalizado desde 05/09 al
07/10/10.

Marisol Crespo Pinto 35 Soltero Valpso

Jennifer Paiva Soto 21 Soltero Valpso

Ronaldo Valencia Howkes

Rafael Cornejo Ordenes.

Robinson Orellana.

Labores de Jardinería 10 meses, [illegible] tirar vacaciones. [illegible] otra cosa

Influenza Anual Crónica Terminal + Dg

Se agiliza en Hemoval = 2-M-V. 1ª diálisis 23/04/10.
Ciencia Médica = Dr. Solis =
AFP Capital = 2 Julio 2010
Profesor Corporación Educ Valpo
S/ bono de reconocimiento.

Se presenta Sr esposo Angel Lorenzo Toledo 6267703-2. Toro A. Tiene 429 semanas SSS al 12/10/2010
Lo operó Dr Disalle.

Entrevista en sala en conjunto c/ psicóloga Vivian Reyes informo q' se solicitará

Se me comparte su apreciación diagnóstica.

Consulta por fecha de vencimiento al Sr pensión y lo de Rafael

Vino a Valpo al nuevo... trabajo en Hosp Sótero del Río [illegible] al año

A Cmoc

Se cuenta
Solicitará q'el Dr Toro en Hemoval que complete el formulario

Se cuenta
Con mismo rápido lo envío a IPS para solicitar especialista.

medida de protección

me enviará informe psicológico

Se envío c/ mismo rápido c/ Mirtha Solazar para q' lo cuente.

Me pide el fono de Marcelo Aguilar para [illegible] le lo

* Libro de Atención: Profesional Asistente Social Lidia Parra Castillo, Unidad de Servicio Social.

Anexo 3, página 92, Ayudas Técnicas

CHILE

SERVICIO SALUD
VALPARAISO SAN ANTONIO
DEPTO. PROGRAMAS PERSONAS
PAE

Folio:

SOLICITUD DE AYUDA TECNICA
ADULTO MAYOR GES
FORMULARIO IDENTIFICACIÓN E INFORME MÉDICO

ESTABLECIMIENTO:				
NOMBRE DEL PACIENTE:				
FECHA DE NACIMIENTO:				
EDAD:		RUT:		
PREVISION:		FICHA CLINICA:		
DOMICILIO				
TELEFONOS:				
PROGRAMA CHILESOLIDARIO		SI		NO
TELEFONOS				
PRESTACION....				

SILLA DE RUEDAS	COLCHON ANTIESCARA	ANDADOR	BASTON	COJIN

NOMBRE DEL ASISTENTE SOCIAL:	
FIRMA :	
FECHA ELABORACION DOCUMENTO:	

FECHA INDICACION MEDICA	
DIAGNÓSTICO:	
INDICACIÓN DE AYUDA TÉCNICA:	
NOMBRE MÉDICO:	

FIRMA MEDICO	

Anexo 4, página 92, Devolución de Pasajes

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD
VALPARAISO SAN ANTONIO
HOSPITAL CARLOS VAN BUREN
SERVICIO SOCIAL
SMM/cng

Valparaíso, _____

SOLICITUD DEVOLUCION DE PASAJES

Se solicita efectuar devolución de pasajes al paciente Sr.(a) _____

quien fue enviado/a a _____

_____ para _____

_____ Fecha _____.-

El/la paciente es beneficiario(a) _____

tiene derecho a devolución del valor de $ _____ correspondiente a _____ pasajes.

Atte.

ASISTENTE SOCIAL
TURNO

Anexo 5, página 93, Entrega Ayudas Técnicas

GOBIERNO DE CHILE

ACTA DE ENTREGA

En Valparaíso a_____ de_____

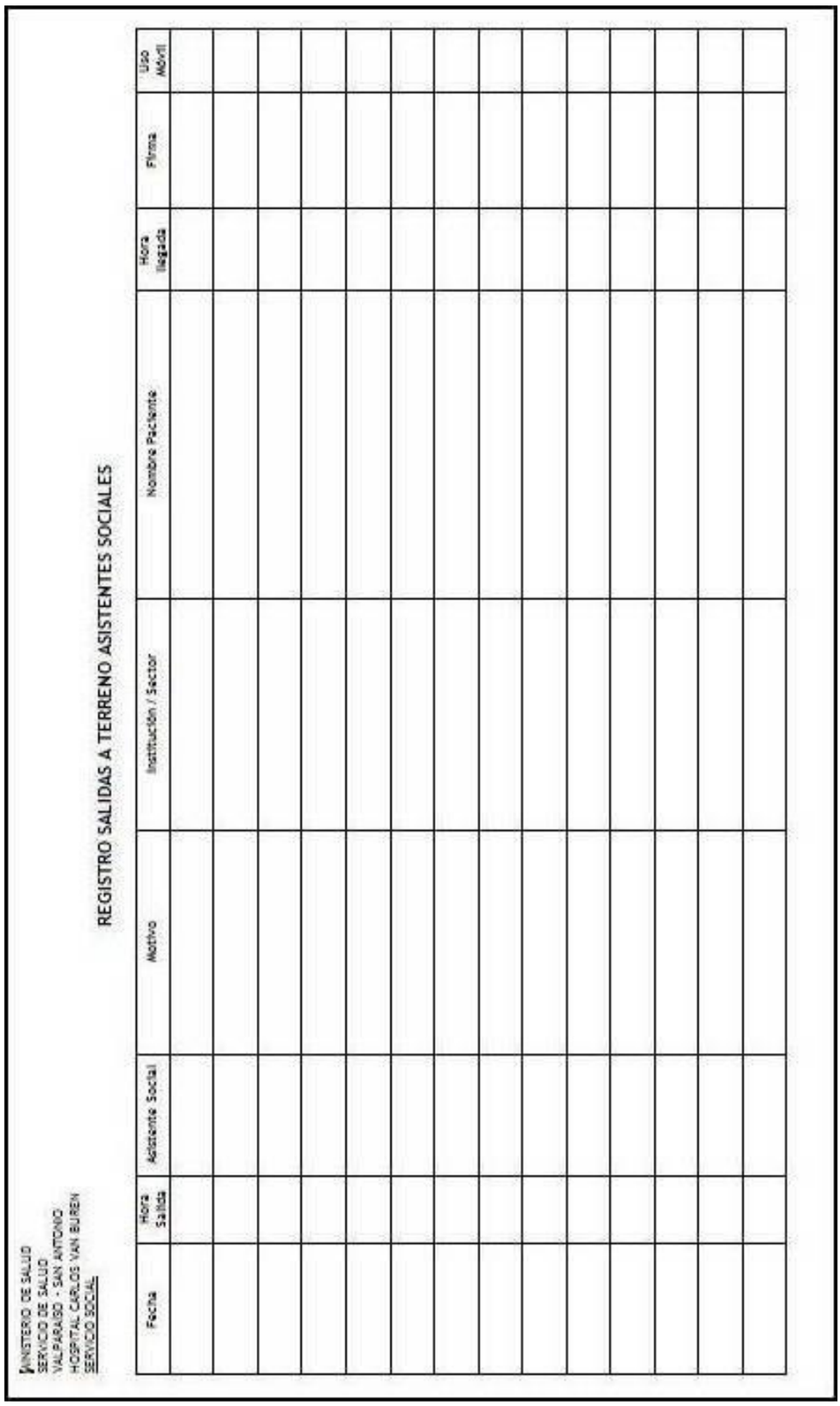
Con esta fecha CAROLIN GALVEZ VALENZUELA, ASISTENTE SOCIAL, RUN: 15.102.454 – 8, designado por resolución exenta N°_____, de_____2009, de la Dirección del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, hace entrega de la siguiente ayuda técnica:_____, número de serie _____ el que se encuentra en perfecto estado de conservación y funcionamiento a don/ña_____, RUN:_____, _____ años, con domicilio en_____, _____ beneficiario del programa ayudas técnicas GES para 65 años y más, quién luego de revisar el artículo entregado manifiesta su plena conformidad en cuanto a su estado y funcionamiento.

Ante el evento, que por cualquier causa, don/ña_____, dejara de hacer uso de la ayuda técnica que por este acto recibe, se compromete a entregarla de modo preferente al Subdepartamento de Atención Primaria en la persona del Jefe de la Dirección de Atención Primaria del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, previa constancia.

Teniendo a la vista por el funcionario que entrega la cédula de identidad del beneficiario, firman conforme:

FIRMA QUIEN ENTREGA	**FIRMA QUIEN RECIBE CONFORME**

Anexo 6, página 99, Ficha Salidas a Terreno



MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD
VALPARAISO - SAN ANTONIO
HOSPITAL CARLOS VAN BUREN
SERVICIO SOCIAL

REGISTRO SALIDAS A TERRENO ASISTENTES SOCIALES

Fecha	Hora Salida	Asistente Social	Motivo	Institución / Sector	Nombre Paciente	Hora llegada	Firma	Uso Móvil

Anexo 7, página 92, Antecedentes Habitacionales

ANTECEDENTES HABITACIONALES

1. Tipo de vivienda:
a) Casa
b) Departamento
c) Pieza en Dpto. o casa
d) Conventillo
e) Mediagua
f) Mejora
Otro tipo

2. Tenencia:
a) Propia
b) Arrendada
c) Cedida
d) Asignada
e) Allegado/a
f) Otro tipo

3. Distribución:
a) Living / comedor
b) Baño
c) Cocina
d) Dormitorios
e) Patio
f) Otras habitaciones

4. Tipo de Construcción:
a) Solida
b) Adobe
c) Internit
d) Otro material

5. Numero de piezas:
a) 1
b) 2
c) 3
d) Mas de 3

6. Estado de conservación de la vivienda:
e) Techo:
f) Paredes:
g) Piso:

7. Calidad de la vivienda:
a) Buena
b) Regular
c) Deficiente
d) Insalubre

8. Servicios higiénicos:
a) Red de alcantarillado
b) Pozo séptico
c) Pozo negro
d) No hay

9. Procedencia del agua:
a) Red de cañerías
b) Pilon
c) Llave individual
d) Noria
e) Canal

10. Luz electrica:
a) Con medidor
b) Sin medidor

11. Eliminación de basuras:
a) Recolección municipal
b) Enterrada
c) Quemada
d) Bota a la calle o quebrada

12. Equipamiento de la vivienda:
a) Suficiente
b) Insuficiente

13. Cocinan a:
a) Gas
b) Parafina
c) Carbon
d) Leña

14. Estufa:
a) Gas
b) Carbón
c) Leña
d) Otro material

15. Accesibilidad:
a) Adecuada
b) Inadecuada

16.- INSTALACIÓN ELECTRICA: ADECUADA:___ INADECUADA:___
¿por que?_____

OBSERVACIONES:

PIEZA DEL ENFERMO

1. Ubicación:
a) Dentro de la casa
b) Fuera de la casa

2. ¿A qué distancia?:

3. Superficie pieza:
_____

4. Tipo de construcción:
a) Madera
b) Adobe
c) Internit
d) Cemento
e) Mixto
f) Otro

5. Estado de conservación:
a) Buena
b) Regular
c) Deficiente
d) Insalubre

6.- ¿cuenta con Ventana y de qué Dimensiones?:_____

7.- Distancia respecto del Hospital:
_____Kmts.

8.-Ubicación:
g) Plan
h) Subida de cerro
i) Quebrada de cerro

9.-Se llega a través de:
a) Escaleras
b) Calles
c) Quebrada
d) Otro _____

10.- Accesibilidad:
a) Adecuada
b) Inadecuada

11.- **APOYO FAMILIAR:** SI:___ NO:___
¿ por que?_____

12.-FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DINAMICA FAMILIAR:

a) Disfunción Familiar_____

b) Alcoholismo, Drogadicción, Tabaquismo del algún integrante del Grupo Familiar_____

c) Problemas económicos_____

d) las enfermedades del usuario o de otro integrante del grupo familiar_____

e) otros factores_____

Anexo 8, página 92, Citación

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD
VALPARAÍSO - SAN ANTONIO
HOSPITAL CARLOS VAN BUREN
SERVICIO SOCIAL

Fecha:

C I T A C I Ó N

Presentarse en la Oficina de Servicio Social ubicada en el 2° piso del Consultorio de Especialidades (CAE) a entrevista con la Asistente Social _____

el día _____ horario _____

Paciente ☐ Familiar ☐

Nombre del Paciente _____

Run _____ Ficha Clínica _____

Motivo de la citación _____

_____

_____

Anexo 9, página 92, Adopción

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD
VALPARAISO SAN ANTONIO
HOSPITAL CARLOS VAN BUREN
SERVICIO SOCIAL

DECLARACION ADOPCION

YO _____

RUN _____, domiciliada en _____

_____

TELÉFONO CONTACTO _____,

solicito voluntariamente a la Asistente Social de Maternidad del Hospital Carlos Van Buren que inicie los trámites en el TRIBUNAL DE FAMILIA de Valparaíso, para entregar a mi hijo(a) recién nacido(a) en adopción.

FECHA DE PARTO _____ SEXO RECIÉN NACIDO/A_____

_____
FIRMA PACIENTE

Valparaíso, _____

Anexo 10, página 92, Acta de reunión

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD
VALPARAISO - SAN ANTONIO
HOSPITAL CARLOS VAN BUREN
SERVICIO SOCIAL

LISTA DE ASISTENCIA REUNION N°.....

TEMA _____

FECHA _____

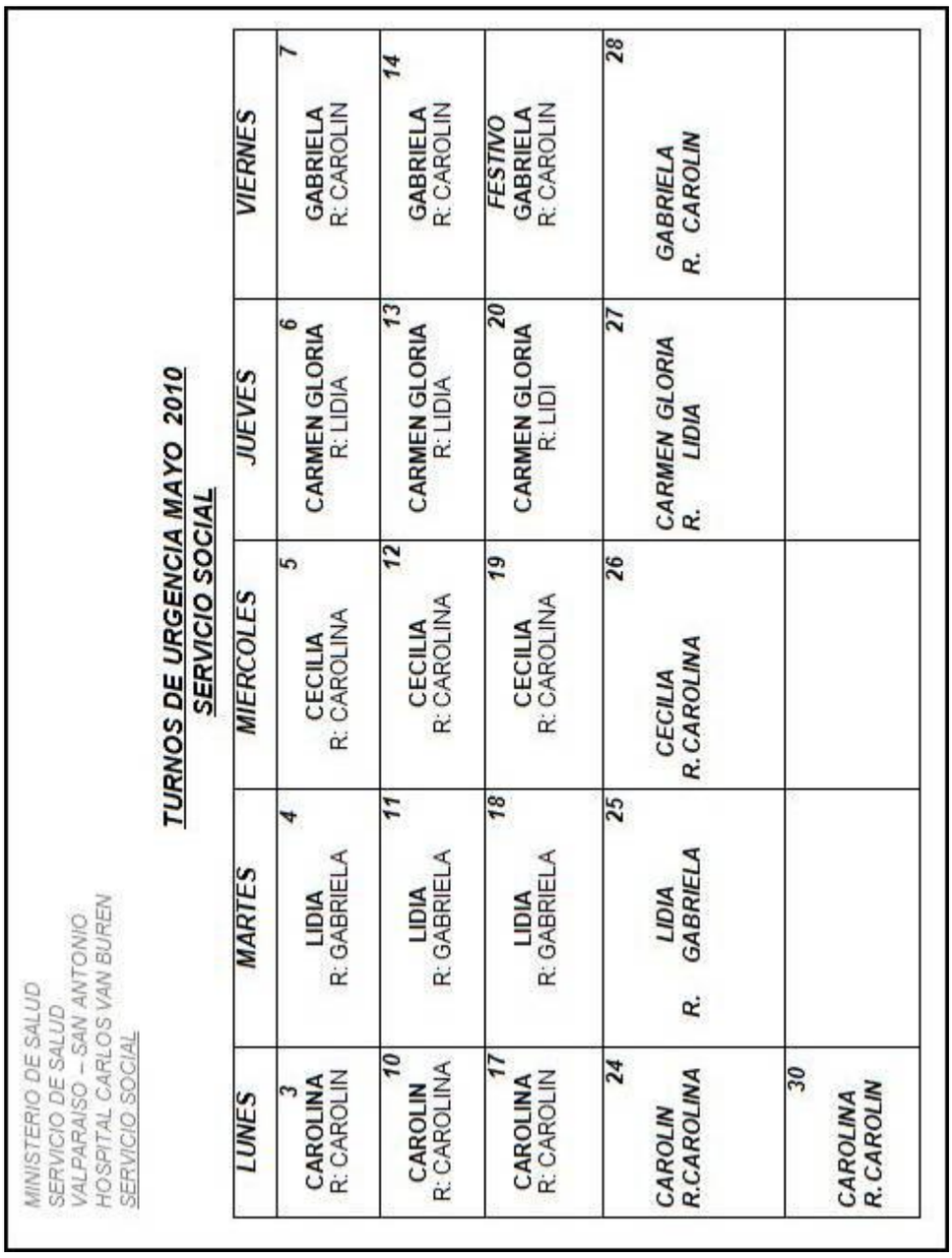
LUGAR _____

HORA INICIO _____. HORA TERMINO _____

N°	Nombre	Unidad/Servicio	FIRMA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

TEMAS TRATADOS	ACUERDOS

Anexo 11, página 92, Turnos

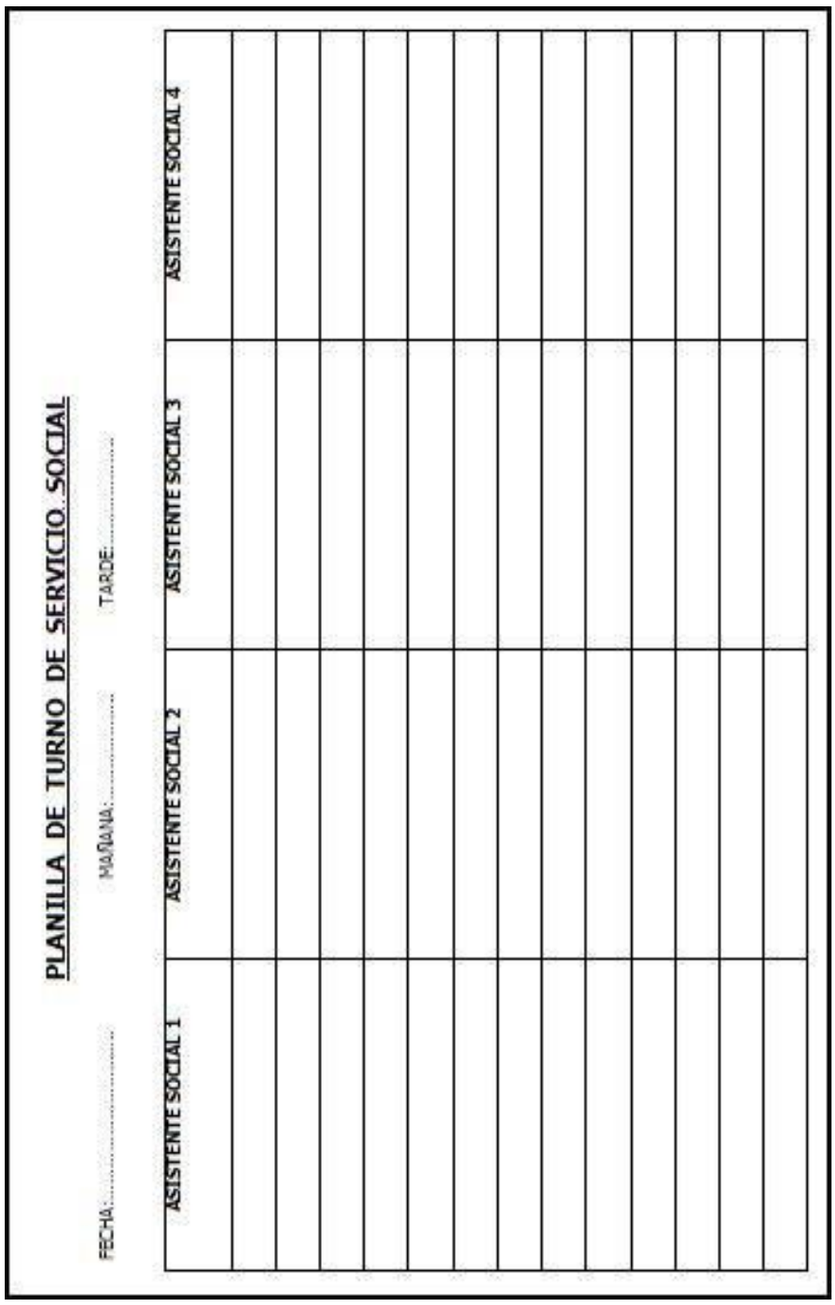


MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD
VALPARAISO – SAN ANTONIO
HOSPITAL CARLOS VAN BUREN
SERVICIO SOCIAL

TURNOS DE URGENCIA MAYO 2010
SERVICIO SOCIAL

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
3 CAROLINA R: CAROLIN	4 LIDIA R: GABRIELA	5 CECILIA R: CAROLINA	6 CARMEN GLORIA R: LIDIA	7 GABRIELA R: CAROLIN
10 CAROLIN R: CAROLINA	11 LIDIA R: GABRIELA	12 CECILIA R: CAROLINA	13 CARMEN GLORIA R: LIDIA	14 GABRIELA R: CAROLIN
17 CAROLINA R: CAROLIN	18 LIDIA R: GABRIELA	19 CECILIA R: CAROLINA	20 CARMEN GLORIA R: LIDI	FESTIVO GABRIELA R: CAROLIN
24 CAROLIN R.CAROLINA	25 LIDIA R. GABRIELA	26 CECILIA R.CAROLINA	27 CARMEN GLORIA R. LIDIA	28 GABRIELA R. CAROLIN
30 CAROLINA R.CAROLIN				

Anexo 12, página 92, Turnos



PLANILLA DE TURNO DE SERVICIO SOCIAL

FECHA:..... MAÑANA:..... TARDE:.....

ASISTENTE SOCIAL 1	ASISTENTE SOCIAL 2	ASISTENTE SOCIAL 3	ASISTENTE SOCIAL 4