



Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

**“SISTEMATIZACIÓN DE PERFILES DE LOS PACIENTES
SOCIOSANITARIOS, EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN
LA REGIONE DE VALPARAISO”**

INFORME FINAL DE PROYECTO DE TÍTULO PARA OPTAR AL GRADO
ACADÉMICO DE LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL Y EL TÍTULO
PROFESIONAL DE TRABAJADOR SOCIAL

ALUMNA: YASNA PALLACAR HIDALGO

PROFESORA GUIA: PATRICIA CASTAÑEDA MENESES

2019



Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

REF.: Informa evaluación y calificación Proyecto
de Título I y II de alumna que indica.

VALPARAISO, 16 de marzo de 2020.-

SEÑOR DECANO:

En cumplimiento de las disposiciones vigentes en la Universidad, en mi calidad de Profesora Guía, cumpla con informar a Ud. la evaluación practicada y calificación que he asignado al Proyecto de Título I y II denominado: **“SISTEMATIZACIÓN DE PERFILES DE LOS PACIENTES SOCIO SANITARIOS, EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN LA REGIÓN DE VALPARAÍSO”**, cursado durante el período académico 2019 por la alumna de la Escuela de Trabajo Social, Srta. **YASNA FRANCISCA PALLACAR HIDALGO**.

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.

Por lo anteriormente expuesto vengo en calificar el presente Proyecto de Título I y II con las siguientes notas:

*Proyecto de Título I: **6,0 (seis coma cero)***
*Proyecto de Título II: **6,5 (seis coma cinco)***

PATRICIA CASTAÑEDA MENESES
PROFESORA GUÍA

AL SEÑOR
JUAN SANDOVAL MOYA
DECANO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
PRESENTE
PCM/fpu.-



Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

Agradecimientos

Hitotsu! Jinkaku Kansei Ni Tsutomeru Koto

Intentar Perfeccionar el Carácter

Hitotsu! Makoto No Michi o Mamoru Koto

Ser Correcto, Leal y Puntual

Hitotsu! Doryoku No Seishin o Yashinau Koto

Tratar de superarse

Hitotsu! Reigi o Omonzuru Koto

Respetar a los demás

Hitotsu! Kekki No Yuu O Imashimuru Koto

Abstenerse de proceder violentos

Dojo Kun, principios del Dojo, ceremonialmente nos formamos en una línea recta horizontal, sabiendo que todos tenemos el mismo nivel de importancia hacia el maestro, esto se hace al término de cada sesión de entrenamiento de Karate do y recitamos con ímpetu los cinco preceptos éticos enseñados por el maestro para recordad día a día cual es el compromiso que debemos adquirir como estudiantes y personas. En el transcurso de este largo periodo de entrenamiento con los mejores maestros he repetido un sin número de veces estos preceptos éticos, desde el fondo de mi corazón y en muchas ocasiones desde el último aliento por el cansancio propio de la clase, si me preguntan, si ya están aprendidos, solo puedo responder que día a día me esfuerzo más y estoy trabajando de forma disciplinada, analítica y baja el manto de la reflexión, para ser primero una buena personas y también enfocada en la construcción de ser una profesional integra, porque tengo la convicción que entre lazar los conocimientos éticos y académicos entregados por personas excepcionales me ayudaran a ejercer mi profesión con hidalguía.

Hace años decidí integrarme a este selecto grupo de personas que llevamos este estilo de vida, con un disciplina inimaginable de mucho esfuerzo y perseverancia, con el paso del tiempo y la madures he aprendido a interpretar la conexión con el diario vivir y si algo debo resaltar, es la importancia de la educación en nuestras vidas, es por ello que hoy mi énfasis está enfocado en agradecer profundamente a las personas ilustres y admirables, que me instruyeron en diversidad y calidad de conocimiento, actitudes y respuesta hacia la vida.

Agradezco a la universidad por cobijarme y permitir formarme en ella, a las personas que fueron partícipes de este proceso, ya sea de manera directa o indirecta, ustedes fueron los responsables de abrir las puertas al inicio de este camino.

De manera muy particular quiero agradecer a mi profesora y mentora Doctora Patricia Castañeda Meneses desde mi percepción de la vida mi Sensei (el que ha nacido antes) ante todo le agradezco por haber tomado la difícil decisión de enseñar y permitirme desarrollar esta maravillosa tesis.

Hago una pausa y lo primero que recuerdo es el instante en que llegue a su oficina, tímida y nerviosa, con una mochila grávida de duda, ante un proyecto absolutamente desconocido, si bien en ese momento me enfrento a una profesora estricta y muy exigente tenía la convicción que era la idónea, por su amplio conocimiento empírico, que la hace apta para enseñar y guiar sobre una amplia temática.

Con el paso del tiempo sentí que comenzó mi metamorfosis, desde su elocuencia aprendí que cada palabra e introducción moldearon y perfeccionaron mi trabajo, agradezco su capacidad de exceptuar lo mejor de mí, demostrarme un camino a la superación y aprender a visualizar el ampliado arcoíris de la profesión; bajo el sutil manto de su comprensión hoy me siento mejor persona, me doy cuenta de su generosidad al compartir sus conocimientos y que muchas veces es absolutamente necesario en esta vida tomar un libro con pasión e impetuosidad para instruir con excelencia y disposición, es mi ejemplo a seguir.

Estoy infinitamente agradecida por el interés mostrados en esta tesis, siempre preocupada por mis avances, por todas las críticas constructivas, por aceptar y mostrar interés en mi estilo de vida, así como también en mi ciudad de origen, gracias por creer en la educación y desarrollo de la sociedad a través de usted misma; gracias por hacerme sentir primera en la línea del Dojo Kun universitario.

Al señor Felipe Campos Araya, mi supervisor institucional de tesis, dicen que la práctica hace al maestro, humildemente creo que aprendí del mejor, sin un lápiz ni pizarra me enseñó con ataraxia, amabilidad y buena disposición con el ejemplo. Primero en mi práctica profesional me demostró la empatía y respeto con que se debe ejercer la profesión de Trabajo Social.

Su profesional sobresaliente digno de imitar marcó un antes y un después en mi visión sobre el trabajo; y la importancia de la seriedad y responsabilidad con la que se debe tratar a cada ser humano, donde no puedo dejar de destacar que la ayuda tangible es importante para cada ser, pero la emocional contribuye a restablecer el alma. Agradezco infinitamente y valoro sobre manera su tiempo entregado, aun consciente de lo limitado que era en algunas oportunidades, para enseñarme y entregar de manera desinteresada todos sus conocimientos.

Sin imaginarlo comenzamos luego mi proyecto más importante, tesis, su apoyo fue fundamental, simplemente gracias, por el compromiso asumido de principio a fin, sumo a esto la relevancia que tiene en los conocimientos prácticos de la temática investigada con el fin de aportar con un granito de arena al mejoramiento del sistema.

Así mismo agradezco la dedicación que ha puesto en realizar investigaciones con el propósito de contribuir de forma clara y precisa a la metodología del Trabajo Social.

Gracias por las lecciones, gracias por la paciencia, gracias por reforzar los valores esenciales de la vida en mí y hacia su alrededor, su enseñanza quedara sempiterno.

Esta tesis no se hubiera podido realizar sin la participación y buena disposición de excelentes profesionales del área de salud, quienes hacen un trabajo minucioso, muchas veces poco valorado, pero relevante para la comunidad, me refiero a los profesionales de Trabajo Social de los diversos Establecimientos de Salud de la Región de Valparaíso, es por ello que agradezco su buena voluntad y cooperación en este proyecto, mi especial mención es para Adriana Barrientos, Carolin Gálvez, Lidia Parra, Mónica Escobar, Olga Navarrete, Carla Bustamante, Liliam Verdugo, Natalia Saldívar, Sandra González, Ángela Seguel y finalmente Ximena Sepúlveda.

A mis seres amados, mi familia agradezco a Dios tener la oportunidad de escribir estas líneas colmada de alegría y satisfacción porque significa que he cumplido con mi meta más importante que me propuse en el pasado de ser una profesional universitaria lejos de mi hogar, han sido unos años intentos, con altos y bajos, en ocasiones llegué a dudar si estaba haciendo lo correcto, pero hoy en día reconozco que gracias a todo el amor incondicional que me brindaron he podido llegar a dónde estoy. Fueron muchos los días que los extrañé a cada uno de

ustedes, estuve ausente de muchos eventos importantes en de sus vidas a ratos me inundaba la nostalgia y mi llanto simplemente era desconsolado, pero hoy me observo, orgullosa, mejor persona, valorando la vida con todas sus pequeñeces y siento que todo valió la pena.

A ti, Rossana, mi admirada y querida madre, es en este momento en el que las palabras no son suficientes, es tanto el agradecimiento que te debo por todos estos años en los que me has brindado tu apoyo y amor incondicional, que realmente no sé por dónde comenzar. Mamá, la frase “eres mi persona favorita” para mí lo expresa todo, debido a que disfruto de tu maravillosa compañía, en estos últimos años nos hemos visto en la necesidad de adaptarnos para estar cerca debido al obstáculo de la distancia, sin embargo, hoy en día me siento más cerca de ti que nunca. Te estaré agradecida siempre, por darme la oportunidad de poder seguir con mis estudios universitarios, espero no haberte defraudado y decir siempre que lo logré gracias a ti.

Hoy se cierra una etapa de mi vida, para pronto iniciar una nueva, como profesional; con la madurez adquirida en este proceso he logrado valorar aún más tu presencia en mi vida, deseando de todo corazón poder disfrutar de tu compañía y amor por muchas décadas más. Te amo mamá, gracias por existir.

Luis, hermanito, en nuestra niñez a veces que discutimos por cosas absurdas y sin sentido, ahora con el transcurso del tiempo y la madurez adquirida por ambos nos hemos unidos de una maravillosa manera, hoy puedo decir cómplices, estoy infinitamente agradecida del gran hermano menor que me dio la vida, te quiero mucho.

José Luis, a pesar de que la sangre que fluye por mis venas no es la misma suya, hoy me doy cuenta de que adquiriré sus gestos, dichos y valores, esto se debe absolutamente a la gran labor paternal que incondicionalmente aportó a mi crecimiento. Agradecida eternamente que en un momento de su vida haya tomado la difícil y generosa decisión de criarme, creo no lo pudo haber hecho de una mejor forma, por eso es importante decirle que este triunfo también es de usted, muchas gracias por todo, lo quiero mucho.

Abuela y tío Marcelo, son sin duda alguna las personas más importante en mi vida, ustedes me han enseñado de sacrificio - recompensa , el inmenso amor incondicional que tienen hacia mí es total y absolutamente recíproco, desde el día uno cuando hace años atrás inicié esta aventura he tenido su apoyo en un ciento por ciento, me han entregado mucho en esta vida a veces más de lo necesario, han puesto mi propia vida y necesidades sobre las suyas a pesar del inmenso dolor que nos inundaba cada vez que llegamos a un aeropuerto y nuestros caminos tomaban rumbos diferentes porque yo necesitaba continuar con mis estudios, me es imposible evitar emocionarme al recordar estos episodios y escribir estas palabras porque todo lo que pueda decir no va a ser suficiente para expresar lo infinitamente agradecida y afortunada que ustedes sean mi familia, los quiero mucho, por siempre.

Tía Regina, estoy agradecida infinitamente de su existencia en mi vida, como explicar en un simple párrafo el significado que tuvo en mi sus constantes preocupaciones, desde el primer momento que me vine a estudiar, cada llamada, sonrisa y regalito llamaron mi alma en casa instante, me llena de orgullo contar con usted y saber que día a día está aportando con una palabra o un gesto en mi educación para ser mejor persona, hoy me doy cuenta el valor del tiempo y comprendo que cuando alguien te quiere y toma tu mano no hay ni siquiera distancia que rompa ese lazo, mil gracias , la quiero mucho y espero llegar a su edad como usted está, enérgica y llena de amor al prójimo.

Manuel, resaltó con énfasis que una de las mejores experiencias que me entregó venir a estudiar a la V región fue haberte conocido, nos presentó nuestra pasión por el karate y nos unió el amor mutuo que hemos ido construyendo en el transcurso de los años, escribiendo una historia con muchos ensayos buenos y a veces erróneos dignos de cómo es la vida en general, me has enseñado muchas cosas de ti, resaltó de manera especial la capacidad de admirar, apreciar y amar tu cultura Peruana; eres una persona muy especial porque traes desde la cuna valores únicos y admirables que se entrelazan con un comportamiento conservador y moderno, poco a poco he ido aprendiendo a conocerte cada día un concepto o acción positiva diferente no has dejado de sorprenderme. Eres una gran persona con muchas virtudes dignas de imitar tales como tu inmeasurable humildad, generosidad, timidez, esa capacidad de liderazgo innato y la admiración que tiene la gente hacia ti, creo que podría pasar horas describiéndote pero nadie más que tú conoces lo que vale, así mismo deseo que sepas lo mucho que te quiero, estarás infinitamente en mi corazón, mil veces gracias por estar presente siempre en todo



Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

este camino y por abrirme las puertas de tu hogar y en especial de tu generoso corazón.

Helem y Maryorie, mis queridas compañeras, desde el primer día de universidad sentí que entre nosotras había química, luego con el transcurso de los días, meses y años aprendí a conocerlas a cada una de ustedes con sus fortalezas y virtudes diferentes, fueron una parte muy importante en esta etapa de mi vida en donde vivimos muchos días de clases, pruebas, trabajos y desveladas; nervios ante las pruebas, tristezas ante las notas bajas, alegrías y satisfacción en la aprobaciones de nuestros ramos, porque sabíamos que cada logro era un avance a este largo camino, nunca pensé que podría encontrar grandes amigas, estoy agradecida por haberme permitido ser parte de sus vida, por abrirme sus corazones, por todas sus muestras de preocupaciones hacia mí, por la contención, gracias, les deseo todo el éxito cualquier sea el ámbito que se propongan en esta vida, se lo merecen con creces por son grandes mujeres y amigas.

Índice

Capítulo I:.....	1
Contexto Institucional.....	1
1.1 Contexto General en donde se enmarca el proyecto de título.....	3
1.2 Contexto del Intervención Social Profesional de Trabajo Social en la Institución	8
1.3 Contexto de los sujetos de atención: Usuarios Sociosanitarios.....	12
Capítulo II:	16
Marco Referencial	16
2.1 Eje conceptual N°1: Adulto Mayor.....	18
2.2 Eje Temático N°2: Usuario sociosanitario	21
2.3 Eje conceptual N°3: Gestión de calidad en la Hospitalización	26
2.4 Eje conceptual N°4: Trabajo Social Hospitalario	31
Capítulo III:	37
Metodología de Trabajo.....	37
3.1. Fundamentación Metodológica	39
3.2. Organización Metodológica del Proceso de Seminario de Título	40
Capítulo IV:.....	48
Sistematización	48
4.1 Perfiles de Pacientes Sociosanitario.....	50
4.2 Protocolo Diagnóstico Pacientes Sociosanitarios	75
4.3 Pautas de intervención con pacientes sociosanitarios	80
4.4 Hallazgos.....	97
Capítulo V:.....	99
Conclusiones	99
Conclusiones Adultos Mayor, Paciente Sociosanitario y Trabajo Social	101
Conclusiones Metodológicas.....	103
Conclusiones Trabajo Social Hospitalario	104
Bibliografía	106
Bibliografía.....	107
Anexos.....	109



Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social



Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

Capítulo I:

Contexto Institucional



Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

Capítulo I:

Contexto Institucional

A continuación, se precisan los contextos de la experiencia de sistematización utilizados en el proyecto de título. Según el siguiente orden:

- 1.1 Contexto General en donde se enmarca el proyecto de título
- 1.2 Contexto Intervención Social Profesional de Trabajo Social en la Institución
- 1.3 Contexto Nacional de los pacientes sociosanitarios

1.1 Contexto General en donde se enmarca el proyecto de título

El Hospital Carlos Van Buren es una institución de carácter público sin fines de lucro, dependiente del Ministerio de Salud a través del servicio de Salud de Valparaíso - San Antonio (SSVSA), este se encuentra ubicado en calle Colón N° 2454 en Valparaíso.

La radio de acción del hospital corresponde a toda la población asignada al 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 de atención por especialidades como Neurología, Traumatología, Oncología, Imágenes Complejas y Diálisis Peritoneal. En la cuenta pública realizada en abril del año 2019, se confirmó que "durante el 2018 se registraron más de 219 mil consultas de urgencias, en cuanto a las especialidades se atendieron más de 161 mil consultas médicas y más de 64 mil no médicas".

Misión

"Somos una institución pública de salud, asistencial, docente, integrada a la red del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, que entrega prestaciones oportunas y de calidad a su comunidad a través de un equipo multidisciplinario, competente con servicios especializados de alta complejidad, ambulatoria y de hospitalización"

Visión

"Queremos ser reconocidos como una institución de excelencia, innovadora, asistencial y docente, líder en especialidades de alta complejidad, comprometida con sus usuarios, la familia y la sociedad".

Estructura Organizacional

1) Requerimientos de los Hospitales auto gestionados, en el marco de la nueva reforma sanitaria. La reforma sanitaria es creada para impulsar un nuevo enfoque en el Sistema de Salud Chileno, ya que este nuevo enfoque se centra en mejorar

las condiciones de salud de las poblaciones, define, además, un marco de equidad que implica que los objetivos planteados en esta reforma no solo en términos de mejoría de indicadores promedios, sino también de distribución de brechas entre grupos extremos, planteando los siguientes objetivos:

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

Para lograr cumplir con los objetivos que plantea la reforma se fijaron nuevas prioridades en salud, no solo considerando la mortalidad, sino también la carga de enfermedad, en donde se valora la incapacidad provocada por enfermedades de carácter crónico, que no necesariamente son mortales en el corto plazo.

La reforma se encuentra compuesta por cinco leyes, que forman parte del Marco legal que permitirá realizar los cambios en el sistema de salud. Estas leyes se mencionarán a continuación:

Corresponden a la Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión (Ley 19.937), Ley de Financiamiento, Derechos y Deberes del paciente, Instituciones de Salud Previsional y Régimen de Garantías Explícitas en Salud.

El Hospital “Carlos Van Buren”, a contar del 1 de febrero del 2010, posee la calidad de Establecimiento Auto gestionado en Red, es decir, de acuerdo con el marco legal, tiene las facultades y atribuciones en lo administrativo, financiero, gestión de recursos humanos y celebración de convenios, y de optimizar su funcionamiento, organizando de forma adecuada los recursos disponibles, para responder a las diversas demandas de la población y de la contingencia del país. Entre el 20 y 25 de septiembre del año 2009, se realizó un informe con el propósito de evaluar aspectos técnicos del Hospital para calificarlo con la calidad de “EAR”.

2) Lineamientos del Ministerio de Salud, en el documento denominado “Modelo de Gestión de Establecimientos Hospitalarios. Manual N.º 9” que determina a la

estructura organizacional como un componente estratégico del nuevo modelo de atención integral de salud.

- 3) Norma general técnica administrativa N° 17. Gestión y desarrollo de cursos financieros humanos en establecimientos auto gestionados en red.
- 4) Norma general administrativa N°19, la cual especifica la Gestión del Cuidado de enfermería para la atención cerrada y las orientaciones expresadas por la Dirección de Servicio en el Plan estratégico 2008-2010, plan donde se especifica que los establecimientos que componen el Servicio de Salud y sus centros de responsabilidad constituyentes deben trabajar todos interrelacionados.
- 5) Ley N° 19.937, que modifica el D.L N°2763 de 1979, con el propósito de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, de igual forma distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana.
- 6) Reglamento Orgánico de Servicios de Salud Decreto N°140 de 2004 en su Artículo 46, Letra C: "Organizar la estructura interna del Hospital y asignar los cometidos y tareas a sus dependencias, de acuerdo con las normas e instrucciones impartidas sobre la materia por el Ministerio de Salud y el director del Servicio".
- 7) Decreto N°38 que contiene el Reglamento Orgánico de los establecimientos de Salud de Menor complejidad y de los establecimientos de autogestión de red.
- 8) Manual Administrativo N°9, el cual traduce la visión de la subsecretaria de Redes asistenciales 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.

Funciones de la Institución

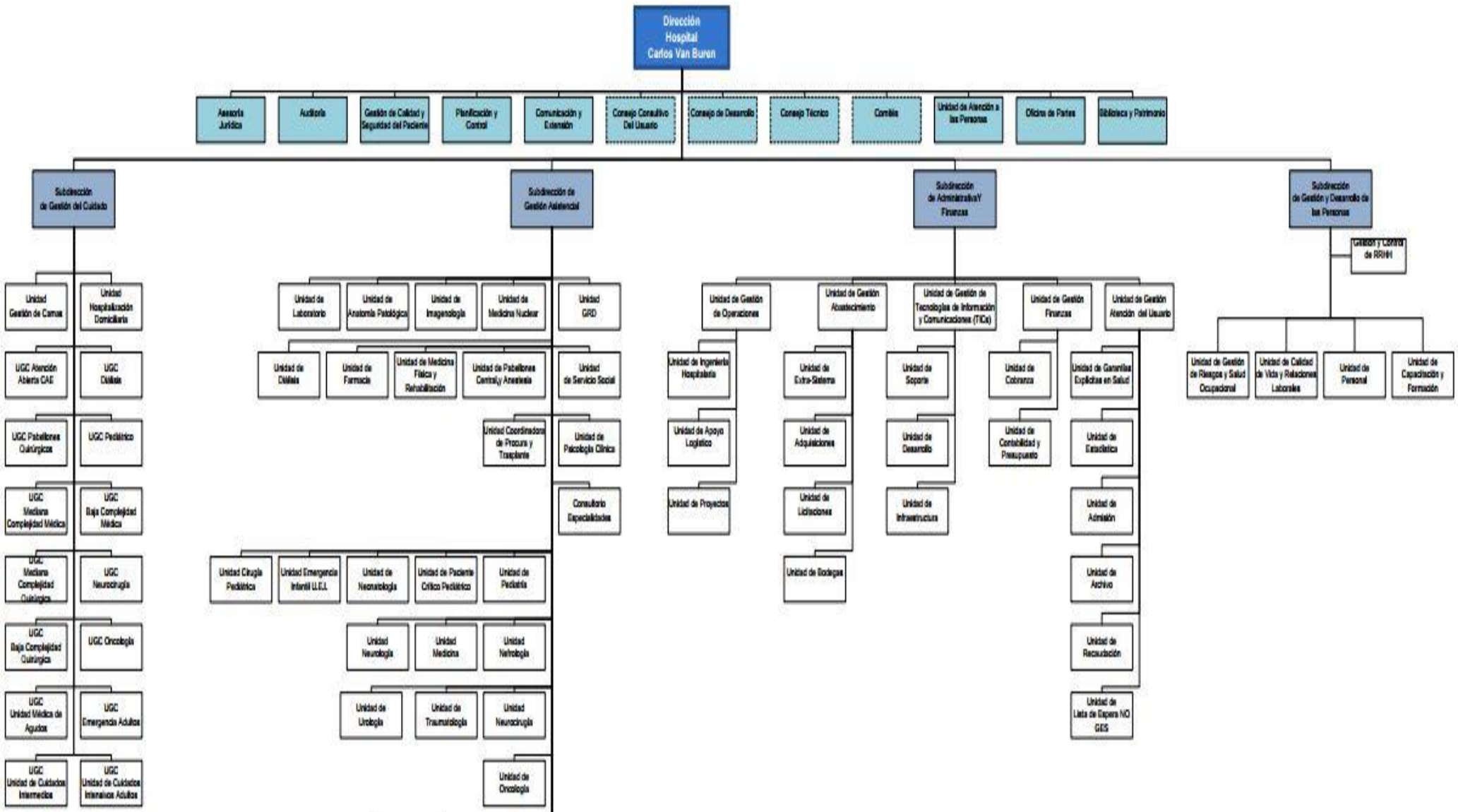
El funcionamiento del Hospital Carlos Van Buren, se encuentra enmarcado en lineamientos de acción, que dictaminó el Gobierno Supremo y que contempla los siguientes aspectos:

1. El acceso es un Derecho de todos los chilenos, que solo 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.

2. 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 enfermedades más frecuentes.

Los Servicios de salud deben organizarse en torno a los conceptos de descentralización, burocratización, participación de la comunidad y coordinación intersectorial.

A continuación, se visualiza el Organigrama del Hospital Carlos Van Buren.



1.2 Contexto de la Intervención Social Profesional de Trabajo Social en la Institución

El Trabajo Social es una profesión que se encuentra posicionada y distribuida en un variado ámbito al interior de la organización (HCVB), con el objetivo de “Contribuir a mejorar la calidad de vida de la población y contribuir a la gestión hospitalaria, promoviendo el desarrollo de potencialidades de individuos, familias, grupos y comunidades, ya sea se trate de usuarios externos como internos (funcionarios)”.

A continuación, se describen las funciones de los Trabajadores Sociales al interior del Hospital Carlos Van Buren.

Consulta Sociales 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.

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

- La construcción de Informes Sociales, para la solicitud de beneficios estatales o privados, para constatar situación del/la paciente y de su grupo familiar a otros profesionales, a Tribunales de Justicia o a cualquier instancia formal validada por la profesional.
- Evaluar ingresos para programas ministeriales, con aplicación de documento pautado.

- 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.

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:

- 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.

Gestión Judicial La finalidad es generar medidas de control social (de protección o prevención) en el marco legal, que permitan asegurar de alguna forma el bienestar biopsicosocial del paciente judicializado. En consecuencia, la Gestión Judicial tiene por finalidad:

- Entregar Protección: Al niño, niña y/o adolescente con alto riesgo social (embarazo adolescente, gestantes con consumo de estupefacientes, entre otros), disfunción familiar severa o maltrato infantil en todas sus expresiones, a la usuaria derivada de la Red SENAME que durante el embarazo manifestó voluntad de dar en Adopción a su hijo/a, a la madre que no controló su embarazo y durante el parto declara dar en adopción a su hijo/a.
- Prevenir: Nuevas vulnerabilidades de derecho dentro del grupo familiar y de alguna u otra manera sancionar al que provoca esta violencia.

Principales problemáticas sociales atendidas en la Unidad de Servicio Social.

- **Fallecimiento:** Investigar, evaluar y coordinar situación familiar, previsional y judicial de los usuarios fallecidos NN, indigentes, en situación de abandono y sin cobertura previsional.
- **Adopción:** Representar los intereses del recién nacido cuya madre biológica se encuentra en conflicto con su maternidad en instancias judiciales pertinentes y vinculación con la red de protección de Sename para el cumplimiento de las disposiciones judiciales. Acompañar a la madre en el proceso de ceder en adopción.
- **Orientación Previsional:** Ejercer el rol de asesor previsional con los usuarios que presentan consultas relativas a Pensiones, Licencias Médicas, Seguros (accidentes), Accidentes y Enfermedades Profesionales, Poderes, discapacidad mental, duplos, actualización calificación de salud, entre otros.
- **Beneficios Ley de Discapacidad:** Orientar y facilitar al usuario la tramitación de credencial de discapacidad y postulación a beneficios para discapacitados menores de 65 años.
- **Pasajes:** Evaluar y aprobar pago de pasajes para usuarios que se ajustan a normativo establecido por la institución.
- **Maltrato/Abandono/Negligencia/Vulneración de Derechos Neonatal e Infantil:** Intervención representando los intereses de los niños (as) desde su nacimiento y menores de 18 años que sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, negligencias, abandonos, ya sean, en el grupo familiar o en las instituciones sociales de manera directa o indirecta (UNICEF, 1989).
- Realización de peritajes como entrevistas y visitas domiciliarias, elaboración de Informe Social, medio a través del cual se cursan medidas de protección a instancias judiciales pertinentes. Asistencia a audiencias preparatorias y de Juicio representando asimismo los intereses del establecimiento.
- **Adherencia al tratamiento/Educación al usuario y su familia:** Se refiere a cuánto se cumple con un régimen terapéutico prescrito. Y es aquí donde las

profesionales apoyan a los pacientes y orientan a sus familias sobre la importancia de éste para el bienestar del paciente.

- **Órtesis o Ayudas Técnicas para usuarios de atención abierta o cerrada:** Gestionar las solicitudes de los usuarios de acuerdo con protocolos de intervención, se refiere a apoyos GES, no GES o de la red de discapacidad o programa interno de Unidad de Medicina Física y rehabilitación como apoyo a la recuperación de los usuarios.
- **Gestión de Beneficios en la Red Social local.**
- **Acceso a Programas internos del establecimiento:** Tales como oxigenoterapia domiciliaria y colocaciones extrahospitalarias.

1.3 Contexto de los sujetos de atención: Usuarios Sociosanitarios

El Ministerio de Salud en conjunto con la subsecretaría de redes asistenciales en el año 2015 define paciente de larga estadía como:

"Paciente con incapacidad moderada o grave de origen físico y/o mental, acompañado de pluripatología, con alta demanda de cuidados de enfermería, y que se encuentra en una cama para cuidados críticos o básicos, superando por más de un mes su estadía. Existe otra causa que prolonga la estadía de los pacientes dentro de los hospitales que es la falta de red familiar o social efectiva que impide dar el alta a un paciente, ocupando una cama que debería ser liberada para dar continuidad al flujo normal dentro del hospital."

A partir de lo señalado con anterioridad el Ministerio de Salud por medio de su proyecto denominado "Camas Sociosanitarias" define caso de usuario sociosanitario como:

"Se considera caso socio sanitario dentro de un Establecimiento Hospitalario, una persona que no posee vínculos familiares ni afectivos, o si tienen familia, ésta se desentiende y no están dispuestos a cuidarlos. Son personas que se asocian con una mayor dependencia y necesidad de protección, necesitando de cuidados básicos para sobrevivir. Ingresan con diversos cuadros de enfermedad aguda luego y de ser dados de alta no tienen adónde ir ya que no siempre poseen hogar o familia dispuesta a cuidarlos. Viven solos o en residencias. Generalmente son parte del grupo de pacientes de larga estadía en un establecimiento Hospitalario."

En el Informe publicado por el Ministerio de Salud, de las Unidad de Gestión Centralizada de Camas, UGCC correspondiente al periodo enero 2014 - diciembre 2017 se puede visualizar de acuerdo con sus estadísticas que:

"Para cuantificar el nº de pacientes casos sociosanitarios dentro del grupo que corresponden a pacientes de larga estadía, en un hospital público, se analizó informe de gestores de camas de UGCC de Redes Asistenciales, año 2014. De un universo de 198 pacientes adultos de larga estadía en camas básicas de 11 establecimientos hospitalarios de regiones y metropolitana, se encontraron 72 pacientes adultos que son casos sociales que están en condiciones de egresar del hospital, pero

no tienen red familiar ni social. El 0.1% de los egresos corresponden a Pacientes de Larga estadía."

Mientras que en el primer estudio Nacional Sociosanitario realizado entre los años 2017, en donde participaron 28 servicios de salud a nivel nacional, el estudio define el perfil de usuario sociosanitario como:

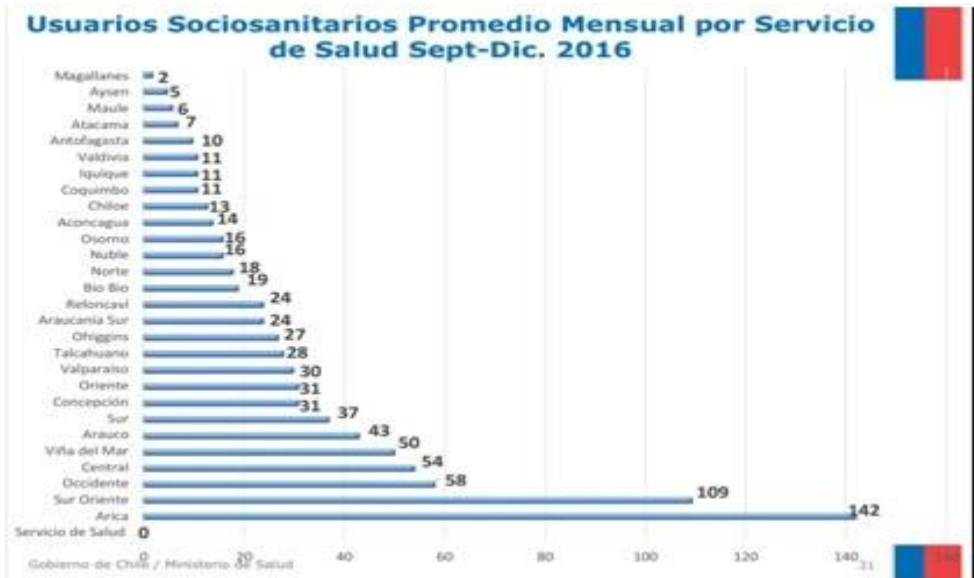
"Aquel usuario hospitalizado que, al ser dado de alta clínica, debe permanecer largas estadías por falta de redes de apoyo familiar y social para su egreso, a consecuencia de su condición de determinantes sociales, con los consiguientes riesgos de una hospitalización prolongada, como infecciones intrahospitalarias, y la rebaja su dignidad humana, por la situación de exclusión e inequidad en la que se encuentra."

El primer Estudio Nacional Sociosanitario realizado entre los años 2017, revela las siguientes cifras señaladas en el siguiente cuadro:



En donde se puede analizar que existe un número considerado que casos de usuario sociosanitarios a nivel nacional, lo que nos da un promedio de 844 mensuales.

A continuación, a partir del primer estudio Nacional Sociosanitario se puede visualizar por regiones el promedio mensual de pacientes sociosanitarios, los cuales son representado en el siguiente cuadro:

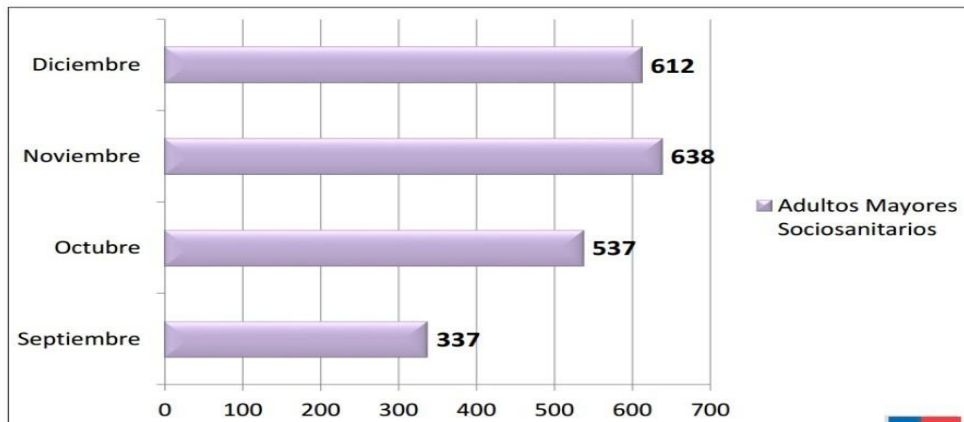


En donde uno puede visualizar que la ciudad correspondiente a la región de Valparaíso, siendo estas Viña del Mar y Valparaíso, tienen un promedio de 50 y 30 respectivamente pacientes sociosanitarios mensualmente. Siendo esto un número considerable de paciente para la región debido, a que no se encuentran incluido en el gráfico todos los Hospitales de la Región de Valparaíso como en el caso del Hospital de Quilpue, entre otros.

Además, el primer estudio Nacional de sociosanitario revelo el perfil de los usuarios sociosanitarios el promedio de edad de los usuarios en el año 2016, siendo en el mes de septiembre la edad de 65,3 años, el mes de octubre 64,2 noviembre 64,6 y finalmente el mes de diciembre un promedio de edad de 64,8. Por lo que se puede concluir que la mayoría de los pacientes pertenecen al grupo etario de los adultos mayores.

A continuación, se presenta un gráfico donde se representa la cantidad de paciente sociosanitarios correspondiente al grupo etario de adultos mayores, entre los meses del estudio, es decir, los meses de septiembre, octubre, noviembre y diciembre a nivel nacional.

N° Adultos Mayores Sociosanitarios Septiembre a Diciembre 2016 a nivel país



Gobierno de Chile / Ministerio de Salud

A partir del gráfico, se puede observar la gran cantidad de demanda que tienen los hospitales por solicitud de camas para pacientes sociosanitarios correspondiente al grupo etario de adultos mayores, lo que alerta debido a que como demuestran los estudios a nivel nacional la población chilena se encuentra en un proceso de envejecimiento de la población por lo que es probablemente que con los años estos pacientes sociosanitarios aumenten.



Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

Capítulo II:

Marco Referencial

Capítulo II:

Marco Referencial

A continuación, se precisan los referentes conceptuales utilizados en el proyecto de título. Según el siguiente orden:

2.1 Eje conceptual N°1: Adulto Mayor

2.2 Eje Temático N°2: Usuario sociosanitario

2.3 Eje conceptual N°3: Gestión de calidad en la Hospitalización

2.4 Eje conceptual N°4: Trabajo Social Hospitalario

2.1 Eje conceptual N°1: Adulto Mayor

La población a nivel mundial se encuentran en un proceso acelerado de envejecimiento, la Organización Mundial de la Salud (ONU) a través de estudios estima que "entre los años 2015 y 2050 el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%", es por ello que todos los países deben enfrentarse a retos importantes para poder garantizar a través de sus políticas públicas, programas o proyectos que sus sistemas sanitario, de pensiones y protecciones sociales estén preparado para afrontar estos cambios demográficos.

Estos cambios demográficos, involucran consecuencias en la mayoría de los sectores como en la estructura familiar, el mercado laboral, la demanda de bienes y servicios, tales como transporte, viviendas adaptada y principalmente salud, entre otros.

En Chile de acuerdo con la información obtenida del Censo realizado en el año 2017, se confirma un suceso que viene pasando en las últimas décadas en donde Chile continúan con el proceso de envejecimiento de su población, esto se ve reflejado en las siguientes cifras reveladas donde "el porcentaje de personas de 65 años o más pasó de 6,6% en 1992 a 11,4% en 2017" (Instituto Nacional de Estadística, 2018).

El censo también nos da luces de lo que el Estado Chile debe afrontar en los próximos años, dado al envejecimiento de la población, lo cual es afirma a continuación:

El estudio demuestra que el 16,5% de la población mayor corresponde a personas que superan los 80 años por lo que será posible anticipar un escenario potencial de requerimientos de servicios más complejos, edad la mayor carga de enfermedades, discapacidad y dependencia que se presenta esa edad.

Es importante señalar que las regiones con mayor volumen de personas correspondiente al grupo etario de adultos mayor, de acuerdo con el Censo Nacional de la Población y de Vivienda (2017) de Chile son:

Las regiones con mayor cantidad de personas con 60 años o más corresponden a la Región Metropolitana con más de un millón, seguida

de la Región del Biobío con un total de 352.637, mientras que la Región de Valparaíso está en la tercera ubicación con 342.035.

La Organización Mundial de la Salud (2018) define el envejecimiento desde el punto de vista biológico como:

Consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte.

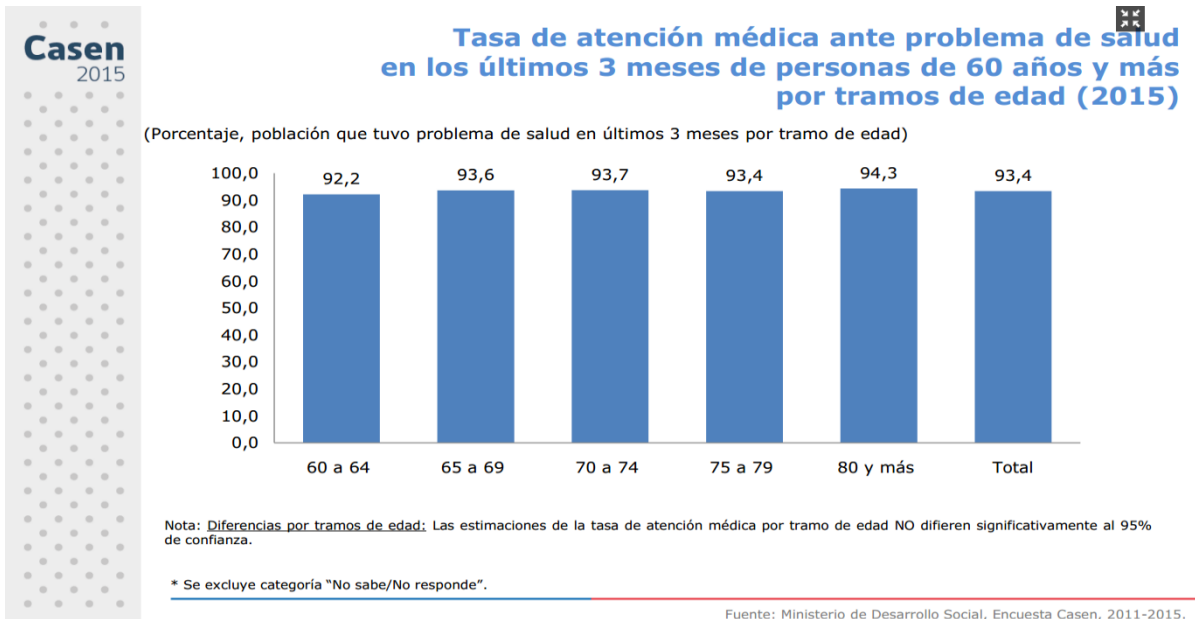
Los cambios mencionados no son de manera uniforme, ni mucho menos lineales estos varían dependiendo de cada organismo, así como también del ritmo de vida que tenga cada persona.

Otra definición más amplia de envejecimiento de tener en cuenta, para analizar es la que se afirma a continuación:

"Un proceso multidimensional de los seres humanos que se caracteriza por ser heterogéneo, intrínseco e irreversible; inicia en la concepción, se desarrolla durante el curso de vida y termina con la muerte. Es un proceso complejo de cambios biológicos y psicológicos de los individuos en interacción continua con la vida social, económica, cultural y ecológica de las comunidades, durante el transcurso del tiempo" (MINSALUD, 2014)

El envejecimiento conlleva a que la población adulta mayor sufra de diferentes patologías. En Chile el grupo etario de la tercera edad presenta diversas enfermedades y patologías en esta etapa de sus vidas las cuales se dividen en enfermedades cardiovasculares y patologías neuropsiquiátricas, en donde al primero grupo se encuentra la Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y Síndrome Metabólico, y en el segundo grupo respectivamente Demencia, Parkinson, Trastorno del Sueño, Síntomas Depresivos y Trastornos del Animo. Siendo estas las más comunes en la comunidad.

Lo cual es respaldado por la Casen del año 2015, donde se evidencia que la población adulta mayor, requiere de Atención Médica constantemente. El cuadro de a continuación muestra el porcentaje de personas de 60 años y más que solicitaron atención médica los últimos 3 meses.



Por otro lado, el avance de la tecnología cobra un rol importante ante este fenómeno que se está viviendo en el siglo XXI, dado que ha contribuido al aumento de la longevidad de la población y de la esperanza de vida, por medio de los descubrimientos de nuevos medicamentos, tratamientos para las enfermedades crónicas y procedimientos de intervención que no existían. Si bien ha llevado a que la esperanza de vida de las personas se prolongue, esto no involucra que estas personas logren obtener una buena calidad de vida.

Entendiendo calidad de vida "como un estado de bienestar general que comprende descriptores objetivos y evaluaciones subjetivas de bienestar físico, material, social y emocional, junto con el desarrollo personal y de actividades, todas estas mediadas por los valores personales." (Alfonso Urzua & Alejandra Caqueo-Urizar, 2012)

Que la esperanza de vida haya aumentado, "implica no sólo una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas, sino que implica también, una mayor prevalencia de discapacidad y limitaciones funcionales y cognitivas que afectan la independencia en el diario vivir de los adultos mayores" (Superintendencia de la salud, 2008)

2.2 Eje Temático N°2: Usuario sociosanitario

En Chile se realizó el Primer Estudio Nacional Sociosanitario en 28 servicios de Salud, el cual llevo por nombre "Modelos de abordaje sociosanitario y determinantes sociales en salud pública 2017" en donde se define el perfil de usuario sociosanitario como "aquel usuario hospitalizado que al ser dado de alta clínica, debe permanecer largas estadías por falta de redes de apoyo familiar y social para su egreso, a consecuencia de su condición de determinantes sociales con los consiguientes riesgos de una hospitalización prolongada, como infecciones intrahospitalarias, y la rebaja a su dignidad humana, por la situación de exclusión e inequidad en la que se encuentra." (MINSAL, 2017)

Otra definición de usuario sociosanitario corresponde a "aquel que por su condición clínica ingresa a una hospitalización al sistema de salud pública, y que presenta simultáneamente una doble condición de riesgo y dependencias: dependencia social y dependencia de cuidados" (Servicio de salud Viña del Mar-Quillota)

Este usuario al estar con condiciones de alta clínica no puede egresar del establecimiento hospitalario, generando una prolongación de su estadía, la ocupación de una cama, la imposibilidad de traspasar este recurso a otros pacientes que están en espera de hospitalización generando con ello una gestión ineficiente e ineficaz de los recursos del sistema.

Como se mencionó con anterioridad el usuario sociosanitario está ligado a un tipo de dependencia por lo que es pertinente señalar la diferencia entre discapacidad y dependencia, debido a que suelen ser conceptos que son utilizados como sinónimos, pero existe una gran diferencia entre ellos.

La diferencia que existe entre discapacidad y dependencia corresponde a que una persona discapacitada puede mantener su autonomía y, entonces no estar en situación de dependencia. Es decir que una discapacidad no tiene que significar necesariamente la necesidad de la dependencia.

Es en el año 2001 la Organización Mundial de la Salud dio una primera noción de definición discapacidad "se define como un término genérico que incluye deficiencias, limitaciones en la actividades y restricciones en la participación"

La discapacidad, puede ser congénita o adquirida, temporal o irreversible y, además, progresiva o regresiva. En la actualidad la discapacidad se visualiza desde la perspectiva ecológica entendiéndose que "no es una característica estática de las personas, sino que evoluciona y puede cambiar a lo largo del ciclo de vida, dado que resulta de la interacción entre las características individuales y las exigencias del entorno" (Francisco Gonzáez, Cristian Massad y Felipe Lavanderos, 2014)

En Chile, el Servicio Nacional de discapacidad lo define como "personas que, en relación con sus condiciones de salud física, psíquica, intelectual, sensorial u otras, al interactuar con diversas barreras contextuales, actitudinales y ambientales, presentan restricciones en su participación plena y activa en la sociedad"

"Desde el ámbito de la salud, la dependencia no puede ser analizada de manera separada de la discapacidad, ya que siempre es consecuencia de un grado severo de discapacidad" (Francisco Gonzáez, Cristian Massad y Felipe Lavanderos, 2014)

Es preciso señalar que la dependencia expresa la relación de alguien o algo con respecto a otra persona o entidad, este concepto de dependencia implica la ausencia de autonomía de una persona o cosa.

La Organización Mundial de la Salud en el año 1980 dio una primera noción de dependencia definiéndola como "la disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales"

El concepto ha ido evolucionando a través de los años debido a la relevancia que ha tomado y podemos definir que la "dependencia se enmarcan en las limitaciones o incapacidad para efectuar las actividades de la vida diaria" (Francisco Gonzáez, Cristian Massad y Felipe Lavanderos, 2014).

En el año 2011 Antonio Balbontín en su investigación denominada "Impacto ley de dependencia en las personas con enfermedad mental, desde la óptica de la autonomía personas" define dependencia como:

Estado de carácter permanente en que se encuentra las personas que, por razones derivadas de la edad, de la enfermedad o de la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otros y otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el

caso de las personas discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

Por lo que la dependencia se da cuando la personas tiene limitaciones en la actividad que requieren el apoyo imprescindible de otra u otras personas para realizar de forma adecuada, las tareas más elementales, como el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad, reconocer personas y objetos, orientarse, entender, y ejecutar órdenes o tareas sencillas.

En la Encuesta Case o Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional realiza el año 2015 en Chile construyo el siguiente índice de dependencia Funcional:

Graduación	Descripción
Sin Dependencia	Responde no tener dificultad en todos los ítems de actividades básicas de la vida diaria o instrumentales de la vida.
Dependencia Leve	1. Incapacidad para efectuar una actividad básica de la vida diaria. 2. Necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 2 actividades básicas de la vida diaria (excepto bañarse) 3. Necesidades de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 2 actividades básicas de la vida diaria.
Dependencia Moderada	1. Incapacidad para bañarse, o 2. Necesidades de ayuda siempre o asi siempre para efectuar 2 o más actividades de la vida diaria, o 3. Necesidades de ayuda siempre p casi siempre para efectuar 3 ó más actividades básicas de la vida diaria, ó 4. Incapacidad para efectuar 1 actividad básica de la vida diaria y necesidad de ayuda siempre o casi siempre para

	efectuar una actividad básica de la vida diaria.
Dependencia Severa	1. Incapacidad para efectuar 1 actividad básica de la vida diaria (excepto bañarse), o 2. Incapacidad para efectuar 2 actividades básicas de la vida diaria.

Los resultados obtenidos en la Casen del año 2015 revelan que en el grupo etario de personas de 60 años y más por índice de dependencia funcional son: el 85% de los adultos mayores es No dependiente, 4,5% de los adultos mayores corresponde a Dependencia Leve, 6.2 de los adultos mayores son de Dependencia moderada y 3.7 de los adultos mayores corresponde a la Dependencia Severa.

Teniendo un porcentaje total de personas de 60 años y más con dependencia funcional de un 14,4%, refleja un número considerable de la población que presenta esta problemática, además la Casen reveló que 19,7 % de los adultos mayores se encuentran en situación pobreza multidimensional.

Es importante señalar que las personas dependientes como ya lo hemos mencionado con anterioridad necesitan de un cuidador, alguien que les ayude a realizar sus tareas diarias elementales. La dificultad se presenta cuando los adultos o adultas mayores, no tienen personas que se hagan cargo de ella o simplemente por opción personales no asumen el cuidado de su familiar, siendo una problemática.

La dependencia sea ha transformado en una problemática de las personas adultas mayores y cuál debe ser cubierta por medio de la atención sociosanitaria, la cual definiremos como:

"como aquel conjunto integrado de servicios y/o prestaciones sociales y sanitarias, públicas y privadas, que se destinan a la rehabilitación y cuidados de personas que se encuentran en diferentes situaciones de dependencia que les impiden realizar actividades personales y/o instrumentales de la vida diaria" (Gregorio Rodríguez Cabrero Y Julia Monserrat Codorniu , 2002).

Además, "la atención sociosanitaria es una intervención unificada en favor de una población con necesidades sanitarias y sociales al mismo tiempo y que requiere cuidados relativamente prologados. El que predominen necesidades más o menos sanitarias o sociales depende de cada caso concreto, pero la presencia de ambas necesidades viene a coincidir en la mayoría de los casos." (Montserrat, 2002)

Finalmente es importante señalar que "lo sociosanitario se ha asociado a cuestiones como el envejecimiento y a las políticas relacionadas con las mayores, pero esto no es del todo correcto. El concepto hace referencia sobre todo a las necesidades de las personas con dependencia, y esto no es exclusivamente una cuestión relacionada con la edad" (Departamento de Salud, España)

2.3 Eje conceptual N°3: Gestión de calidad en la Hospitalización

El concepto de Gestión de calidad debido a su carácter transversal afecta a todos los departamentos y funciones de las organizaciones sean estas de carácter públicas o privadas, es por ello por lo que diversas disciplinas se han dedicado al estudio del concepto como por ejemplo ingenierías, marketing, entre varias otras.

Estas investigaciones en el año 1980 fomentaron el estudio del concepto de Gestión de la Calidad especialmente en Occidente llevando a que las empresas se interesaran en la investigación académica respecto a la administración de empresas, así también a que se integraran investigaciones científicas en el campo, trayendo importantes aportes en la literatura relacionada con el tema.

Hasta este entonces los autores de la época aun no podían diferenciar si "Gestión de la Calidad es una simple colección de técnicas, un nuevo paradigma o forma de dirigir, un sistema de gestión con una cierta filosofía de dirección, una opción estratégica o una función directiva más." (Cesar Camison, 2006)

Los autores Cesar Camisón, Sonia Cruz y Tomas González en su libro denominado "Gestión de la calidad: Conceptos, enfoques, modelos y sistemas" señalan que, a partir del enfoque técnico de la calidad, comprende el concepto de la Gestión de la Calidad "como una colección de métodos, utilizables puntual y aisladamente para el control de la calidad de productos y procesos." (Cesar Camison, 2006)

Es en el año 1995 que el autor Witcher, definió Gestión de la Calidad como "un conjunto de métodos útiles de forma aleatoria, puntual y coyuntural para diferentes aspectos del proceso administrativo"; una segunda forma de definir la calidad va más allá de su concepción como un conjunto de técnicas y procedimientos, para convertirla en un nuevo paradigma de la dirección teniendo como caracterizado por un enfoque humanista y sistémico a la dirección, esto significa que la organización debe considerar la interacción entre todas las actividades y personas de la empresa.

Otros autores definen la Gestión de calidad como una opción estratégica, Tummala y Tangen el año 1996 definieron como:

"como un marco estratégico que una la rentabilidad, los objetivos empresariales y la competitividad con los esfuerzos para la mejora de la calidad que tienen como propósito utilizar los recursos humanos, materiales y de información a lo largo de la organización en mejorar continuamente los productos que permiten la satisfacción del cliente"

Para Brocka y Brocka (1992), la Gestión de la Calidad es un paradigma caracterizado por un enfoque humanista y sistémico a la dirección.

La definición de la Gestión de la Calidad a partir de los tres elementos (Principios, Prácticas y Técnicas) que plantean Dean y Bowen principios que asumen y guían la acción organizacional, entiendo que prácticas son aquellas actividades que se realizan y técnicas que intentan hacer efectivas la práctica, "la creemos acertada como base para configurar el patrón filosófico que inyecta en el sistema de dirección y en el ámbito de trabajo de la función directiva especializada que se agrega al organigrama" (Cesar Camison, 2006)

Otra definición importante de analizar corresponde a del autor Evans en el año 1992 quién define Gestión de Calidad como:

"La calidad es un sistema de dirección enfocado en las personas que busca el continuo incremento de la satisfacción del consumidor a un coste real continuamente menor. Calidad total es un enfoque sistémico completo (no un área o un programa aislado), y una parte integral de la estrategia de alto nivel; trabaja horizontalmente cruzando funciones y departamentos, implica a 15 todos los empleados desde la cima hasta la base, y se extiende hacia atrás y hacia delante para incluir la cadena de proveedores y la cadena de clientes. Calidad total acentúa el aprendizaje y la adaptación al cambio continuo como claves para el éxito organizativo"

Para Spencer (1994) defiende este concepto, recalcando que la Gestión de la Calidad captura aspectos de modelos ya establecidos de organización y los amplía para aportar una metodología de uso. Este autor cita concretamente los tres modelos estratégicos identificados por Chaffee (1985):

- I. Los paradigmas mecánicos o de la organización científica del trabajo,
- II. El paradigma adaptativo, orgánico o contingente,
- III. El paradigma cultural.

Debido a la diversidad de formas de poder abarcar el concepto de Gestión de Calidad y de la ambigüedad de la interpretación de este, es que surge la necesidad de visualizar de un nuevo paradigma.

Es el enfoque oriental, específicamente en Japón, a través de su CWQC (company wide quality control, control de calidad en toda la compañía) aparece para afrontar las problemáticas de la GC. Es así como el mundo occidental debió responder de la misma manera y se inserta el nuevo concepto denominado Gestión de Calidad Total

"Gestión de calidad total es un conjunto de actividades sistemáticas conducidas a través de toda la organización para alcanzar eficaz y eficientemente los objetivos de la compañía, así como para proveer productos y servicios con un nivel de calidad que satisfaga a los clientes, en el tiempo y al precio apropiado" (THE APPLICATION GUIDE FOR THE GRAND DEMING PRIZE, 2012)

"Finalmente la gestión de calidad, al igual que el concepto de calidad, ha evolucionado hacia el enfoque de gestión de calidad total, cual se basa íntegramente en el criterio de calidad total pero amplificada, abordando no solo al producto, sino a toda la organización" (Cesar Camison, 2006)

Luego de haber revisador la definición de los conceptos de Gestión de Calidad y Gestión de Calidad total, y entender la diferencia entre ambos es pertinente mencionar la norma ISO 9001:2015.

A nivel internacional existe la norma denominada "ISO 9001" que toma en cuenta las actividades de una organización, sin distinción del sector de la actividad, centrándose en la satisfacción del cliente y en la capacidad de proveer productos y servicios que cumplan con las exigencias internas y externas de la organización. Dentro de esta norma se encuentra la norma ISO 9001:2015 la cual es la base del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), la cual se centra en todos los elementos de la gestión de la calidad con los que una empresa debe contar para tener un sistema efectivo que le permita administrar y mejorar la calidad de sus productos o servicios. Esta norma en se compromete en "disponer de personal de alto nivel, promover la cultura de la calidad, gestionar los riesgos y mejorar continuamente la eficiencia de nuestros procesos que benefician la salud de la población".

En Chile en el año 2011 la Superintendencia de Salud define atención sanitaria de calidad como "Es la que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la aprobación de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite"

Esta atención para que sea de calidad debe cumplir con un buen nivel científico- técnico, costos mínimos de recursos (eficiencia), menor riesgo posible (seguridad) y finalmente el máximo grado de satisfacción para el paciente.



En la figura publicada por el Ministerio de Salud se puede visualizar que, dentro de los Modelos de Garantía en Salud, se encuentra cuatro los cuales corresponden a la Garantía de acceso, Garantía de oportunidad, Garantía de protección financiera y finalmente la que nos convoca siendo la Garantía de Calidad. El Ministerio de Salud para garantizar estos cuatro ejes a la población se rige por el decreto con Fuerza de Ley N°1 del 2005, el cual plantea lo siguiente:

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

estándares se fijarán de acuerdo con el tipo de establecimiento y a los niveles de complejidad de las prestaciones, y serán iguales para el sector público y el privado. Deberá fijar estándares respecto de condiciones sanitarias, seguridad de instalaciones y equipos, aplicación de técnicas y tecnologías, cumplimiento de protocolos de atención, competencias de los recursos humanos, y en toda otra materia que incida en la seguridad de las prestaciones.

2.4 Eje conceptual N°4: Trabajo Social Hospitalario

El Trabajo Social es definido como "una disciplina que se ocupa del estudio y tratamiento de los problemas sociales que afectan a personas, grupos y comunidades con el fin de mejorar sus condiciones de bienestar social, promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas para mejorar el bienestar."

A continuación, se examinará las etapas correspondientes a la historia de Trabajo Social de manera resumidas, las cuales corresponden a las siguientes señaladas en el gráfico:



1° Etapa de los Precusores:

La cual corresponde al periodo entre los años 1526 y 1828 siendo los primeros inicios en España, con la publicación del libro "Socorro de los Pobres" del autor Juan Luis Vives, de esta manera la caridad se profesionaliza. Este periodo se caracteriza por la creatividad en la acción social y la búsqueda de soluciones a los problemas, por lo que se comienza a sistematizar la experiencia y se sientan las bases del Trabajo Social, sus precusores son Juan Luis Vives, Miguel de Giginta, Cristóbal Pérez de Herrera, Thomas Chalmers, entre otros. Surge el primer método del Trabajo Social con el Método de los 8 puntos básicos. Se intenta reformar y asociar al Estado y autoridad con la solución de los grandes problemas sociales.

2° Etapa Formativa:

La cual corresponde al periodo entre los años 1828 y 1922, en esta época se encontraba en pleno desarrollo de la Revolución Industrial lo cual trajo grandes consecuencias en diferentes aspectos, tales como la migración de las personas campo-ciudad, surge una crisis social y política denominada "Cuestión Social", inestabilidad económica en la población, surge una nueva división en las clases sociales siendo estas la burguesía y el proletariado, entre otras consecuencias.

Es por lo que surgen diferentes instituciones para dar respuesta a la "Cuestión Social" entre una de ellas se encuentra la Sociedad de Organizaciones de la Caridad en el año 1868 en Inglaterra, en esta etapa los trabajadores sociales asumen la realidad social.

Por otro lado, la ciencia social se desarrolla y estudian el comportamiento de los seres humanos, lo cual lleva que el término "Cuestión Social" cambiara a "Problema Social" siendo este su objeto del Trabajador Social. Además, la disciplina comenzó a investigar la casualidad del problema con ayuda de las ciencias de psicología y sociología, logrando que en el año 1922 Mary Richmond creara el método de caso social individual.

3° Etapa de la Consolidación:

La cual corresponde al periodo entre los años 1938 y 1958 es también denominada la etapa de maduración o científica debido a la cercanía con las ciencias sociales, surgiendo de esta manera los métodos de trabajo social basado en la ciencia los cuales corresponden caso individuo, familia, grupo y comunidad.

En este periodo existe una mayor integración en las instituciones de Trabajo Social creando nuevos campos laborales como salud, educación, vivienda, etc. Existe un desarrollo en lo académico creando así la primera escuela de Trabajo Social en Santiago de Chile.

4° Etapa de la reconceptualización:

La cual corresponde al periodo entre los años 1958 y la actualidad, la disciplina de Trabajo Social se encuentra por un periodo crítico, por lo que se ve en la necesidad de redefinirse, esto se origina en Latinoamérica surgiendo aquí un nuevo método el cual cuenta con cuatro etapas siendo estas Diagnóstico social, Programación, Ejecución y Evaluación. Además, surgen tres paradigmas contemporáneos siendo estos científico tecnológico, fenomenológico o hermenéutico y dialéctico o crítico.

En la actualidad profesión Trabajo Social cuenta con roles y funciones profesionales que debe desarrollar. Los roles profesionales se refieren a los papeles que conceptualmente son:

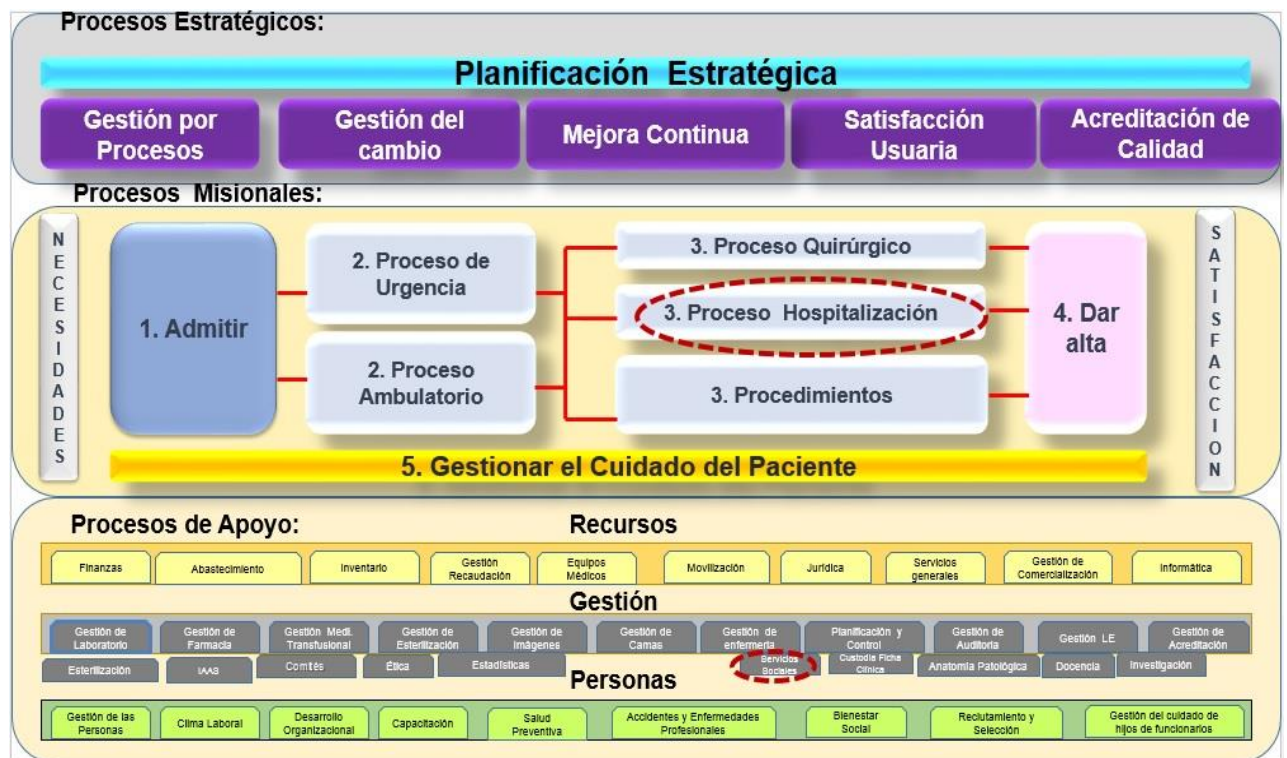
- 1) **Articulador u organizador de las relaciones sociales:** El trabajador social debe promover el mejoramiento de las relaciones sociales y los vínculos de asociatividad.
- 2) **Restaurador de las relaciones sociales:** Entendiendo esta como devolver la normalidad a cierta relación social.
- 3) **Educador social informal:** Ejercer una educación formativa que tienda a que los sujetos que han pasado por situaciones problemáticas sean capacitados para resolver sus problemas por sí solos.
- 4) **Implementador de políticas sociales:** Por medio de esta acción el trabajador social puede intervenir en la sociedad con el objetivo de mejorar las condiciones de bienestar social.

Por otra parte, las funciones profesionales corresponden a las acciones que desempeña el Trabajador Social dentro de un marco institucional y cuales corresponden a:

- 1) **Administrativa:** Poner en funcionamiento, articular y ordena los recursos en el marco de proyectos y programas, es decir, implementar políticas públicas.
- 2) **Implementador de políticas sociales:** Se administra en el marco institucional y se expresa en programas y proyectos. Gestión en el manejo financiero.
- 3) **Coordinadora:** Trabaja en coordinación para la resolución de problemas.
- 4) **Organizacional:** Instancias organizacionales para la resolución de problemas por lo que se debe promover redes de vínculos.
- 5) **Investigadora y Asesora:** Se debe investigar, conocer los casos y nutrirse en la materia social para adquirir información y así poder asesorar en las distintas áreas en que se ejerce profesionalmente.

- 6) **Directiva:** La capacidad de tomar decisiones en un determinado campo y asumir los riesgos, así como también ser capaz delegar funciones.
- 7) **Perital o de peritaje:** Recolección de información que tiene por fin ser presentada ante una autoridad judicial, con el fin de sustentar y presentar la realidad social de un caso "x" en situación de litigio judicial. Puede ser ejercida dentro o fuera de la institución.

A continuación, se contextualiza la realidad en Chile, la siguiente figura visualiza el proceso del momento de ingresar el paciente a la Atención terciaria, entendiendo esta atención como la urgencia hospitalaria y la atención cerrada de hospitalización.



A partir de la figura anteriormente expuesta, se puede observar que el Trabajador Social a partir del Proceso de Hospitalización es donde interviene con los pacientes. Por medio de derivación del departamento de enfermería quienes se contactan con los Trabajadores y Trabajadoras Sociales del dicho hospital.

En Chile en el año 2016 la Comisión Nacional de Trabajo Social y Salud-Ministerio de Salud publicaron un artículo denominado "Aportes del Trabajo Social en la Temática Sociosanitaria" en donde definieron Trabajo Social Hospitalario como:

" El Trabajo Social en salud pública se enmarca como un proceso de apoyo en el ámbito de la atención cerrada, es por tanto una contribución al proceso de apoyo misional del centro hospitalario, actuando como una plataforma complementaria al proceso clínico y sanitario, para la entrega de prestaciones integrales de salud a las personas sujetos de atención y contribuyendo a su promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de su salud."

La Comisión Nacional de Trabajo Social y Salud-Ministerio de Salud establece como los roles y funciones del Trabajador Social o la Trabajadora Social en el proceso de atención social, de la siguiente manera:

Diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar los aspectos psicosociales, familiares y culturales, que afectan a las personas sujetos de atención de salud, a fin de aportar a su abordaje biopsicosocial e integral, como así mismo ser un aporte de insumos para el manejo, gestión y tratamiento que realizan los equipos clínicos.

El Trabajo Social, en el ámbito de atención cerrada aborda de manera preferente (Ministerio de Salud, 2016) :

- 1) La pesquisa y detección oportuna de la persona hospitalizada en riesgo de abandono.
- 2) Apoyar la adherencia al tratamiento médico para la recuperación del paciente.
- 3) Apoya estrategias de un accionar integrado al equipo de salud para evitar reingresos hospitalarios.
- 4) Detección de factores de riesgo y factores protectores que interfieren para el tratamiento.
- 5) Sensibilización del equipo de salud, en las condiciones sociales a considerar a la alta médica.
- 6) Fomento de la humanización de la atención.

- 7) Gestión de redes internas y externas al hospital, con APS, ámbito jurídico, ámbito vivienda, ámbito educación, ámbito programas municipales y/o locales, ámbito programas sociales gubernamentales y no gubernamentales, ámbitos derechos de la mujer, ámbito cultural y de pueblos indígenas, ámbito del adulto mayor, referencia y contra referencia en Trabajo Social.
- 8) Análisis de la gestión sanitaria en base a determinantes sociales.
- 9) Conocer en mayor profundidad los elementos fundamentales de la dinámica del entorno familiar del paciente que inciden en su proceso de atención en salud.
- 10) Fortalecer la comunicación entre la triada paciente, red directa y equipo de salud, contribuyendo a la resolución de conflictos y ubicación de soluciones conjuntas.
- 11) Propiciar trabajo coordinado con el equipo de salud, relevar y fortalecer la retroalimentación verbal y escrita de las novedades que inciden en la atención en salud.
- 12) Cursar Medidas de Protección para usuarios en situación de vulnerabilidad, acordes a los marcos normativos y legales vigentes y pertinentes.



Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

Capítulo III:

Metodología de Trabajo

Capítulo III:

Metodología de Trabajo

A continuación, se precisa el marco metodológico utilizados en el proyecto de título. Según el siguiente orden:

3.1. Fundamentación Metodológica

3.2. Organización Metodológica del Proceso de Seminario de Título

- a) Delimitación del Proceso de Sistematización
- b) Objetivos de la Sistematización
- c) Colectivo y Muestra de la Situación Profesional a Sistematizar
- d) Técnicas y Estrategias de Recolección de Información de la Situación Profesional
- e) Plan de Análisis de la Información
- f) Procedimientos de Validación
- g) Procesos de Análisis

3.1. Fundamentación Metodológica

La sistematización en Trabajo Social nace como una necesidad para la profesión en Latinoamérica, son diversos los autores quienes definen la sistematización y la cual se revisará a continuación.

La Sistematización es "considerada una estrategia de generación de conocimiento capaz de rescatar y valorar los aprendizajes profesionales generados directamente desde la práctica social para integrarlos al acervo social especializado" (Díaz, Jara y Robert, 2009)

La Sistematización es también entendida como una "Estrategia de amplia aceptación en Trabajo Social que aspira a la generación de conocimientos a partir del análisis de los aprendizajes obtenidos por los equipos de trabajo en los procesos de intervención" (Castañeda y Salamé, 2015)

En el artículo "De la Investigación Social a la Generación de Conocimiento en Trabajo Social, Ampliando las Fronteras" sus autoras Patricia Castañeda Meneses y Ana Salamé Coulon (2015) afirman que:

La sistematización posee una estructura lógica característica de los procesos de generación de conocimientos, en donde los referentes teóricos conceptuales y el diseño metodológico ocupan un lugar central en su desarrollo; a lo que se suman los contextos de intervención como requisito indispensable para situar la intervención social y los procesos de análisis de la información concebidos en forma flexible, abierta y dinámica, a fin de interpretar en forma precisa las dinámicas particulares de la experiencia que se desea sistematiza.

Además, a Autora Cecilia Aguayo Cuevas, en su artículo denominado "Fundamentos de teóricos de la Sistematización" afirma que:

Los Trabajadores Sociales, hemos incorporado la relación conocer-hacer. Esta relación está presente en la sistematización, pues ella busca conocer, reflexionar e interrogar a nuestra práctica social, transformada en objeto de estudios, a fin de ir recreando y mejorando las acciones en curso. En este sentido la sistematización ésta necesariamente ligada a una propuesta de cambio y/o transformación

La sistematización en el ejercicio profesional de Trabajo Social genera "la producción de conocimientos abre un campo inédito para "desentrañar" la práctica profesional, permitiéndonos ser respetuosos y coherentes con las personas, grupos y comunidades con los que trabajamos" (Aguayo, 1992) como se describe a continuación "La sistematización, como instrumento metodológico de investigación, permite a los trabajadores sociales responder a los desafíos que plantea una realidad social compleja y cambiante, de manera de optimizar las actividades desarrolladas en función de los cambios buscados" (Aguayo, 1992)

Finalmente, el gran beneficio de generar conocimiento por medio de la sistematización "es darle medios a los profesionales para que pueda buscar el sentido pleno de la acción y para que puedan compartirlo con aquellas personas con quienes realizan su acción profesional" (Zuñiga, 1992)

3.2. Organización Metodológica del Proceso de Seminario de Título

a) Delimitación del Proceso de Sistematización

A partir del ejercicio profesional cotidiano de Trabajo social en la red de Salud, se seleccionará para ser sistematizado a Trabajadores y Trabajadoras Sociales de diversos hospitales de la región de Valparaíso, que intervengan con pacientes sociosanitarios.

b) Objetivos de la Sistematización

Objetivo General:

Sistematizar la gestión de la red de salud en la Región de Valparaíso, respecto a la atención de pacientes sociosanitarios realizado por el colectivo Trabajadores Sociales en el contexto hospitalario.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar los diversos perfiles de los pacientes sociosanitarios atendidos por trabajadores y las trabajadoras sociales en la red de salud de la región de Valparaíso.

- Caracterizar un protocolo diagnóstico para pacientes sociosanitarios por parte de los trabajadores y las trabajadoras sociales en la red de salud de la región de Valparaíso.

- Caracterizar un protocolo de intervención por parte de los trabajadores sociales y las trabajadoras sociales en la atención de pacientes sociosanitarios en la red de salud de la región de Valparaíso.

c) Colectivo y Muestra de la Situación Profesional a Sistematizar

1. Colectivo:

El colectivo de sistematización se encuentra conformado por profesionales de Trabajo Social que se desempeñan en la red de salud de la región de Valparaíso.

Nombre	Profesión	Hospital
Adriana Barrientos	Asistente Social, Universidad de Valparaíso	Hospital Carlos Van Buren
Carolin Gálvez	Asistente Social, Universidad de Valparaíso	Hospital Carlos Van Buren
Lidia Parra	Asistente Social, Universidad de Valparaíso	Hospital Carlos Van Buren
Mónica Escobar	Asistente Social, Instituto Santo Tomas	Hospital Eduardo Pereira
Olga Navarrete	Trabajadora Social, Universidad de Concepción	Hospital de San Antonio

Carla Bustamante	Trabajadora Social, Universidad Católica de Valparaíso.	Hospital de Peñablanca
Liliam Verdugo	Asistente Social, Instituto Santo Tomas	Servicio Salud Viña del Mar - Quillota
Natalia Saldívar	Asistente Social, Universidad de Valparaíso	Geriátrico de Limache
Sandra González	Asistente Social, Universidad de Valparaíso	Hospital de Quillota
Ángela Seguel	Asistente Social, Universidad de Valparaíso	Hospital Gustavo Fricke
Ximena Sepúlveda	Asistente Social, Universidad de Chile Santiago	Hospital de Quilpue

2. Muestra:

2.1 Muestreo teórico: Trabajadores y Trabajadoras Sociales

2.2 Criterios de Inclusión:

- Profesional titulado (a) de la carrera de Trabajo Social.
- Ejercicio Profesional en la red de salud de la Región de Valparaíso.
- Trabajadoras y Trabajadores sociales que atiendan a pacientes sociosanitarios.
- Expresión del deseo de participar de la sistematización libre y voluntariamente.

d) Técnicas y Estrategias de Recolección de Información de la Situación Profesional

- Entrevista Semi-Estructurada

El proceso de levantamiento de información se refiere a una técnica que permite la recolección de datos e información de la situación actual de un sistema, con la finalidad de identificar problemas y oportunidades de mejora, entre las cuales los métodos de mayor aceptación se encuentra la observación directa, las encuestas, entrevistas y sesiones de grupo.

Para el óptimo desarrollo del proceso de levantamiento de información, es fundamental trabajar en base al objetivo de trabajo definido, “Sistematizar las práctica de Gestión Hospitalaria que realizan los Trabajo Sociales con los pacientes sociosanitarios en la red de salud de la región de Valparaíso”, estrategias metodológicas derivadas de este, de los cuales se consideran diversos elementos que permiten el levantamiento de información, entre los cuales observamos la identificación de los sujetos que van a hacer investigado, la selección de la técnica que será utilizada en la presente investigación, y finalmente, la explicitación de procedimientos para la recolección de información, cómo se va a aplicar los instrumentos, condiciones de tiempo y espacio.

Para esto se consideró como etapa inicial la selección de los participantes sobre el cual se centrará la recolección de datos, los entrevistados corresponden a Trabajadoras y Trabajadores Sociales que ejerzan profesionalmente en la red de salud atendiendo a pacientes sociosanitarios.

En base a su respuesta positiva de los sujetos, se establece que la técnica adecuada a utilizar es la entrevista, la cual consiste en un acto de comunicación oral que permite la recolección de datos necesarios para el desarrollo de este informe, con esta entrevista se puede apreciar la percepción que tienen respecto a la atención de los pacientes sociosanitarios, así como también sus sentimientos, su opinión y los procedimientos formales e informales dentro de la institución. El tipo de entrevista a utilizar será la entrevista semi estructurada, debido a que a pesar de estar descritas con anterioridad las preguntas, los entrevistadores tienen la oportunidad de si es necesario plantear preguntas espontáneas, además, se le

entrega al entrevistado un mayor margen de libertad al momento de responder, pudiendo expresarse libremente.

Luego de haber cumplido los pasos previos a la realización de la entrevista, los cuales son, tener presente el marco lógico del trabajo y su objetivo, seleccionar a las personas entrevistadas y comprender las preguntas adjuntas en la pauta, es necesario preparar la entrevista, en donde días antes en conjunto con el entrevistado se confirma la hora y el lugar para que esta se realice, preparando el material necesario para el día del encuentro.

Como segunda etapa obtenemos el levantamiento de datos, en donde se contactan al entrevistado y se realiza la entrevista, en donde el día de la entrevista se realiza una presentación de los presentes, se consulta si es posible la utilización de una grabadora y se le hace entrega del consentimiento informado, en donde el entrevistado debe aprobar tanto la entrevista como la realización de este trabajo en base a esta. Para comenzar se realizan preguntas generales, como su nombre, su profesión y donde estudió, las cuales abrirán paso a preguntas más concretas respecto al trabajo de gestión de que utilizan los Trabajadores Sociales con los pacientes sociosanitarios, con las cuales se busca obtener la información relevante para la elaboración del presente.

Al término de la última respuesta, se le informa la finalización de la entrevista, comunicándose la posibilidad de una siguiente reunión en caso de que esta sea pertinente.

Posteriormente a la entrevista, se transcribirán las entrevistas, con la finalidad de poder manejar con mayor facilidad los datos entregados por los trabajadores sociales, además de tener un medio verificador de dicha información. Como finalización del proceso de levantamiento de información, se realizará un análisis de las entrevistas.

- Análisis Documental

El análisis documental está conformado por la revisión y estudio de compendios de práctica profesionales de Trabajo Social relacionado con pacientes

sociosanitarios y finalmente por los documentos técnicos de emitidos por el Ministerio de Salud y Ministerio de desarrollo respecto a la atención de pacientes sociosanitarios y la intervención de los Trabajadores Sociales en Salud.

- Observación Participante

Corresponde a una observación de la entrevista semiestructurada, cuyo propósito se centra en conocer la manera que interviene los Trabajadores y las Trabajadoras Sociales con pacientes sociosanitarios en la red de salud de la región de Valparaíso.

e) Plan de Análisis de la Información

Categorías de Análisis:

- Categorías Teórico-Conceptuales: Las cuales corresponde al Repertorio Profesional, Recursos, Seguridad y Satisfacción usuaria.
- Categorías Inferidas desde la Experiencia: Determinadas de acuerdo con la gestión hospitalaria de los Trabajados y Trabajadoras Sociales con los pacientes sociosanitarios.

f) Procedimientos de Validación

Para la validación de la información se utiliza la consulta o juicio expertos realizada en modalidad de entrevistas semiestructuradas a los Trabajadores y Trabajadoras Sociales pertenecientes al colectivo profesional.

g) Procesos de Análisis

En esta sistematización se utilizará los Recursos de Estabilización para el proceso de análisis de la información, la Doctora Patricia Castañeda en su libro denominado "Propuestas Metodológicas para Trabajo Social en Intervención Social y Sistematización" define el concepto la siguiente forma:

"Los procesos de estabilización generan una sólida plataforma al proceso de análisis de información, en la medida que dotan a la práctica de sentidos y de referencias, contextualizándola y colocándola dentro de un orden de realidades y de conocimientos que trascienden el detalle disperso de los relatos cotidianos construidos en torno al quehacer práctico."

Existen tres tipos de recursos de estabilización los cuales corresponden a la Ficha de Trabajo, Protocolos o Pautas de Trabajo Profesional y finalmente las Secuencias Metodológicas.

El Recurso de Estabilización seleccionado para el desarrollo de esta sistematización es el Protocolo o Pautas de Trabajo Profesional, la Doctora Patricia Castañeda lo define de la siguiente forma:

"Corresponden a sistemas de registros organizados que describen la secuencia del proceso práctico a nivel operativo. Su formulación busca objetivar los procesos de trabajo profesional, generalmente desarrollados y transmitidos por el relato oral y, por tanto, invisibilizados en su valía técnica."

Importante complementar que la Doctora Patricia Castañeda señala cuales son los componentes clave de los protocolos o Pautas de Trabajo Profesional los cuales son descrito a continuación:

- a) Identificación de un procedimiento, acción, actividad tarea o gestión profesional.
- b) Definición operativa de los referentes conceptuales en que se inscribe la experiencia profesional.
- c) Identificación y descripción de las fases del trabajo profesional que comprende el procedimiento, acción, actividad, tarea gestión profesional.

- d) Actividades asociadas a la fase de trabajo y que permiten su operativización.
- e) Identificación y descripción de criterios profesionales de aplicación de cada fase de trabajo profesional, si corresponde. Los criterios profesionales pueden provenir de documentos técnicos formales de la organización de la experiencia profesional en forma autónoma o en forma integrada con el equipo de trabajo.
- f) Breve ilustración de Casos por fase profesional, si corresponde.



Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

Capítulo IV:

Sistematización

Capítulo IV:

Sistematización

A continuación, se precisan las sistematizaciones de la información recabada durante las entrevistas realizadas en el proyecto de título. Según el siguiente orden:

4.1 Perfiles de los Pacientes Sociosanitarios

4.2 Protocolo Diagnóstico de los Paciente Sociosanitario

4.3 Pauta de Intervención con Pacientes Sociosanitarios

4.4 Hallazgos

4.1 Perfiles de Pacientes Sociosanitario

A continuación, se presentará la sistematización de los perfiles de los pacientes sociosanitarios tanto de los Adultos/ Adultas Mayores, Adultos/ Adultas Joven y finalmente Niños, Niñas y Adolescentes, obtenidos en la recopilación de la información por medio de las entrevistas realizadas a las Trabajadoras Sociales de los distintos Hospitales.

Perfiles de Adultos/ Adultas Mayores

<p>Perfil N°1</p>	<p>Adulto o Adulta Mayor, con hogar unipersonal, percibe pensión básica solidaria, sin redes de apoyo primaria y secundarias, finalmente el egreso del hospital estaría condicionado a su situación de dismovilidad.</p>
<p>Redes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ELEAM convenio FONASA ▪ Colocación Extrahospitalaria ▪ Hospital de Baja Complejidad
<p>Relato de un Caso</p>	<p>“(…) ya mira paciente de sexo masculino, de 78 años, hospitalizado esta era como la tercera hospitalización en este hospital.” (Mónica Escobar, TS Eduardo Pereira)</p> <p>“(…) este paciente tenía esquizofrenia, no tratada y no tenía condiciones de valerse por sí mismo por la esquizofrenia y dependía de terceros en alguna actividad de la vida diaria y no se presentaron más familiares o alguna persona significativa a la hospitalización fue derivado a una colación extrahospitalaria.” (Mónica Escobar, TS Eduardo Pereira)</p>

<p>Perfil N°2</p>	<p>Adulto o Adulta Mayor, con hogar unipersonal, no percibe pensión, pero tiene un trabajo informal esporádico, con redes de apoyo primaria y secundaria, finalmente el egreso al hospital condiciona dismovilidad.</p>
<p>Redes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Chile Atiende – Pensión Básica Solidaria ▪ IPS (Instituto Previsión Social) ▪ Registro Social de Hogares ▪ COMPIN – Credencial de Discapacidad ▪ Hospital de Baja Complejidad
<p>Relato de un Caso</p>	<p>“ (...) esta señora la rescatamos de Temuco porque allá hizo su accidente cardiovascular y los hijos exigieron y exigieron que la trajeran, se trajo para acá estuvo en la UPC la persona estaba repuntando de su estado basal que tenía por su accidente cardiovascular, tramitamos su credencial de discapacidad, su ayuda técnica estaba lista para el alta y un doctor le dice en vez de irse para la casa la señora podría irse a una casa de acogida y se agarraron los hijos de ahí, se descartó todo eso y empezó un hijo a decir que las condiciones de la casa, pedí visita domiciliaria a cabildo claro no reunía las condiciones, pero se podía adaptar una habitación para eso, un hijo no encontró nada mejor que postular la casa a un subsidio de renovación, demolieron la casa y se demoraron eternamente, cuento corto ya todos los días una vez a la semana a mi colega del SERVIU oye como ira la casa, cuento corto entregaron la casa, pero después los hijos empezaron a pedir otras cosas, pero no tiene tal cosa la casa, ya después se hizo una reunión con el médico tratante, el director, la hija y con la enfermera de la sala donde estaba la paciente y se le puso fecha a la familia ...ya está paciente se va tal fecha para la casa, porque, el</p>

tema de ustedes es la casa, la casa ya la entregaron después igual se fue pero estuvo un año por una cosa social que derrumbaron la casa y que íbamos hacer ahí, pero por lo general con los socios sanitarios míos cuando son cosas así más complicada entre un mes y un mes y medio, los que si yo los puedo después de dos o tres días después de resolver el tema.” (Sandra, TS de Quillota)

<p>Perfil N°3</p>	<p>Adulto o Adulta Mayor viudo(a), sin red de apoyo primaria, el paciente necesita una recuperación de tres meses en conjunto con un cuidador.</p>
<p>Redes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Colocación extrahospitalaria ▪ Hospital de menor complejidad
<p>Relato de un Caso</p>	<p>“(...) un paciente que tenía 70 y algo, también estaba hospitalizado en medicina el diagnóstico no lo recuerdo, pero en algún momento estuvo desorientado, pero después se orientó él tenía una pareja.” (Mónica Escobar, TS Eduardo Pereira)</p> <p>“(...) la pareja había tenido como tres pololos, ya entonces este era el tercero y lo típico que hacía era que cuando esa persona era su pareja y se complicaba de salud y llegaba al hospital ella se desentendía.” (Mónica Escobar, TS Eduardo Pereira)</p> <p>“(...) el caballero estaba orientado y la señora le cobraba la pensión entonces cuando volví se le consulto al caballero si quería dejar que esta señora le cobrara entonces dijo que, si y se caducó el poder, se hizo una revocación del poder y el paciente quedo sin apoderado, para transparentas as cosas como estaba lucido si él quería cobrar lo podían llevar en alguna silla de rueda y el cobra, dificultad era la pareja no el paciente la pareja.” (Mónica Escobar, TS Eduardo Pereira)</p> <p>“(...) y se le envió a una colocación ya porque la pareja dijo en algún momento que no se iba a hacer cargo.” (Mónica Escobar, TS Eduardo Pereira)</p>

<p>Perfil N°4</p>	<p>Adulto o Adulta Mayor, con hogar biparental, el paciente se encuentra desmovilizado (postrado), cónyuge por condiciones de su edad avanzada no puedo cuidarlo, pero si desea asumir el cuidado.</p>
<p>Redes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ELEM Convenio con FONASA ▪ CESFAM ▪ Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota (Departamento Jurídico) ▪ Municipalidad
<p>Relato de un Caso</p>	<p>"(...) mujer de Limache, adulta mayor de 88 años, casada también con un adulto mayor su esposo era autovalente, pero hipoacúsico y tenía mal de Diógenes, vivían solos en un departamento en un primer lugar, la señora cuando vino acá vino por fractura de cadera y lo que logro tras la rehabilitación fue una marcha con supervisión a lo que su esposo no podía ofrecerle, porque, no tenía la fuerza suficiente para levantarla para llevarla al baño, para un montón de cosas entonces, se le ofreció una alternativa teniendo encuentra las condiciones en las que vivían plan de pobreza, mal de Diógenes, en pésimas condiciones higiénicas, no tenía hijos no tenían redes de apoyo...atrás de un convenio que tenemos con FONASA a través de Fundación las Rosas o Hogar de Cristo, ella no quería ir sin su marido entonces se le ofreció una alternativa al marido, ambos firmaron un consentimiento informado para ingresar pero en el momento de la evaluación cuando ellos venían a buscarla, ya había sido dada de alta rechazo el ingreso a la fundación entonces tuvimos que priorizar este derecho de autonomía y ser llevada a su domicilio cuando la llevamos a su domicilio no pudimos ingresar porque estaba lleno de cachureos y basura y el hogar estaba en pésimas condiciones higiénicas, lleno de</p>

pulgas y roedores, fecas tenían animales a dentro, pero su voluntad era quedarse hicimos las gestiones con el consultorio, con el municipio se informó a todas las entidades, se informó al departamento Jurídico del departamento servicio salud Viña del Mar-Quillota." (Natalia Saldívar, TS Geriátrico de Limache)

"(...) con las colegas de servicio de salud Viña del Mar-Quillota y de todos los hospitales entonces fuimos a realizar la visita y la encontramos, escaras con los pañales puestos otros en el suelo, mal nutrida, el esposo no le cocinaba no la alimentaba y ahí tuvimos que llamar a la ambulancia y por urgencia se la llevaron al Hospital Santo Tomas y ahí fue ingresada para curar las ulceras que son escaras y el tema de la infección urinaria están con el tema de los pañales que se colocaba a medias porque ella misma se los colocaba entonces este señor este se abre el proceso pero ahora por el otro hospital, pero en coordinación con nosotros para ser evaluada nuevamente por la fundación de las Rosas, pero es todo un trabajo en red que donde se informa toda las atenciones públicas por así decirlo para que esta paciente no quede en situación de abandono, se dejó constancia en carabinero se activó todas las redes por arriba y por haber pero ahí se hace harto trabajo con lo sociosanitario." (Natalia Saldívar, TS Geriátrico de Limache)

<p>Perfil N°5</p>	<p>Adulto o Adulta Mayor, percibe pensión básica solidaria, existen redes primarias familias y/o amigos, pero no quieren asumir el cuidado del paciente por diversos motivos.</p>
<p>Redes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tribunal de Familia ▪ ELEAM Particular
<p>Relato de un Caso</p>	<p>"(...) Lucila cuenta con hijos, los hijos vendieron la casa de la señora se repartieron la casa entre ellos no más y la poca plata que tenía la señora uno de los hijos se la empezó a sacar, los hijos además tienen problemas de alcoholismo, no la puede llevar a ese domicilio y le gastaron la plata a la señora." (Sandra, TS de Quillota)</p> <p>"(...) con la señora Lucila yo tenía dudas y pedí que la evaluara salud mental para ver si había una demencia porque los hijos me contaban una cosa y ella otra cosa, entonces yo tenía que descartar si había una demencia senil del paciente y con los antecedentes de salud mental pudimos pedir la medida de protección porque la señora no estaba tan equivocada, los hijos efectivamente se habían gastado la plata, cuando tengo duda yo pido la interconsulta." (Sandra, TS de Quillota)</p>

<p>Perfil N°6</p>	<p>Adulto o adulta Mayor, en situación de calle, percibe pensión básica solidaria, sin redes de apoyo primaria y secundarias, finalmente el egreso del hospital estaría condicionado a su situación de dismovilidad.</p>
<p>Redes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Colocación extrahospitalaria ▪ Programa Calle ▪ ELEAM convenio FONASA
<p>Relato de un Caso</p>	<p>“(…) El caballero de Petorca estuvo muchos años en el Hospital de Quintero, el habrá llegado a los 55 o 53 años al Hospital de Quintero, se desmayó en la calle tuvo pérdida de conciencia y quedo con un daño cognitivo y parece que tuvo un accidente cardio vascular.” (Liliam Verdugo, TS Servicio de salud Viña del Mar – Quillota)</p> <p>“(…) él tiene un deterioro cognitivo que no le permite sobrevivir solo en la calle, lo tratamos de vincular al programa calle del hogar de Cristo y la evaluación fue drástica esta persona no puede sobrevivir solo en la calle, no puede pasamos por toda esa etapa terrible en los quipo de salud enfermera médicos que todos se oponían y ahora que todo se calmó y ahora lo adoran y yo ahora voy a hacer mal por postularlo a estos cupos el próximo año que cumple 60 años con este convenio que no hay otra alternativa para él, si está solo en el mundo.” (Liliam Verdugo, TS Servicio de salud Viña del Mar – Quillota)</p>

<p>Perfil N°7</p>	<p>Adulto o Adulta Mayor, en situación de calle, no percibe pensión, pero tiene un trabajo informal esporádico, sin redes de apoyo primaria y secundaria, el paciente al momento del egreso hospitalario se encuentra en óptimas condiciones de salud.</p>
<p>Redes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programa Calle ▪ Albergue o Hospederías ▪ Chile Atiene postulación Pensión Básica Solidaria ▪ Registro Social de Hogares
<p>Relato de un Caso</p>	<p>"(...) el señor Manuel también lo tengo en Limache prestado para yo con el estoy esperando que me llegue el tema de registro de hogares para poder tramitarle la pensión solidaria de vejez, porque sin pensión no se puede ir a un hospital de baja complejidad porque los hospitales de baja complejidad no tienen los medios por ejemplo de comprarle pañales a los pacientes entonces con esa pensión las colegas pueden resolver el tema del hospital, como requisito para todos los sociosanitarios nosotros tenemos que mandar ya resueltos con el tema de la pensión, don Manuel amputado ambas piernas situación calle adulto mayor, alcohólico, drogadicto entonces del yo ya tengo todo armado el informe social, se le aplicaron todas las pautas que pide el convenio de FONASA para el tema de un hogar pero no tenía el registro de hogares, el registró de hogares se demora un mes, debería estar listo en estos días el informe y con eso la colega del IPS me dijo no ningún problema que tu vengas a tramitar tiene que tener la ficha, no me sirve el documento que dice que está en trámite." (Sandra, TS de Quillota)</p>

<p>Perfil N°8</p>	<p>Adulto o Adulta Mayor, en situación de calle, por diversos motivos rechazado por dispositivos calles.</p>
<p>Redes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ELEM convenio FONASA ▪ Colocación extrahospitalaria
<p>Relato de un Caso</p>	<p>"(...) un paciente con amputación en ambas piernas en la primera hospitalización yo le busque cupo a él era situación calle adulto mayor, le busque un cupo en hogar de unos hermanos evangélicos y lo recibieron con su pareja de alta se fue bien, en la segunda hospitalización vuelve a llegar este paciente y viene la oficina de discapacidad a decirme sabes que este paciente está viviendo en un auto dame el nombre del paciente y me acorde y le digo sabes qué raro, porque yo lo ubique esta situación llame al hogar y me dicen lo que pasa que aquí el caballero se portó muy mal y trato de abusar de su pareja entonces le pedimos a los dos que se fueran, entonces como ya estábamos en un caso situación calle, llame al programa calle y me dicen Sandra ningún dispositivo Municipal por orden del alcalde lo va a recibir por los antecedentes que tiene este caballero de abusos sexuales porque además fuimos a la audiencia y nos enteramos de otras situaciones que además este caballero era papá de un tipo que abuso el año ante pasado de una niña que venía en la micro camino de Hijuelas a Quillota y este caballero tenía antecedentes y eso salió todo en la audiencia, entonces lo hable con mi subdirector médico y le dije sabe que yo tengo en el hospital ingresado a tal paciente vive en el auto y dispositivo calle me dice que ningún dispositivo municipal por el comportamiento que tiene este caballero o van a recibir también va a depender del apoyo y entonces me dijo ese no es tema de nosotros</p>

	<p>le resolvimos el tema de la salud y cruza a puerta y el caballero deja de ser preocupación de hospital por lo que el caballero se va con todos esos antecedentes y el caballero se fue, yo deje anota en todo caso por si le pasa algo en la ficha clínica y escribo que mi subdirector médico.” (Sandra, TS de Quillota)</p>
--	--

Perfiles de Adultos/ Adultas Joven (Mayores de 18 años y menores de 60 años)

<p>Perfil N°1</p>	<p>Adultos y/o Adultas, hogar unipersonal, sin red de apoyo primaria, el paciente necesita una recuperación de tres meses en conjunto con un cuidador.</p>
<p>Redes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospital de baja complejidad ▪ Colocación extrahospitalaria
<p>Relato de un Caso</p>	<p>"(...) es un paciente adulto varón de 40 años de nacionalidad Venezolana, el ingresa al hospital luego de un accidente al caer de un vehículo en el cual estaba transportando carga ya por lo cual tuvo una fractura de tibia en la pierna y fractura de humero ya este paciente llevaba es como bien critica la historia llego a chile, diría un mes antes de tener el accidente por lo tanto configuraba como turista, porque, hasta los 90 días en Chile legalmente la personas es turista y además no contaba con contrato de trabajo, habría sufrido un robo en el cual le robaron sus ahorros y el empezó en su desesperación porque tiene su esposa y una niña pequeña preescolar ya, el en un principio vivía con personas de la misma nacionalidad pero tenían que aportar." (Ángela Rodríguez, TS Fricke)</p> <p>"(...) lo primero la interconsulta de referencia desde el servicio donde está el paciente concurre a entrevistarlo obviamente a hacer la identificación del paciente qué edad tiene de donde es, que domicilio tiene porque está hospitalizado, atender sus consulta también entrevista su esposa que estaba muy lábil emocionalmente yo incluso tuve la impresión de estaba muy traumatizada ya desde emigrar que tiene una situación económica y política en su</p>

país y familia lo que tuvo lo que no tuvo, venir a una situación de inestabilidad y que obviamente hay un dolor emocional y además encontrarse con eso y que debe pagar una tremenda deuda." (Ángela Rodríguez, TS Fricke)

"(...) los pasos luego de los 90 días en el país puede ser FONASA a y obtener un Rut provisorio y para eso yo le debo pedir cierta documentación ya que es la tarjeta migratoria pasaporte o documento de identificación además de firmar el formulario de FONASA y de hecho o tuve también de identificar a recaudación de la situación del él yo de su trámite de primero de su Rut provisorio y luego la previsión de salud además está la preocupación de este paciente que se iba de alta tiene que venir a rehabilitación de manera ambulatoria" (Ángela Rodríguez, TS Fricke)

"(...) la silla de ruedas la conseguí con el consultorio que le facilitarán." (Ángela Rodríguez, TS Fricke)

"(...) vino el martes había venido a sesiones de rehabilitación y bueno le falta todavía para recuperarse y de eso uno va registrando en la ficha social por los correos que se va gestionando se envía a FONASA centro norte que es el que nos corresponde a nosotros y también al centro estadístico de atenciones" (Ángela Rodríguez, TS Fricke)

<p>Perfil N°2</p>	<p>Adultos y/o Adultas, con red de apoyo primaria y secundaria, finalmente el egreso del hospital estaría condicionado a su situación de dismovilidad.</p>
<p>Redes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospital de Baja Complejidad ▪ IPS – Pensión de Invalidez ▪ COMPIN- Credencial de Discapacidad
<p>Relato de un Caso</p>	<p>“(…) tenemos alguien que está en la red que tiene 32 años que tuvo un trauma cerebral en una agresión nunca estuvo claro si fue una riña, tenía antecedentes que tenía una conducta un poco des adaptativa de la adolescencia, su mama ha sido muy comprometida con el pero él tiene un daño muy severo estuvo en gastrostomía mucho tiempo, requería silla neurológica también ha avanzado bastante pero es una persona que ha pasado más de un año de su hospitalización esta un hospital de baja complejidad.” (Ángela Rodríguez, TS Fricke)</p>

<p>Perfil N°3</p>	<p>Adultos y/o Adultas, en situación de calle, sin redes de apoyo primaria y secundarias, finalmente el egreso del hospital estaría condicionado a su situación de dismovilidad.</p>
<p>Redes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospital de Baja Complejidad ▪ Programa Calle ▪ IPS- Pensión por discapacidad ▪ COMPIN- Credencial de Discapacidad
<p>Relato de un Caso</p>	<p>“(…) las personas tienen VIH y no son adherentes al tratamiento y dejan de tomar tu tratamiento y la enfermedad le puede afectar cualquier órgano y por ejemplo le puede afectar el cerebro, hemos tenidos pacientes jóvenes en estado vegetativo como durmiendo siempre y no son capaces de hacer nada más porque la enfermedad lo ha afectado de esa manera, gente joven.” (Ángela Rodríguez, TS Fricke)</p>

<p>Perfil N°4</p>	<p>Adultos y/o Adultas, migrante, sin red de apoyo primaria y secundarias, el paciente presenta invasivos como traqueotomía y/o gastrostomía, condicionado a su situación de dismovilidad.</p>
<p>Redes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospitales de baja complejidad ▪ Comunidad Haitiana ▪ Gobernación ▪ Programa Repatriación
<p>Relato de un Caso</p>	<p>"(...) llega este paciente acá en condiciones bastante crítica postrado con una sonda gástrica sin posibilidad de comunicarse, por un lado no alcanzo a dominar el idioma español y por otro lado se afectó su cerebro aunque no fue un accidente vascular por lo cual el no comprendía y trajimos un traductor no podía confirma que el paciente no entendía ni siquiera en su propio idioma... vale entonces imagínate y este paciente sin redes de apoyo en Chile, porque se vino sólo, con la idea de traer a su familia imagínate postrado dependiente usando pañales y tratamientos carísimos." (Carla Bustamante, TS Hospital de Peñablanca)</p> <p>"(...) estaba como turista todavía dentro de la visa turista y con los meses que estuvo hospitalizado acá, en Quilpue entonces ya había expirado, porque estuvo en Quilpue, después estuvo aquí, se volvió porque se complicó...después de vuelta para acá ya no estaba ya había pasado cuatro meses entonces." (Carla Bustamante, TS Hospital de Peñablanca)</p>

"(...) la familia estaba en Haití logramos vincularnos con una comunidad haitiana, porque si bien no son su familia se conocen y nos vinculó con su familia en Haití, el paciente también participo en el programa rehabilitación un poquito como rehabilitación física empezó a despertarse empezó a evaluar nuevamente disminuyo su trastorno, el empezó a comer nuevamente por la boca...seguía usando pañales, seguía dependiente y empezó a contactarse con el medio, trajimos de nuevo al traductor y ya comprendía, pero seguía siendo un paciente dependiente en la cama necesitaba de un tercero." (Carla Bustamante, TS Hospital de Peñablanca)

"(...) nos pusimos en contacto con las Gobernaciones y lo vinculamos al programa de repatriación humanitaria que existe actualmente." (Carla Bustamante, TS Hospital de Peñablanca)

"(...) nos avisan que un martes tiene su repatriación y tuvimos que conseguir una silla de rueda, un colchón anti escaras para que el pudiera llevarse, también los medicamentos con otras personas de buena voluntad y finalmente fue repatriado a su país y hoy en día está en su país." (Carla Bustamante, TS Hospital de Peñablanca)

<p>Perfil N°5</p>	<p>Adultos y/o Adultas, en situación de calle, tiene un trabajo informal esporádico, sin redes de apoyo primaria y secundaria, el paciente al momento del egreso hospitalario se encuentra en óptimas condiciones de salud.</p>
<p>Redes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programa Calle ▪ Albergue o Hospedería
<p>Relato de un Caso</p>	<p>“(…) la señora Guillermina 83 años en situación de calle vivía durante larga data en el hospital de Quilpué, tú hablabas con la persona y parecía que la señora estaba súper cuerda y a mí me extrañaba tanto que quisiera estar en la calle y cayó al hospital hospitalizada a principio de este año y el hospital de Quilpué lo derivo a Limache y lo derivamos a la Ligua para postularlo al eleam esto fue a principio de este año y la señora dice no, yo no me quiero ir al hogar y la señora tiene 83 años y decía no es que tengo que hacer cosas y te entregaba todo un discurso súper creíble y el hospital Limache la devolvió donde ella decía querer irse a urgencia del Hospital que Quilpué así que la devolvió a la calle, porque, nosotros no podemos ir contra la voluntad de la persona porque eso se llama secuestro.” (Liliam Verdugo, TS Servicio de salud viña del Mar-Quillota)</p>

<p>Perfil N°6</p>	<p>Adultos y/o Adultas, en situación de calle, existe redes primarias familias y/o amigos, pero no quieren asumir el cuidado del paciente en estado dismovilizado.</p>
<p>Redes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tribunal del Familia ▪ Hospital de Baja Complejidad
<p>Relato de un Caso</p>	<p>“(…) mujer de 50 años o 40 y tanto, Nely se llamaba, pero no recuerdo su apellido, estuvo años en el hospital de Limache.” (Liliam Verdugo, TS Servicio de salud Viña del Mar – Quillota)</p> <p>“(…) solicitamos judicializar este caso empezamos a poner o estampar una denuncia porque esta señora tenía un hermano ya con ese caso no teníamos ninguna otra alternativa porque un eleam no es y ella estaba con un deterioro cognitivo al 100% y postrada así que llegamos a tribunales y llegaron los hermanos eran 4 o 5 yo me acuerdo de que esto fue en los inicios de nuestra intervención del servicio.” (Liliam Verdugo, TS Servicio de salud Viña del Mar – Quillota)</p> <p>“(…) antes de entrar a la juez lamentablemente le toco a ella y le pudiese haber tocado a cualquiera de ustedes entonces adentro como que le pegue su sensibilizada antes de entrar por su puesto en esos términos entonces adentro se llegó al acuerdo cado uno de ellos puso una platita más la pensión de la señora y se la llevaron a un hogar particular.” (Liliam Verdugo, TS Servicio de salud Viña del Mar – Quillota)</p>

<p>Perfil N°7</p>	<p>Adultos y/o Adultas, en situación de calle, sin redes de apoyo primaria y secundaria, además consumo de alcohol y/o drogas, paciente en estado dismovilizado.</p>
<p>Redes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programa Calle ▪ Albergue o Hospedería ▪ ONG- Programa Centro Moviliza ▪ Hospedería o Albergue ▪ Ejército de Salvación
<p>Relato de un Caso</p>	<p>“(...) paciente es de sexo masculino tiene 56 años está hospitalizado en medicina.” (Mónica Escobar, TS Eduardo Pereira)</p> <p>“(...) cirrosis hepática por alcoholismo, este paciente ingreso a la urgencia porque están en un albergue se descompense y lo enviaron a la urgencia.” (Mónica Escobar, TS Eduardo Pereira)</p> <p>“(...) conversado con el médico ya y el paciente se movilizaba y camina se vio la posibilidad que pudiesen ver en el ejército de salvación una pieza para él, porque anteriormente me comuniqué con el albergue.” (Mónica Escobar, TS Eduardo Pereira)”</p>

Perfiles de Niños, Niñas y/o Adolescente

<p>Perfil N°1</p>	<p>Niña, Niño y/o Adolescente con patología de alta complejidad que depende de maquinaria para vivir, sin redes de apoyo primaria y secundarias.</p>
<p>Redes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospital Auto gestionado
<p>Relato de un Caso</p>	<p>"(...) pequeño tiene cuatro años, es un caso que yo no vi porque no estaba en el área, es un caso que conocíamos todos mis colegas desde secretaria hasta la señora del aseo, madre consumidora de drogas, padre privado de libertad, en primera instancia la madre venía a visitarlo, entre paréntesis el niño tenía muy mal pronóstico de vida a él le había dado 4 meses entonces los primeros dos años la mamá venía pero tenía esto que recaí en el consumo de drogas hasta que llego en un momento en que se desvinculo totalmente y asumió otro adulto que es la abuela paterna lo visita pero no se puede hacer cargo porque su situación económica es precaria, ósea ella trabaja para mantenerse ella y a pesar que logramos apoyar en el tema insumo, esta adulta no tiene redes de apoyo y ni las condiciones habitacionales para llevarse al niño y además por supuesto ella tiene patologías física que le dificultan un por hacerse cargo de él, entonces ese es un caso que o tenemos hace bastante tiempo y en un momento se intentó postular al sanatorio marítimo y hicimos varias gestiones y era un paciente muy complejo para ellos, no lo iban a aceptar por el necesita seis sesiones de kinesiólogo y el sanatorio puede entregar tres al día, necesita enferma nocturna y no tiene...además la necesidad de insumo es mucho más de lo que puede ellos tampoco tienen los recursos, y es como eso filántropos que no tienen y el caso quedo afuera no podían recibirlo y dentro de la red no hay</p>

	<p>ningún lugar que se pueda quedar definitivamente quedándose acá en el hospital." (Carolin Gálvez, TS Van Buren)</p>
--	--

<p>Perfil N°2</p>	<p>Niña, Niño y/o Adolescente con Medida de protección por maltrato intrafamiliar.</p>
<p>Redes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospital Auto gestionado ▪ Tribunal de Familia ▪ Establecimiento educacional ▪ SENAME- Residencias
<p>Relato de un Caso</p>	<p>"(...) estuvo más de un mes hospitalizado correspondía a una adolescente de 12 años que ingreso por observación, porque no se configuro, no se corroboró como tal como maltrato ya... ingreso por la unidad de emergencia infantil traído por carabineros donde se decidió la hospitalización se realizó la evaluación con los diferentes especialistas para confirmar o descartar el maltrato, de salud mental se configuro desde lo que era el maltrato psicológico donde se solicitó una medida de protección y se solicitó evaluar residencia..." (Carolin Gálvez, TS Van Buren)</p> <p>"(...) porque lo primero es ver el tema clínico de las fracturas de que no haya lesiones y después más el tema psicológico y la parte mía para ver el tema rotacional, pero es como uno que hace la derivación a todos los especialistas y en ese contexto el caso de este adolescente tuvimos como muchas dificultades, porque, además que el caso era complejo se dio la orden de ingreso a residencia, pero no había cupo...ninguna residencia de la quinta región, no había redes de apoyo había una cuidadora a quien se le acusaba de maltrato hacia el adolescente entre paréntesis, igual tenía antecedentes psiquiátricos, entonces lo hacía más complejo el tema de la evaluación, finalmente después de la audiencia había un profesional que conocía a la cuidadora y apostó porque se trabajara el vínculo con ella para que regresara la adolescente con ella, el colegio fue</p>

	<p>quien hizo este trabajo y durante todo ese tiempo de un mes por fin se logró egresar, fuimos a tribunales que se pudiera dar la orden de egreso con esta niña, pero eso fue un mes, una niña sana que no necesitaba estar hospitalizada." (Carolin Gálvez, TS Van Buren)</p>
--	---

Perfil N°3	<p>Niña, Niño y/o Adolescente con patología de alta complejidad que depende de maquinaria para vivir. Además, las condiciones habitacionales del grupo familiar no son las óptimas.</p>
Redes	<ul style="list-style-type: none">▪ Hospital Auto gestionado▪ Fundación Vivienda▪ SERVIU
Relato de un Caso	<p>"(...) el último caso que vi que también es sociosanitario a través de fundación vivienda se pudo resolver en el problema habitacional, lo que hizo esta fundación fue construirle una media agua con las características que exigía, especialmente con lo que necesitaba la niña no obstante era parcial porque no contemplaba ni el baño ni cocina lo cual es indispensable para entonces lo habitacional lo más importante el a mi es el tema eléctrico entonces eso solamente retrasa el alta pero eso se puede resolver a corto plazo." (Carolin Gálvez, TS Van Buren)</p>

4.2 Protocolo Diagnóstico Pacientes Sociosanitarios

A lo largo del análisis de las entrevistas realizadas a las Trabajadoras Sociales de los distintos establecimientos de salud, se logró identificar ciertos patrones en común al momento de diagnosticar un paciente como "paciente sociosanitario", es por lo que a continuación se presenta una sistematización de un protocolo de diagnósticos para pacientes sociosanitario con siete fases de trabajos, con sus actividades asociadas y criterios profesionales que debe tener presente.

Sistematización Recursos de Estabilización Protocolos o Pautas de Trabajo Profesionales Ilustración

Nombre	Diagnóstico de los Pacientes Sociosanitarios
---------------	--

Referentes Conceptuales Operativos
<p>Diagnóstico: Es un procedimiento ordenado, sistemático, para conocer, para establecer de manera clara una circunstancia, a partir de las observaciones y datos concretos.</p>

Fases de Trabajo Profesional	Actividades Asociadas	Criterios Profesionales De Aplicación
<p>1° Revisar bases de datos propios del Servicio de Salud y/o Establecimiento de Salud.</p>	<p>Previa investigación del caso en la base de datos del servicio de salud, tales como Ficha Social la cuales pueden estar en formato digital o papel.</p>	<p>Identificar si el paciente ha tenido otras hospitalizaciones en el servicio de salud.</p>

		<p>Identificar si existen intervenciones previas de Servicio Social y si estas existen indagar el motivo de la consulta intervenciones, de esta manera evitar una sobre intervención con la familia del paciente.</p> <p>Finalmente obtener información del paciente respecto a su grupo familiar, datos de contactos, fonos, entre otros.</p>
<p>2°</p> <p>Levantamiento de información con el Equipo Clínico del Establecimiento de Salud.</p>	<p>Entrevista con el Médico del paciente para obtener el pronóstico de la enfermedad del paciente sociosanitario.</p> <p>Entrevista con Enfermero/a, Kinesiólogo/a, Nutricionista, Terapeuta Ocupacional entre otros para visualizar los cuidados, movilidad y tratamientos que requiere el paciente al ser dado de alta médica.</p>	<p>Identificar el motivo de consulta o el requerimiento del Equipo Clínico hacia la Unidad de Servicio Social.</p>

<p>3°</p> <p>Revisión Ficha Clínica del Paciente Sociosanitario.</p>	<p>Recabar información respecto del ingreso del paciente al establecimiento de salud, si fue acompañada de un funcionario público como Carabineros o por un familiar y/o conocido.</p> <p>Además, revisar la primera evaluación de la Unidad de Emergencia o del SAPU, para indagar en el motivo de su hospitalización y las condiciones en las que se encontraba.</p> <p>Finalmente identificar persona que firma el consentimiento informado del ingreso del paciente a la unidad clínica.</p>	<p>Obtener máxima información social que pueda otorgar la Ficha Clínica.</p> <p>Poder identificar posibles familiares o redes de apoyo del paciente.</p>
<p>4°</p> <p>Entrevista con el Paciente Sociosanitario.</p>	<p>La entrevista sólo se deberá llevar a cabo dependiendo del estado de salud del paciente y de su nivel de orientación.</p> <p>La entrevista se inicia con un saludo, estableciendo</p>	<p>Identificar Situaciones Sociales de Riesgo del paciente en la entrevista:</p> <p>Hogar unipersonal.</p>

	<p>el marco de confianza con el paciente.</p> <p>Identificar su domicilio antes de la hospitalización.</p> <p>Se debe realizar la declaración de objetivo de la entrevista, el cual es identificar las redes de apoyo y lugar donde se irá a vivir al momento de la alta clínica.</p>	<p>Inexistencia de un cuidador y/o familiares.</p> <p>Violencia Intrafamiliar.</p> <p>Persona en Situación de calle.</p> <p>Ingresos económicos insuficientes.</p> <p>Redes de apoyo débiles o no idóneas.</p> <p>Adicciones al alcohol y/o drogar.</p> <p>Vivienda precarias condiciones.</p>
<p>5° Indagación de las redes de apoyo del paciente.</p>	<p>Identificación de un futuro cuidador para el paciente sociosanitario, por medio las siguientes instituciones:</p> <p>FONASA, Registro Social de Hogares, APS, Registro Civil, IPS, entre otras.</p>	<p>Se debe realizar una triangulación de la información obtenida por medio de las instituciones con los datos recabados en la entrevista con el paciente.</p>

<p>6°</p> <p>Entrevista con el posible cuidador del paciente sociosanitario.</p>	<p>Entrevistar a él posible cuidador del paciente, con el objetivo de ver donde se irá el paciente al momento de ser dado de alta clínicamente.</p> <p>En el caso de existir más de un posible cuidador se sugiere realizar la entrevista por separado, y luego se podría realizar otra entrevista en conjunto para tomar decisión del destino del paciente.</p>	<p>Criterio Profesional Situaciones Sociales de Riesgo:</p> <p>Cuidado/res no quieren asumir el cuidado del paciente sociosanitario, por diversos motivos.</p> <p>Cuidadores se niegan a asumir el cuidado del paciente sociosanitario por diversos motivos.</p> <p>Cuidado/res no estén aptos para asumir el cuidado del Paciente Sociosanitario.</p>
<p>7°</p> <p>Decisión del plan de intervención por parte del Asistente Social.</p>	<p>Entrega de fundamentos del plan de acción tanto al cuidador (si existiera) y al Equipo Clínico.</p> <p>Acuerdo mutuo del procedimiento del seguimiento del plan acción a seguir.</p>	

4.3 Pautas de intervención con pacientes sociosanitarios

En el proceso de recopilación de información, el cual en esta investigación fue por medio de diversas entrevistas realizadas a Trabajadoras Sociales de distintos establecimientos de salud de la región Valparaíso, se logró identificar ciertos patrones en común de intervención con los que operan las Trabajadoras Sociales, por lo cual a continuación se presenta una sistematización de pautas de intervención con pacientes sociosanitarios.

I

1° Sistematización de Pautas de Trabajo Profesionales Ilustración

Nombre	Colocación Extrahospitalaria
---------------	------------------------------

Referentes Conceptuales Operativos
<p>Colocación Extrahospitalaria: Hospedería es subvencionada con recursos financieros propios del hospital, cuya finalidad es para aquellas personas que no tienen red de apoyo ni recursos al momento de ser dados de alta médica, por lo que se les brinda albergue por un determinado tiempo (Máximo 3 meses).</p>

Perfil Paciente Sociosanitario para Ingresar a Colocación
<p>Los residentes de Colocación son para adultos Mayores y adultos sin redes de apoyo que necesitan de rehabilitación por un periodo no mayor de 3 meses, mientras el paciente espera de un cupo de un ELEM convenio FONANA, ELEM particular u otra situación específica.</p>

Fases de Trabajo Profesional	Actividades Asociadas	Criterios Profesionales De Aplicación
<p>1° Coordinación con el encargado/a de Colocación del Establecimiento de Salud.</p>	<p>Se contacta con el encargado/a de colocación para informar que el paciente sociosanitario será derivado para al recinto.</p>	<p>Respaldar la información con envío de correo electrónico tanto al encargado de colocación como al Jefe de Servicio Social.</p>

		Informar fecha estimativa del traslado del paciente.	
2° Propuesta Ingreso Colocación al Paciente Sociosanitario.	Se le informa al paciente sociosanitario que esta la posibilidad del ingresar a colocación para verificar que si está de acuerdo. Si el paciente por su voluntad aceptar el ingreso a colocación se le debe informa las reglas y normas del recinto. Se materializa con el consentimiento informado del paciente o apoderado responsable.	Siempre informar al paciente sociosanitario que colocación es un lugar transitorio mientras se recupera.	
3° Coordinación de requerimientos al momento de alta médica del paciente sociosanitario.	Solicita al médico tratante recetas de los medicamentos y cuidados que requiere. Si el paciente necesita se gestiona también ayudas técnicas que requiera (Silla de ruedas, colchón anti escaras, etc.) Coordinación controles post alta con hospital o APS.	Cerciorarse que el paciente cuando sea trasladado a colocación se derivado con lo que necesita para estar estable médicamente.	

<p>4°</p> <p>Gestionar los documentos necesarios para el ingreso a Colocación.</p>	<p>Adjuntar fotocopia de Epicrisis médica y de enfermería del Paciente Sociosanitario.</p> <p>Adjuntar Informe Social del paciente sociosanitario.</p> <p>Adjuntar sus documentos de identificación tales como Cedula de Identidad, otros. En caso de no contar con el C.I. gestionar para que acuda a CEH.</p>	<p>Recabar el máximo de documento que el paciente sociosanitario debe tener a su alta médica.</p>
<p>5°</p> <p>Registro en Ficha Clínica.</p>	<p>Se evoluciona en la Ficha Clínica, señalando que el paciente será derivado a Colocación extrahospitalaria.</p>	
<p>6°</p> <p>Traslado del paciente sociosanitario a colocación.</p>	<p>Se informa a colocación extrahospitalaria la hora estimada de llegada del paciente sociosanitario al lugar.</p>	<p>Informar al encargado/a sobre los requerimientos de cuidado del paciente y además entrega de las pertenencias de este.</p> <p>Verificar que el paciente sociosanitario sea recepcionado.</p>

2° Sistematización de Pautas de Trabajo Profesionales Ilustración

Nombre	Establecimiento de Larga Estadía Convenio con Fonasa.
---------------	--

Referentes Conceptuales Operativos
<p>ELEAM Convenio con FONASA: “Establecimiento de larga estadía para adultos mayores es aquel en que residen personas de 60 años o más que por motivos biológicos, psicológicos o sociales, requieren de un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados y reciben dichos cuidados.” (SENAMA)</p>

Perfil Paciente Sociosanitario para Ingresar a ELEAM Convenio FONASA
<p>Los residentes de los ELEAM convenio FONASA son adultos mayores (60 años o más) hasta el 60% de la Calificación Socio Económica (CSE), según Registro Social de Hogares (RSH), que presentan algún grado de dependencia (física y psíquicas leves, moderadas o severas) y requieren cuidados especializados.</p>

Fases de Trabajo Profesional	Actividades Asociadas	Criterios Profesionales De Aplicación
<p>1°</p> <p>Notificar a jefe/a de la Unidad de Servicio Social del establecimiento de salud y/o Servicio de Salud correspondiente.</p>	<p>Informar referente de la Unidad de Servicio Social y/o Servicio de Salud respecto de la postulación del paciente sociosanitario a un ELEAM convenio FONASA.</p>	

<p>2°</p> <p>Propuesta al paciente del ingreso a un ELEM convenio FONASA.</p>	<p>Se le informa al paciente sociosanitario que esta la posibilidad de ingresar a un ELEM para verificar si está de acuerdo.</p>	<p>Informar al paciente que se realiza una postulación en la región de los ELEM y donde esté disponible un cupo será enviado, lo que puede ser en otra comuna.</p>
<p>3°</p> <p>Gestionar Implementación de evaluadores por parte del Equipo Médico</p>	<p>Solicitar al médico tratante completar informe de salud completo (Formulario) del paciente sociosanitario, considerando las evaluaciones de las pruebas de Barthel y Pfeizer.</p>	
<p>4°</p> <p>Recopilación de documento del paciente sociosanitario.</p>	<p>Realizar Informe Social de paciente sociosanitario.</p> <p>Recopilación de los documentos requeridos para el ingreso, tales como Cedula de Identidad, fotocopia de la Cedula Identidad, Certificado de antecedentes penales, fotocopia del ultima colilla de pago de pensión del paciente, Registro Social de Hogares, entre otros.</p>	<p>El paciente debe contar con pensión.</p>

<p>5°</p> <p>Postulación del paciente sociosanitario al ELEM convenio FONASA.</p>	<p>Se adjunta todos los documentos requeridos por el convenio ELEM FONASA y se realiza la postulación.</p> <p>Esta postulación se realiza por medio de cada dirección de servicios, en donde casa hospital lo debe enviar por correo electrónico en conjunto con todos los documentos.</p>	<p>Dependiendo del funcionamiento de establecimiento de salud del cual corresponda estos documentos serán postulados de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De forma autónoma del asistente social del hospital, o - Se envían los documentos a la Asistente social del Servicio de Salud al que corresponda.
<p>6°</p> <p>Se Notifica al paciente sociosanitario de su postulación a ELEM convenio FONASA.</p>	<p>Se Notifica al paciente sociosanitario de su postulación a ELEM convenio FONASA.</p>	<p>El ingreso lo realiza previa evaluación de la fundación las rosas.</p>
<p>7°</p> <p>Registro en Ficha Clínica.</p>	<p>Se evoluciona en la Ficha Clínica, señalando que el paciente será derivado a ELEM convenio FONASA.</p>	
<p>8°</p> <p>Traslado del paciente sociosanitario al ELEM convenio FONASA.</p>	<p>Se coordinará la hora de alta médica con la disponibilidad de ambulancia del establecimiento de salud para el traslado del paciente sociosanitario.</p>	<p>Informar al encargado/a sobre los requerimientos de cuidado del paciente y además entregar las pertenencias de este.</p>

3° Sistematización de Pautas de Trabajo Profesionales Ilustración

Nombre	Establecimiento de Larga Estadía Particular
---------------	---

Referentes Conceptuales Operativos
Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) Residencias o centros de apoyo para personas mayores que, por motivos biológicos, psicológicos o sociales, requieren de un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados para la mantención de su salud y funcionalidad.

Perfil Paciente Sociosanitario para Ingresar a Establecimiento de Larga Estadía
Los residentes de los establecimientos de larga estadía particular son hombre y mujeres desde los 60 años, que manifiestan su voluntad del ingreso y además se encuentran en situación de vulnerabilidad social, familiar o económica.

Fases de Trabajo Profesional	Actividades Asociadas	Criterios Profesionales De Aplicación
1° Citar a entrevista a la persona responsable y/o contacto del paciente sociosanitario.	Se llama vía telefónica a la persona responsable y/o contacto del paciente, que se encuentra presente en el momento de la hospitalización citándolo a entrevista un día y hora determinada.	

<p>2°</p> <p>Entrevista con la persona responsable y/o contacto del paciente sociosanitario.</p>	<p>Se le oriente a la persona responsable y/o contacto del paciente respecto a cómo funcionan los establecimientos de larga estadía y cuáles son sus opciones a partir de su situación.</p> <p>Se estipula visita domiciliar al hogar del paciente sociosanitario.</p>	
<p>3°</p> <p>Visita Domiciliar al hogar del paciente sociosanitario.</p>	<p>Se realiza visita domiciliar al domicilio particular del paciente sociosanitario.</p>	<p>Verificar los datos entregados por la persona responsable y/o contacto de paciente sociosanitario con las plataformas disponibles, tales como FONASA.</p>
<p>4°</p> <p>Entrevista con la persona responsable y/o contacto de paciente sociosanitario.</p>	<p>Se orienta entregándole un catastro de los hogares particulares disponibles.</p> <p>Se realizar Informe Social a nombre del paciente sociosanitario.</p>	<p>La familia debe gestionar con el hogar particular y el Trabajador Social debe informa en que unidad se encuentra hospitalizado el paciente sociosanitario.</p>
<p>5°</p> <p>Registro en Ficha Clínica.</p>	<p>Se evoluciona en la Ficha Clínica, señalando que el paciente al momento de ser dado de alta se irá con la persona responsable y/o contacto, quien fue orientado respecto a los establecimientos de larga estadía.</p>	

4° Sistematización Pautas de Trabajo Profesionales Ilustración

Nombre	Albergues o Hospederías
---------------	-------------------------

Referentes Conceptuales Operativos
<p>Albergues: Centro de inclusión y emergencia social para el alojamiento de carácter temporal destinado a acoger a personas en situación de calle, personas transeúntes y personas sin hogar.</p>

Perfil Paciente Sociosanitario para Ingresar a Albergues o Hospederías
<p>Los residentes de los albergues o hospederías son personas de 18 años o más, en situación de calle y que se encuentren autovalentes o con problemas de movilidad leve (uso de bastones ortopédicos) y orientados al momento de su alta médica.</p>

Fases de Trabajo Profesional	Actividades Asociadas	Criterios Profesionales De Aplicación
<p>1° Propuesta al paciente del ingreso a un albergue o hospedería.</p>	<p>Se le informa al paciente sociosanitario que esta la posibilidad de ingresar a un albergue o hospedería para verificar si está de acuerdo</p>	

<p>2°</p> <p>Coordinación con el encargado/a del albergue o hospedería.</p>	<p>Se hablar con el encargado del albergue o hospedería se consulta si tiene un cupo para el paciente sociosanitario, se le describe el perfil del paciente.</p>	
<p>3°</p> <p>Se Notifica al paciente sociosanitario de su ingreso a un albergue o hospedería.</p>	<p>Si el paciente por su voluntad aceptar el ingreso a colocación se le debe informa las reglas y normas del recinto.</p>	<p>Reiterar al paciente sociosanitario que en la hospedería sólo puede estar en las noches, es decir para dormir.</p>
<p>4°</p> <p>Coordinación de requerimientos al momento de alta médica del paciente sociosanitario.</p>	<p>Solicita al médico tratante recetas de los medicamentos y cuidados que requiere.</p> <p>Gestionar con la farmacia del establecimiento de salud los remedios necesarios.</p> <p>Si el paciente necesita se gestiona también ayudas técnicas que requiera (Silla de ruedas, andador, bastones etc.)</p>	<p>Al momento de alta del paciente, se coordina con albergue y hospedería el ingreso efectivo y traslado.</p>

<p>5°</p> <p>Registro en Ficha Clínica.</p>	<p>Se evoluciona en la Ficha Clínica, señalando que el paciente será derivado a un albergue o hospedería.</p> <p>Señalar también si al paciente se les otorga ayudas técnicas.</p>	
---	--	--

5° Sistematización Pautas de Trabajo Profesionales Ilustración

Nombre	Hospitales de Baja Complejidad
---------------	--------------------------------

Referentes Conceptuales Operativos
<p>Hospitales de Baja Complejidad: Son centros de referencia que dan cobertura a la población que forma parte de su jurisdicción. Depende administrativamente del Servicio de Salud al cual perteneces.</p>

Perfil Paciente Sociosanitario para Ingresar a Hospitales de Menor Complejidad
<p>Personas mayores de 18 años dependientes que requieran de cuidados médicos, ya sean tratamiento o rehabilitación por un determinado tiempo.</p>

Fases de Trabajo Profesional	Actividades Asociadas	Criterios Profesionales De Aplicación
<p>1° Coordinación con Gestión de Camas.</p>	<p>Ver la posibilidad de derivar al paciente Sociosanitario a un Hospital de Menor Complejidad.</p>	<p>Paciente Sociosanitario requiera de cuidados médicos.</p>

<p>2°</p> <p>Notificación al paciente sociosanitario de su traslado.</p>	<p>Se le informa al paciente sociosanitario que será derivado a un hospital de menor complejidad.</p> <p>Explicarle la importancia de su buen comportamiento al paciente sociosanitario en el nuevo establecimiento de salud.</p>	
<p>3°</p> <p>Coordinación con la o el Trabajador Social.</p>	<p>Se informa al Trabajador Social, respecto que será derivado un paciente Sociosanitario.</p> <p>Se le describe los antecedentes del paciente y cuáles han sido los avances en el caso.</p>	
<p>4°</p> <p>Traslado del paciente sociosanitario.</p>	<p>Solicitud al referente de servicios de salud para la autorización del traslado del paciente sociosanitario.</p> <p>Se coordinará la hora de alta médica con la disponibilidad de</p>	

	ambulancia del establecimiento de salud para el traslado del paciente sociosanitario al hospital de menor complejidad.	
5° Registro en Ficha Clínica.	Se evoluciona en la Ficha Clínica, señalando que el paciente será derivado a un hospital de menor complejidad.	

6° Sistematización Pautas de Trabajo Profesionales Ilustración

Nombre	Programa Calle
---------------	----------------

Referentes Conceptuales Operativos
<p>El programa Calle: Aborda el problema de la exclusión y vulneración que sufren las personas adultas en situación de calle, buscando contribuir a que éstas mejoren sus condiciones de vida y/o superen dicha situación a través del despliegue de alternativas de seguridad y protección, el desarrollo de sus capacidades y el aumento de recursos psicosociales y socio laborales.</p>

Perfil Paciente Sociosanitario para ingresar al Programa Calle
<p>Son personas del grupo etario de 18 años o más, en situación de calle y que se encuentren autovalentes al momento de su alta médica.</p>

Fases de Trabajo Profesional	Actividades Asociadas	Criterios Profesionales De Aplicación
<p>1° Propuesta al paciente del ingreso al Programa Calle.</p>	<p>Se le informa al paciente sociosanitario que esta la posibilidad de vincularlo al Programa Calle para verificar si está de acuerdo.</p>	<p>Explicar a grandes rasgos lo beneficioso que puede ser para el paciente el ingreso al programa.</p>

<p>2°</p> <p>Coordinación con el encargado/a con el Programa Calle.</p>	<p>Se hablar con el encargado del Programa Calle para gestionar un cupo para el paciente sociosanitario, se le describe el perfil del paciente.</p>	
<p>3°</p> <p>Se Notifica al paciente sociosanitario de su vinculación con Programa Calle.</p>	<p>Se le notifica al paciente que hay un cupo en el Programa Calle.</p> <p>Se informa sobre las coordinaciones pertinente para que lo visiten desde el Programa Calle al paciente sociosanitario.</p>	
<p>4°</p> <p>Presentación del paciente sociosanitario con el Encargado/a Programa.</p>	<p>Oficialmente se presenta al representante de Programa Calle al Paciente Sociosanitario</p> <p>Además, son ellos quienes acuden a retirar al paciente al momento de alta médica.</p>	<p>Este paciente volverá a la calle, pero con monitoreo y apoyo.</p>
<p>5°</p> <p>Registro en Ficha Clínica.</p>	<p>Se evoluciona en la Ficha Clínica, señalando que el paciente será vinculado al programa calle.</p>	

4.4 Hallazgos

Es significativo destacar que, con el transcurso de las entrevistas realizadas a las once Trabajadoras Sociales de los distintos establecimientos de salud pertenecientes a la región de Valparaíso, se puede divisar claramente tres nuevos hallazgos considerables a tener presentes.

En primer lugar, durante el análisis se logró identificar la existencia de pacientes sociosanitario de perfiles de Niños, Niñas y Adolescente, los cuales no son considerados en las pautas Ministeriales de Salud que fueron entregados a los distintos Servicios de Salud.

Cabe señalar que los pacientes sociosanitarios que son niños, niñas y adolescentes, fueron identificados solamente en el Hospital Carlos Van Buren esto se puede deber dado a la magnitud de su infraestructura, variedad de especialidades y la cantidad de pacientes que la institución atiende cada día.

Las mayorías de los pacientes sociosanitario que son Niños, Niñas y Adolescentes, permanecen por un largo tiempo hospitalizados por distintas problemáticas diagnosticas por las Trabajadoras Sociales, las cuales se pueden integrar en dos grandes grupos, problemáticas habitacionales y problemáticas red de apoyo frágil.

Los problemas habitacionales que enfrentan los pacientes sociosanitarios son relacionados a que el domicilio particular en muchas ocasiones no se encuentran óptimas condiciones infraestructuralmente, es decir, que la instalación eléctrica del hogar no está regularizada siendo esta fundamental y de primera necesidad para los pacientes sociosanitarios dependientes. Asimismo, el domicilio particular se encuentra cerca de un microbasural o sitio eriazo, la existencia de roedores o mascotas en el hogar que contamine el entorno del paciente y finalmente que el acceso al hogar sea dificultoso nótese pendiente o camino sinuoso.

Mientras que la problemática red de apoyo frágil se debe a la falta de familiares o cuidadores que asuman la responsabilidad del cuidado del paciente sociosanitario al momento de obtener la alta médica. También en ocasiones los cuidadores no se encuentran capacitados para adjudicarse el cuidado del menor debido a la complejidad de la enfermedad o por la existencia de medidas de protección que puedan tener o requerir el paciente sociosanitario.

El segundo hallazgo importante durante la investigación está directamente vinculado con pacientes sociosanitarios que corresponden al grupo etario de adultos y adultas, es decir mayores de 18 años y menores de 60 años. Este grupo de pacientes está compuesto por personas que es su momento estaban totalmente sanos y que por circunstancia de la vida o por diversos motivos sufrieron un accidente ya sea cotidiano o laboral, o también por el desarrollo de una patología en alguna instancia de su vida, quedan en estados críticos de salud por lo cual pasan a formar parte de los pacientes sociosanitario y no tienen el respaldo de cuidadores responsables.

Además, al grupo etario correspondiente de adultos y adultas de pacientes sociosanitario se les suman los inmigrantes, debido al aumento considerables que ha tenido nuestro país en los últimos años y las faltas de oportunidades que están teniendo, lo que conlleva a las mala condiciones laborales en las que se están desempeñando como consecuencia de esto sufren accidentes laborales y pasan a hacer pacientes sociosanitarios, considerando que no cuentan con redes de apoyo.

Finalmente, el tercer hallazgo corresponde al diferente abordaje de intervención del flujo de pacientes sociosanitarios que utilizan el servicio de Salud Viña del Mar – Quillota y Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio.

En el servicio de Salud Viña del Mar–Quillota, los pacientes sociosanitarios que cumplen con los requisitos para ser derivado a Fundación las Rosas por medio del convenio Fonasa, son enviado a hospitales de baja complejidad de esta manera poder descongestionar los hospitales de mayor complejidad. Es la Trabajador Social Liliam Verdugo quien cumple un rol fundamente desde las gestiones que realiza desde su cargo en el Servio de Salud SSVSA, quién evalúa los casos derivados de sus colegas de los distinto hospitales según la jurisdicción que les corresponde al servicio y envía semanalmente los casos al convenio exigiéndole la incorporación de los pacientes sociosanitarios al eleam convenido Fonasa.

Mientras que el Servicio de Salud Valparaíso- San Antonio, postulan a sus pacientes sociosanitarios que cumplen con los requisitos para ser derivado a Fundación las Rosas por medio del convenio Fonasa, pero muchos de estos casos no son aceptados debido a la falta de cupos en el eleam.



Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

Capítulo V:

Conclusiones

Capítulo V:

Conclusiones

A continuación, se precisan las conclusiones de las sistematizaciones de la información recabada durante las entrevistas realizadas en el proyecto de título. Según el siguiente orden:

5.1 Conclusiones Temáticas

5.2 Conclusiones Metodológicas

5.3 Conclusiones Profesionales

Conclusiones Adultos Mayor, Paciente Sociosanitario y Trabajo Social

En términos generales, se pudo registrar que el envejecimiento de la población en Chile es un fenómeno que día a día se va concretando a un ritmo más acelerado de lo que uno quisiera, así como también que la esperanza de vida de las personas va aumentando, el gran dilema corresponde a que el aumento de la esperanza de vida no se ve relacionado con la calidad de vida de las personas, esto debido a que cada vez son más las patologías que padecen los adultos mayores llevándolos a ser en ocasiones dependientes de terceros.

Por las razones señaladas con anterioridad que el mayor grupo etario de pacientes sociosanitario corresponde a los adultos y adultas mayores, por medio de la entrevistas se pudo verificar que los casos de pacientes sociosanitario con el paso de los años ha ido aumentando de forma potencial, lo que hace años atrás el tener pacientes sociosanitarios se vinculaba con la fecha de invierno hoy en día esto ha cambiado debido a que el ingreso de pacientes sociosanitario en los Hospitales es durante todo el año.

En la sistematización de la información se pudo apreciar que los pacientes sociosanitarios no corresponde únicamente a los pacientes adultos mayores, sino que también existen paciente adultos y adultas que tiene entre 18 años y menos de 60 años, estos pacientes pasan a ser paciente sociosanitario debido a que eran personas que es su momento estaban totalmente sana y que por circunstancia de la vida o por diversos motivos sufrieron un accidente ya sea cotidiano o laboral, o también por el desarrollo de una patología en alguna instancia de su vida, hablamos de pacientes que quedan en estados críticos de salud por lo cual pasan a formar parte de los pacientes sociosanitario y que no tienen el respaldo de cuidadores responsables.

En relación con lo anterior descrito, la sistematización revelo que también existen pacientes sociosanitarios correspondiente al grupo etario de niños, niñas y adolescente siendo esto una de las cosas más preocupantes, debido a la vulnerabilidad de estos pequeños, aunque muchas personas creen que los niños, niñas y adolescentes se encuentra protegidos por el estado, esto no siempre es así o para todos iguales, ya que, la institución de SENAME hace un tiempo está pasando por una crisis, lo que ha generado que el Estado le restrinja los recursos otorgado, viéndose en la necesidad de clausurar algunos centros de residencia a nivel Nacional, disminuyendo notoriamente su capacidad para albergar a los niños, niñas y adolescente, cabe señal que estas residencia no aceptan a los niños con

ciertas enfermedades por lo que no son una opción para los pacientes sociosanitarios del grupo etario de niños, niñas y adolescentes.

El grupo etario de pacientes sociosanitarios de adultas y adultos, sumados con el grupo etarios de pacientes sociosanitario de niños, niñas y adolescentes en la actualidad son los grupos con más problemáticas y desprotegidos, porque, hoy no cuentan con una red de apoyo reglamenta por el estado.

Si bien estos pacientes a nivel nacional no son un número considerable en comparación con los demás pacientes sociosanitarios adultos mayores, es importante mencionar que su destino es quedar en una cama al interior del hospital siendo que ya han sido dados de alta médica, disminuyendo la posibilidad que esta cama sea ocupada por otro paciente que si requiera de atención médica. Además, se encuentran expuestos a posibles infecciones intrahospitalarias, que a pesar de que los establecimientos cumplen con las exigencias de la autoridad sanitaria siempre existirá el riesgo.

En la actualidad no existen instituciones que estén adaptadas y se hagan responsables de pacientes sociosanitarios al momento de la alta médica, evidenciando un claro déficit en las políticas públicas, donde organismo como el Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Salud, SENADIS y SENAMA asuman con urgencias un trabajo en conjunto para su atención y mejorar calidad de vida de los pacientes sociosanitarios.

Conclusiones Metodológicas

A partir de la experiencia realizada, la metodología utilizada es preciso señalar que la sistematización como método de generación de conocimiento fue fundamental para el desarrollo de este proyecto de título.

En relación, con la recopilación de la información fue efectuada por medio de entrevistas presenciales realizadas específicamente a once Trabajadoras Sociales que desempeñan en los siguientes establecimientos de salud, Hospital Carlos Van Buren, Hospital Eduardo Pereira, Hospital Claudio Vicuña, Hospital Gustavo Fricke, Hospital de Quilpue, Hospital de Peñablanca, Hospital Geriátrico de Limache, Hospital San Martín de Quillota y además el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, perteneciente a la región de Valparaíso.

Es importante considerar, que durante las entrevistas se extrajo información respecto a los diversos perfiles de los pacientes sociosanitarios en cada establecimiento de salud, así como también respecto a la forma de desempeñarse laboralmente las Trabajadoras Sociales con estos pacientes, debido a la complejidad de diagnosticar y aún más intervenir, para poder brindarles un máximo de bienestar dentro de los parámetros posibles a los pacientes sociosanitarios.

En consecuencia, con lo anterior, la información fue clasificada y segregada correspondientemente para poder ser analizada, esto a través de recursos de estabilización llevándola a sistematizar con varios productos, en primer lugar, con la creación de una tipificación de los perfiles sociosanitarios dividiéndolos en adultos y adultas Mayores, Adultos y Adultas (entre 18 años y menos de 60 años) y Niños, Niñas Y adolescentes. En segundo lugar, se construye un Protocolo de Diagnóstico para pacientes Sociosanitarios y finalmente se establece una pauta de intervención con los pacientes sociosanitarios.

Para finalizar, cabe señalar que la sistematización como herramienta de generación de conocimiento es esencial y debe desarrollarse como un elemento distintivo y de sello para nuestra disciplina de Trabajo Social.

Conclusiones Trabajo Social Hospitalario

Para iniciar este último apartado, en primera instancia cabe mencionar que el Trabajo Social desde sus inicios de la profesión se le vincula con el área de la salud, con el paso de las décadas y el compromiso que se lleva a cabo ha provocado un aumento considerable en la cantidad de profesionales de Trabajo Social que se han ido empoderado de las Instituciones de Salud ocupando diversos cargos, ya no sólo en Servicio Social como tal, sino que también en cargos de Participación Comunitaria, Recursos Humanos, Sindicatos, entre otros.

El Trabajador Social, en el área de la salud, cuando ejecuta su trabajo de intervención con pacientes de cualquier índole es el momento preciso donde más debe ponerse a prueba sus habilidades blandas, tales como su capacidad de liderazgo, relaciones interpersonales, actitud positiva, búsqueda de información, sensibilidad interpersonal, autocontrol, construcción de relaciones, persistencia, pensamiento analítico, entre otros. Al mismo tiempo debe utilizar por completo sus conocimientos y repertorios profesionales de los cuales se pueden destacar el trabajo en redes con la comunidad, así como con los Servicios de Salud, Hospitales, Tribunales, Municipios, FONASA, IPS, Registro Social de Hogares, Registro Civil, Gobernación, diversas fundaciones, SENAMA, en conjunto y/o paralelamente con el trabajo interdisciplinario que requiera dicha intervención.

Para él o la Trabajadora Social que se encuentra inserto en el área de la salud y que más aun precisamente trabaja con pacientes sociosanitario se vuelve indispensable su trabajo en la red de apoyo, lo cual es preciso destacar de forma positiva, ya que, todas las personas entrevistadas durante la sistematización mencionaron con énfasis como era su manera trabajar y/o armar sus propias redes de apoyo que les generaran una mayor eficiencia al momento desempeñarse laboralmente, todo aquello con la única finalidad de otorgar el máximo bienestar a los pacientes sociosanitario de forma ágil y dinámica.

Complementando lo anterior, cabe mencionar un déficit generalizado en las entrevistas a las trabajadoras sociales que tiene relación directa con los recursos, considerándose estos insuficientes, tanto los recursos financieros, humanos y materiales que en sumatoria van complejizando aún más la intervención con pacientes sociosanitarios.

Para finalizar, es necesario destacar que la intervención con pacientes sociosanitarios para los Trabajadores Sociales son todo un gran desafío, debido a la burocracia en la que se encuentran involucrados, todos los días se enfrentan con la dificultad desde tener poca información del paciente, tener que indagar en los archivos, así como en todas las bases de datos respecto de información de familiares o cuidadores que pudiesen ser un apoyo para el paciente al momento del alta médica, es aquí la gran problemática debido a que el Trabajador Social se ve enfrentado diariamente a recopilar información específica del o los pacientes sociosanitarios, los cuales deberían estar accesibles pero muchas veces no cuentan con las herramientas necesaria, es decir, más específicamente que al día de hoy no tienen acceso a plataformas básicas de información como FONASA, Registro Civil, Registro Social de Hogares, Bienes Raíces, en caso de que existan Acceso a Ficha Clínicas Digitales, producto de este vacío laboral del Trabajador Social, siempre tenga que apelar de la buena voluntad o de los contacto de amistad que tenga con personas que si tienen ingreso a estas plataformas, sin lugar a duda es evidente y necesario que estas se encuentren habilitadas para agilizar el desempeño laboral de los Trabajadores Sociales que son parte del área de salud.



Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

Bibliografía

Bibliografía

Díaz, Jara y Robert. (2009). *Develando Experiencias*. San José, Costa Rica: Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura.

Aguayo, C. (1992). Fundamentos Teóricos de la Sistematización. *Revista de Trabajo Social N° 61*, 31-36.

Alfonso Urzua & Alejandra Caqueo-Urizar. (10 de 02 de 2012). *Calidad de Vida: Una revisión teórica del concepto*. Recuperado el 10 de 12 de 2018, de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>

Castañeda y Salamé. (2015). De la Intervención Social a la Generación de Conocimiento en Trabajo Social, Ampliando Las Fronteras. 10-15.

Cesar Camison, S. C. (2006). *Gestión de calidad : Conceptos, enfoques, modelos y sistemas*. España: Alberto Cañizal.

Departamento de Salud, España. (s.f.). Formulación de políticas sociosanitarias: dificultades y perspectivas.

Francisco Gonzáez, Cristian Massad y Felipe Lavanderos. (2014). *Estudio Nacional de la dependencia en las personas mayores*. Recuperado el 19 de 12 de 2019, de <http://www.superacionpobreza.cl/wp-content/uploads/2014/01/estudiodependencia.pdf>

Gregorio Rodríguez Cabrero Y Julia Monserrat Codorniu . (2002). *Modelo de Atención Sociosanitaria*. Recuperado el 10 de 12 de 2018, de <http://www.creles.berkeley.edu/pdf/monserrat-modelos-01.pdf>

Instituto Nacional de Estadística. (06 de 2018). *Síntesis de resultados censo 2018*. Recuperado el 05 de 12 de 2018, de <https://www.censo2017.cl/descargas/home/sintesis-de-resultados-censo2017.pdf>

Ministerio de Salud. (2016). *Comisión Nacional de Trabajo Social y salud*.

MINSAL. (2017). *MODLEOS DE ABORDAJE SOCIO SANITARIOS Y DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD PÚBLICA 2017*.

MINSALUD. (2014). *Política Colombiana del Envejecimiento Humano y Vejez*. Recuperado el 09 de 12 de 2018, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/POCEHV-2014-2024.pdf>

Monserrat, G. R. (2002). *Modelos de atención sociosanitaria*.

Servicio de salud Viña del Mar-Quillota. (s.f.). *Pacientes sociosanitarios red de salud Viña del Mar-Quillota*. Recuperado el 02 de 06 de 2019, de http://www.ssvq.cl/ssvq/site/artic/20181221/asocfile/20181221153453/cira_sociosanitarios___lverdugo.pdf

Superintendencia de la salud. (2008). *Dependencia de los adultos mayores en Chile*. Recuperado el 06 de 12 de 2018, de http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-4471_recurso_1.pdf

THE APPLICATION GUIDE FOR THE GRAND DEMING PRIZE . (2012).

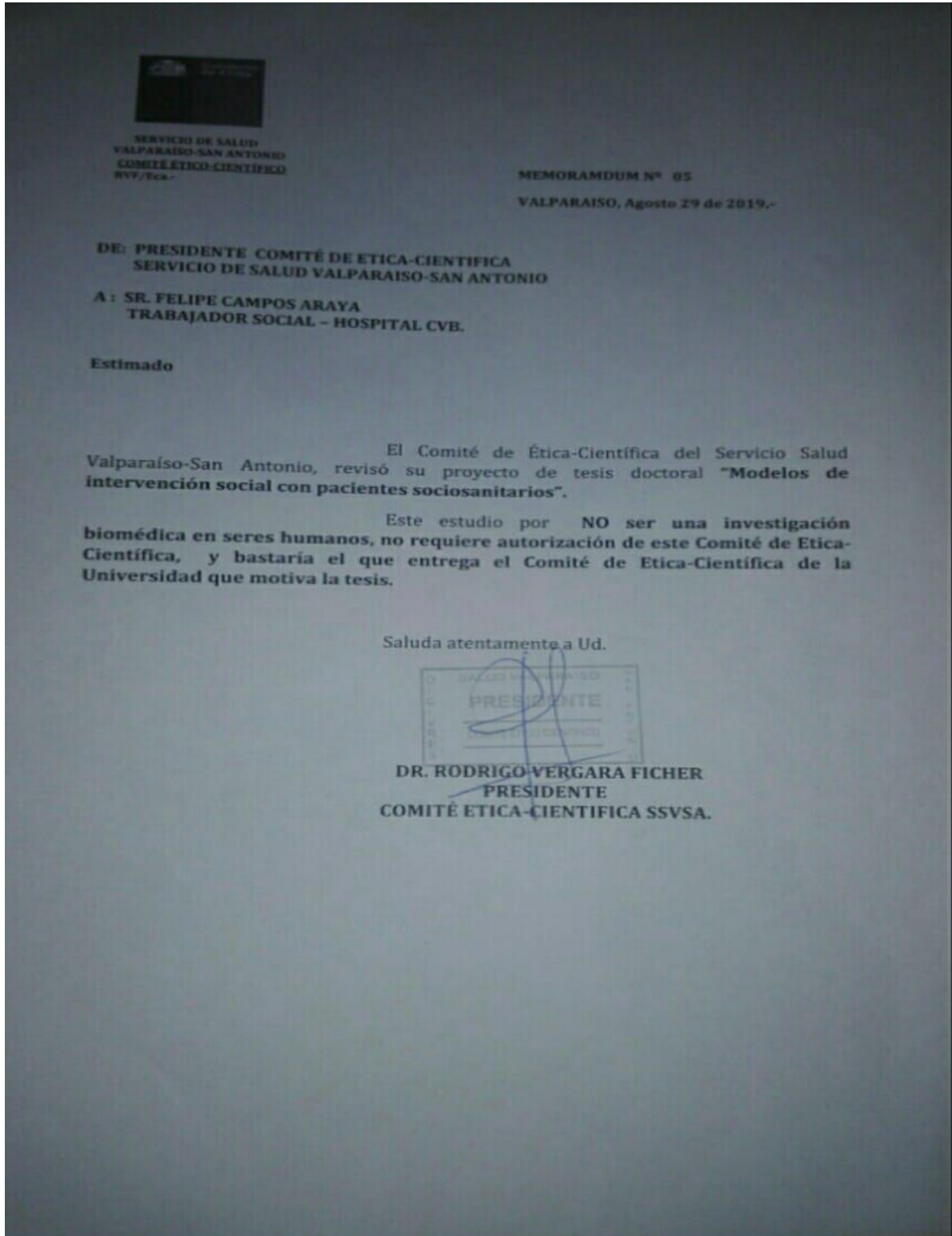
Zuñiga, R. (1992). Sobre el Sistematizar. *Revista de Trabajo Social N° 61* , 19-29.



Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

Anexos

Anexo A. Autorización Comité de Ética- Científica del Servicios de Salud Valparaíso- San Antonio



Anexo B. Tipificación de los Pacientes Sociosanitarios.

TIPIFIACIÓN PACIENTES SOCIOSANITARIOS (Felipe Campos Araya, Trabajador social, HCVB)

Perfiles de Adultos/ Adultas Mayores

- Adulto o Adulta Mayor, con hogar unipersonal, percibe pensión básica solidaria, sin redes de apoyo primaria y secundarias, finalmente el egreso al hospital condiciona dismovilidad (paciente postrado).
- Adulto o Adulta Mayor, con hogar unipersonal, no percibe pensión, pero tiene un trabajo informal esporádico, con redes de apoyo primaria y secundaria, finalmente el ingreso al hospital condiciona dismovilidad (paciente postrado).
- Adulto o Adulta Mayor viudo(a), sin red de apoyo primaria, el paciente necesita una recuperación de tres meses en conjunto con un cuidador.
- Adulto o Adulta Mayor, con hogar biparental, el paciente se encuentra desmovilizado (postrado), la esposa (a) por condiciones de su edad avanzada no puede cuidarlo, pero si desea asumir el cuidado.
- Adulto o Adulta Mayor, percibe pensión básica solidaria, existen redes primarias familias y/o amigos, pero no quieren hacerse cargo del paciente por diversos motivos.
- Adulto o adulta Mayor, en situación de calle, percibe pensión básica solidaria, sin redes de apoyo primaria y secundarias, finalmente el ingreso al hospital condiciona dismovilidad (paciente postrado).
- Adulto o Adulta Mayor, en situación de calle, no percibe pensión, pero tiene un trabajo informal esporádico, sin redes de apoyo primaria y secundaria, el paciente al momento del egreso hospitalario se encuentra en óptimas condiciones de salud.
- Adulto o Adulta Mayor, en situación de calle, por diversos motivos rechazado por dispositivos calles.

Perfiles de Adultos/ Adultas Joven (Mayores de 18 años y menores de 60 años)

- Adultos y/o Adultas, hogar unipersonal, sin red de apoyo primaria, el paciente necesita una recuperación de tres meses en conjunto con un cuidador.
- Adultos y/o Adultas, con red de apoyo primaria y secundaria, finalmente el egreso al hospital condiciona dismovilidad (paciente postrado).
- Adultos y/o Adultas, en situación de calle, sin redes de apoyo primaria y secundarias, finalmente el ingreso al hospital condiciona dismovilidad (paciente postrado).
- Adultos y/o Adultas, migrante, sin red de apoyo primaria y secundarias, el paciente presente una patología invasiva, estando en estado postrado.
- Adultos y/o Adultas, en situación de calle, tiene un trabajo informal esporádico, sin redes de apoyo primaria y secundaria, el paciente al momento del egreso hospitalario se encuentra en óptimas condiciones de salud.
- Adultos y/o Adultas, en situación de calle, existe redes primarias familias y/o amigos, pero no quieren hacerse cargo del paciente en estado dismovilizado.
- Adultos y/o Adultas, en situación de calle, sin redes de apoyo primaria y secundaria, además consumo de alcohol y/o drogas, paciente en estado dismovilizado.

Perfiles de Niños, Niñas y/o Adolescente

- Niña, Niño y/o Adolescente con patología de alta complejidad que depende de maquinaria para vivir, sin redes de apoyo primaria y secundarias.
- Niña, Niño y/o Adolescente con Medida de protección por maltrato intrafamiliar.
- Niña, Niño y/o Adolescente con patología de alta complejidad que depende de maquinaria para vivir. Además, las condiciones habitacionales del grupo familiar no son las óptimas.

Anexo C. Prototipo Carta Invitación a Directores de los Hospitales

Valparaíso, 2019

Estimado(a):

Director del Hospital

A través de la presente me dirijo a usted para solicitar la autorización del presente trabajo de investigación, el cual lleva por título "Sistematización de perfiles de los pacientes sociosanitarios, en los establecimientos de salud en la región de Valparaíso". Esta es una investigación conjunta entre la Unidad de Servicio Social del Hospital Carlos Van Buren y la carrera de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso. Dicho trabajo consiste en realizar unas entrevistas semiestructuradas a trabajadoras y trabajadores sociales de diferentes servicios de salud (hospitalarios) de la región de Valparaíso, con la finalidad de desarrollar una pauta de intervención social para trabajar con pacientes sociosanitarios todo esto, en el contexto de contribuir con la profesión de Trabajo Social.

Nos parece importante destacar que la investigación mencionada con anterioridad fue evaluada y aprobada por el Comité Ético del Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio.

De acuerdo con lo señalado con anterioridad, para nosotros nos es de gran importancia la participación de su Servicio de Salud en esta investigación, considerando su amplia trayectoria en la intervención social con pacientes sociosanitarios.

Esperando su aprobación, se despide atentamente

Felipe Campos Araya, Trabajador Social HCBV

Yasna Pallacar Hidalgo, Estudiante de Trabajo Social UV

Anexo D. Prototipo Carta Invitación a Jefe(s) de Servicio Social de los Hospitales

Valparaíso, 2019

Estimada:

Jefa de Servicio Social del Hospital

Me complace invitarlo(a) a participar en la investigación denominada "Sistematización de perfiles de los pacientes sociosanitarios, en los establecimientos de salud en la región de Valparaíso". Esta es una investigación conjunta entre la Unidad de Servicio Social del Hospital Carlos Van Buren y la carrera de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso. Esta investigación tiene como objetivo caracterizar los modelos de intervención utilizados por las trabajadoras y los trabajadores sociales con los pacientes sociosanitarios en los servicios de salud pertenecientes a la región de Valparaíso.

Nos parece importante destacar que la investigación mencionada con anterioridad fue evaluada y aprobada por el Comité Ético del Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio.

De acuerdo con lo señalado con anterioridad se le invita a participar mediante una entrevista semiestructurada la cual será realizada de forma presencial, sin lugar a duda su participación en este estudio será de gran relevancia para la contribución del ejercicio profesional de la carrera de Trabajo Social.

Desde ya agradecemos su tiempo y consideración quedando atentos a su respuesta.

Se despiden atentamente

Felipe Campos, Asistente Social HCVB.

Yasna Pallacar, Estudiante de Trabajo Social UV.

Anexo E. Pauta de Entrevista semiestructurada

Entrevista semiestructurada

- 1) ¿Podría mencionar su nombre, título profesional, universidad de origen y año de titulación?
- 2) ¿Podría describir su trayectoria profesional desde el momento de la titulación hasta la actualidad según las instituciones y cargos que ha tenido a la oportunidad de desempeñar?
- 3) ¿Podría mencionar el cargo que ocupa actualmente en la Institución y describir sus funciones?
- 4) A partir de su experiencia profesional en su institución, ¿Qué características debe tener un paciente para ser denominado como "paciente sociosanitario"?
- 5) A partir de su experiencia profesional en su institución, ¿Podría señalarme un número aproximado de casos de personas sociosanitarias que puede atender en una semana normal?
- 6) A partir de su experiencia profesional en su institución, ¿Podría describir el perfil de los pacientes sociosanitarios que usted atiende?
- 7) A partir de su experiencia profesional en su institución, ¿Podría relatarme cuál o cuáles son los conductos regulares para seguir para que usted atienda los pacientes sociosanitarios? Es decir, ¿Quién o quiénes le deriva el caso?
- 8) A partir de su experiencia profesional en su institución, ¿Podría relatarme los procedimientos que realizó para intervenir con su último paciente sociosanitarios? ¿lo recuerda?
- 9) A partir de su experiencia profesional en su actual institución, ¿Podría caracterizar la situación actual respecto a los siguientes componentes de Gestión Hospitalaria?
 - a) ¿Cuáles son sus repertorios profesionales ante la intervención social con pacientes sociosanitarios?
 - b) ¿Cuáles son los Recursos que Ud. utiliza para la intervención social con pacientes sociosanitarios?
 - c) ¿Qué elementos de seguridad tiene Ud. presente ante la intervención social con los pacientes sociosanitarios?
 - d) ¿Existen elementos que midan la satisfacción usuaria de los pacientes sociosanitarios?

- 10) A partir de su experiencia profesional en su actual institución, ¿Podría señalar el tiempo o periodo que transcurre entre el alta médica y la solución de la intervención del paciente sociosanitario?
- 11) A partir de su experiencia profesional en su actual institución, ¿Qué elementos positivos podría describir con respecto a la intervención social de la Profesión Trabajo Social con los pacientes sociosanitarios?
- 12) A partir de su experiencia profesional en su actual institución, ¿Qué elementos negativos podría describir con respecto a la intervención social de la Profesión Trabajo Social con los pacientes sociosanitarios?
- 13) En su opinión, ¿Cuáles serían las soluciones para mejorar la calidad de vida de los pacientes sociosanitarios? (reflexivamente)
- 14) Existe algún aspecto que no haya sido considerado en esta pauta de entrevista con fines de sistematización que a usted le pareciera interesante agregar o permitiera complementar lo conversado.



Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social