

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

11
C9628
2006

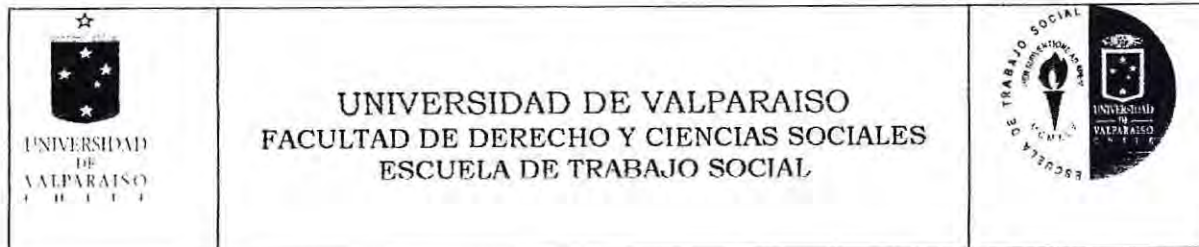
**SITUACIONES PROFESIONALES DE TRABAJO
SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD:
INFORME DE SISTEMATIZACIÓN**

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

PROFESORA GUÍA:
PATRICIA CASTAÑEDA MENESES

ALUMNOS/AS SEMINARISTAS:
*SANTIAGO CUBILLOS SEGOVIA
MACARENA RIVEROS LURASCHI
DENISSE SAAVEDRA CASTRO*

2006



REF.: INFORMA CALIFICACIÓN SEMINARIO DE
TÍTULO ALUMNOS QUE SE INDICAN.

VALPARAISO, 18 de Agosto del 2006.

SEÑOR DECANO:

En cumplimiento de las disposiciones vigentes en la Universidad, en mi calidad de Profesora Guía, cumplo con informar a Ud. la calificación que he asignado al Seminario de Título denominado: **“SITUACIONES PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: INFORME DE SISTEMATIZACIÓN”**, cursado durante el año académico 2006 por las alumnas de la Escuela de Trabajo Social Srs. SANTIAGO CUBILLOS SEGOVIA, MACARENA RIVEROS LURASCHI Y DENISSE SAAVEDRA CASTRO, incluyendo la sistematización de dicho seminario en el respectivo informe final.

Seminario de Título desarrolla un proceso de sistematización de situaciones profesionales de Trabajo Social en Atención Primaria de Salud, consiguiendo develar con pertinencia y calidad, la dinámica característica de este tradicional ámbito de desempeño profesional. El proceso desarrollado se caracteriza por el rigor metodológico de la sistematización y por el soporte conceptual de la profesionalidad, los que confluyen en una lógica de análisis coherente, capaz de contener los sentidos y significados de la acción profesional en el marco de la acción cotidiana.

Por lo anteriormente expuesto vengo en calificar el presente Seminario de Título, con nota **7.0 (siete como cero).**


PATRICIA CASTAÑEDA MENESES
PROFESORA GUIA

AL SEÑOR
ANTONIO PEDRALS G. de C.
DECANO
FACULTAD DE DERECHO Y
CIENCIAS SOCIALES
PRESENTE



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



REF.: INFORMA CALIFICACIÓN SEMINARIO DE
TÍTULO ALUMNOS QUE SE INDICAN.

VALPARAISO, 18 de Agosto del 2006.

SEÑOR DECANO:

En cumplimiento de las disposiciones vigentes en la Universidad, en mi calidad de Profesora Informante, cumpro con informar a Ud. la calificación que he asignado al Seminario de Título denominado: **“SITUACIONES PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: INFORME DE SISTEMATIZACIÓN”**, cursado durante el año académico 2006 por las alumnas de la Escuela de Trabajo Social Srs. SANTIAGO CUBILLOS SEGOVIA, MACARENA RIVEROS LURASCHI Y DENISSE SAAVEDRA CASTRO, incluyendo la sistematización de dicho seminario en el respectivo informe final.

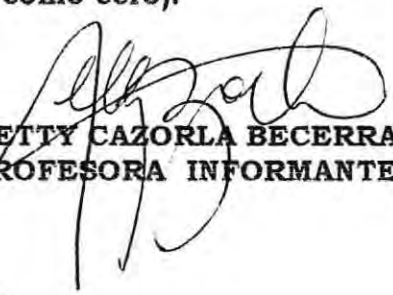
El Seminario de Título se concentra en la tarea de sistematizar las principales situaciones profesionales que ejercen las y los Trabajadores Sociales que se desempeñan en Atención Primaria de Salud, en los ámbitos de familia, comunidad y gestión. Este objetivo es de gran interés profesional dado que aborda las temáticas mencionadas desde una política de salud vigente, que exige una profunda reflexión disciplinaria como la realizada por el equipo seminarista.

El análisis de la experiencia permite destacar que el eje temático correspondiente a las situaciones profesionales es abordado desde un pertinente respaldo teórico, lo que propicia conclusiones de relevancia para el quehacer de Trabajo Social en Salud. A ello, se complementa un acucioso ejercicio de observación participante en el contexto de atención primaria, que nutre la discusión teórico-práctica.

La calidad del trabajo permite afirmar que además de contribuir en la tarea de sistematizar un quehacer complejo y diverso como el de salud, es capaz de identificar rutas de análisis de alta aplicabilidad en la atención primaria actual.

En lo formal, la utilización de evidencias fotográficas que refuerzan el discurso, el lenguaje técnico que plantea conceptos claves de la política salubrista vigente, y el uso de mapas conceptuales al inicio de cada capítulo, contribuyen al logro de una claridad de contenidos y atractiva lectura.

Por lo anteriormente expuesto vengo en calificar el presente Seminario de Título, con nota **7.0 (siete como cero).**


KETTY CAZORLA BECERRA
PROFESORA INFORMANTE

AL SEÑOR
ANTONIO PEDRALS G. de C.
DECANO
FACULTAD DE DERECHO Y
CIENCIAS SOCIALES
PRESENTE

A

Almendra, por su luz.

SDCS

A Benjamín por ser la fuente de poder que ilumina mi vida.

A Daniela, mi ángel que me vigila y enseña

*A mis padres (Quique y Marty) y mis hermanos por su apoyo, confianza y amor
incondicional*

A Nicholas por su apoyo, ayuda, comprensión y amor

*A todos mis amigos/as que me acompañaron y alentaron, especialmente a Marcela,
Antonella y Mabel.*

*A mis compañeros Daniel y Denisse, porque juntos conformamos un excelente grupo de
trabajo y un espacio de comprensión y amistad.*

Para todos ustedes.....Macarena Riveros Luraschi

Deseo dedicar este Seminario de Título

*a mi Familia y principalmente a mis Padres y Hermana, por haberme apoyado
constantemente durante el desarrollo de este proceso. Gracias por confiar en mí, y por
estar siempre presentes cuando necesité de ustedes.*

*A mis amigos/as que me acompañaron en los buenos y malos momentos, gracias por su
preocupación y por el cariño entregado durante todo este tiempo.*

*Y por último y en forma especial a Macarena y Daniel, fue un agrado trabajar con
ustedes y compartir esta experiencia, a través de la cual nació una linda amistad.*

Gracias a todos por acompañarme y apoyarme de forma incondicional. . .

Denisse Saavedra

AGRADECIMIENTOS

Deseamos agradecer a todas las personas que hicieron posible este Seminario de Título:

A nuestras familias y amigos por escucharnos y regalarnos sus palabras de aliento.

A los/as alumnos/as que cursaron la asignatura “Trabajo Social en el Área de la Salud” durante el año 2005, por dejarnos participar en su proceso de formación.

A las Asistentes Sociales que desinteresadamente nos guiaron en las instituciones: Judith Valenzuela, Claudia Gorgerino, Karem Valenzuela, Petronila Pino, Patricia Salazar, Astrid Arévalo, Ketty Cazora, Marcia Pacheco, Claudia Manríquez, Maria Irene Duarte, Katherine Cuevas. A todas ellas, gracias por haber superado nuestras expectativas y por su ilimitada generosidad. Vuestra dedicación y excelencia, constituye para nosotros/as un desafío y un modelo a seguir.

Agradecemos especialmente a nuestra profesora Patricia Castañeda Meneses por haber sabido darnos la acogida, energía, orientación, respaldo y libertad que necesitábamos.

El haber sido sus alumnos/as es un hecho que nos llena de orgullo y que reafirma nuestra convicción en el progreso de nuestra preciada profesión.

Daniel, Macarena y Denisse.

ABSTRACT

1. PRESENTACIÓN

SEMINARIO DE TÍTULO: “Situaciones Profesionales de Trabajo Social en la Atención Primaria de Salud: Informe de Sistematización”

EQUIPO SEMINARISTA: Santiago Cubillos Segovia
Macarena Riveros Luraschi
Denisse Saavedra Castro

DOCENTE GUÍA: Patricia Castañeda Meneses.
Asistente Social y Docente Escuela Trabajo Social.
Universidad de Valparaíso.

2. FUNDAMENTACIÓN

Se reconoce al Sector Salud, y específicamente a la Atención Primaria, como un importante campo laboral para la profesión, donde actualmente se desempeñan un alto número de Asistentes Sociales. Estos/as profesionales desarrollan en su quehacer una amplia variabilidad de actividades, cuya riqueza puede ser captada mediante la sistematización.

En dicho contexto, se comprende el proceso de sistematización como un aporte para el Trabajo Social, pues a través de éste se visibilizan las experiencias en el área, siendo posible generar conocimientos propios para esta disciplina, que aporten a la reflexión y a la formación en el Sector Salud.

3. REFERENTES TEÓRICOS

El Seminario de Título se construye sobre el concepto de **Situación Profesional**, definido como el “Conjunto de misiones y actividades técnicas, humanas y de organización que la persona asegura no sólo en su propio puesto de trabajo, sino también en relación con las demás personas, los otros puestos y la estructura institucional en su conjunto”(Le Boterf, 2001).

Además, se consideran en el proceso de sistematización las Variables Descriptivas de una Situación Profesional (Le Boterf, 2001), establecidas como las siguientes: Finalidad, Actividades, Relaciones con los demás empleos, Campo de autonomía y responsabilidad, Nivel de complejidad.

4. OBJETIVO

Sistematizar las principales Situaciones Profesionales que ejercen los Asistentes Sociales que se desempeñan en la Atención Primaria de Salud, en los ámbitos de Familia, Comunidad y Gestión.

5. METODOLOGÍA DE TRABAJO:

La metodología utilizada corresponde a la Sistematización, entendida como una actividad de producción de conocimientos sobre la práctica (Santibáñez, 2005), cuyo desarrollo permite visualizar, ordenar, entender, comunicar y reorientar la práctica profesional.

Las estrategias de recolección de información consistieron en:

- Entrevistas Semiestructuradas, aplicadas a Asistentes Sociales que se desempeñan en la Atención Primaria de Salud, en las comunas de Viña del Mar y Valparaíso
- Observación Participante, efectuada en tres Centros de Salud de la Comuna de Viña del Mar.
- Análisis Documental

El análisis de la información y experiencias recogidas, se efectuó en referencia a:

- Categorías Teórico conceptuales: Variables constituyentes de la Situación Profesional (Le Boterf, 2001)
- Categorías inferidas desde la experiencia, determinadas de acuerdo a la dinámica real de la Situación Profesional.

Para la validación de la información se utilizó la consulta o juicio de expertos, realizada en modalidad de entrevista a Trabajadores Sociales pertenecientes al colectivo profesional.

6. RESULTADOS:

Los productos generados por el Seminario de Título, se refieren a:

- La sistematización de la Práctica Profesional desarrollada por los Asistentes Sociales que se desempeñan en la Atención Primaria de Salud, en los ámbitos de Familia, Comunidad y Gestión. Se delimitaron las Variables Descriptivas de las Situaciones Profesionales en cada ámbito, los contextos en las que se insertan, como también la definición que emerge para estos niveles de intervención.
- Sistematización Integral de las siguientes Situaciones Profesionales según ámbito:
 - a. *Familia:* Consulta de Orientación Social, Consulta Social, Consulta Especializada en Salud Mental y Visita Domiciliaria
 - b. *Comunidad:* Intervención con el Consejo Local de Salud, Intervención con la Comisión Mixta Salud- Educación e Intervención con Grupos.
 - c. *Gestión:* Dirección de Establecimientos de Salud, Jefatura del Servicio de Orientación Médico Estadístico (SOME) y Jefatura de Sector.

7. CONCLUSIONES

- **Conclusiones Temáticas:**

En el Trabajo Social en Atención Primaria de Salud en el ámbito Familia se conjuga el ejercicio de la impronta asistencial clásica junto con el desarrollo de una impronta de carácter promocional, donde adquieren relevancia el desarrollo de los recursos de las personas y su responsabilidad respecto a su salud.

Se establece que Trabajo Social posee el soporte técnico necesario para implementar y liderar al Equipo de Salud en las intervenciones comunitarias, evidenciándose la existencia de conocimientos, habilidades y destrezas profesionales para desarrollar una labor eficiente en este ámbito.

El ámbito de gestión representa un espacio de desarrollo profesional incipiente en la Atención Primaria de Salud. Se evidencian las fortalezas que poseen los/as Asistentes Sociales, entre las cuales se cuentan: la experticia en torno a la gestión del Recurso Humano, el ejercicio de liderazgo y la capacidad de integración que despliegan los/as profesionales en esta área.

- **Conclusiones Metodológicas**

La metodología utilizada fue un facilitador en cuanto a la reflexión, análisis y comprensión de las Situaciones Profesionales. Permitió además, explicitar las distintas variables constituyentes, otorgando un orden y estructura para generar un conocimiento organizado.

- **Conclusiones en torno a Trabajo Social**

El sector salud, en el marco de la atención primaria, sigue constituyendo un referente muy importante para el desarrollo de la profesión, y a su alero se abren nuevos espacios de intervención y actualización para el Trabajo Social.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN GENERAL.....	1
CAPÍTULO I: CONTEXTOS DE LA EXPERIENCIA... ..	4
1.1. CONTEXTO PROFESIONAL: TRABAJO SOCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.....	5
1.2. CONTEXTO DE INTERVENCIÓN EN SALUD: ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.....	7
1.3. CONTEXTO DE SISTEMATIZACIÓN: CENTROS DE SALUD DE VIÑA DEL MAR.....	11
A. Centro de Salud Familiar Gómez Carreño.....	11
B. Centro de Salud Dr. Juan Carlos Baeza.....	12
C. Centro de Salud Miraflores	13
CAPÍTULO II: MARCO DE REFERENCIA.....	15
2.1. ANTECEDENTES CONCEPTUALES DE SALUD.....	16
A. Concepto de Salud.....	16
B. Modelos de Salud.....	18
C. Niveles de Atención en Salud	20
D. Niveles de Intervención Profesional en Salud.....	22
2.2. SALUD EN CHILE	27
A. El Sistema de Salud Chileno	27
B. Reforma de Salud	31
2.3. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	35
A. Antecedentes	35
B. Concepto de Atención Primaria de Salud	35
C. Componentes de la Estrategia de Atención Primaria de Salud	37
D. La Atención Primaria de Salud como Prioridad dentro de las Políticas Gubernamentales	38
E. Evolución de la Atención Primaria de Salud en Chile.....	39
2.4. PROFESIONALIDAD Y SITUACIONES PROFESIONALES	44
A. Profesionalidad	44
B. Situaciones Profesionales.....	46
2.5 TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA SALUD	53
A. Trabajo Social en la Atención Primaria de Salud	53
B. Etapas de Trabajo Social	55

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	60
3.1. FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA	61
3.2. ORGANIZACIÓN METODOLÓGICA DEL PROCESO DE SEMINARIO DE TÍTULO	61
A. Delimitación del Proceso de Sistematización	61
B. Objetivos de Sistematización	62
C. Colectivo y Muestra de las Situaciones Profesionales a Sistematizar	62
D. Estrategias de Recolección de Información de las Situaciones Profesionales Definidas Para Sistematizar.	63
E. Plan de Análisis	64
F. Validación de los Resultados de la Sistematización	64
CAPÍTULO IV: SITUACIONES PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. ÁMBITO FAMILIA	65
4.1. ANÁLISIS DISCIPLINARIO DE TRABAJO SOCIAL EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD. ÁMBITO FAMILIA.....	67
4.2. SISTEMATIZACIÓN DE SITUACIONES PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD: ÁMBITO FAMILIA.....	79
Situación Profesional: Visita Domiciliaria	81
Situación Profesional: Consulta de Orientación Social.....	99
Situación Profesional: Consulta Social.....	108
Situación Profesional: Consulta Especializada Salud en Mental	119
CAPÍTULO V: SITUACIONES PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. ÁMBITO COMUNIDAD	135
5.1. ANÁLISIS DISCIPLINARIO DE TRABAJO SOCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. ÁMBITO COMUNIDAD.....	136
5.2. SISTEMATIZACIÓN DE SITUACIONES PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: ÁMBITO COMUNIDAD.....	148
Situación Profesional: Intervención Profesional de Trabajo Social con Grupos	150
Situación Profesional: Intervención Profesional de Trabajo Social con el Consejo Local de Salud.....	167
Situación Profesional: Intervención Profesional de Trabajo Social con la Comisión Mixta Salud Educación (Comse)	182

CAPÍTULO VII: REFLEXIONES PROFESIONALES.....	248
7.1. SITUACIONES PROFESIONALES: PERSONA, PUESTO, ENTORNO.....	250
7.2. DIVERSIDAD DE LA INTERVENCION PROFESIONAL/SITUACION DE TRABAJO SOCIAL FAMILIA, COMUNIDAD, GESTION	254
7.3. SITUACIÓN PROFESIONAL ES UN PUESTO QUE SE PONE EN RELACIÓN CON OTROS	256
7.4. REPERTORIO DE SITUACIONES PROFESIONALES EN MODELO BIOMEDICO Y MODELO BIOPICOSOCIAL	258
CAPITULO VIII: CONCLUSIONES.....	261
8.1. CONCLUSIONES TEMATICAS	262
8.2. CONCLUSIONES METODOLÓGICAS	268
8.3. CONCLUSIONES EN TORNO A TRABAJO SOCIAL.....	269
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	272
ANEXOS.....	276

PRESENTACIÓN GENERAL

La salud se encuentra enmarcada dentro de los lineamientos generales de los derechos humanos, formando parte fundamental de la calidad de vida, el crecimiento y desarrollo integral de un país.

En este sentido, la Atención Primaria de Salud (APS) forma parte del Sistema Nacional de Salud como una estrategia fundamental para promover el desarrollo social, orientando su atención hacia los principales problemas de salud e integrando la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en sus intervenciones. Resalta la participación de todos los sectores conectados a la salud en forma coordinada, exige y fomenta la responsabilidad y la participación del individuo y de la comunidad, obteniendo el mayor provecho de los recursos disponibles, y prioriza el trabajo en equipo para atender las necesidades expresas de la comunidad, con el propósito primordial de alcanzar un progreso equitativo en el campo de la salud.

El nivel de Atención Primaria, se ha constituido históricamente para Trabajo Social en un espacio fundamental para el desarrollo de la profesión, estableciéndose el/la Asistente Social como vínculo natural de enlace entre los Centros de Salud y los grupos humanos que demandan sus servicios.

El/la profesional desempeña sus labores en campos tradicionales de formación como son la asistencialidad, la coordinación de redes de apoyo y la realización de acciones educativas, como también en nuevos escenarios que implican el ejercicio de nuevas responsabilidades y funciones en los establecimientos de Atención Primaria.

En este contexto, resulta relevante la realización del presente Seminario de Título, el cual sistematiza las Situaciones Profesionales de Trabajo Social en la Atención Primaria de Salud, relevando y evidenciando la riqueza de la intervención desarrollada en la práctica.

Estructuralmente, el Seminario de Título se organiza de la siguiente manera:

En el Capítulo I, denominado “Contextos de la Experiencia” se declara el marco profesional, de intervención en salud y los referentes institucionales en los cuales se

inserta la experiencia.

Posteriormente, en el Capítulo II designado como “Marco de Referencia”, se consignan los principales referentes conceptuales que orientan la sistematización.

En el Capítulo III constituido por el “Marco Metodológico”, se presentan los lineamientos metodológicos de proceso y análisis en que se enmarca el Seminario de Título.

Los Capítulos IV, V, VI, contienen las experiencias sistematizadas en los ámbitos de Familia, Comunidad y Gestión. Cada uno de los Capítulos abre con un Análisis Disciplinario de Trabajo Social en la APS, para luego presentar las Situaciones Profesionales desarrolladas por Trabajo Social en los Centros de Salud.

El Capítulo VII contiene las reflexiones profesionales generadas a partir del proceso de sistematización, vinculando los referentes conceptuales con la observación de la práctica profesional.

Se finaliza el Seminario de Título con el Capítulo VIII denominado “Conclusiones”, las cuales se estructuran en torno a los ámbitos de Familia, Comunidad y Gestión, la metodología utilizada y el Trabajo Social.

CAPÍTULO I

CONTEXTOS DE LA EXPERIENCIA

CAPÍTULO I
CONTEXTOS DE LA EXPERIENCIA

En este Capítulo, se presentan los contextos en los cuales se enmarca el presente Seminario de Título. Según el siguiente orden:

- 1.1. Contexto Profesional: Trabajo Social en Atención Primaria de Salud
- 1.2. Contexto de Intervención en Salud: Atención Primaria de Salud
 - A. Descripción General de los Centros de Salud
 - B. Financiamiento de los Centros de Salud
 - C. Organización del Centro de Salud
 - D. Indicadores de Cumplimiento de la Actividad
- 1.3. Contexto de Sistematización: Centros de Salud de Viña Del Mar.
 - A. Centro de Salud Familiar Gómez Carreño
 - B. Centro de Salud Dr. Juan Carlos Baeza
 - C. Centro de Salud Miraflores

1.1. CONTEXTO PROFESIONAL: TRABAJO SOCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

El total de profesionales que ejercen en el sector público de salud en la V Región alcanza aproximadamente a 142 Asistentes Sociales, estimándose que más del 50% de este colectivo ejerce sus labores en el nivel primario de atención (Bienzobas e Ibaceta, 2005). En la Atención Primaria de Salud (APS), Trabajo Social se inserta de manera transversal en los distintos programas que se implementan en los Centros de Salud, focalizando sus intervenciones en la promoción y fomento de la salud en las familias, y en el desarrollo de la comunidad.

Dentro de los objetivos que debe cumplir el/la Asistente Social en la APS es posible distinguir los siguientes (MINSAL, 1994):

- Contribuir a la incorporación de los diferentes actores sociales, especialmente la comunidad, en acciones conjuntas con el Equipo de Salud.
- Contribuir a la conformación y fortalecimiento de organizaciones y redes sociales de apoyo para la promoción de salud.
- Colaborar con el Equipo de Salud en el desarrollo de mecanismos de mejoramiento y evaluación de la calidad y humanización de la atención de salud.
- Aplicar con los Equipos los enfoques psicosocial, familiar y comunitario en la prevención y tratamiento de los problemas específicos de salud.
- Contribuir a que los Equipos de Salud incorporen los elementos sociales y culturales, tanto en el diagnóstico de la situación de salud como en la programación de su actividad.
- Estimular la coordinación interniveles o interservicios para la atención de salud, en la perspectiva de facilitar una utilización eficiente de los recursos institucionales y mejorar el acceso real de la población a las prestaciones de salud.

- Contribuir a la integración de la medicina tradicional a la medicina científica, a través de la aplicación de metodologías que permitan recoger el conocimiento y la experiencia tradicional y su articulación con el conocimiento científico.
- Implementar sistemas de vigilancia de los factores de riesgo social con relación a problemas prevalentes de salud.
- Integrar el aporte específico del Asistente Social en los diferentes programas, subprogramas y proyectos específicos que se implementan en los diferentes niveles y tipos de establecimiento.

Finalmente, es posible establecer que las principales actividades que desarrolla el/la Asistente Social se encuentran vinculadas a la acción asistencial, a la coordinación de redes de apoyo tanto interna como externa, al desarrollo de acciones educativas, y a la administración de recursos.

1.2. CONTEXTO DE INTERVENCION EN SALUD: ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La APS es una estrategia que se constituye en el primer nivel de atención de nuestro Sistema de Salud. A nivel nacional, ésta posee distintas representaciones institucionales, siendo los Centros de Salud los de mayor relevancia para la profesión, en cuanto al número de usuarios/as que éstos atienden, como también debido a la importante labor que desempeña el/la Asistente Social en estos establecimientos.

A. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS CENTROS DE SALUD

Los Centros de Salud son entidades que forman parte del Sistema Nacional de Servicios Salud Este Sistema lo componen el conjunto de instituciones del sector público que se combinan territorialmente configurando primero redes a nivel comunal, y se extiende cubriendo el área geográfica de cada Servicio de Salud, alcanzando cobertura nacional. La red de establecimiento de salud comienza en los lugares más apartados y de menor densidad de población con las Estaciones Médico Rurales y las Postas de Salud, sigue con los Centros de Salud en zonas rurales y urbanas y continúa con los establecimientos hospitalarios que de acuerdo a su tamaño y capacidad resolutive van desde el tipo 4 en las localidades rurales, pasando por los hospitales 2 y 3 en las ciudades intermedias hasta llegar a los establecimientos tipo 1, de máxima complejidad y cuya cobertura es de carácter regional y/o nacional (MINSAL, 1993).

El Centro de Salud forma parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud, pero a la vez, está íntimamente ligado al desarrollo local de la comunidad en la cual se inserta. Su misión, por lo tanto, no se agota resolviendo los problemas de salud de quienes solicitan atención, sino que debe sentirse comprometido con la situación global de salud de la población que vive dentro de su territorio geográfico (MINSAL, 1993).

Los Centros de Salud deben cumplir con las normas técnicas, planes y programas, impartidas por el Ministerio de Salud. Además, pueden efectuar otras prestaciones adicionales a las establecidas en el programa de salud, las que deberán ceñirse a las normas técnicas que sobre su ejecución haya dictado la Autoridad Sanitaria (Ley N° 19.378, 1995).

A modo general, las áreas de trabajo que se desarrollan en los Centros de Salud son: la atención a las personas y familias, el trabajo con la comunidad y otros actores locales, y los servicios internos y de apoyo (SOME, farmacia, toma de muestras, etc.) (MINSAL, 1993).

B. FINANCIAMIENTO DE LOS CENTROS DE SALUD

A partir de la información contenida en el Estatuto de Atención Primaria, Ley N° 19.378, se precisan los siguientes puntos respecto al financiamiento: Cada Entidad Administradora de Salud Municipal recibe mensualmente, del Ministerio Salud a través de los Servicios de Salud correspondientes, un aporte estatal, cuyo monto se determina sobre la base de los siguientes criterios: población potencialmente beneficiaria en la comuna y características epidemiológicas, niveles socioeconómicos de la población e índices de ruralidad y dificultades para acceder y prestar atenciones en salud, el conjunto de prestaciones que se programan anualmente en los establecimientos de la comuna, y la cantidad de prestaciones que efectivamente realicen los establecimientos de salud municipal en la comuna, en base a una evaluación semestral. Además, sin perjuicio del aporte recibido por el Ministerio de Salud, las Municipalidades a través de los establecimientos de APS, poseen la facultad de cobrar por su atención cuando corresponda.

C. ORGANIZACIÓN DEL CENTRO DE SALUD

a. Sectorización de los Centros de Salud

Los Centros de Salud están organizados en sectores, cada uno de los cuales tiene un territorio geográfico y una población asignada a su cargo. Cada sector posee un Equipo de Salud y está coordinado por un Jefe de Sector. Los Equipos de Salud, están conformado generalmente por los siguientes profesionales: Médico, Asistente Social, Enfermero/a, Nutricionista, Matrn/a, Odontólogo, Técnico Paramédico y Administrativo.

b. Programas

La atención que ofrecen los Centros de Salud comprende los siguientes programas y prestaciones (Abarca, Carvajal y Messina, 2005):

- **Programa del Niño. (personas entre los 0 y 9 años).**

- Control de Salud del niño sano
- Consulta de Morbilidad
- Consulta de Salud por Profesional Médico
- Colocación de Vacunas
- Control de Crónicos
- Control de Lactancia Materna
- Consulta Nutricional
- Programa de Alimentación Complementaria-PNAC
- Control de Infecciones Respiratorias Agudas
- Control del Déficit del Desarrollo Psicomotor

- **Programa de la Mujer. (mujeres entre 20 y 64 años).**

- Control Prenatal
- Control de Regulación de Fecundidad
- Control Ginecológico Preventivo
- Control de Menopausia y Climaterio
- Consulta Morbilidad Obstétrica
- Consulta de Morbilidad Ginecológica
- Consulta Nutricional
- Control de Crónicos
- Control del Puerperio

- **Programa del Adolescente. (personas entre los 10 y los 19 años).**

- Consulta de Morbilidad
- Control de Puerperio
- Control de Regulación de Fecundidad
- Control Prenatal
- Control Ginecológico
- Consulta de Morbilidad Obstétrica
- Consulta de Morbilidad Ginecológica
- Control de Crónicos

- **Programa del Adulto Mayor. (personas con 65 años y más).**

- Consulta de Morbilidad
- Consulta Nutricional
- Control de Salud
- Consulta de Salud Mental
- Vacuna Antinfluenza
- Atención de Urgencia
- Programa de Alimentación del Adulto Mayor (PACAM)
- Órtesis y Prótesis

- **Programa del Adulto. (personas entre los 20 y 64 años).**

- Consulta de Morbilidad
- Consulta Salud Mental
- Consulta de Crónicos
- Consulta Nutricional
- Examen Médico Preventiva de Adulto (EMPA)
- Control De Enfermedades Respiratorias Del Adulto: Era.

- **Programa Odontológico.**

- Consulta odontológica.
- Control de salud bucal.
- Prevención de riesgo de caries.
- Actividades de prevención de enfermedades gingivales y periodontales.
- Derivación, a nivel de mayor especialización.

c. Unidades de Apoyo.

Las Unidades de apoyo, prestan servicios a todos los sectores, independiente de la residencia. Generalmente los Centros de Salud, poseen las siguientes:

- Salud Mental
- Kinesiología
- Servicio de Orientación Médico Estadístico
- Farmacia
- Vacunatorio
- Bodega de Leche
- Tratamiento y Curaciones.
- Toma de Muestras Médicas
- Electrocardiogramas
- Espirometrías

D. INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DE LA ACTIVIDAD

Para el adecuado desarrollo de los planes de salud, cada Centro de Salud es evaluado semestralmente en el cumplimiento de sus funciones a través de un indicador llamado “Índice de la actividad de la atención primaria”, definido en la letra e) del artículo 1° del Decreto N°181 del 2004 del Ministerio de Salud. Cada Servicio de Salud solicita semestralmente los compilados estadísticos de cada establecimiento para evaluar el cumplimiento de 13 grandes áreas o problemas de salud a evaluar, agrupadas en actividades generales y actividades con garantías explícitas.

1.3. CONTEXTO DE SISTEMATIZACIÓN: CENTROS DE SALUD DE VIÑA DEL MAR.

A. CENTRO DE SALUD FAMILIAR GÓMEZ CARREÑO

- **Dirección:** 19 Poniente N° 273, 4° sector, Gómez Carreño, Viña del Mar.

- **Teléfono:** 832319.

- **Dependencia Administrativa:** Corporación Municipal para el Desarrollo Social de Viña del Mar.



- **Cobertura:** La población inscrita en el CESFAM corresponde a 18.550 personas.

- **Organización Territorial:** Se organiza en torno a la división de tres sectores:

- Sector Azul: 1° y 2° sector de Gómez Carreño, Glorias Navales, Expresos Viña.

- Sector Verde: 3° y 4° sector geográfico de Gómez Carreño, Achupallas Reñaca Alto, Agua Santa, Santa Julia, Nueva Aurora, Miraflores, Concón, Santa Inés, Recreo, Nueva Granadilla, Villa Independencia, Villa Alemana.

- Sector Amarillo: 5° y 6° sector geográfico de Gómez Carreño, Quilpue, El Olivar, Plan de Viña, Valparaíso, Reñaca Bajo.

- **Problemas más frecuentes que atiende:** Se encuentran vinculados con enfermedades y necesidades asociadas al adulto mayor, debido a que la población de este Centro de Salud pertenece mayoritariamente a este grupo etáreo.

- **Caracterización Unidad Trabajo Social:** Se encuentra conformada por tres profesionales, las cuales cumplen un total de 88 horas en el Centro de Salud. La unidad de Servicio Social se contempla como un programa transversal a los demás programas de salud, atendiendo principalmente problemáticas asociadas a salud mental (Violencia intrafamiliar, depresión y alcoholismo) y relacionadas con el adulto mayor (dismovilidad, abandono).

B. CENTRO DE SALUD DR. JUAN CARLOS BAEZA

- **Dirección:** Av. Tamarugal N° 350,
El Olivar, Viña del Mar.



- **Teléfono:** 855021- 852179

- **Dependencia Administrativa:**
Corporación Municipal para el
Desarrollo Social de Viña del Mar.

- **Cobertura:** La población de jurisdicción inmediata asciende a aproximadamente 27.000 habitantes, de los cuales 23.233 se encuentran inscritos en el Plan Familia Sana, que es una forma de financiamiento ministerial para la APS.

- **Organización Territorial:** El territorio de jurisdicción, se encuentra sectorizado en tres áreas:

- Sector 1: comprende Canal Beagle, Villa Dulce Norte, Villa Dulce Crav, Limonares, Villa la Pradera, Villa Arauco, Villa Independencia, Villa Rogers y otros sectores de viña del mar, Valparaíso y Quilpue.

- Sector 2: comprende la población El Olivar.

- Sector 3: comprende Villa Hermosa.

- **Problemas más frecuente que atiende:** De acuerdo a los programas se definen las siguientes problemáticas: Respecto al adulto son principalmente enfermedades cardiovasculares, en Infantil son enfermedades respiratorias y deficiente desarrollo psicomotor, en el caso de la Mujer, se destaca el cáncer cérvico uterino y mamario.

- **Caracterización Unidad Trabajo Social:** Se desempeñan dos Asistentes Sociales, quienes en total cumplen 62 horas de trabajo. Servicio Social se inserta de forma transversal a los distintos programas de salud que implementa el establecimiento, atendiendo a beneficiarios Adultos, Adultos Mayores, Mujeres, Niños/as y Adolescentes, que presentan una amplia gama de problemáticas, de carácter social, mental y físico, que afectan e inciden en sus niveles de salud.

C. CENTRO DE SALUD MIRAFLORES

- **Dirección:** Avda. Eduardo Frei esquina El Membrillo, sin número, Miraflores, Viña del Mar.



- **Teléfono:** 645181.

- **Dependencia Administrativa:** Corporación Municipal para el Desarrollo Social de Viña del Mar.

- **Cobertura:** Mantiene inscritas a 43.000 personas.

- **Organización Territorial:** El radio de acción comprende los sectores de Miraflores Alto, Achupallas, Santa Julia, Glorias Navales y Mirador de Reñaca.

- Sector 1: Abarca las Granadillas 1, 2, 3, 5, El Palto, El Raulí, Avda. Padre Hurtado del Pasaje 1 al 10, El Manzano, El Durazno, El Membrillo, El Lúcumo, El Ciprés.

- Sector 2: Abarca Villa Dulce, Sol de Granadilla, Sol Naciente, además de Villa Dulce Ampliación, Villa Dulce Norte, Calle Del Roble hasta el Consultorio.

- Sector 3: Abarca Villa Independencia, Villa Rogers, Lomas La Torre, y desde el paradero 12 al 7 por Santa Julia.

- Sector 4: Abarca desde el paradero 12 al 3 por el lado de Achupallas y desde el paradero 7 al 5 por Santa Julia.

- **Problemas más frecuentes que atiende:** La población adulta padece principalmente enfermedades crónicas como hipertensión arterial y diabetes mellitus, en la población Infantil lo más relevante son las enfermedades respiratorias.

- **Caracterización Unidad Trabajo Social:** Conformada por 5 Asistentes Sociales y 1 Secretaria Administrativa. El perfil de las personas usuarias, presenta las siguientes características: Mujer joven con baja escolaridad, con más de dos hijos, cuya consulta se refiere a Pensión de Alimentos, Subsidio Familiar, becas escolares; adulto mayor de escasos recursos para gestión de Pensiones Asistenciales; familiares de Pacientes Postrados, para visita médica o social

CAPÍTULO II

MARCO DE REFERENCIA

CAPITULO II

MARCO DE REFERENCIA

En el presente capítulo, se desarrollarán los referentes conceptuales que sustentan el Seminario de Título. Según el siguiente orden:

2.1. Antecedentes Conceptuales de Salud

- A. Concepto de Salud
- B. Modelos de Salud
- C. Niveles de Atención en Salud
- D. Niveles de Intervención Profesional en Salud

2.2 Salud en Chile

- A. El Sistema de Salud Chileno
- B. Reforma de Salud

2.3 Atención Primaria de Salud

- A. Antecedentes
- B. Concepto de Atención Primaria de Salud
- C. Componentes de la Estrategia de Atención Primaria de Salud
- D. La Atención Primaria de Salud Como Prioridad dentro de Las Políticas Gubernamentales
- E. Evolución de la Atención Primaria de Salud en Chile

2.4 Profesionalidad y Situaciones Profesionales

- A. Profesionalidad
- B. Situaciones Profesionales

2.5 Trabajo Social en el Área Salud

- A. Trabajo Social en la Atención Primaria de Salud
- B. Etapas de Trabajo Social

2.1. ANTECEDENTES CONCEPTUALES DE SALUD

A. CONCEPTO DE SALUD

a. *Breve Revisión Histórica del Concepto de Salud*

Existen distintas interpretaciones teóricas que definen el concepto de salud, las cuales requieren ser revisadas para comprender el dinamismo que ha tenido el término a través del tiempo.

La revisión histórica indica que la palabra salud, aparece en los escritos sólo a partir del año 1000 D.C. y representaba una idea muy general de la condición de ser saludable o completo como un todo. Por otra parte, la visión griega representada por Hipócrates establece que la salud era el resultado del equilibrio y la armonía entre los factores del cuerpo, el ambiente y los estilos de vida. Esta visión integral del concepto termina en el siglo XVII con Descartes, quien plantea al cuerpo y la mente como dos elementos aparte. En esta lógica mecanicista, el cuerpo es entendido como una máquina compleja, donde la enfermedad es vista como un quiebre y el trabajo médico una reparación de ésta. Esta concepción permanece en nuestro siglo, sin embargo, en un intento de retornar la visión holística, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso una definición que más bien refleja una condición ideal y enfatiza los aspectos positivos (Simonds, 1993).

b. *Orientaciones Teóricas del Concepto de Salud*

La Salud es un concepto que ha evolucionado de acuerdo a los paradigmas científico-humanistas que han predominado en cada momento histórico. Las orientaciones más representativas del concepto de salud son las que se señalan a continuación (Simonds, 1993):

- *Salud como ausencia de enfermedad:* Se basa en una visión biomédica y reduccionista que se focaliza en las funciones fisiológicas, separándolas de las mentales. Desde esta perspectiva, los esfuerzos deben orientarse hacia el diagnóstico y tratamiento de los procesos patológicos. Hasta el día de hoy, esta acepción es ampliamente aceptada, especialmente por las ciencias biomédicas.

- *Salud como desempeño del rol:* Según Parsons, la salud puede definirse como un estado de capacidad óptima del individuo para desempeñar en forma efectiva los roles y tareas para los que ha sido socializado. Se enfatiza la necesidad de entender la salud como un concepto valorativo. Una persona puede estar enferma, pero si desarrolla adecuadamente sus roles y tareas, se le considera sana.
- *Salud como adaptación:* Esta aproximación teórica desarrollada por Dubos, plantea que la salud y la enfermedad son la expresión del éxito o fracaso del organismo en sus esfuerzos para responder adaptativamente a los cambios del ambiente. La salud estaría determinada por la capacidad de la persona para ajustarse a los sucesos vitales.
- *Salud como maximización del potencial humano:* Esta corresponde a una visión que incorpora una cualidad metafísica, añadiendo las dimensiones adaptativas y actualizadoras en el concepto de salud. Se considera entonces, como la maximización de las condiciones individuales y ambientales para el logro del potencial humano.

Según lo señalado anteriormente, se puede precisar que el concepto de salud es un constructo multidimensional en donde la ausencia de enfermedad no tiene protagonismo, y que incluye dos atributos esenciales (Simonds, 1993):

- *Adaptación biopsicosocial:* Un equilibrio dinámico entre los sistemas biológicos, psicológicos y socio cultural del individuo; incluyendo la capacidad para ajustarse a eventos vitales y a los roles.
- *Autoactualización:* Referida a la maximización del potencial de la persona, a través de las conductas dirigidas a metas, el crecimiento personal reflexivo y la vida productiva.

c. *Definición de Salud según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.)*

Para la OMS, salud es un concepto dinámico, que se puede entender en un sentido amplio como “un completo estado de bienestar físico, mental y social del individuo y no solo la ausencia de enfermedad” (OMS, 1948).

En la Conferencia Mundial de Atención Primaria en Salud Alma–Ata (1978), se hace alusión a que este estado de bienestar incluye a la familia y la sociedad en su conjunto, constituyéndose también en un bien social, un derecho de la humanidad y componente esencial de la calidad de vida, del crecimiento y desarrollo integral de un país (OMS, 1978).

B. *MODELOS DE SALUD*

Es posible reconocer en la historia del país, el desarrollo de tres modelos de atención en salud, implementados con el objeto de dar respuesta a las demandas y expectativas de la población. Estos modelos se detallan en el cuadro que se presenta a continuación (Castañeda, 2001):

DÉCADA	ETAPA	MODELO	CARACTERÍSTICA CENTRAL
1910	Etapa Científico Natural	Modelo Biomédico	Medicina como Ciencia
1940	Etapa Científico Social	Modelo Biopsicosocial	Ciencias Socio Médicas (Creación OMS)
1970	Etapa Promoción de la Salud-Bioética	Modelo Humanista	Medicina Familiar y Comunitaria

El **Modelo Biomédico**, caracterizado por centrarse en la enfermedad, fue implementado en Chile durante varias décadas, contribuyendo directamente a mejorar los indicadores de salud. Su contribución se debe en gran medida a que se constituyó en un modelo adecuado a la situación epidemiológica frente a la que debió actuar, pues las enfermedades que mayores y más precoces muertes provocaban, fueron vulnerables al tipo de estrategia utilizada. Sin embargo, este modelo, sustentado en una concepción biomédica de la salud, se ha hecho insuficiente para hacer frente a los actuales desafíos en salud (MINSAL, 1993).

En el contexto anteriormente señalado emerge el **Modelo Biopsicosocial**, el cual posee una perspectiva más amplia, al considerar variables no sólo de índole biológica, sino también de carácter psíquico, social, cultural y ambiental. La aplicación de una concepción biopsicosocial de la salud exige considerar a la persona integralmente e inserta en su medio ecológico: familia, barrio, trabajo, escuela, medio ambiente. También exige considerarla a través de todo su ciclo vital, lo que significa adecuar la oferta asistencial a las diferentes etapas de la vida (MINSAL, 1993).

En el modelo biopsicosocial los/as profesionales del sector salud dejan de ser los únicos expertos capaces de hacer aportes en el área, reconociendo que otros sectores y personas se encuentran habilitados para adquirir, aplicar y enseñar salud: el saber se comparte haciéndose más democrático. Emerge de esta forma la interdisciplina y el trabajo en equipo como una necesidad y no sólo como una alternativa deseable desde el punto de vista organizacional (MINSAL, 1993).

En la lógica del modelo biopsicosocial la complejidad de los problemas de salud, obliga a reconocer a la intersectorialidad como una manera lógica de afrontarlos. Corresponde entonces, buscar la participación de todos los sectores que son parte del desarrollo social, político, técnico y económico de los diferentes niveles de gestión, para en conjunto actuar en forma eficaz (MINSAL, 1993).

En el cuadro comparativo que se desarrolla a continuación, se grafican las principales diferencias entre los modelos Biomédico y Biopsicosocial (Castañeda, 2001):

CARACTERÍSTICAS MODELO BIOMEDICO	CARACTERÍSTICAS MODELO BIO PSICOSOCIAL
Predominio disciplinas biomédicas	Enfoque transdisciplinario (Ciencias de la Salud y Ciencias Sociales)
Atención de Pacientes (Casos Clínicos)	Atención de la dimensión individual en el marco familiar y social
Especialización	Integralidad
Enfermedad/Curación	Salud / Prevención
Anamnesis de alteraciones somáticas. Historia Natural de la Enfermedad	Percepción Subjetiva. Historia Socio Cultural/Biográfica
Comunidad como receptor pasivo de las acciones del Equipo de Salud	Comunidad como agente activo corresponsable de su estado de salud

C. NIVELES DE ATENCIÓN EN SALUD

La atención en salud brindada por el Sistema Público, se estructura sobre la base de tres niveles:

a. *Atención Primaria de Salud (APS) / Baja Complejidad.*

La Atención Primaria de Salud consiste en la “asistencia sanitaria basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptadas, puesto al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante una plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan repartir en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación” (MINSAL, 2002).

El nivel primario esta compuesto por Centros de Salud, Postas Rurales y Hospitales de Baja Complejidad (tipo 4 y algunos tipo 3). Su administración está en manos de los Municipios (90% de los Consultorios y el 100% de las Postas) y de los Servicios de Salud (los restantes).

- *Centros de Salud y Postas Rurales:* Se caracterizan por tener población y territorio a cargo. Sus servicios incluyen actividades de promoción y prevención, controles, consultas de morbilidad y actividades de apoyo (entrega de medicamentos y exámenes diagnósticos). Su financiamiento corre por cuenta del Seguro Público y los Municipios. Del primero reciben un per cápita de acuerdo a la población inscrita, y de los segundos, aportes complementarios. Las Postas son atendidas por auxiliares rurales apoyados por rondas de profesionales. Existen Municipios que sólo tienen Postas, presentando dificultades para contratar profesionales para las rondas (MINSAL, 2002).
- *Hospitales tipo 3 y 4:* Se caracterizan por realizar acciones similares a los Centros de Salud y ofrecen hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas de baja complejidad. Los Hospitales tipo 4 poseen atención de urgencia las 24 horas. Su financiamiento proviene de las transferencias del Seguro Público a los Servicios de Salud, además muchos de sus médicos y odontólogos pertenecen al ciclo de destinación del programa de generales de zona. En general la ocupación de sus camas es muy baja (MINSAL, 2002).

El nivel Primario tiene mínima complejidad y amplia cobertura, realiza atenciones de carácter ambulatorio. Se ejecutan principalmente los programas básicos de salud de las personas. Para su realización cuenta con medios simples de apoyo diagnóstico y un arsenal terapéutico determinado de acuerdo a las prestaciones que se brindan. Las actividades que se efectúan en este nivel son fundamentalmente: controles, consultas, visitas domiciliarias, educación de grupos, vacunaciones y alimentación complementaria (CEMUC, 2006).

b. Atención Secundaria en Salud / Mediana Complejidad.

El Nivel Secundario, se compone de Consultorios de Especialidades adosados a Hospitales; Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) cercanos a un Hospital; y Centros de Referencia en Salud (CRS) de nivel comunal. Dependen administrativamente de los Servicios de Salud. Los dos últimos cuentan con recursos propios (personal y financiamiento), los primeros son anexos a los Hospitales (MINSAL, 2002).

El nivel secundario corresponde a una complejidad intermedia. La característica fundamental de este nivel es que actúa por referencia y que sus acciones involucran tanto atención ambulatoria como de hospitalización en establecimientos hospitalarios, en los cuales la atención ambulatoria se presta en una unidad de apoyo (Consultorio Adosado) de dicho establecimiento (CEMUC, 2006).

Los recursos humanos involucrados para satisfacer las demandas de este nivel son más complejos, es decir, existe mayor participación profesional con cierto grado de diferenciación y mayor proporción de elementos de apoyo diagnóstico y terapéutico que el nivel primario (CEMUC, 2006).

c. Atención Terciaria en Salud / Alta Complejidad.

El nivel terciario, comprende Hospitales de diversa complejidad, diferenciados en tipos 1, 2 y 3, según las especialidades y subespecialidades que acogen, e Institutos Nacionales para diversas patologías. Dependen administrativamente de los Servicios de Salud, con quienes convienen compromisos de desempeño y se someten a sus mecanismos de pago. La distribución de dicho financiamiento es claramente heterogénea, pues sólo 15 Hospitales concentran el 40% del gasto total de los Servicios

de Salud. Aunque gozan de capacidad para generar ingresos propios, su disponibilidad se ve limitada por los presupuestos de gastos. Las grandes deudas del sector público se ubican en este nivel. Los Hospitales se organizan en servicios clínicos, de tamaño variable, y muchas veces, no cooperativos entre sí. La ocupación de las camas es en general elevada. Al nivel agregado, se observan brechas de atención, con las consiguientes listas de espera: En oftalmología, traumatología, neurocirugía, otorrinolaringología y otras especialidades principalmente quirúrgicas (MINSAL, 2002).

El nivel terciario se caracteriza por su alta complejidad y cobertura reducida. Está destinado a resolver aquellos problemas que sobrepasan la capacidad resolutoria de los niveles precedentes, debiendo actuar como centro de referencia no sólo para la derivación de pacientes desde su propia área de influencia, sino que con frecuencia tal derivación tiene carácter regional, suprarregional y en oportunidades nacional. Sus recursos humanos son de alta especialización y los elementos de apoyo clínico, diagnóstico y terapéutico, los de mayor complejidad técnica (CEMUC, 2006).

D. NIVELES DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL EN SALUD

a. Promoción de la Salud:

La promoción de la salud puede ser entendida como una estrategia para facilitar el mejoramiento de la calidad de vida de la población. La declaración de Yakarta efectuada en julio de 1997, se constituye en un hito central de la promoción, transformándose en la primera de las conferencias internacionales sobre esta temática celebrada en un país en desarrollo, y que contó con la participación de privados.

La promoción de salud se define como el “proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla”. Se propone desarrollar la promoción, mediante la implementación de cinco campos de acción (OMS, 1997):

- Elaboración de políticas públicas favorables a la salud
- Reforzamiento de la acción comunitaria
- Desarrollo de las habilidades personales
- Creación de entornos propicios a la salud
- Reorientación de los servicios de salud

En el contexto de la Atención Primaria de Salud, la estrategia de promoción de salud demanda un cambio sustancial en el sector. Esta variación implica el abandono del rol tradicional y de experto ejercido por el Equipo de Salud, desde el cual se entregan instrucciones y recomendaciones, para reemplazarlo por el de cooperante que aporta información, conocimientos y herramientas a los otros sectores y a las comunidades, con la finalidad desarrollar tareas en forma conjunta. Esto significa otorgar autonomía y poder a otros, implica reconocer en el otro un actor activo que también aporta y con el cual se negocia (MINSAL, 1993).

La promoción de la salud se construye a partir de tres pilares fundamentales, que permiten su implementación (MINSAL, 1993):

- *Participación Social:* Es entendida como el derecho y la capacidad real que poseen las personas, para plantear sus propios puntos de vista sobre aquellos asuntos que les incumben. Implica también la intervención en la identificación de necesidades y problemas de salud, además de formar parte del diseño e implementación de soluciones. Alude igualmente a la democratización del saber, lo que conlleva el intercambio entre el conocimiento técnico y el popular, promoviendo al mismo tiempo, un proceso de concientización respecto de las causas y condicionantes de la situación de salud.
- *Acción Comunitaria:* La participación social plantea como tarea impulsar y fortalecer la acción comunitaria en todos los niveles del sistema de salud. Se promueve el compromiso y adhesión de las personas y de las organizaciones sociales, con el propósito que estos actores sociales tomen parte e influyan en las decisiones sobre los asuntos de salud que les afectan. Igualmente, se espera que estos actores se integren al análisis, planificación y promoción de la salud, junto a los equipos técnicos de diversos sectores y disciplinas que pueden aportar recursos (humanos, materiales y financieros) en esta tarea.
- *Intersectorialidad:* La acción Intersectorial es el trabajo coordinado de instituciones representativas de distintos sectores sociales, quienes efectúan intervenciones conjuntas destinadas a transformar la situación de salud y aportar al bienestar y calidad de vida de la población.

El trabajo intersectorial demanda al sector salud no sólo la iniciativa sino también la receptividad. Es necesario responder a convocatorias de otros sectores y/o contribuir a la creación de instancias de acción intersectorial, en los que se aborden los problemas de la población a través de acciones que se basen en un pensamiento intersectorial (ser capaz de ver los problemas de diferentes ángulos), para así lograr una coordinación intersectorial (intercambio efectivo de la población, recursos, propuestas, etc.), que se concrete en la implementación de proyectos intersectoriales.

b. Concepto de Prevención de la Salud.

Se entiende por prevención de Salud todas las estrategias y acciones específicas destinadas a impedir que una enfermedad aparezca, deje secuelas u ocasione la muerte. Se diferencian tres niveles de prevención (Castañeda, 2001):

- *Prevención Primaria o inhibición de la enfermedad antes de su aparición:* Sus objetivos se refieren a mejorar el nivel general de salud y procurar medidas de protección específicas. Por medidas de protección, se entienden tareas de inmunización, sanidad ambiental, y protección de accidentes y riesgos. Estas medidas afrontan factores biológicos, ambientales y de niveles de vida, áreas que contribuyen a reducir directamente la mortalidad y morbilidad.
- *Prevención Secundaria o detección temprana y tratamiento de la enfermedad:* Consiste en el diagnóstico temprano de patologías. La detección temprana del Cáncer, Hipertensión y otras enfermedades tratables son el objetivo de la prevención secundaria. En el caso de condiciones de morbilidad asociadas a la edad, la prevención se focaliza principalmente en detener el avance de la discapacidad, las complicaciones y secuelas que pueden provocar.
- *Prevención Terciaria o rehabilitación/recuperación del funcionamiento adecuado:* Cuando la enfermedad se manifestó con una consecuencia residual, la prevención terciaria consiste en evitar la discapacidad total una vez que se hayan estabilizado las modificaciones anatómicas y fisiológicas. El objetivo entonces, es la rehabilitación del individuo para que pueda vivir una vida satisfactoria y autosuficiente.

Para una mejor comprensión de los distintos niveles de prevención, estos se ejemplifican en el siguiente cuadro (Castañeda, 2001):

NIVEL DE PREVENCIÓN	ACCIONES	EJEMPLO
Primaria	Prevenir aparición de una enfermedad aguda o crónica.	Vacunación
Secundaria	Detección Precoz de una enfermedad aguda o crónica.	Programa IRA (Infecciones Respiratorias Agudas)
Terciaria	Recuperación y/o Rehabilitación de una enfermedad aguda o crónica.	Grupos Rehabilitados Alcohólicos

c. Concepto de Recuperación o Tratamiento

La intervención se lleva a cabo cuando el daño está instalado en la persona, evitando que el proceso de enfermedad avance (SEREMI de Salud, 2005).

d. Concepto de Rehabilitación

La intervención se desarrolla cuando el daño ha generado secuelas en el paciente, y éste debe ser reinsertado nuevamente al funcionamiento y/o equilibrio (SEREMI de Salud, 2005).

Se define como rehabilitación al conjunto coordinado de medidas médicas, sociales, educativas y profesionales destinadas a favorecer la recuperación funcional del paciente y a reintegrarlo a sus actividades de la vida diaria con la mayor capacidad e independencia posible. En este sentido, los objetivos de la medicina de rehabilitación son por una parte combatir la incapacidad, y por otra, desarrollar o mantener la máxima movilidad posible, retrasar el deterioro, evitar las complicaciones, y preservar la dignidad de las personas (OMS, 1968).

e. Concepto de Cuidados Paliativos

La intervención se aplica en aquellos casos en que los pacientes se encuentran en la etapa terminal del proceso de enfermedad, y deben ser intervenidos de manera

integral, en conjunto con su grupo familiar, con el propósito de aliviar su dolor, al otorgarles conocimientos y herramientas para sobrellevar dicho proceso (SEREMI de Salud, 2005).

Los Cuidados Paliativos, se entienden como el conjunto de acciones continuas, armónicas y complementarias acordadas entre el paciente, el equipo multiprofesional y la familia, abordando las necesidades biopsicosociales y espirituales para asegurar la máxima calidad de vida posible, tanto para el paciente como para la familia de la que es miembro (SEREMI de Salud, 2005).

2.2 SALUD EN CHILE

A. EL SISTEMA DE SALUD CHILENO

a. Organización General del Sistema de Salud (CEMUC, 2006)

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

Los componentes del sistema de salud pueden ser identificados y diferenciados en base a tres criterios:

- Grado de Formalidad de la organización: Formal e Informal
- Rol Institucional en el Sistema: Previsional-Financiero, proveedor de servicios asistenciales o mixto.
- Fines de Lucro: Con o Sin Fines de lucro.

De acuerdo a las categorías planteadas, el Sector Salud se encuentra conformado por instituciones, organismos y entidades pertenecientes al sector público y privado, constituyéndose en un sistema de carácter Mixto. Por una parte, emerge el **Subsector público** representado principalmente por FONASA en su aspecto financiero, y por el Sistema Nacional de Servicios de Salud en su componente referido a la prestación de servicios. Por otra parte, el **Subsector Privado** representado por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) y Mutuales en su aspecto financiero previsional, y por centros asistenciales privados en su componente de prestación de servicios.

b. Sistema Público de Salud

- *Ministerio de Salud (MINSAL)*

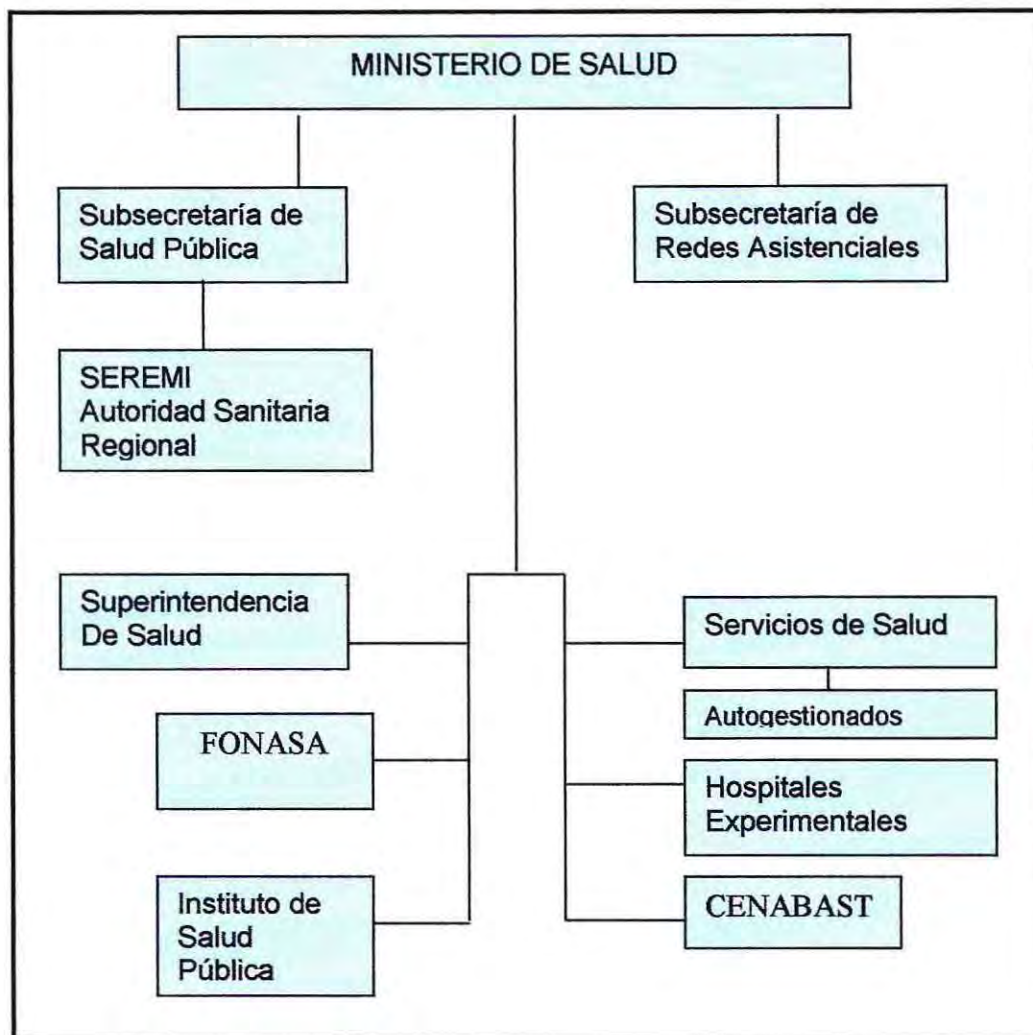
En la base de la organización y estructura del sistema público de salud del país, se encuentra el Ministerio de Salud, cuya misión se refiere a contribuir a elevar el nivel

de salud de la población, desarrollando un sistema de salud centrado en las personas, fortaleciendo el control de los factores que puedan afectar la salud y reforzando la gestión de la red nacional de atención, para que acoja oportunamente las necesidades de las personas (MINSAL, 2006).

Al Ministerio de Salud le corresponde formular y fijar las políticas de salud. En consecuencia tendrá, entre otras, las siguientes funciones (MINSAL, 2006):

- Ejercer la rectoría del sector salud.
- Dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del Sistema de Salud.
- Velar por el debido cumplimiento de las normas en materia de salud, a través de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud.
- Efectuar la vigilancia en salud pública y evaluar la situación de salud de la población.
- Formular el presupuesto sectorial.
- Formular, evaluar y actualizar el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas.
- Formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector salud o Plan Nacional de Salud.
- Velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, en todos sus niveles.
- Establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud.
- Establecer un sistema de acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funcionar.
- Establecer un sistema de certificación de especialidades y subespecialidades de los prestadores individuales de salud legalmente habilitados.
- Establecer, mediante resolución, protocolos de atención en salud. Para estos efectos, se entiende por protocolos de atención en salud las instrucciones sobre manejo operativo de problemas de salud determinados.
- Implementar, conforme a la ley, sistemas alternativos de solución de controversias sobre responsabilidad civil de prestadores individuales e institucionales, públicos o privados.
- Formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud.

- *Organigrama General del Sector Público de Salud (MINSAL, 2005)*



En esta estructura, el Ministerio de Salud cumple la función rectora y reguladora del Sistema, existiendo una relación de jerarquía entre el MINSAL y las Subsecretarías que de éste se desprenden.

Los organismos del sector son descentralizados por lo que son supervigilados por el Ministerio para los efectos del cumplimiento de las normas, políticas, planes y programas definidos por la Autoridad Sanitaria..

- *Objetivos Sanitarios*

Entre las principales funciones del Ministerio de Salud se encuentra la elaboración de los Objetivos Sanitarios, los que hacen alusión a las metas nacionales en salud que se deben alcanzar para el año 2010.

Cabe observar que para la elaboración de estos objetivos y políticas sanitarias, resulta primordial el reconocimiento de los desafíos epidemiológicos a los cuales se enfrenta la realidad chilena, los que se refieren principalmente a (Ilanchipal, 2005):

- El envejecimiento progresivo de la población, que involucra una creciente carga de patologías degenerativas de alta costo de atención médica.
- Las desigualdades en la situación de salud de la población, que se traduce en una brecha sanitaria entre los grupos de distinto nivel socioeconómico.
- Responder adecuadamente a las expectativas legítimas de la población con respecto al sistema de salud, continuamente señalado como un elemento de insatisfacción para la sociedad chilena.
- Resolver los problemas pendientes y mantener los objetivos sanitarios alcanzados.

A partir del reconocimiento y análisis de los desafíos en salud, surgen los siguientes objetivos sanitarios y metas para la década 2000- 2010 (Escuela de Trabajo Social Universidad de los Lagos, 2004):

- *Mejorar los logros sanitarios alcanzados:* Resulta primordial en este ámbito garantizar el cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública, además de la ejecución e intervenciones poblacionales para prevenir daños específicos en las áreas prioritarias, así como mantener las estrategias exitosas de control de enfermedades transmisibles, incluyendo las emergentes.
- *Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad:* Se hace notar la existencia de un proceso de transición demográfica, como también la aparición de cambios en variados ámbitos, relacionados con el desarrollo tecnológico, la globalización de las comunicaciones y el comercio, cambios ambientales y el acceso del ser humano a todos los puntos del planeta. Estas situaciones repercuten en la aparición de un nuevo perfil epidemiológico diferente al de 50 años atrás, caracterizado por el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles y la aparición de nuevas enfermedades.
- *Disminuir las desigualdades en salud:* Se reconoce la existencia de grandes brechas y diferencias en la situación de salud del país, tanto por estratos socioeconómicos, como por género y ubicación geográfica. La reducción de estas desigualdades

desde el punto de vista del sector salud, contemplan la focalización de las acciones en los grupos más desfavorecidos, concentrándose en las principales causas de morbimortalidad, y garantizando acceso y oportunidad de atención para ellos.

- *Proveer servicios acorde a las expectativas de la población:* Si bien el eje fundamental del sector es mejorar la situación de salud de la población, las acciones que se emprendan con dicho fin deben darse en un contexto de respeto a la dignidad, libertad e igualdad de los ciudadanos.

Cabe señalar que los cuatro objetivos enunciados contienen los propósitos centrales del sistema de Salud Pública, que se orientan a “Mejorar la salud de la población, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad y, al mismo tiempo, reducir las desigualdades en salud, mejorando la salud de los grupos más desfavorecidos de la sociedad” (Llanchipal, 2005).

B. REFORMA DE SALUD

a. Fundamentos de la Reforma de Salud

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

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

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

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

b. Estructura de la Reforma de Salud

En razón a la alta complejidad que revestía la reforma de Salud, tanto desde la perspectiva económica como organizacional, ésta se organizó en cinco temas principales, los cuales fueron tratados en igual número de proyectos de ley ingresados al Congreso Nacional en junio del 2002. Cabe señalar que de estos cinco proyectos, cuatro actualmente se constituyen en leyes de la República.

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

Esta ley plantea la reestructuración del Ministerio de Salud, los SEREMIS y los Servicios de Salud locales, crea los Hospitales de autogestión en red con estándares claros para ser acreditados como tales y otorga estímulos a los funcionarios por metas sanitarias y de gestión alcanzadas (Llanchipal, 2005).

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

El Sistema de Garantías Explícitas en Salud, ha sido concebido como una herramienta para garantizar el acceso universal a la salud, siendo además caracterizado como un instrumento eficaz para lograr los objetivos sanitarios, una herramienta de equidad y una respuesta a una necesidad sentida por la población usuaria (CEA/BCN, 2002).

En el Plan se determinan garantías claras a la población cuando una persona enfrenta un determinado problema de salud: cuándo y cómo lo atenderán, cuánto le costará, coordinando a todos los establecimientos de la red e identificando claramente al paciente para asegurar así las garantías. Además, se garantiza el acceso frente a las emergencias con riesgo vital, al programa de Salud Pública y al Plan de Salud Familiar en todos los Centros de Salud y Hospitales pequeños. (Llanchipal, 2005)

Las Garantías Explícitas en Salud, se establecen en los siguientes términos: (CEA/BCN, 2002):

- *Acceso:* Se refiere a la garantía de recibir atención de salud ante cualquier episodio de enfermedad.
- *Oportunidad:* Se refiere al tiempo máximo para la entrega de prestaciones cubiertas en el plan. Existen garantías de tiempo para la primera atención y para cuando ya existe diagnóstico.
- *Calidad:* Indica percibir prestaciones de la complejidad y atributos técnicos adecuados para obtener los resultados esperados, incluyendo la mayor satisfacción de la población usuaria. Además se contemplan protocolos de calidad
- *Protección Financiera:* El pago no limita el acceso a los servicios, ni arriesga a que el trabajador o su familia caiga en la pobreza o se mantenga en ésta como resultado de afrontar un gasto en salud.

En la actualidad el Sistema GES, incluye cuarenta problemas de salud con sus respectivas garantías, se espera que para el año 2010 esta cobertura alcance a 80 enfermedades.

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

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

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

- *Derechos y Deberes de las personas:*

Proyecto que se encuentra aún en trámite en el Congreso, el cual legisla y norma el trato y relación entre los prestadores de salud y sus usuarios/as. Se plantea que posiblemente se transformará en una carta de derechos de las personas y no como una ley propiamente tal (Colegio Médico de Chile, 2004).

- *Financiamiento*

El mayor costo generado por el Régimen de Garantías, es financiado por un mayor aporte fiscal, obtenido a partir del aumento en un punto del I.V.A (Aprobado por el Congreso el año 2003).

2.3 ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

A. ANTECEDENTES

En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata (OMS, 1978), patrocinada y organizada conjuntamente por la OMS y la UNICEF, se adoptó “Salud Para Todos en el Año 2000” como una meta universal y la Atención Primaria de Salud como estrategia para alcanzarla, convirtiéndose en las bases fundamentales para el desarrollo de la salud en el mundo. En ese momento, la Atención Primaria se convirtió en la política central de la OMS; veinticinco años más tarde, los valores que encarna la Atención Primaria siguen gozando de un fuerte respaldo internacional. Los resultados preliminares de un importante análisis llevan a pensar que muchos de quienes integran la comunidad sanitaria mundial consideran que el enfoque de la Atención Primaria es indispensable para un progreso equitativo en el campo de la salud (OMS, 2003).

En esa oportunidad, con la participación de 134 países o Estados miembros de la OMS y de 67 organizaciones de la ONU y representaciones de entidades no gubernamentales, se reafirmó a la salud como un derecho humano, constituyendo su consecución un objetivo social esencial de suma importancia. En esa misma reunión se evidenció la preocupación por las graves desigualdades existentes en el estado de salud de las poblaciones, especialmente entre los países desarrollados y en vías de desarrollo, el papel de la promoción y protección de la salud para un avance económico y social sostenible, la participación de la población en su atención a la salud, la adecuación de los servicios a las necesidades, las expectativas y cultura de la población, y la necesidad de una base financiera que garantice la sostenibilidad de los servicios de salud, con prioridad a las poblaciones más vulnerables (Hadad, 2005).

B. CONCEPTO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La conferencia Mundial de Atención Primaria de Salud, realizada en Alma-Ata en 1978, definió a la APS como estrategia fundamental para alcanzar la meta de “Salud Para Todos en el año 2000”. En ese contexto, la Atención Primaria de Salud fue definida como “la asistencia sanitaria basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptadas, puesto al alcance de todos los

individuos y familias de la comunidad, mediante una plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”(OMS, 1978).

Conviene entender la Atención Primaria como un concepto que implica tanto principios fundamentales como un conjunto variable de actividades básicas. Para los efectos del presente Seminario de Título, lo más importante son los principios que se resumen de la siguiente manera (OMS, 2003):

- Acceso universal a la atención y cobertura en función de las necesidades.
- Adhesión a la equidad sanitaria como parte de un desarrollo orientado a la justicia social
- Participación de la comunidad en la definición y aplicación de las agendas de salud.
- Enfoques intersectoriales de la salud.

Por otra parte, el Ministerio de Salud, entiende a la Atención Primaria como el “proceso participativo, descentralizado e intersectorial, para mejorar integralmente la calidad de vida de todos los habitantes del país”. La Atención Primaria de Salud opera en este contexto como la puerta de entrada regular del Sistema Público, derivando a los otros niveles sólo cuando la complejidad del diagnóstico o tratamiento lo amerita. Representa por lo tanto, el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad, con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas (MINSAL, 1994).

La estrategia de Atención Primaria de Salud parte de la base de que existen una serie de factores de riesgo que se pueden evitar o controlar para prevenir o atender la enfermedad y que sólo en la medida en que la comunidad asuma un papel activo como generadora de su propia salud, es posible mejorar las condiciones de salud de la población.

La Atención Primaria de Salud se orienta hacia los principales problemas de salud e integra la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Resalta la participación de todos los sectores conectados a la salud en forma coordinada, exige y fomenta la responsabilidad y la participación del individuo y de la comunidad,

obteniendo el mayor provecho de los recursos disponibles y prioriza el trabajo en equipo para atender las necesidades expresas de la comunidad (MINSAL, 1993).

Asimismo, es importante dentro del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como el desarrollo social y económico global de la comunidad. Constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria e insta a los gobiernos a fomentar políticas, estrategias, y planes para iniciar y mantener la atención a niveles primarios (MINSAL, 1993).

C. COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

En la actualidad, se aceptan como componentes fundamentales de la estrategia de Atención Primaria en Salud los siguientes (Castañeda, 2001):

- *Servicios básicos de salud:* Correspondientes al nivel primario de atención médica. Es un componente intrasectorial, ambulatorio y no hospitalario, que requiere personal básico de salud que trabaje en el nivel local.
- *Acción intersectorial:* Es un componente fundamental de la APS para el desarrollo local, ya que considera que el nivel de salud y calidad de vida son interdependientes de los múltiples factores económicos y sociales que condicionan el desarrollo integral. Así, se plantea como indispensable trabajar coordinadamente salud con educación, vivienda, trabajo, agricultura, entre otros sectores.
- *Participación de la Comunidad:* Incluye la organización, los conocimientos y la toma de conciencia requeridos para la acción transformadora. Tiene múltiples formas o modalidades de expresión orgánica, desde las organizaciones territoriales y funcionales de acción polivalente hasta grupos específicos referidos a acciones puntuales de salud. La Atención Primaria en Salud orientada hacia la justicia social y los derechos humanos no es viable sin la participación consciente y organizada de las comunidades.

- *Tecnologías Apropriadas:* Las herramientas o instrumentos requeridos para mejorar la calidad de vida de la población más vulnerable son fundamentales en la APS. No sirven tecnologías que no sean socialmente aceptadas, científicamente fundadas y apropiables por los sectores mayoritarios de la población. Para ello se debe considerar indispensable la transferencia tecnológica simplificada y su apropiación por las comunidades.
- *Saber Popular en Salud:* Considera la revalorización de la cultura, tanto en lo referente a los sistemas de ideas y representaciones simbólicas, como a las prácticas sociales y recursos tecnológicos de la medicina tradicional y popular. La articulación entre sistemas de salud formal e informal, institucional y tradicional comunitaria, es también componente fundamental para alcanzar la meta social de la APS.

D. LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD COMO PRIORIDAD DENTRO DE LAS POLÍTICAS GUBERNAMENTALES (MINSAL, 1994)

El Departamento de Atención Primaria del Ministerio de Salud, ha promovido y desarrollado diferentes líneas de acción, orientadas a impulsar la participación social y comunitaria, y a crear las condiciones básicas para su desarrollo. En este contexto es posible destacar las siguientes áreas de intervención:

- Aumento de la capacidad resolutive del nivel primario de atención, creando condiciones técnico-administrativo favorables hacia la concreción del trabajo comunitario (apertura programática, apoyo financiero, etc).
- Reconstrucción de las relaciones entre los Equipos de Salud y las comunidades locales.
- Creación y establecimiento de una comunicación permanente entre Servicios de Salud y Organizaciones No Gubernamentales.
- Constitución y capacitación de los equipos técnicos-profesionales en salud comunitaria, con metodología participativa y herramientas provenientes de las ciencias sociales, educación y salud pública.

Las acciones señaladas, han fomentado una mayor competencia y una capacidad instalada en los Equipos de Salud local, lo que les permite desarrollar un trabajo

eficiente en cuanto a la prevención de problemas, promoción de salud y en gestión participativa de salud en el nivel local.

La concepción biopsicosocial impulsada por la Política de Salud, abre una nueva perspectiva que permite un mejor abordaje de los nuevos desafíos en el área. Al ampliarse el campo del conocimiento en torno a la salud, se diversifican las maneras de aproximarse a ésta, y en consecuencia, los/as profesionales del sector dejan de ser los únicos protagonistas. Se incorporan a otros actores y profesiones calificadas para adquirir, aplicar y enseñar salud; el saber se comparte, haciéndose más democrático.

Este cambio de enfoque involucra nuevas tareas para los Equipos de Salud, y de esta manera, el consultorio de Atención Primaria, debe constituirse en un Centro de Salud, orientando su quehacer hacia una población y territorio determinados y cuya misión fundamental es contribuir a promover la salud de la población. En este sentido, la concepción moderna de salud y de la organización que requiere la sociedad para enfrentar los actuales problemas de salud, reconoce el importante rol que le compete a los diferentes sectores sociales.

E. EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN CHILE

En la medida en que nuestro país ha tenido la capacidad técnica y económica, y ha existido la voluntad política de mejorar la situación de salud, las expresiones institucionales de la Atención Primaria han tenido cambios. A continuación, se revisará la evolución que ha tenido la institucionalidad de la Atención Primaria en nuestro país, revisando la transición desde Consultorio General Urbano, pasando por Centro de Salud, hasta la etapa actual representada por los Centros de Salud Familiar.

a. El Consultorio General Urbano

El Consultorio General Urbano es el establecimiento de atención ambulatoria de nivel primario ubicado en localidades urbanas y que sus acciones están destinadas al fomento y protección de la salud de las personas y del medio ambiente, a la solución de problemas de morbilidad más frecuentes que puedan ser resueltos por el Equipo de Salud. En relación a la rehabilitación, su principal función es pesquisar y derivar las

enfermedades discapacitantes, realizando acciones que tiendan al autocuidado y ayuda a la mantención de capacidades remanentes (MINSAL, 1993).

Su propósito fundamental es extender la cobertura de las acciones de salud a las poblaciones urbanas que conforman su área de atracción, mediante atención ambulatoria de nivel primario, otorgada por un Equipo Profesional permanente, así como desarrollar actividades tendientes a mejorar las condiciones de vida de dicha población, en el marco conceptual de la Estrategia de Atención Primaria (MINSAL, 1993).

b. De Consultorio a Centro de Salud (MINSAL, 1993)

En la década de los noventa, se planteó la necesidad de modificar el modelo de Consultorio Urbano, ya que éstos fueron pensados para responder a un modelo de intervención centrado en una concepción biomédica de la salud. Frente a la pretensión de integrar y aplicar una nueva concepción de salud, como así también un nuevo modelo asistencial que incluya la concepción biopsicosocial, se reestructuran dichos establecimientos en Centros de Salud.

El Centro de Salud se define como una unidad del Sistema Nacional de Servicios de Salud, cuya misión específica es prestar servicios dentro de un territorio delimitado, con el propósito de contribuir a resolver los problemas de salud y elevar el nivel de salud de la población que ahí vive o trabaja.

El Centro de Salud es la estructura física y funcional en la que se desarrolla una parte importante de las actividades de la APS, de forma coordinada, integral, continuada, permanente y basada en el trabajo en equipo de los profesionales que actúan en el centro. El establecimiento de salud asume como institución la responsabilidad de la atención de una comunidad definida demográficamente y geográficamente, y en sus actividades han de estar contemplados tanto los aspectos de prevención de la enfermedad y promoción de la salud como los estrictamente asistenciales curativos.

En la medida que el Centro de Salud desempeña su labor mejorando la calidad de vida de las personas, también contribuye al desarrollo integral de la comunidad de la cual forma parte. Sin embargo, dichos objetivos se plantean como una tarea que

corresponde a todos los actores de la comunidad, debido a que se entiende que la responsabilidad sobre la salud es compartida por el conjunto de actores locales.

El Centro de Salud, es el organismo responsable de ejecutar los programas de salud de carácter nacional y regional en el nivel local. Sin embargo, el Ministerio de Salud, no debe desde el nivel central, promover todos los programas y actividades que este establecimiento pone en práctica, para responder adecuadamente a sus necesidades locales. Es por esto que el Equipo de profesionales no debe limitarse a seguir las recomendaciones técnicas que recibe, sino que debe generar, adaptar, planificar y ejecutar las acciones que sean necesarias para responder oportuna y específicamente a sus problemas locales. Es esta labor la que se conoce como planificación local, es decir, el proceso mediante el cual el Centro de Salud organiza su quehacer en torno a programas, actividades y tareas, utilizando al máximo su potencialidad.

c. Centro de Salud Familiar (CESFAM)

Continuando con el proceso de desarrollo de la estrategia de Atención Primaria de Salud, se introduce el concepto de Salud Familiar hacia fines de los años noventa y algunos establecimientos de APS devienen en Centros de Salud Familiar, como proyectos pilotos. La aspiración de la Política de Salud es lograr que todos los Centros de Salud de la APS se acrediten como CESFAM.

El CESFAM puede ser definido como un lugar en el cual se establece una relación de continuidad entre el Equipo de Salud y sus familias a cargo. En este sentido, el individuo es visto como un ser integral, en su contexto familiar, laboral, y social desde una perspectiva biopsicosocial. Por otra parte, las acciones son planificadas y evaluadas en función del impacto en la salud de la población (familias de riesgo). Para la implementación de este modelo, el Equipo debe contar con destrezas para incorporar a la familia como unidad de atención y dividir territorialmente los sectores que forman parte de su comunidad (Castañeda, 2001).

Los Centros de Salud Familiar implementan un modelo integral de salud a través de un conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados; las personas son consideradas en su integralidad física y mental, y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia, las cuales se encuentran en un permanente

proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural (Castañeda, 2001).

Este modelo se caracteriza por ser integral, promocional, preventivo, participativo, socioterritorial y orientado a cuidar la salud de las personas, incorporando nuevos elementos que orientan la atención (MINSAL, 2006):

- Continuidad de la atención: Proporcionada por el Equipo de Salud a cargo de las familias.
- Aumento de la capacidad diagnóstica.
- Prestación de servicios integrados: En las actividades de morbilidad se incorporan contenidos de promoción y prevención.
- Atención integral en el domicilio: Las familias son visitadas por uno o más miembros del Equipo de Salud.
- Promoción del autocuidado individual y familiar
- Se promueve la participación de más de un integrante de la familia en las actividades de salud.

Finalmente se presenta un cuadro comparativo entre el Modelo Tradicional de Atención y el Modelo Familiar que se implementa en la actualidad en los CESFAM (Juval y otros, 2004).

	MODELO TRADICIONAL	MODELO FAMILIAR
Unidad de atención	El individuo	El caso índice y su familia
Población	No está plenamente identificada	Al inscribirse se identifica la familia con todos sus integrantes
Atención	Centrada en la demanda puntual del usuario. Actividades formuladas en las propuestas programáticas. Es fraccionada. Se entrega según demanda espontánea y capacidad de oferta del centro	Centrada en las necesidades de salud del usuario. Plan de intervención sobre el caso índice y su familia. Es continua. Oferta se organiza para respuesta integral
Calidad de atención	Aplicación correcta de conocimientos técnicos Compromiso con la recuperación de la enfermedad que presenta la persona	Incorpora además satisfacción del usuario y conocimiento acumulado sobre la familia y sus integrantes Compromiso con la recuperación del caso índice y su grupo familiar
Lugar de Atención	El paciente es atendido donde trabaja el equipo, con excepción de	El equipo atiende al usuario y a su familia donde éstos lo requieran: en el

	MODELO TRADICIONAL	MODELO FAMILIAR
	actividades escolares y visitas a casos de alto riesgo	centro, en su casa o en cualquier otro lugar en la comunidad
Rol educador del equipo.	La educación para el autocuidado y el cambio de estilo de vida es una decisión personal de quien atiende Humanización: buen trato, disminución de rechazos y tiempos de espera, etc.	Cada contacto es usado como una oportunidad para educar Incorpora además al usuario y a su familia en las decisiones de salud.
Equipo de Salud	No tiene una población asignada. Formado en base al modelo biomédico. Escasa formación en Ciencias Sociales Se concentra en lo que ha definido como de su competencia en salud. Habitualmente considera terminada su labor cuando deriva al paciente	Es estable, conoce a sus familias y ellas los conocen por su nombre Formado en base al modelo biopsicosocial. Sólida formación en ciencias sociales. Valora aspectos que van más allá de lo que considera su responsabilidad tradicional. Su responsabilidad es asegurar al paciente la resolución de su problema y se asegura de la continuidad de la atención al interior de la red .
Red Asistencial	El equipo percibe a la red asistencial como elemento externo que apoya o dificulta su labor.	El equipo se siente parte de la red asistencial y actúa como agente de esta red y de las redes de apoyo social y familiar.

2.4 PROFESIONALIDAD Y SITUACIONES PROFESIONALES

A. PROFESIONALIDAD (Le Boterf, 2001)

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

- *Saber actuar y reaccionar con pertinencia:* Lo cual se refiere a saber qué hacer en una determinada situación e ir mas allá de lo prescrito, además de saber elegir en una urgencia, saber arbitrar, negociar y lograr encadenar las acciones según finalidad.
- *Saber combinar recursos y movilizarlos en un contexto:* Implica saber construir habilidades a partir de recursos y saber sacar partido no sólo de sus recursos incorporados, sino también de los recursos de su entorno.
- *Saber transferir:* Se refiere a saber memorizar múltiples situaciones y soluciones tipo, saber tomar perspectiva y saber darse cuenta e interpretar los indicadores de contexto.
- *Saber aprender y aprender a aprender:* Implica saber sacar lecciones de la experiencia, transformando su acción en experiencia, saber describir como se aprende y funcionar en un doble circuito de aprendizaje.
- *Saber comprometerse:* Se refiere a saber utilizar la subjetividad, saber correr riesgos y saber emprender.

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

- *Principiante:* En este nivel la persona posee poca autonomía y se caracteriza por tener una visión parcial de una situación, el saber es aún general y poco contextualizado.
- *Profesional Confirmado:* Este nivel se caracteriza por un grado de autonomía que permite tomar las iniciativas pertinentes y que se basa en un dominio o maestría de las dimensiones principales del proceso de construcción de habilidades.
- *Experto:* En esta fase la persona no sólo dispone de un pleno dominio de sus habilidades, sino que también tiene la capacidad para construirlas instantáneamente a partir de una viva y clara comprensión de las situaciones.

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

- *Identidad profesional:* Le otorga sentido a la construcción y al mantenimiento de las competencias.
- *Ética profesional:* Que orienta las prácticas y las decisiones.
- *Ejes de profesionalismo:* Que orientan la construcción y la organización del cuerpo de conocimientos y competencias.
- *Variedad de recursos y experiencias:* Que permite disponer de esquemas operativos movilizables en situaciones diversas.
- *Capacidad de reflexión y distanciamiento crítico:* En relación con las representaciones, las competencias, los recursos, las maneras de actuar y de aprender. El saber de la práctica está completado y orientado por el saber sobre la práctica.
- *Reconocimiento:* Por parte del medio profesional.

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

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

B. SITUACIONES PROFESIONALES

a. Concepto de Situación Profesional (Le Boterf, 2001)

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

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

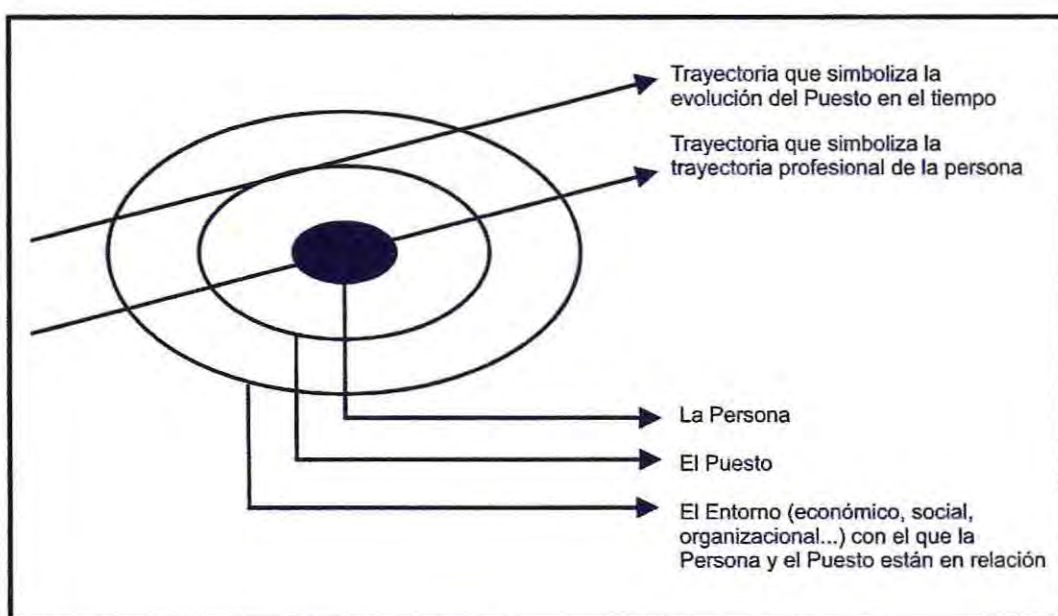
Las Situaciones Profesionales son reales: Corresponden a los puestos de trabajo que se tienen de forma efectiva en un momento dado. A partir del análisis de estas Situaciones Profesionales reales es posible identificar una cartografía de situaciones tipo. Estas constituyen familias de Situaciones Profesionales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

b. Variables Descriptivas de una Situación Profesional (Le Boterf, 2001)

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

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

c. Esquema que Ilustra la Noción de Situación Profesional (Le Boterf, 2001)



d. Situaciones Profesionales Atención Primaria/Baja Complejidad de Salud.

Los/as Asistentes Sociales que se desempeñan en este nivel de atención ejercen un trabajo eminentemente promocional y de prevención, siendo una de sus estrategias a seguir las asociadas a la educación de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades y factores de riesgo (Bienzobas, Ibaceta, 2005).

El Seminario de Título denominado “Balance Técnico de Competencias Profesionales de Trabajo Social en el Sector Salud”, determinó a partir de la investigación realizada las siguientes Situaciones Profesionales clasificadas por ámbito de trabajo (Bienzobas, Ibaceta, 2005):

- ***Ámbito Familia***

- *Atención de choque/crisis:* Es una Consulta derivada por la demanda espontánea de personas frente a contingencias, urgencias, dudas o solicitud de beneficios. Tiene como objetivo conocer las necesidades que presenta la persona y su grupo familiar para establecer el motivo de atención y realizar las acciones de derivación u orientación, según corresponda.
- *Consulta social:* Es solicitada por demanda espontánea y/o programada por parte de individuos o familias con fines de investigación, protección o recuperación de la salud. El/la profesional analiza la situación social con el objeto de derivar o realizar tratamiento.
- *Consulta de orientación social:* Solicitada por demanda espontánea y/o programada a Servicio Social, para requerir informaciones según motivo de consulta. El/la profesional analiza la situación social y realiza la derivación pertinente.
- *Consulta social especializada:* Realizada a partir de la demanda espontánea y/o programada, a personas o familias con problemas de salud de compleja resolución y que requieren de tratamiento social especializado. El/la Asistente Social realiza diagnóstico social y establece plan de tratamiento con una estrategia de intervención social de carácter especializado (si lo requiere) o bien realiza derivación asistida o cierra el caso (idealmente con seguimiento).

- *Consulta social especializada de salud mental:* Atención realizada por demanda espontánea y/o programada a personas o familias con problemas de salud de compleja resolución y que requieren de tratamiento social especializado. A partir del diagnóstico, el/la Asistente Social define los lineamientos de acción en cuanto a la intervención que se realizará. Posteriormente, efectúa seguimiento del caso con el objeto de observar su evolución, y pesquisar factores de riesgo o realizar eventual derivación en aquellos casos de mayor complejidad.

- *Consejería familiar:* Efectuada por demanda espontánea o programada, como también por derivación interna o externa. El/la Asistente Social realiza focos de discusión con la familia, con el objeto de que ésta adquiera mayor confianza y se puedan identificar temas comunes posibles de abordar en las sesiones. El/la Asistente Social define el tratamiento a seguir con la familia, planteando soluciones en conjunto y la realización de compromisos por parte de la familia y del profesional.

- *Visita domiciliaria:* Se realiza la Visita Domiciliaria por criterios de derivación del Equipo de Salud y/o riesgo social. El/la Asistente Social revisa los antecedentes de la persona o familia a la que realizará la visita y determina los objetivos de ésta. Se desarrolla una entrevista según los núcleos temáticos pertinentes a los problemas sociales o de salud que motivan la visita, con el propósito de realizar un diagnóstico social a partir de lo cual se establece el tratamiento social o derivación a redes sociales de apoyo.

- *Intervención nivel caso/familia:* El/la Asistente Social recibe a la persona o familia por demanda espontánea o derivación de otro profesional. Se identifican situaciones problema, factores de riesgo y protectores, realizando una caracterización sistemática con el propósito de elaborar un diagnóstico social. Posteriormente, se prepara el plan de acción a ejecutar en conjunto. El/la Asistente Social realiza evaluación del proceso de avance que tuvo el individuo y su familia, en cuanto a los objetivos planteados. Se realiza un seguimiento a los distintos casos con el objeto de observar la evolución de éstos, además de adquirir una retroalimentación a través de focos de discusión con la familia.

- **Comunidad**

- *Intervención nivel grupo:* El/la profesional establece los grupos que serán intervenidos. Se realiza convocatoria y se motiva a las personas a participar de los talleres. Se definen objetivos de trabajo y se desarrollan actividades orientadas a la educación en la promoción y prevención de factores que incidan en la calidad de vida de los integrantes del grupo. Finalmente, el/la Asistente Social realiza una evaluación sobre la metodología aplicada y los logros alcanzados de manera de realizar modificaciones en próximas intervenciones.
- *Educación de grupo:* El/la profesional implementa estrategias y actividades pertinentes a la educación de estilos de vida saludables (promoción) y asociadas a problemas de salud y factores de riesgo. Posteriormente, se realiza la evaluación de las actividades realizadas con el grupo, centrada en los logros y resultados de la estrategia de educación aplicada.
- *Intervención nivel comunitario:* Corresponde a un acercamiento de el/la Asistente Social a la comunidad con el objeto de conocer la realidad social y las necesidades comunitarias que se presentan en ésta. El/la Asistente Social y el Equipo de Salud realizan visitas a terreno para elaborar un diagnóstico de las principales enfermedades o problemas, con el objetivo de priorizar intervenciones. Posteriormente, se desarrollan las actividades planificadas en conjunto con la comunidad y el equipo de trabajo en salud, de manera de realizar cambios en la dinámica de la comunidad.
- *Reunión Consejo Local:* El/la Asistente Social realiza la convocatoria a los representantes de las Organizaciones Comunitarias. Este espacio posee un papel relevante en la determinación de objetivos de trabajo. Además, el/la Asistente Social realiza síntesis y evaluación de la reunión, los puntos tratados, acuerdos, toma de decisiones. Posteriormente, interviene en la implementación de los acuerdos establecidos.
- *Reunión Comisión Mixta:* El/la Asistente Social prepara los lineamientos temáticos a tratar en la reunión. Además, en conjunto con los representantes de la Comisión se planifican actividades de promoción de la salud. Posteriormente, el/la Asistente

Social en conjunto con los participantes de la reunión, ejecutan lo planificado en la reunión y realizan seguimiento de los compromisos adquiridos.

- *Elaboración de proyectos:* La labor profesional se refiere a realizar la definición del tipo de proyecto educativo que desarrollará y la población destinataria. Posteriormente, define los objetivos que desea alcanzar, los contenidos a entregar, las metas, metodología y estrategias a seguir. Finalmente, evalúa el proceso y mide los logros obtenidos.
- *Coordinación de redes asistenciales públicas /privadas:* El/la Asistente Social establece mecanismos de coordinación con diferentes entidades públicas y/o privadas. Luego, en conjunto con el Equipo de Salud implementan estrategias para la captación de nuevos convenios y prestaciones de servicios.
- *Coordinación con redes comunitarias:* Se refiere a la coordinación y contacto con los representantes de instituciones públicas o privadas, ONGs y organizaciones de la comunidad, a través de entrevistas y reuniones periódicas, en donde el/la Asistente Social elabora programas de coordinación y acción conjunta con la comunidad para fortalecer la participación y proyección .

- ***Gestión***

- *Dirección de establecimientos de salud:* El/la profesional asume la gestión y coordinación con la Red Asistencial. Tiene a su cargo la definición de objetivos, metas y estrategias a utilizar; la organización de la red interna de salud. Asimismo, debe dirigir la coordinación con otras instituciones públicas y privadas, así como realizar una evaluación periódica de los recursos humanos que integran el establecimiento.
- *Administración del SOME:* El/la profesional asume la responsabilidad del registro, evaluación y sistematización de las bases de datos del establecimiento. Se ocupa de evaluar los datos arrojados con el objeto de elaborar estrategias de solución e intervención. Asimismo, gestiona y administra los recursos existentes y que son asignados para la ejecución de los programas y aquellas necesidades imperante en el establecimiento.

- *Planificación de programas:* El/la profesional tiene a su cargo los criterios de focalización referentes a los programas existentes y define los objetivos, indicadores, metas, medios de verificación, entre otros, con el fin de elaborar la línea de acción a ejecutar, la cual debe ser pertinente a lo planificado ministerialmente. El/la Asistente Social de acuerdo a la priorización que realizó en el diagnóstico previo, define el tipo de programa al cual corresponde cada individuo-familia, grupo y comunidad de intervención. Posteriormente, el/la Asistente Social evalúa la situación existente de salud-enfermedad con el fin de aportar con soluciones y nuevas estrategias de acción.

- *Supervisión de programas:* En este contexto, el /la Asistente Social realiza una lectura de los lineamientos bajados en los programas ministeriales. Luego, realiza un análisis exhaustivo de la ejecución de las acciones definidas en cada programa. Finalmente, evalúa de los logros obtenidos (efectos) y del cumplimiento de los objetivos del programa.

2.5 TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA SALUD

A. TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

a. Antecedentes

La vinculación del Trabajo Social con el sector salud está presente en Chile desde los orígenes de la profesión, reconociendo como punto de inicio, la decisiva participación que asumió el médico Alejandro del Río en la creación de la primera Escuela de Servicio Social en el país, en el año 1925. A contar de esta fecha, el sector salud ha constituido uno de los principales escenarios para la formación académica y el desempeño profesional de los Asistentes Sociales.

Esta formación profesional avala un aporte específico en el sector salud, el que es reconocido desde dos niveles (Castañeda, 2001):

- *A nivel del Ministerio de Salud (1994)*: El principal aporte esperado del Asistente Social es la incorporación de la dimensión social en la identificación, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud, como en las acciones de promoción, fomento y prevención.
- *A nivel de los Equipos de Salud*: El aporte profesional está directamente vinculado a los niveles de cobertura, complejidad y especialidad del establecimiento donde el Asistente Social desarrolla sus funciones. Sin embargo, los elementos transversales de competencia profesional reconocidos, ligan a la profesión a los siguientes ámbitos de acción: atención complementaria especializada del paciente, la promoción de la Salud y la promoción del proceso de trabajo interdisciplinario de los Equipos de Salud

b. Aportes de Trabajo Social en la Atención Primaria de Salud.

El/la Asistente Social tiene en los Equipos de Salud, un escenario propicio para transformar la dimensión social en un aporte enriquecedor a la gestión local en salud. En este sentido, el/la profesional debe aportar el estudio de las variables socioeconómicas y culturales que inciden en el origen, distribución y desarrollo de la

enfermedad y sus consecuencias sociales; controlando aquello que retarda el logro de los objetivos de salud y la utilización de los servicios.

El Trabajo Social pretende elevar el funcionamiento social de las personas, a nivel individual y grupal, por medio de actividades que favorezcan la restauración de sus relaciones sociales. Esta tarea debe facilitar el cumplimiento de los objetivos generales de la Atención Primaria, promoviendo, recuperando y rehabilitando la salud.

En relación con los niveles de intervención profesional, clásicamente se han definido las siguientes como funciones del Trabajo social (Baudino, 2002):

● **Promoción:**

- Elaborar, ejecutar y evaluar programas de divulgación de los múltiples factores que inciden sobre la salud.
- Suministrar información sobre hábitos saludables.
- Educar para crear comportamientos que permitan fomentar y conservar la salud individual y colectiva.

● **Prevención:**

- Estudiar las actitudes y los valores que benefician u obstaculizan el acceso a mejores niveles de salud.
- Estudiar la incidencia de variables socioeconómicas y culturales en la etiología, distribución y el desarrollo de los problemas de salud.
- Orientar y capacitar a la población sobre el uso de recursos institucionales y o comunitarios que puedan contribuir a que los individuos alcancen mejor calidad de vida.
- Orientar y fortalecer los vínculos que permitan la unidad familiar y capacitar a sus miembros para que se asegure la salud.
- Estudiar el nivel de aprovechamiento por parte de las personas usuarias de los servicios de salud, programas y expectativas frente a ellos.
- Colaborar en la capacitación de voluntarios y auxiliares para ejecutar acciones de salud.

- **Recuperación:**

- Contribuir con el resto del equipo de salud a reparar los daños causados por la enfermedad.
- Acompañar y orientar a las familias y a las personas para que sean promotores de la recuperación de su salud.

- **Rehabilitación:**

- Orientar al medio familiar, laboral, escolar y comunitario para la reubicación social de la persona enferma.
- Estimular a que toda persona enferma pueda lograr el uso máximo de todas sus potencialidades.

B. ETAPAS DE TRABAJO SOCIAL (Castañeda y Salame, 2004)

a. Primera Etapa: De la Beneficencia a la Profesionalización

Comprende el período entre 1925 a 1960. Su principal referente lo constituyen principios filosóficos y cristianos de ayuda al necesitado. La formación profesional en este período recoge, en un inicio, la tradición europea y, posteriormente, los aportes de las escuelas norteamericanas. Dado su carácter paramédico y parajurídico, su currículum tiende a preparar profesionales que actúen en el campo médico social y en organismos públicos de asistencia y seguridad social. Las modalidades de intervención de Trabajo Social de esa época se centran en la persona y su familia, con un carácter eminentemente asistencialista. Posteriormente, en 1945 se incorpora el nivel de intervención en Grupo con la misma impronta asistencialista que caracteriza el período.

b. Segunda Etapa: Del Asistencialismo a la Promoción.

Abarca el período comprendido entre 1960 a 1973. Los referentes profesionales se trasladan al contexto de los movimientos sociales que, inspirados en principios filosóficos del materialismo dialéctico y materialismo histórico, buscaban provocar profundos cambios en las estructuras vigentes en la época. En este período, a nivel latinoamericano, la profesión se vuelca en una profunda autocrítica, en un proceso denominado Reconceptualización, en el que se cuestiona el rol profesional y, como consecuencia de ello, las metodologías y los niveles de intervención; el carácter

asistencialista de las prácticas sociales, y asimismo, las teorías, conceptos y marcos valóricos que sustentan el quehacer profesional. Debido a lo anterior, la formación profesional se ve transformada por la incorporación de asignaturas profesionales, fundamentalmente, de la línea de las Ciencias Sociales e Investigación Social. Los niveles de intervención de Caso Social-Familia, y Grupos son cuestionados en su dimensión asistencial y se incorpora como nivel de intervención la Organización y Desarrollo Comunitario, reforzando, complementariamente, con asignaturas profesionales destinadas a fortalecer los campos de acción profesional: Vivienda, Previsión social, Menores en situación irregular, entre otras. Durante este período hay un importante crecimiento de los campos laborales vinculados a áreas municipales, sindicales, poblacionales y rurales.

c. Tercera Etapa: Trabajo Social y Gobierno Militar.

Este período se inicia con el Golpe de Estado y se extiende desde Septiembre de 1973 a Marzo de 1990. Se detienen abruptamente los procesos iniciados en la etapa anterior, con el cierre de Escuelas, expulsión de profesionales y alumnado y limitaciones en el número de vacantes. Se rediseñan los currículum, incluyendo redefiniciones de los objetivos, objeto y metodologías profesionales, planteando una formación tecnológica, cuya característica central es la desideologización de la práctica social, rescatando como valor la neutralidad en los procesos de intervención. En el ejercicio profesional, se asigna un énfasis paternalista y asistencialista, priorizando la atención individual en desmedro de la atención grupal y comunitaria. Dado el contexto socio político represivo, el campo profesional sufre una fuerte contracción, disminuyendo el número de cargos y desestimándose nuevas contrataciones. Paralelamente, en el contexto no oficial, se consolida un grupo de profesionales que comienzan a construir un trabajo social ligado al respeto de los Derechos Humanos, a la promoción de la participación de las personas y al desarrollo de formas democráticas de convivencia, principalmente, a través del fortalecimiento de las organizaciones y de la educación social.

d. Cuarta Etapa: Continuidad y Cambio en busca de una Síntesis

Período que se inicia con el retorno de la Democracia y que se extiende hasta fines de la década de 1990. La profesión focaliza sus esfuerzos en construir saberes que integren las experiencias de las etapas anteriores, que permitan generar nuevo conocimiento profesional y la resignificación de las metodologías de intervención. Los

temas centrales en este período están enfocados a la Superación de la Pobreza y el aporte profesional en el Desarrollo Económico con Justicia Social que se impulsa desde círculos oficiales. Todo ello plantea la necesidad de revisión de las mallas curriculares. El número de estudiantes y profesionales aumenta significativamente, en atención a la apertura de nuevas escuelas en Universidades e Institutos Privados. La inserción laboral se mantiene en las áreas tradicionales y se integran los escenarios generados por los proyectos sociales de Fondos Públicos y Privados, orientados a la Promoción Social.

e. Quinta Etapa: De la Tradición Profesional a la Transformación de la Profesionalidad.

Finalmente, es posible proponer que las actuales condiciones de formación y ejercicio profesional sugieren la configuración de una quinta etapa en la historia del Trabajo Social chileno en los primeros años de un nuevo siglo. Sus características se vinculan a las exigencias derivadas de un mundo globalizado –con transformaciones estructurales en curso– que en el ámbito de la formación de profesionales se ha caracterizado, inicialmente, por la formación de pregrado a partir de modelos de competencias profesionales insertos en procesos de innovación curricular; la demanda de procesos de auto evaluación institucional y proposición de estándares de calidad para la acreditación en la formación de pre y post grado; junto a un creciente reconocimiento de las condiciones de incertidumbre en la estabilidad laboral y transdisciplinariedad en la inserción profesional. Así, entonces, emerge una nueva etapa, en cuyos aportes, avances y contradicciones, se orientará el desarrollo de la historia profesional contemporánea y se configurarán nuevas tradiciones de competencia.

En síntesis, la revisión del desarrollo histórico de la profesión, a través de los cinco períodos precedentes, demuestra su alta permeabilidad a los procesos sociales y políticos en curso; a las corrientes de pensamiento en las Ciencias Sociales y a las demandas sociales. En la tabla que se presenta a continuación se grafica dicha evolución:

f. *Tabla Síntesis Etapas del Trabajo Social en Chile*

58

	Primera Etapa: De la Beneficencia a la Profesionalización. 1925 – 1960	Segunda Etapa: Del Asistencialismo a la Promoción. 1960 – 1973	Tercera Etapa: Trabajo Social y Gobierno Militar. 1973 – 1990	Cuarta Etapa: Continuidad, Cambios y Desafíos. 1990 – 2000	Quinta Etapa: De la Tradición Profesional a la Profesionalidad. 2000 - ?
Modelo de Desarrollo Nacional	- Modelo Exportador. - Modelo De Desarrollo Hacia Adentro.	- Modelo de Desarrollo Hacia Adentro, en crisis.	- Modelo de Libre Mercado.	- Desarrollo Económico con Equidad Social.	- Desarrollo Económico Globalizado.
Perfil Problemática en Salud	- Problemas socio-sanitarios característicos de un país pobre y rural DESNUTRICIÓN. MORTALIDAD INFANTIL. MORTALIDAD MATERNA.	- Problemas de Salud propios de un país pobre en acelerado proceso de urbanización.	- Complejización situación de salud ligada a condiciones económicas, garantías de acceso y estilos de vida. - Salud Mental como temática emergente.	- Complejización situación de salud ligada a condiciones económicas, garantías de acceso y estilos de vida. - Envejecimiento de la población.	- Complejización situación de salud ligada a condiciones económicas, garantías de acceso y estilos de vida: Reforma en Salud. - Envejecimiento de la Población.
Formación en Trabajo Social	- Profesionales para actuar en el campo médico social y en organismos públicos de asistencia y seguridad social.	- RECONCEPTUALIZACIÓN. - Cuestionamiento de la dimensión asistencial. - Aportes de Ciencias Sociales, Investigación Social y Planificación Social.	- TECNOLOGÍA SOCIAL. - Trabajo Social Escindido.	- Irrupción de la formación privada. - Diversidad de estilos en la formación.	- Coexistencia de formación pública y privada. - Auto - evaluación. - Acreditación.
Niveles de Intervención	- Caso. - Grupo.	- Caso. - Grupo. - Comunidad.	- Trabajo Social Oficial: Caso. - Trabajo Social Alternativo: Grupo.	- Dinámicos.	- Dinámicos.
Trabajo Social en Salud	- Educación Sanitaria. ASISTENCIALIDAD.	- Educación Sanitaria. - Organización de la Comunidad.	TRABAJO SOCIAL OFICIAL: Asistencialidad. - Educación Sanitaria, dimensión familiar. - Indígena y previsión social. Trabajo Social Alternativo: Promoción. - Participación Grupal. Derechos Humanos y retorno a la democracia. - Temáticas de subsistencia, tecnologías alternativas y medicina natural.	EDUCACIÓN SANITARIA EN CONTEXTOS DE INTERDISCIPLINARIEDAD. - Proyectos locales y licitación de servicios. - Salud mental como temática de acción colaborativa.	- Salud mental como ámbito de competencia. - Transdisciplinariedad. - Fronteras profesionales difusas.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

A continuación se precisan los referentes metodológicos utilizados en el Seminario 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 Sistematización
- C. Colectivo y Muestra de las Situaciones Profesionales a Sistematizar
- D. Estrategias de Recolección de Información de las Situaciones Profesionales Definidas para Sistematizar
- E. Plan de Análisis
- F. Validación de los Resultados de la Sistematización

3.1. FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA

La sistematización es una actividad de producción de conocimiento sobre la práctica (Santibáñez,1995). Permite visualizar, ordenar, entender, comunicar la práctica profesional, con el objeto de generar una reflexión que permita reorientarla. Asimismo, hace posible el comprender su estructura y dinámica, permitiendo visualizar y valorar el ejercicio cotidiano de los profesionales como una fuente de vinculación entre la práctica y la teoría. En base a lo anterior, la sistematización puede definirse como “*un proceso a través del cual los sujetos saben de su experiencia para poder comprenderla, interpretarla y comunicarla para lograr un nuevo tipo de conocimiento*” (Santibáñez,1995:1). Esta metodología busca ofrecer un espacio en el que los participantes de la sistematización puedan opinar y expresarse abiertamente, señalando lo más significativo para ellos y dejando en evidencia los sentimientos, intereses y motivaciones que estuvieron presentes en la práctica, en su percepción y aproximación a ella.

3.2. ORGANIZACIÓN METODOLÓGICA DEL PROCESO DE SEMINARIO DE TÍTULO

A. DELIMITACIÓN DEL PROCESO DE SISTEMATIZACIÓN

Tomando como referencia las Situaciones Profesionales declaradas por Bienzobas e Ibaceta (2004) y teniendo presente el ejercicio profesional cotidiano de Trabajo Social en los Centros de Salud, se seleccionan para ser sistematizados en la presente experiencia las siguientes Situaciones Profesionales:

- *Dimensión Familia:* Visita Domiciliaria, Consulta de Orientación Social, Consulta Social, Consulta Especializada en Salud Mental.
- *Dimensión Comunidad:* Intervención con Grupos, Intervención con el Consejo Local de Salud, Intervención con Comisión Mixta Salud Educación.
- *Dimensión Gestión:* Dirección de Establecimientos de Salud, Jefatura de SOME, Jefatura de Sector.

B. OBJETIVOS DE SISTEMATIZACIÓN

a. *Objetivo General*

Sistematizar las principales Situaciones Profesionales de Trabajo Social en Atención Primaria de Salud en los ámbitos de Familia, Comunidad y Gestión.

b. *Objetivos Específicos*

- Caracterizar y analizar las variables constitutivas de las Situaciones Profesionales de Trabajo Social en Atención Primaria de Salud del ámbito familia, correspondientes a Visita Domiciliaria, Consulta de Orientación Social, Consulta Social, Consulta Especializada en Salud Mental.
- Caracterizar y analizar las variables constitutivas de las Situaciones Profesionales de Trabajo Social en Atención Primaria de Salud del ámbito comunidad, correspondientes a Intervención con Grupos, Intervención con el Consejo Local de Salud, Intervención con Comisión Mixta Salud Educación.
- Caracterizar y analizar las variables constitutivas de las Situaciones Profesionales de Trabajo Social en Atención Primaria de Salud del ámbito gestión correspondientes a Dirección de Establecimientos de Salud, Jefatura de SOME, Jefatura de Sector.

C. *COLECTIVO Y MUESTRA DE LAS SITUACIONES PROFESIONALES A SISTEMATIZAR*

a. *Colectivo*

El colectivo de sistematización se encuentra conformado por profesionales de Trabajo Social que se desempeñan en Atención Primaria de Salud en las comunas de Viña del Mar y Valparaíso.

b. Muestra

- Muestreo teórico: Casos Tipo (representatividad estructural).
- Criterios de inclusión:
 - Profesionales de Trabajo Social que se desempeñan en Atención Primaria de Salud
 - Ejercicio Profesional en Atención Primaria de al menos un año vinculado a los ámbitos de familia, comunidad y gestión.
 - Expresión del deseo de participar de la sistematización libre y voluntariamente.

D. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN DE LAS SITUACIONES PROFESIONALES DEFINIDAS PARA SISTEMATIZAR.

a. Entrevista Semi-Estructurada:

La entrevista que se aplica al colectivo tiene como propósito levantar información relevante sobre las Situaciones Profesionales de Trabajo Social desempeñadas en la Atención Primaria de Salud, en los ámbitos de familia, comunidad y gestión. Con el objeto de que los entrevistados describan desde su experiencia y marco de referencia las diversas perspectivas, visiones y opiniones en torno a las siguientes variables descriptivas (Le Boterf, 2001):

- Contexto: El entorno institucional con el que el/la profesional y su puesto están en relación.
- Finalidades: Objetivos y propósitos de cada ámbito de intervención.
- Actividades y tareas: Etapas que se llevan a cabo en los ámbitos de intervención.
- Relaciones con los demás empleos: Manera en que se desarrolla el trabajo en equipo.
- Campo de autonomía y responsabilidad: Toma de decisiones y actividades a cargo.
- Nivel de complejidad: Problemas que se presentan en cada situación profesional.
- Aportes y aprendizajes en los ámbitos de intervención.

b. *Análisis Documental*

El análisis documental está conformado por la revisión y estudio de los Compendios de Práctica Profesional de Trabajo Social, los documentos técnicos de los Centros de Salud (fichas clínicas, informes sociales, registros diarios); y los informes generados en los ámbitos de familia, comunidad y gestión por un colectivo de profesionales Asistentes Sociales en el marco de un taller de sistematización.

c. *Observación Participante*

Corresponde a una observación semiestructurada, cuyo propósito se centra en conocer la manera en que se desarrollan las Situaciones Profesionales en el ejercicio profesional cotidiano, en los ámbitos de familia, comunidad y gestión. Se espera profundizar aquellas Situaciones Profesionales más recurrentes en la Atención Primaria de Salud y generar registros fotográficos y escritos que den cuenta de las características de cada una de éstas.

E. *PLAN DE ANÁLISIS*

- Categorías de Análisis:
 - Categorías Teórico conceptuales: Variables constituyentes de la Situación Profesional (Le Boterf, 2001)
 - Categorías inferidas desde la experiencia. Determinadas de acuerdo a la dinámica real de la Situación Profesional.

F. *VALIDACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA SISTEMATIZACIÓN*

Para la validación de la información se utiliza la consulta o juicio de expertos, realizada en modalidad de entrevista a Asistentes Sociales pertenecientes al colectivo profesional.

CAPÍTULO IV

SITUACIONES PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

ÁMBITO FAMILIA

CAPÍTULO IV

SITUACIONES PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. ÁMBITO FAMILIA

En este capítulo se presenta la sistematización de las Situaciones Profesionales de Trabajo Social desempeñadas en la Atención Primaria de Salud, en el ámbito de familia. Según la siguiente estructura:

4.1. Análisis Disciplinario de Trabajo Social en Atención Primaria de Salud. Ámbito Familia

4.2. Sistematización de Situaciones Profesionales de Trabajo Social en Atención Primaria de Salud: Ámbito Familia

- Visita Domiciliaria
- Consulta de Orientación Social
- Consulta Social
- Consulta Especializada Salud en Mental

4.1. ANÁLISIS DISCIPLINARIO DE TRABAJO SOCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. ÁMBITO FAMILIA

A. CONTEXTOS DE LAS SITUACIONES PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL: ÁMBITO FAMILIA

- ***Contexto temático:*** Los/as profesionales visualizan a Trabajo Social como la puerta de entrada a la Atención Primaria, debiéndose abordar y trabajar desde temas o problemas asistenciales, hasta situaciones susceptibles de ser derivadas hacia otro/a profesional u otra institución de la red.

“(...) a servicio social, viene de todo, por cualquier cosa, no es como que van al médico porque le duele algo; (...) viene por educación, que necesita un informe para una beca, viene porque le van a quitar las casa (...) porque quieren desafiliarse como carga, (...) porque quieren afiliarse como carga, viene porque quieren una silla de ruedas, porque quieren una canasta familiar, una mediagua (...)” (FAM_06, 145-156)

- ***Contexto familiar:*** Al caracterizar las familias atendidas por los/as profesionales, se debe destacar que los problemas más recurrentes se encuentran relacionados con violencia intrafamiliar, drogodependencia, malnutrición y depresión. Además, muchas de estos grupos familiares, poseen dificultad para reconocer y responsabilizarse por los problemas que presentan.
- ***Contexto Político-institucional:*** En la actualidad, la Atención Primaria de Salud se enmarca dentro de un modelo de intervención familiar, donde se privilegia una visión global e integral de las necesidades de las personas. Esto intenciona que los programas implementados enfatizen el carácter promocional de las acciones. En este contexto, el/la profesional es un implementador de las políticas sociales, en las que tiene que cumplir con las metas exigidas por el Ministerio.
- ***Contexto epidemiológico:*** La atención familiar de salud, se ha visto afectada por un cambio de tipo epidemiológico, el que ha repercutido en una variación en las problemáticas de salud, variando desde las enfermedades infectocontagiosas hacia las enfermedades crónicas no transmisibles. En dicho contexto, la labor profesional

se centra en la prevención y promoción de la salud para dar respuesta a los nuevos requerimientos de la población.

B. DEFINICIÓN DEL TRABAJO SOCIAL: ÁMBITO FAMILIA

A partir de la información recabada, se establece la coexistencia de dos visiones en torno al concepto de Trabajo Social con Familia. En la primera visión se apunta a una intervención integral y sistémica, mientras que la segunda visión se focaliza en la atención de casos.

En la visión relacionada con una intervención integral y sistémica, se busca ver más allá del problema inicial de consulta —o del caso índice— intentando abordar el contexto en el cual surge la problemática. Es decir, la enfermedad es vista como un síntoma o una manifestación que se encuentra interrelacionada con otros factores que sólo es posible definir y abordar una vez que se ha profundizado en el conocimiento integral de las familias.

“(…) tú comienzas con el caso índice, que es el que viene a consultar. Posteriormente, como todos los problemas están interrelacionados, tú tienes que llegar a todos los integrantes de la familia.” (FAM_02, 7-9)

En la práctica, esta primera visión de Trabajo Social con Familias, se caracteriza por dos atributos:

- ***Integralidad de la intervención en el contexto de la familia***

Al realizar una intervención de Trabajo Social con familias, el/la profesional abarca y considera al conjunto del sistema familiar, pues se reconoce que en su dinámica interna se generan las dificultades o problemas, siendo esa misma realidad la que se debe intervenir y modificar.

“Los problemas se solucionan en familia porque es el contexto natural en que se dan los problemas de salud. Entonces yo no saco nada con trabajar con una, por ejemplo: con una mujer con violencia intrafamiliar sola, si ella no se da cuenta que sus hijos también están sufriendo violencia indirectamente (...)” (FAM_09, 203-207)

- ***Integralidad de la intervención en el contexto del problema social***

La intervención profesional debe trascender el problema específico por el que consultan las personas, comprendiendo el contexto en el cual éstos se generan, para prever problemáticas asociadas y tener una apreciación más clara de la complejidad de los casos.

“Supongamos que viene una persona con una interconsulta por patología mamaria, por un cáncer, y viene sin previsión -la persona por lo primero que viene es por la previsión-. Y tú partes de ahí, entonces comienzas a preguntar: “¿En qué trabaja usted?, ¿qué es lo que hace?, ¿estás casada?” y al leer el diagnóstico, sabes que es un problema difícil, que ella no lo va a poder resolver sola y que necesitas trabajar con toda la familia.” (FAM_02, 16-23)

Respecto a la segunda visión que se presenta en Trabajo Social con Familias, se caracteriza por estar focalizada en la atención de casos, con un carácter de atención de choque, que se orienta fundamentalmente a dar respuesta a las primeras necesidades que presenta la persona usuaria, para luego derivar y coordinar con la red social en la búsqueda de soluciones a los problemas que presenta.

“(...) acá netamente es un poco de choque al principio, en la primera entrevista con nosotros, y después ver las alternativas del trabajo con redes: concretamente la derivación(...)” (FAM_08, 32-34)

Cabe señalar, que en ciertas ocasiones en un mismo Centro de Salud, coexisten ambas visiones de trabajo con familias, puesto que se declara la necesidad de entregar una atención integral al caso y su grupo familiar. Sin embargo, se observa que en la práctica esta idea queda en un nivel aspiracional, debido a la falta de recursos y tiempo para concretar dicho trabajo.

C. SITUACIONES PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL: ÁMBITO FAMILIA

Las Situaciones Profesionales de Trabajo Social con Familias en la Atención Primaria, que emergieron de manera más recurrente en el discurso de los/as profesionales, son las que se desarrollarán a continuación:

- ***Visita Domiciliaria con fines de atención familiar***

Es descrita como una forma de constatar la realidad social, económica, ambiental y cultural de los grupos familiares. Esto se hace necesario, con el propósito de conocer los factores intervinientes en los problemas de salud que manifiestan las personas. Asimismo, es utilizada para profundizar en situaciones de mayor complejidad, como en los casos de violencia intrafamiliar, nutrición infantil, dismovilizados, etc.

Además, se plantea la implementación de Visitas Domiciliarias de carácter integral, donde se abordan todas las áreas que influyen en la salud del caso índice y su grupo familiar.

“(...)si tu vas a visitar a una mujer, te fijas si tienen el PAP al día, si tiene la atención dental, si sus hijos se atienden en el consultorio me entiendes, todo eso se da acá en el tema de salud(...)” (FAM_06, 23-25)

Los/as Profesionales mencionan distintos tipos de Visitas Domiciliarias que ejecutan en su actuar profesional con familias, las que se refieren a los siguientes temas o problemáticas: Recién Nacido, Adulto Mayor, Postrado o Dismovilizados, Embarazadas, Personas en riesgo vital (derivada o sugerida por el Equipo de Salud), Salud Mental.

- **Consulta Social**

Es posible reconocer la presencia de dos variantes de dicha Situación Profesional:

- Consulta de orientación Social:* Se dirige a la entrega de orientaciones básicas respecto a diversos beneficios (ejemplo: ayuda socioeconómica), ya sea con un énfasis individual o bien familiar.
- Consulta Social Especializada:* Promueve el protagonismo de las personas en la protección y resolución de sus problemas de salud, mediante el desarrollo de sus potencialidades.

“(...)promueve el desarrollo de potencialidades de las personas y su protagonismo en la modificación de factores socioculturales que inciden o determinan los procesos salud enfermedad, acciones-identificación(...)” (FAM_04, 53-56)

D. FINALIDAD DE LAS SITUACIONES PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL: ÁMBITO FAMILIA

Los/as profesionales también fueron consultados/as sobre la finalidad u objetivos de su trabajo con familia. En este ámbito, se precisaron las siguientes categorías:

- **Finalidad general:** La mayoría de los/as profesionales mencionó que su trabajo persigue mejorar el estado de salud y la calidad de vida de las personas.
- **Finalidades vinculadas a la promoción y prevención:** El objetivo radica en orientar y educar a las familias para que no presenten problemas de salud. Se persigue que las personas no se enfermen y se responsabilicen de su propia salud.
- **Finalidades vinculadas a las Familias:** Se mencionan el reestablecimiento de relaciones o lazos familiares, la identificación de los recursos familiares para favorecer la relación, la modificación de hábitos y el otorgar herramientas a las personas.

- **Finalidades vinculadas a las Redes:** El objeto es derivar oportunamente a las personas a las redes más competentes para solucionar la problemática que les afectan.

Es importante destacar que al identificar las finalidades, los/as profesionales otorgan importancia al protagonismo que poseen las personas en la solución de sus problemas y la relevancia que tienen las acciones a nivel de promoción y prevención, es decir, se espera potenciar factores protectores para que la familia no se enferme ni desarrolle disfuncionalidades.

“(...)La finalidad es detectar problemas que aquejan a los pacientes, orientar a que ellos mismos busquen respuestas a necesidades presentadas. Realizar acciones que se orienten en la disminución de aquellos factores intervinientes en el daño y además desarrollar acciones de prevención y promoción de salud(…)”
(FAM_04, 83-87)

En este ámbito, también se mencionó el paternalismo con el que históricamente se ha asociado al rol asistencial de los/as profesionales. Al respecto, mencionan que esta postura a dado paso a una visión centrada en las potencialidades de las personas, en donde el/la Asistente Social pasa a ser un facilitador de los procesos familiares.

“(...) Que las personas se vean como una herramienta, como una fortaleza, como algo que les permite salir de su estado, pero hay familias que necesitan un apoyo, pero (...) no es que nosotros le solucionemos la vida(…)” (FAM_06, 216-219)

E. ACTIVIDADES Y TAREAS PRESENTES EN LAS SITUACIONES PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL: ÁMBITO FAMILIA.

Al consultar sobre las actividades y tareas presentes en las Situaciones Profesionales de Trabajo Social con familias, el colectivo profesional enfatiza las tareas y actividades vinculadas a:

- **Orientación y educación social:** Por su intermedio, es posible conseguir que las personas logren comprender el problema que los afecta y visualizar diversas

alternativas para su solución. Asimismo, a través de su utilización, se intenciona la promoción de estilos de vida saludables, la prevención de enfermedades y el autocuidado en salud.

- **Entrega de Información:** Respecto a los beneficios y programas existentes en el Centro de Salud, con el propósito que las personas conozcan y utilicen los recursos que poseen a su disposición.
- **Coordinación:** Implica conocer los recursos del entorno, las instituciones, los roles de los/as profesionales y los distintos actores sociales. Para que a partir de este conocimiento, se logren generar vínculos que faciliten la resolución de los problemas, tomando en cuenta la especificidad de éstos y de los actores involucrados.

Cabe señalar, que los/as profesionales desarrollan las tareas y actividades mencionadas anteriormente con una mayor frecuencia, en las situaciones de violencia intrafamiliar, atención al adulto mayor, orientación previsional, drogodependencias, deserción escolar, embarazo adolescente, problemas de nutrición y depresión. Es muy relevante también, el rol que poseen los/as profesionales en el apoyo al tratamiento de distintas morbilidades, complementando la labor del resto del Equipo. Es el caso de los enfermos crónicos, enfermedades broncopulmonares, déficit del desarrollo psicomotor, entre otros.

F. RELACIONES CON LOS DEMÁS EMPLEOS PRESENTES EN LAS SITUACIONES PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL: ÁMBITO FAMILIA.

Fue analizada la percepción que poseen los/as Asistentes Sociales respecto a la importancia del trabajo en equipo en la intervención con familias, tomando como referente que el trabajo interdisciplinario es reconocido como uno de los bastiones de la APS.

Se puede rescatar que los/as Asistentes Sociales entrevistados/as, reconocen que despliegan trabajo en equipo en su labor de atención familiar, señalando además que su desarrollo es necesario para aplicar el modelo de atención familiar en los Centros de Salud.

Es posible precisar la existencia de dos instancias de relación entre los miembros del Equipo de Salud:

- **Relación de Derivación:** El trabajo en equipo es caracterizado como un proceso de derivación o coordinación, desarrollado con el objeto de realizar una atención más integral a sus usuarios/as, en función al problema o necesidad que presentan.

“(...) es trabajo perdido que en una visita por ejemplo vaya la pura enfermera y que después en la otra visita vaya la asistente social. Si van las dos a una misma visita, se puede hacer el mismo un diagnóstico mucho mas integral, mucho mas global de la situación de la persona (...)” (FAM_01 197-203)

Este tipo de relación se manifiesta concretamente en las derivaciones internas que se efectúan al interior del Equipo de Salud y en las distintas coordinaciones destinadas a gestionar acciones en común.

- **Relación de Trabajo Interdisciplinario:** En los Centros de Salud que ya se han constituido como familiares o se encuentran en vías de lograrlo, se reconoce un trabajo más fuerte y definido en Equipo. Situación que se concretiza en reuniones interdisciplinarias, donde se diagnóstica y planifica la intervención familiar.

“Ahora se esta dando una dinámica con la formación de los Centros de Salud Familiar, de modo que todo el Equipo de Salud intervenga en la familia desde los diferentes ámbitos, también eso hace que se generen reuniones interdisciplinarias, donde participa todo el Equipo de Salud (...)” (FAM_07 100-104)

Este es el caso de los diagnósticos familiares que son realizados desde una perspectiva biopsicosocial. Para su elaboración, se debe desarrollar un trabajo interdisciplinario entre distintos/as profesionales. Posteriormente, en la planificación se divide el actuar, volviéndose a reunir el Equipo en la ejecución y evaluación.

G. CAMPOS DE AUTONOMÍA Y RESPONSABILIDAD DE LAS SITUACIONES PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL: ÁMBITO FAMILIA.

El colectivo profesional comprende que la responsabilidad profesional en la intervención familiar, se presenta en tres ámbitos:

- **Relativo a las metas sanitarias:** La responsabilidad profesional se encuentra determinada por el cumplimiento adecuado de las metas, exigencias y programas emanados desde el nivel central. En este contexto, el/la profesional debe reconocer los temas o problemas que son de su competencia para hacerse cargo de ellos.
- **Relativo a la atención:** La responsabilidad al trabajar con familias, se ve determinada por el estar preparado/a para responder o tratar las problemáticas que presentan los grupos familiares, respetando además la autodeterminación de las personas usuarias, con la finalidad de privilegiar su protagonismo en la resolución de sus conflictos. Asimismo, se reconoce como deber profesional, el abordar la problemática de manera integral, superando el motivo inicial de consulta. Además de actuar de manera eficiente y cordial en la acogida de las familias.
- **Relativo a la Derivación:** La responsabilidad del/de la Asistente Social radica en el conocimiento de las redes sociales existentes, para derivar en forma oportuna a las familias atendidas, y efectuar un seguimiento después realizar la derivación.

H. NIVEL DE COMPLEJIDAD DE LAS SITUACIONES PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL: ÁMBITO FAMILIA.

A partir del análisis de las experiencias complejas narradas por el colectivo profesional, como también de su discurso respecto a las problemáticas que surgen al trabajar con familias, es posible precisar los siguientes problemas que emergen en el desarrollo de las distintas Situaciones Profesionales en esta área:

- **Problemas vinculados a las familias:** Los/as profesionales identifican como primer obstáculo de esta intervención, las dificultades para reconocer el problema familiar, por parte de las personas usuarias. Otra arista de esta situación, es la

resistencia a recibir tratamiento o ayuda, por esto se considera la comunicación como una herramienta fundamental al momento de intervenir.

- **Problemas vinculados a la infraestructura física:** Los espacios existentes en los Centros de Salud, no poseen en ciertas ocasiones las características necesarias para crear un clima adecuado de privacidad y comodidad para trabajar con las familias. Esta situación puede limitar el desarrollo de un trabajo satisfactorio.

“(...) La salud no está preparada para atender en familia, en general tenemos box pequeños, pocas sillas, la infraestructura no te acomoda, poca privacidad para atender a la familia (...)” (FAM_09 143-146)

- **Problemas vinculados al tiempo:** Los/as profesionales plantean que el tiempo que se otorga al trabajo con familias es insuficiente para profundizar y generar cambios en las problemáticas que éstas presentan.

“(...) Para atender en familia necesitas por lo menos una hora de tiempo, y la salud trabaja con tiempos más pequeños de atención, por lo tanto, la planificación y distribución de los tiempos en los Servicios de Salud Primarios no están adecuados para el trabajo con familia.” (FAM_09 150-155)

- **Problemas vinculados a la capacitación:** Se reconoce la falta de capacitación por parte de los Equipos de Salud para trabajar con familias, ya que no poseen la formación que permita a los/as profesionales complementarse en los diversos ámbitos en los cuales poseen dominio.

“Hay falta de capacitación de los Equipos en relación a la intervención familiar. En general no se sabe como enfrentar a las familias, no se sabe como intervenir y como tener cinco personas en una oficina y no estar preguntándole todo a todos y plantear un tema en común (...)” (FAM_09 171-176)

- **Problemas vinculados a los Temas de Trabajo:** Los/as profesionales señalan que las temáticas que resultan mas complejas de abordar están relacionadas con la violencia intrafamiliar, la vulneración de derechos de infancia (maltrato, abuso sexual, abandono y negligencia), abandono del adulto mayor y la atención de personas con enfermedades mentales.

- **Problemas Vinculados con la Derivación:** En la atención de temas complejos, en muchas ocasiones se hace necesario realizar una derivación, la cual se dificulta en términos de los cupos que poseen las instituciones y los requisitos exigidos para otorgar asistencia y tratamiento.

I. APORTES Y APRENDIZAJES PARA EL TRABAJO SOCIAL: ÁMBITO FAMILIA.

En el marco de los aportes y aprendizajes que ha generado el trabajo con familias para los/as profesionales, es posible precisar algunos elementos relevantes desarrollados en el discurso en torno al tema.

Se plantea que el conocimiento adquirido en la Universidad, sólo otorga las herramientas básicas para el desarrollo de intervenciones profesionales en el área familiar, siendo el trabajo en terreno y el contacto con otros/as profesionales lo que permite profundizar el conocimiento, además de adquirir nuevas herramientas y destrezas para el trabajo en este ámbito.

“(…)Me di cuenta que salí sabiendo bien poco, bueno es como una pincelada que te dan en la formación, pero vas aprendiendo todo en la práctica, la mayor cantidad, lo que pasa es que lo otro que aprendes te sirve de colchón, de base.”

(FAM_03, 419-423)

Es posible visualizar dentro de los aportes mencionados, la importancia que se le otorga al trabajo con familias, ya que se le destaca como fundamental en los procesos de salud–enfermedad de las personas. En el área salud, la familia se constituye en un recurso de gran importancia, ya que permite abordar los problemas en el contexto en el cual se generan, facilitando de esta forma, a través de la educación y orientación, los procesos de cambio que se quieren alcanzar, para lograr mejorar la calidad de vida de las personas.

“(…) La familia afecta en la salud y enfermedad, es decir, incide en ella, existe una correlación en cuanto a mayor estrés más enfermedad y entre mayor pertenencia a redes sociales, siendo la familia la red más próxima, se produce un mejor desenlace de los procesos mórbidos (…)”(FAM_04 144-148)

Como último elemento a destacar, se señala que el trabajo con familias se constituye en un proceso, el cual requiere tiempo para ser desarrollado, debido a que los cambios en un contexto familiar no son inmediatos y se van produciendo de manera paulatina.

4.2. SISTEMATIZACIÓN DE SITUACIONES PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: ÁMBITO FAMILIA

Se presentan a continuación las fichas de las Situaciones Profesionales: Visita Domiciliaria, Consulta de Orientación Social, Consulta Social, y Consulta Especializada en Salud Mental.

**SITUACIÓN PROFESIONAL
DE TRABAJO SOCIAL EN
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

ÁMBITO FAMILIA
VISITA DOMICILIARIA

SITUACIÓN PROFESIONAL:**VISITA DOMICILIARIA*****A. CONTEXTOS DE LA VISITA DOMICILIARIA DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD***

La Visita Domiciliaria es una de las principales labores que ejercen los/as Asistentes Sociales que se desempeñan en la Atención Primaria de Salud dentro del contexto del trabajo con familia.

Esta Situación Profesional se inserta en la práctica de manera transversal a los distintos programas que se ejecutan en el Centro de Salud. En dicho sentido, y de acuerdo a la práctica observada, se aprecia que el/la profesional desarrolla con mayor frecuencia Visitas Domiciliarias dentro de los programas Infantil y Adulto. Asimismo, el/la Asistente Social lleva a cabo Visitas Domiciliarias que se vinculan a los propios objetivos de Trabajo Social en el área, enfocados a insertar a las personas usuarias y sus familias dentro de la red institucional pública y privada.

Una figura representativa de las Visitas Domiciliarias es aquella realizada a grupos familiares pertenecientes a sectores vulnerables de la Comuna, cuyas viviendas se encuentran emplazadas en territorios marginales y de difícil acceso. En estos sectores la Visita del/de la profesional es una práctica validada y reconocida por la comunidad.



Un sector prioritario para el Centro de Salud
Miraflores.
(Población Villa Independencia)

En el ejercicio de la Visita Domiciliaria el/la profesional despliega sus competencias técnicas y habilidades sociales, con el propósito de abarcar integralmente la realidad y dinámica familiar, además de lograr una cercanía con la familia que le permita obtener la información requerida y realizar las educaciones pertinentes, enfatizando un rol promocional y preventivo de la salud.

B. REFERENTES CONCEPTUALES DE LA VISITA DOMICILIARIA DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Al referirse a la Visita Domiciliaria, el imaginario profesional remite a la noción de la “visitadora”, término con el cual se ha identificado históricamente a los/as Asistentes Sociales. Incluso en la actualidad es habitual que a la profesión se le identifique con dicho término. En la formación profesional, se le otorga un énfasis especial al dominio de esta técnica por considerarse como la manera más directa y efectiva de penetrar en la realidad familiar, económica, cultural y ambiental en la que se lleva a cabo la vida cotidiana de las personas con las cuales se trabaja.

Aún en la actualidad, en la Atención Primaria de Salud, esta técnica es ampliamente utilizada por los/as Asistentes Sociales. La Visita Domiciliaria permite conocer a la familia en sus reales condiciones de vida y observar la interacción familiar directamente. Permite además conocer a los integrantes de la familia que no llegan a las instituciones por diversas razones, ya sea debido a

“Respetadas y a la vez temidas, las visitadoras aparecieron como la oportunidad que tenían las mujeres populares para criticar y exigir al Estado, para mostrar su realidad, para acusar a su marido de violencia física o sexual, para señalar que no cumple con su rol de padre proveedor. En definitiva, las visitadoras sociales fueron creando con las mujeres del pueblo un espacio genérico de diálogo donde se encontraban presentes los nexos de la maternidad y la pobreza. Un Espacio de conciencia sobre los problemas del otro, aunque permeados por objetivos políticos y relaciones sociales desiguales, de igual manera permitió desarrollar una mayor conciencia y conceptualización que las propias mujeres poseían sobre sus problemas. Al fin y al cabo, fueron creando un conocimiento y un saber que es parte de la memoria de muchas asistentes sociales en la actualidad.”

Extraído de: ROCHA, V. (2002) *Las Mujeres en la Construcción del Estado Benefactor: Las Visitadoras Sociales y los Frentes Populares (1938-1948)*. en *Cyber Humanitatis*, Revista de la facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad de Chile.

dificultades de desplazamiento o por sentirse extraños en el ambiente institucional. La Visita Domiciliaria tiene como finalidad evaluar la situación de salud de la familia. La entrevista se realiza con el máximo de integrantes de la familia. Esta permite realizar un diagnóstico integral del hábitat de la familia, su relación con su entorno comunitario, las condiciones del hogar y chequear el estado de salud general de todos los miembros. Se evalúa la dinámica relacional de la familia, se pesquisan los adultos mayores, discapacitados y postrados. La familia presenta sus problemas y prioridades (PUC, 2005).

En la última década, se ha extendido un modelo de salud familiar, desde el cual se plantea la necesidad de que en la Visita se incorporen otros/as profesionales, con el objeto de abordar y comprender a las familias desde una perspectiva más amplia. En

este contexto, se habla de una “Visita Integral”, en el supuesto de reunir las distintas dimensiones que determinan la salud de las personas y familias.

El/la profesional al desarrollar una Visita Domiciliaria aplica e integra dos técnicas de intervención utilizadas ampliamente por la profesión, las que consisten en la entrevista con fines de investigación e intervención y la observación semiestructurada.

La entrevista en la Visita Domiciliaria se lleva a cabo a través de una conversación especializada entre el/la Asistente Social y las personas usuarias, la cual es desarrollada con fines de investigación con el propósito de conocer e indagar en la realidad familiar y las problemáticas que vivencian. Asimismo se desarrolla una entrevista con fines de tratamiento, donde se realizan acciones educativas que buscan producir cambios en las situaciones problemas del grupo familiar

La observación es semiestructurada, lo cual implica definir con anterioridad las variables a observar, sin embargo existe la flexibilidad suficiente para incluir y reconocer antecedentes que se presenten como relevantes durante el desarrollo de la Visita.

A partir de la observación del ejercicio profesional, es posible identificar tres ejes ordenadores de los cuales se desprenden los distintos tipos de Visita Domiciliaria, como se detalla a continuación:



En la Visita Domiciliaria es posible interactuar en el ambiente cotidiano de las familias. En cierto sentido, es un breve momento en donde se “vive” tal como lo hacen las familias, con toda la riqueza perceptiva que esto supone.

(Una casa del sector de Miraflores)

➤ **Criterio 1: Según la Participación del Equipo.** Se refiere al grado de participación de los integrantes del Equipo de Salud en la realización de la Visita. En esta categoría se ubican:

- a. **Visita Domiciliaria Tradicional:** Es la “atención integral proporcionada en el hogar del individuo o familia, con el objeto de conocer la realidad socioeconómica, ambiental y cultural, complementar el diagnóstico, estimular la

participación activa de la familia, realizar intervención social con fines de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud”(MINSAL, 1994).

b. **Visita Domiciliaria Integral:** Es definida como la relación que se establece en el lugar de residencia de la familia, entre uno o más miembros del Equipo de Salud, con uno o más integrantes de la familia, generada por el problema de salud de uno de sus miembros (caso índice), por la necesidad de establecer un conocimiento más profundo con la familia a su ingreso o por solicitud de alguno de sus integrantes. Se caracteriza por abordar además del motivo inicial, otros temas de salud de interés para la familia y formular de común acuerdo con la familia un plan de trabajo (ya sea preventivo, como promocional o tratamiento).

➤ **Criterio 2: Según Origen de la Visita.** Se refiere al factor que genera la necesidad de desarrollarla. De acuerdo a este criterio, existen las siguientes:

a. **Por Demanda Espontánea de la familia:** Generalmente las Visitas Domiciliarias originadas por la demanda espontánea de los/las usuarios/as son aquellas relacionadas con la solicitud de Beneficios Sociales. Dentro de los cuales se presentan con mayor recurrencia los beneficios educacionales (becas, rebajas, créditos), Solicitud de ingreso al registro nacional de discapacitados del Fondo Nacional de la Discapacidad, la postulación para diversas ONG y fundaciones, y la condonación o repactación de deudas.

b. **Por Requisitos Programáticos:** Algunos de los programas que implementa el Centro de Salud exigen la realización de Visita Domicilia en un determinado plazo. En esta categoría corresponden las Visitas realizadas a Recién Nacidos y Dismovilizados.

c. **Por Derivación de otros/as Profesionales:** Cuando algún miembro del Equipo de Salud pesquisa factores de riesgo social relevantes en las personas usuarias o sus familias, solicita al/a la profesional la ejecución de Visita Domiciliaria.

d. **Por Derivación desde otras instituciones de la Red:** El Centro de Salud posee a su cargo una población inscrita, de la cual posee sus antecedentes de

salud y sociales. En dicho contexto, diversas instituciones de la red pública coordinan con el/la profesional la realización de una Visita Domiciliaria.

- **Criterio 3: Según el Programa.** Se refiere al contexto programático dentro del cual se enmarca. Se precisan los siguientes programas:
- a. **Programa Infantil.** Se refiere a la Visita realizada en el hogar de los recién nacidos, dentro de los primeros 28 días de vida. Además puede abordar temas como riesgo social, desarrollo psicomotor y nutrición.
 - b. **Programa del Adulto.** Dentro de este programa la Visita que se realiza con mayor frecuencia es aquella dirigida a los/as usuarios/as dismovilizados y sus familias.
 - c. **Programa de Salud Mental.** Dentro de este programa el/la profesional debe desarrollar una evaluación sociofamiliar en los casos de Déficit atencional. Además en la temática de violencia se busca complementar el diagnóstico e intervenir desde los distintos ejes del problema, conociendo directamente en el ambiente familiar y su entorno, la manifestación e implicancias de la situación que vivencia la usuaria. En aquellos casos de depresión, la realización de la Visita se centra principalmente en el seguimiento de los/as usuarios/as que no asisten a las consultas de salud mental
 - d. **Programa de la Mujer.** Donde se efectúan Visitas enfocadas a las problemáticas asociadas al grupo etéreo.

Estas categorías ilustran las distintas características de las Visitas Domiciliarias, lo que significa que cada Visita puede ser definida desde los tres criterios establecidos. Por ejemplo, la Visita Domiciliaria a Recién Nacido es efectuada tanto de manera integral como tradicional (dependiendo del contexto institucional), Es exigida por un criterio programático, se requiere su realización antes de 28 días de vida, y se enmarca dentro del programa infantil que atiende a lactantes y niños/as.

C. FINALIDAD DE LA VISITA DOMICILIARIA DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

De manera general, la finalidad de las Visitas Domiciliarias de Trabajo Social en la APS, apuntan al conocimiento integral de la realidad cotidiana en la que se desenvuelve la vida de las personas usuarias y sus familias. Éstas pueden ser efectuadas por el/la profesional o en conjunto con otro/a integrante del Equipo de Salud, con el propósito de identificar la condición sanitaria, socioeconómica, ambiental y cultural; complementar el diagnóstico de otros/as profesionales; estimular la participación activa de la familia; o realizar intervención con fines de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

La finalidad de cada Visita Domiciliaria operativa, se encuentra determinada por los énfasis propios de cada uno de los tipos de Visita, que emanan de los criterios establecidos con anterioridad.

CRITERIOS/ TIPO DE VISITAS	ÉNFASIS
➤ Criterio 1: Según la Participación del Equipo de Salud	
a. <i>Tradicional</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Investigar variables socioeconómicas y psicosociales
b. <i>Integral</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Generación de diagnósticos integrados entre los/as profesionales del Equipo de Salud.
➤ Criterio 2: Según Origen de la Visita	
a. <i>Por demanda espontánea del/ de la usuario/ a o su familia</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Investigar situación socioeconómica de la familia ▪ Elaboración de Informe Social.
b. <i>Por Requisitos Programáticos</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cumplir con las metas establecidas en los Programas implementados por el Centro de Salud.
c. <i>Por derivación de otros profesionales</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Corroborar la existencia de factores de riesgo detectados. ▪ Informar la situación diagnosticada
d. <i>Por derivación de otras instituciones de la red.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Investigar antecedentes requeridos por la institución. ▪ Elaboración de Informe Social
➤ Criterio 3: Según Programa.	
a. <i>Programa Infantil</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocer el entorno familiar, socioafectivo y económico. ▪ Pesquisar morbilidad y/o factores de riesgo. ▪ Vigilar el crecimiento y desarrollo del niño, niña o lactante

CRITERIOS/ TIPO DE VISITAS	ÉNFASIS
<i>b. Programa del Adulto</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluar las condiciones de salud y ambientales en las que se encuentra los pacientes crónicos; la situación de los dismovilizados y el estado de salud mental del cuidador. ▪ Conocer la vinculación que tiene la familia con la red de apoyo.
<i>c. Programa de Salud Mental</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Investigar acerca de las causas que motivan la inasistencia a los controles de Salud Mental. ▪ Indagar respecto a la realidad sociofamiliar del/ de la paciente diagnosticado con déficit atencional. ▪ Conocer la realidad familiar de la paciente afectada por Violencia, con el propósito de complementar el diagnóstico e intervenir en dicha situación. ▪ Educar con respecto a la importancia del autocuidado y la integración social.
<i>d. Programa de la Mujer</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indagar principalmente con respecto a embarazos en riesgo, violencia intrafamiliar y otros problemas característicos del grupo étnico.

Para construir la finalidad de una Visita Domiciliaria operativa se debe tomar una tipología por cada criterio. Se debe tener presente que debido a la amplitud de los énfasis definidos, se utilizarán aquellos que se relacionen directamente con la especificidad de la visita.

Para comprender la propuesta, se realizará el ejercicio con una Visita Domiciliaria observada en la práctica profesional: “Visita derivada por Enfermera del Programa Infantil debido a denuncia de posible maltrato ejercido por madre a lactante de 9 meses”. Esta Visita, según el Criterio N°1 es Tradicional; de acuerdo al Criterio N°2 se clasifica como Derivada por otros Profesionales; y según el Criterio N°3 se inserta en el Programa Infantil. Por lo tanto, los énfasis de la Visita analizada son los siguientes:

- Investigar variables socioeconómicas y psicosociales.
- Corroborar la existencia de factores riesgo detectados e informar la situación diagnosticada.

- Conocer el entorno familiar, socioafectivo y económico, pesquisar morbilidad y/o factores de riesgo, y vigilar crecimiento y desarrollo de lactante.

Al considerar la especificidad de la Visita analizada, se construye su finalidad de la siguiente forma: *Investigar variables psicosociales, conocer el entorno familiar y socioafectivo del lactante, corroborar la existencia de factores riesgo detectados e informar la situación diagnosticada.*

D. ACTIVIDADES DE LA VISITA DOMICILIARIA DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

En general, las actividades y momentos de los diferentes tipos de Visita son muy similares. Las particularidades se manifiestan principalmente en el desarrollo de la entrevista, por lo que será esta etapa la que se presentará más detalladamente.

a. Preparación de la Visita Domiciliaria

Con anterioridad a la ejecución de la Visita Domiciliaria, el/la profesional revisa la ficha familiar o clínica, para identificar los antecedentes familiares, las últimas intervenciones y verificar que se hayan realizado los exámenes y controles pertinentes.

En el caso de la Visita Domiciliaria Integral el/la Asistente Social desarrolla la revisión de la ficha familiar en conjunto con el/la profesional del Equipo de Salud que lo/a acompañará. Esta situación posibilita un intercambio de opiniones profesionales que permite obtener una visión más integral y globalizada con respecto a la situación de la familia.

Posteriormente, el/la profesional deja constancia de su salida a terreno mediante un registro escrito (que puede ser un libro o una tarjeta de control). Luego, se dirige a la dirección señalada con la finalidad de identificar la vivienda en donde se desarrollará la Visita, utilizando si es necesario, un mapa del sector.

Una vez identificada la vivienda el/la profesional toma contacto con quien se encuentre en el lugar. Luego de lo cual, se presenta a la persona y explica las razones y objetivos de la Visita, solicitando autorización para ingresar al domicilio.

b. Desarrollo de la Visita Domiciliaria

La intervención profesional se inicia a través de una entrevista que tiene como propósito el completar los datos de un instrumento de registro, el cual es diferente según el Centro de Salud. En la medida que el Centro de Salud está más cerca del Modelo Familiar, este registro incorpora más variables además de las tradicionales (individualización de los miembros del grupo familiar, condiciones de vivienda, situación socioeconómica), tales como información sobre factores de morbilidad, factores protectores y de riesgo, y la incorporación de los integrantes a los programas de salud.

A través de la entrevista, es posible desarrollar la actualización del genograma, instrumento de evaluación familiar (utilizado en los CESFAM) que permite visualizar la estructura del grupo familiar y el tipo de relaciones que desarrollan.

La entrevista se realiza dentro de una lógica que permite ir generando cierta intimidad o confianza con las personas, y un acercamiento progresivo hacia los temas más complejos que generan la Visita Domiciliaria. Dichos temas principales se diferencian de acuerdo a la tipología ya presentada.

CRITERIOS/ TIPO DE VISITAS	ÉNFASIS DE LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL EN EL MARCO DE LA VISITA DOMICILIARIA.
➤ Criterio 1: Según la Participación del Equipo de Salud	
<i>a. Tradicional</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizada por el/la Asistente Social, con hincapié en las variables psicosociales y económicas, con un carácter promocional en salud.
<i>b. Integral</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizada en conjunto con otro/a integrante del Equipo de Salud, generando un diálogo dinámico integrando variables interdisciplinarias.
➤ Criterio 2: Según Origen de la Visita	
<i>a. Por demanda espontánea del usuario o su familia</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se centra principalmente en la individualización, antecedentes socioeconómicos y de vivienda del grupo familiar, solicitando documentación que acredite los diversos gastos en los que incurre el grupo, la situación de salud, y otros antecedentes que sean relevantes.
<i>b. Por Requisitos Programáticos</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Focalizada en los objetivos de cada programa.
<i>c. Por derivación de otros/as profesionales</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se focalizará la entrevista en la problemática

CRITERIOS/ TIPO DE VISITAS	ÉNFASIS DE LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL EN EL MARCO DE LA VISITA DOMICILIARIA.
<p><i>d. Por derivación de otras instituciones de la red.</i></p>	<p>que produjo la derivación, se indagará respecto a su real existencia, como también sobre las dimensiones e implicancias de su manifestación.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ De acuerdo al tipo de institución y la temática solicitada se dará el énfasis a la entrevista. Las derivaciones más recurrentes provienen de los Juzgados de Familia y de otras instituciones de Salud.
<p>➤ Criterio 3: Según Programa.</p>	
<p><i>a. Programa Infantil</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se otorga énfasis en consultar respecto al desarrollo normal del niño, niña o lactante. Se indaga sobre la composición del grupo y la dinámica familiar, se busca conocer si dentro de la familia existen las figuras que cumplan con los roles familiares. Además se verifican las condiciones de salud, ambientales, higiénicas y de seguridad en las que se desenvuelve la familia.
<p><i>b. Programa del Adulto</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se otorga importancia a la adherencia del paciente al tratamiento indicado. En relación con los dismovilizados, ésta se focaliza en indagar con respecto a quien desarrolla los cuidados del dismovilizado, el estado de salud de éste y las condiciones ambientales en las cuales vive. Por otra parte, la entrevista tiene como eje temático relevante investigar con respecto a la existencia de red de apoyo y al estado emocional del cuidador.
<p><i>c. Programa de Salud Mental</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En los casos de Depresión, se otorga énfasis a indagar con respecto a las actividades diarias del caso índice, el estado emocional de éste y los motivos que generaron su actual situación, además de investigar acerca de la existencia y vinculación del/de la usuario/a con la red de apoyo. ▪ En las Visitas de Violencia, se enfocará la entrevista en conocer el estado emocional de la paciente y la capacidad de reconocer la existencia de la problemática. Así también, se focaliza en indagar acerca de la existencia de una red de apoyo en la familia y el tipo de relaciones que desarrollan. ▪ La Visita de Déficit Atencional se centra en conocer la relación que poseen los cuidadores con el niño/a. Además es importante indagar con respecto a la visión que poseen los cuidadores sobre la problemática.
<p><i>d. Programa de la Mujer</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dirigida hacia temas como embarazos en riesgo, violencia intrafamiliar y otros problemas característicos del grupo etéreo.

No obstante, esta especificidad determinada en la realización de la entrevista, en todas las Visitas el/la profesional va desarrollando acciones de educación destinadas a responder a las demandas que presentan los/as usuarios/as, como también a los factores de riesgos que se detectan. Si bien, la Visita es programada con un objetivo determinado inicialmente, en su realización surgen otras temáticas que son abordadas debido a que se presenta la posibilidad de intervenir y conocer integralmente la realidad familiar. Asimismo, los/as usuarios/as aprovechan la presencia del/de la profesional para realizar una diversidad de consultas.

Se enfatiza en educar desde una perspectiva preventiva en salud. Esta visión resulta coherente con la oferta actual de los Centros de Salud, que desarrollan exámenes preventivos como el EMPA, PAP Y EFAM. Además se persigue pesquisar los factores de riesgo estipulados para cada grupo etáreo y educar a los/as usuarios/as para prevenir el desarrollo de enfermedades.

En cuanto a las Visitas Domiciliarias Integrales, es posible distinguir el desarrollo actividades de carácter informativo y educativo centradas en una perspectiva promocional y preventiva de la salud, en donde cada profesional ejecuta dichas acciones desde su propia experticia y ámbito de trabajo.

c. Resolución de la Visita Domiciliaria

El/la profesional regula el desarrollo de la Visita a partir de su objetivo y un espacio de tiempo que tiene preconcebido. Llega un momento en que ha transcurrido un tiempo aceptable, se han cumplido los objetivos de la Visita y se ha obtenido información suficiente de la realidad familiar, por lo tanto, en ese momento el/la profesional se encuentra en condiciones de generar un juicio diagnóstico, que contiene la delimitación de las necesidades inmediatas de la familia, las educaciones y derivaciones pertinentes a realizar.



Los/as profesionales despliegan una amplia gama de habilidades sociales para generar confianza y para asegurarse de que las personas comprenden lo que se ha tratado durante la visita domiciliaria. En algunas ocasiones, recapitulan varias veces la información más importante, en un diálogo activo con las personas.

(Centro de Salud Dr. Juan Carlos Baeza, El Olivar)

En esta instancia comienza a finalizar la entrevista, el/la profesional va cerrando paulatinamente los temas y entrega las indicaciones y educaciones correspondientes. Finalmente se despide del grupo familiar y vuelve al Centro de Salud

d. Acciones Posteriores a la Visita Domiciliaria

El/la profesional al regresar al Centro de Salud, deja constancia de su llegada del terreno mediante un registro escrito, que puede ser un libro o una tarjeta de control.

En este momento del desarrollo de la Situación Profesional, se llevan a cabo los registros de la acción efectuada. Se deja constancia de su realización en la ficha clínica o familiar, donde se actualizan si es necesario antecedentes, se sintetiza el objetivo de la Visita, se elabora un breve diagnóstico profesional y se consignan las acciones a seguir. Además, se registra en ficha estadística diaria, respaldando la información en cuaderno o registro computacional.

De acuerdo a la realidad familiar diagnosticada son efectuadas las coordinaciones internas con el Equipo de Salud, como también gestiones de derivación con otras instituciones.

En el caso de las Visitas dirigidas a la obtención de beneficios y las surgidas por la derivación de otras instituciones, se elabora un Informe Social.

En el caso de las Visitas Integrales, la dupla a cargo de la Visita Domiciliaria realiza su evaluación, precisando los

Antecedentes Generales: Adolescente 19 años, no estudia, 3° Medio rendido, aproximadamente 12 semanas de gestación.

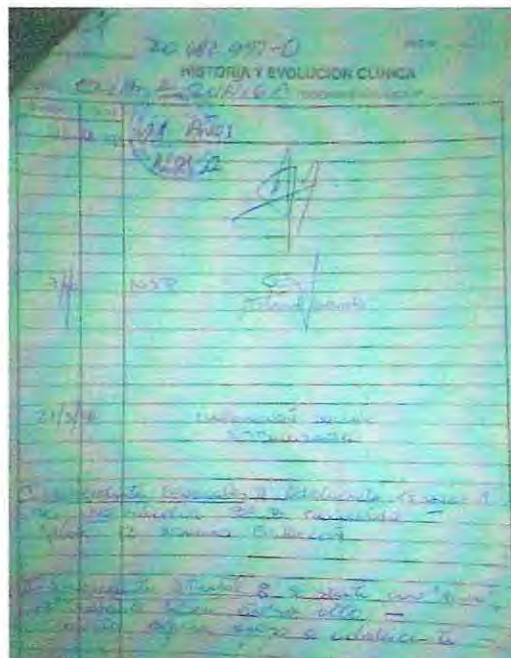
Antecedentes Salud Mental: Se siente con pena, no obstante refiere ánimo alto. Familia expresa apoyo a adolescente.

No refiere mayores dificultades económicas.

Acciones:

1. *Consejería nacimiento primer hijo*
2. *Orientación SUF maternal*
3. *Cito 11/04/06 seguimiento*

**En abril debo dar hora con Dr. Rojas Programa del adolescente.*



(Transcripción y fotografía de la "Historia y Evolución Clínica" que registra una Visita Domiciliaria efectuada en CESFAM Gómez Carreño.)

diferentes elementos visualizados durante el desarrollo de la Situación Profesional, a partir de lo cual surgen y se establecen las actividades o acciones a seguir con el grupo familiar.

E. RELACIONES CON LOS DEMÁS EMPLEOS PRESENTES EN LA VISITA DOMICILIARIA DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

a. Antes de realizar la Visita Domiciliaria

En el caso de una Visita Domiciliaria Integral, se revisa la Ficha clínica o familiar en conjunto, se comenta la situación y se comparten antecedentes familiares. Estableciendo los objetivos de la acción profesional que se llevará a cabo.

Cuando la Visita es realizada por derivación, se efectúa la coordinación con el/la profesional respectivo/a, con el objeto de recabar la mayor cantidad de información y generar una imagen global de la situación problema.

b. Durante la Visita Domiciliaria

En la totalidad de Visitas Integrales existe una relación con otro miembro del Equipo de Salud. Ahora bien, esta vinculación puede tener distintas connotaciones dependiendo de la concepción que tengan del trabajo en equipo y del grado de confianza y cohesión que posean.

Dentro de esta gama de posibilidades, se observó un tipo de Visita realizado por dos miembros del Equipo de Salud, en la que ambos/as profesionales abordan exclusivamente su



En una Visita integral, se espera que los y las profesionales puedan complementarse desde sus particulares experticias, para generar un diagnóstico y un plan de intervención efectivo y expedito. En la fotografía se ve a una médico que toma notas sobre una paciente postrada, durante una visita integral. En este caso, la acción coordinada con la Asistente Social (no aparece en la fotografía), permitió verificar rápidamente la disponibilidad de un colchón antiescaras y la posibilidad de realizar curaciones a la paciente: al día siguiente, a la familia se le entregó un colchón en comodato y, durante la semana, un paramédico realizó curaciones a la paciente y educó a los cuidadores en el domicilio.

(Caso del Centro de Salud Miraflores, febrero 2006)

área de especificidad profesional. La perspectiva al abordar la entrevista se amplía, pues existen dos visiones distintas en su desarrollo, sin embargo no se presenta un intercambio y una interrelación que entrelace ambos enfoques. Asimismo, no se plantea una planificación y evaluación entre los/as profesionales.

Por otra parte, al hacer referencia a una Visita Domiciliaria Integral, existe una vinculación efectuada con anterioridad y posterioridad a su realización. Además durante su desarrollo, se observa que ambos/as profesionales se complementan al llevar a cabo la entrevista, generándose un diálogo dinámico entre todos/as los participantes (profesionales y familia), donde los/as profesionales se encuentran situados en un mismo nivel y persiguen finalidades equivalentes.

c. Después de efectuada la Visita Domiciliaria

En concordancia al diagnóstico profesional elaborado en la Visita Domiciliaria, el/la profesional puede coordinarse con otros/as integrantes del Equipo para dar respuesta a los problemas de salud detectados. Cuando la Visita Domiciliaria fue solicitada por otro/a profesional, se le informa a éste/a de la realidad detectada. Cabe señalar que generalmente dicha vinculación se manifiesta en un plano informal.

Si la Visita fue realizada de manera integral, se efectúa una evaluación de la situación del grupo familiar y se planifican en conjunto las acciones o actividades a seguir.



La Asistente Social y el Matrón evalúan en conjunto una Visita Domiciliaria a Recién Nacido.

(CESFAM Gómez Carreño)

F. NIVELES DE AUTONOMÍA Y RESPONSABILIDAD PRESENTES EN LA VISITA DOMICILIARIA DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

El nivel de **autonomía** de los/as profesionales se ha organizado sobre la base de cuatro categorías visualizadas en la práctica profesional:

- **Autonomía Profesional:** Donde el/la profesional determina de acuerdo a su criterio, la urgencia de la situación de la cual trata la Visita Domiciliaria. Asimismo, es el/la profesional quién ordena sus tiempos al definir el momento en que la realizará. Además, este/a profesional presenta la autonomía total para entregar informaciones que considere necesarias de acuerdo a su experticia profesional.
- **Autonomía Negociada:** Se refiere principalmente a las Visitas de carácter integral, donde ambos/as miembros del Equipo de Salud negocian y definen la disponibilidad de tiempo y la urgencia de la situación que determina la Visita.
- **Autonomía restringida por exigencias programáticas:** La autonomía profesional se encuentra circunscrita a las exigencias que se determinan en ciertos programas.

Con relación a la **responsabilidad** que se presenta en las Visitas Domiciliarias de trabajo social, es posible precisar las siguientes:

- **El/la profesional posee la responsabilidad de recoger y registrar antecedentes fidedignos del grupo familiar.** Lo anterior cobra suma importancia cuando se elaboran Informes Sociales a otras instituciones, como asimismo en aquellas situaciones cuando la información recabada será utilizada por el/la profesional, pues le permite generar un respaldo para su accionar.
- **Detectar factores de riesgo a tiempo, con el objeto de realizar una acción preventiva, que puede integrar acciones de educación y/o derivación.** Donde la responsabilidad profesional se dirige a observar y consultar a la familia respecto a aquellas situaciones que durante la entrevista detecte y considere como problemáticas, con el objeto de intervenir de manera integral y preventiva en la realidad familiar.

- **Proporcionar información veraz a las familias, con el propósito de no generar falsas expectativas.** Lo anterior cobra sentido, si se considera que cuando acude el/la Asistente Social al domicilio de las familias, a éstas se les presenta una oportunidad para dar a conocer sus demandas y necesidades, tanto de salud como más generales. En dicho contexto, se constituye en una responsabilidad profesional el responder de manera realista a las personas usuarias, tomando en consideración los recursos, programas y beneficios existentes.

G. COMPLEJIDADES PRESENTES EN LA VISITA DOMICILIARIA DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

El/la Asistente Social al desarrollar una Visita Domiciliaria se relaciona directamente con personas, quienes poseen sus propias características como tales. Además, se integra a la vida cotidiana de estas personas, cuya realidad se encuentra determinada por aspectos contextuales, dimensiones que son imposibles de manejar en su totalidad por el/la profesional. En dicho escenario, emergen en la práctica diversas situaciones conflictivas, las que han sido construidas sobre las base de dos tipologías:

- **Dificultades Operativas:**

Estas se relacionan principalmente con el acceso geográfico, información errada con respecto a la dirección del domicilio, ausencia de usuarios/as y las interrupciones generadas durante el desarrollo de la Situación Profesional.

Un caso frecuente que se califica como dificultad operativa, se presenta cuando las direcciones con las que cuenta el Centro de Salud están mal registradas o desactualizadas por lo que la Visita no puede ser concretada y se registra como “Visita perdida”.



En algunos sectores existen dificultades en el acceso, por la ausencia de pavimentación y equipamiento urbano. Durante las lluvias invernales, esta situación condiciona el aislamiento de algunas familias, quienes se ven impedidas de asistir al consultorio.
(Un sector de Achupallas)

Como ya se señaló, algunas de las Visitas Domiciliarias se complejizan debido a situaciones bastante domésticas, como cuando los integrantes de las familias se encuentran durmiendo, o cuando los lactantes y/o niños interrumpen el desarrollo de las entrevistas. En estas situaciones, se genera un clima de incomodidad que el/la profesional debe ser capaz de manejar con empatía.

- ***Dificultades relacionadas con la familia o caso índice:***

Las cuales se refieren a la negativa de la familia para desarrollar la Visita Domiciliaria, reticencia para entregar la información requerida por el/ la profesional, negativa de asumir las problemáticas que afectan al grupo familiar e inasistencia a controles o consultas. Otro problema observado, se refiere a que debido a la intimidad de ciertos temas, los/las pacientes se niegan a contestar las preguntas, y el/la profesional debe esforzarse en generar un clima de confianza idóneo para conocer la información que requiere.

**SITUACIÓN PROFESIONAL
DE TRABAJO SOCIAL EN
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

ÁMBITO FAMILIA
CONSULTA DE ORIENTACIÓN SOCIAL

SITUACIÓN PROFESIONAL:
CONSULTA DE ORIENTACIÓN SOCIAL

A. CONTEXTOS DE LA CONSULTA DE ORIENTACIÓN SOCIAL DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

En esta Situación Profesional se manifiesta con marcado énfasis el rol asistencial de la profesión. Este rol es reconocido ampliamente por los/as profesionales y por las personas usuarias, en otras palabras, cada vez que se presenta una problemática de carácter social y/o económica, se acude o deriva a el/la profesional. Se hace alusión a este tema, debido a que los problemas que emergen en este espacio corresponden a necesidades inmediatas, básicas y muchas veces, materiales, cuya resolución se ve ligada íntimamente a los inicios de la profesión.



Consulta de Orientación Social.
(CESFAM Gómez Carreño)

El Centro de Salud es reconocido como una puerta de entrada de las personas usuarias a la red. En el contexto de la Consulta de Orientación Social, esto se enfatiza debido a la continuidad del contacto que posee la población con la institución, factor que hace posible detectar o conocer una cantidad importante de problemas que afectan a las familias de la comunidad, muchos de los cuales no se encuentran directamente relacionados con el área salud. Frente a esta situación el/la profesional debe ser capaz de otorgar la información necesaria, realizar las derivaciones y coordinaciones correspondientes para dar solución a la problemática que afecta a las personas usuarias, como también a su grupo familiar.

Un contexto relevante que se presenta en la resolución de la Consulta de Orientación Social, se refiere a que ésta se encuentra supeditada a la oferta de la red institucional, es decir, la forma a través de la cual el/la profesional resuelve un motivo de consulta en particular, se verá influenciada directamente por la existencia de instituciones que manejen programas, beneficios y servicios que se relacionen con la problemática, como también los requisitos y vacantes que posean para acceder a éstos.

B. REFERENTES CONCEPTUALES DE LA CONSULTA DE ORIENTACIÓN SOCIAL DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La Consulta de Orientación Social se desarrolla mediante un contacto directo entre el/la profesional y el/la usuario/a, el cual es efectuado en dependencias del Centro de Salud. Los motivos de consulta se refieren generalmente a diversas demandas para satisfacer necesidades básicas e inmediatas de las personas usuarias. Su realización puede ser solicitada por la demanda espontánea a Servicio Social, como también por la derivación realizada por integrantes del Equipo de Salud. En su desarrollo, la acción profesional se enfoca principalmente a gestionar beneficios, a la entrega de información y orientación, a la derivación y coordinación.

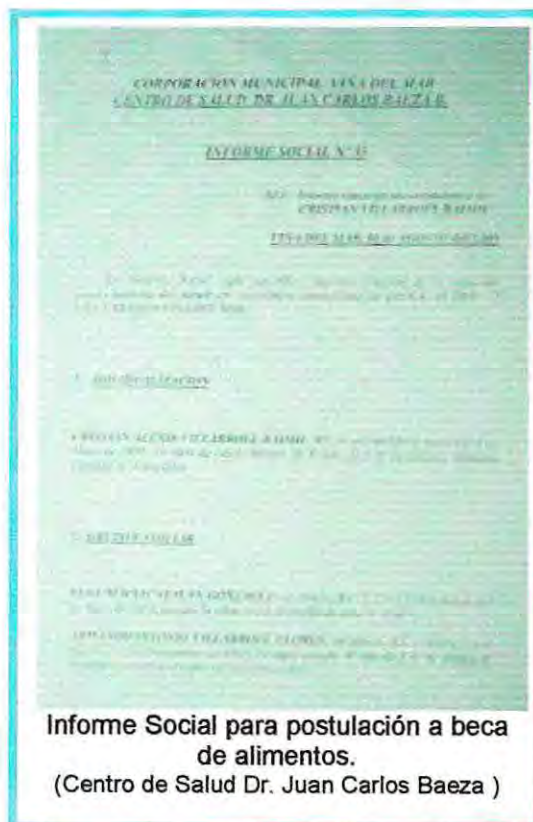
De acuerdo a la relevancia de algunas temáticas derivadas en la Consulta de Orientación Social, se requiere la realización de un proceso de referencia asistida, que se diferencia de la simple derivación, debido a que se efectúa un seguimiento de la inserción de las personas usuarias en la red local, con el objeto de retroalimentar futuras intervenciones.

A partir de la observación del ejercicio profesional, es posible precisar que los motivos más recurrentes de consulta en esta Situación Profesional, son los siguientes:

a. *Realización de Informes Sociales y*

Certificados: El caso índice acude por demanda espontánea a Servicio Social, cuando necesita acreditar una situación económica y/o social precaria que hace meritoria la obtención de diversos

beneficios. En estos casos, el/la profesional construye un documento técnico que da cuenta de la realidad sociofamiliar, aspectos de salud y económicos del caso y su familia, con fines de buscar algún aporte al mejoramiento del riesgo en el que se encuentra el grupo familiar. Generalmente, se postula a becas educacionales, repactación de deudas y eximición de realización de Servicio Militar.



b. Orientación Previsional: Se atiende y orienta en consultas relacionadas con temas previsionales, las que se refieren a problemas con cargas familiares, ausencia de pensiones en adultos mayores carentes de recursos, inscripción de recién nacidos y regularización del estado previsional. Uno de los principales objetivos, radica en promover la cotización voluntaria para evitar la falta de pensiones en la etapa de la adultez mayor.

c. Orientación para obtención de Beneficios y /o Servicios. Las

personas usuarias presentan necesidades que no pueden ser resueltas en el Centro de Salud, debiéndose derivar a otras instituciones. Entre los requerimientos más usuales se encuentran la postulación a Pensiones Asistenciales por vejez, invalidez y discapacidad, derivación a



La Asistente Social orienta a las personas usuarias respecto a los requisitos para postular a distintos beneficios sociales.
(Centro de Salud Dr. Juan Carlos Baeza)

beneficios otorgados por el Municipio (Alimentos, Pasajes, Medicamentos), o por la Gobernación. Asimismo se atienden problemas relacionados con derecho de familia (Visitas, Pensión Alimenticia), los que son derivados a Juzgado.

d. Incorporación a Programas del Centro de Salud. El/la usuario/a acude para ser derivado a programas especiales que implementa el Centro de Salud. El rol profesional se refiere a establecer si estas personas poseen los requisitos necesarios para ser ingresados.

e. Ayudas Técnicas: El/la usuario/a acude para solicitar ayudas técnicas para dismovilizados (pañales, sillas de ruedas, andadores y bastones ortopédicos, colchones antiescaras), ante lo cual el/la profesional deberá gestionar la posibilidad de otorgar dicha ayuda.

C. FINALIDAD DE LA CONSULTA ORIENTACIÓN SOCIAL DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La finalidad de la Consulta de Orientación Social tiene principalmente dos focos: por una parte persigue informar y orientar con respecto a la entrega de beneficios sociales; y por otra, coordinar y derivar apropiadamente hacia las instituciones de la red local. Esta labor se desarrolla en función de los motivos de consulta, que tienen que ver principalmente con la satisfacción de las necesidades básicas e inmediatas de los/as usuarios/as.

La finalidad de cada Consulta de Orientación Social se encuentra diferenciada según el motivo de la consulta, tal como se aprecia en la siguiente tabla:

MOTIVO DE CONSULTA	FINALIDAD
a. Realización de Informes Sociales y Certificados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consignar la realidad socioeconómica familiar de manera fidedigna, con el objeto de emitir una opinión profesional respecto al cumplimiento de requisitos determinados para la obtención de beneficios sociales.
b. Orientación Previsional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar respecto de los requisitos y procedimientos para la regularización de la situación previsional del/de la usuario/a y su grupo familiar
c. Orientación para obtención de beneficios y/o Servicios sociales.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar con respecto a la oferta de beneficios sociales existentes. ▪ Derivar para dar respuesta a la necesidad particular que presenta el/la usuario/a.
d. Incorporación a Programas del Centro de Salud	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acreditar la existencia de los requisitos establecidos para la incorporación a programas del Centro de Salud.
e. Ayudas Técnicas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verificar la disponibilidad, evaluar y gestionar la entrega de los recursos técnicos.

D. ACTIVIDADES DE LA CONSULTA DE ORIENTACIÓN SOCIAL DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Para fines ilustrativos, la Consulta de Orientación Social será presentada en tres momentos. Dependiendo de cada caso en particular, estos momentos pueden superponerse o alterar su orden.

a. Primer Momento: Conocimiento del Motivo de Consulta

Comienza la Consulta de Orientación Social con el ingreso del/de la usuario/a a la oficina del/de la profesional, momento en el cual se inicia una entrevista centrada en indagar los motivos que originan la consulta, asimismo se registran antecedentes generales del/de la usuario/a y su grupo familiar (Nombre, RUT, Dirección, Estado Civil, Integrantes del Grupo Familiar, Ingresos, Ocupación y Vivienda).

De acuerdo a la problemática planteada, el/la profesional indaga sobre otros antecedentes que le permitan profundizar en el conocimiento de la situación, y determinar la pertinencia entre el beneficio solicitado y la necesidad real.

b. Segundo Momento: Diagnóstico y Resolución de la Consulta

El/la Asistente Social genera un juicio profesional de la problemática presentada, a partir del cual se desprenden las acciones a realizar. Entre las cuales se cuentan:

- Otorgar las orientaciones pertinentes.
- Derivación del/de la usuario/a a la institución o programa correspondiente.
- Coordinación personal con otras instituciones o profesionales.
- Gestión de los recursos institucionales requeridos.

c. Tercer Momento: Realización de Acciones Posteriores

En algunas situaciones, las necesidades de las personas usuarias no pueden ser resueltas en el momento de la Consulta, por lo cual se requiere la realización de gestiones post-entrevista. Estas gestiones pueden corresponder a contactos telefónicos con otras instituciones o entrevistas con otros/as profesionales del Centro de Salud.

Situación: Habita de allegada en casa de su madre, se encuentra en trámite de pensión asistencial. Trabaja vendiendo parche curitas, solicita ayuda en alimentación.

Resolución: Se deriva a Municipio a Solicitar ayudas técnicas



(Transcripción y fotografía de "Libro de Servicio Social" que registra una Consulta de Orientación Social efectuada en Centro de Salud Dr. Juan Carlos Baeza)

Por otra parte, es en este momento cuando el/la profesional elabora los Informes Sociales que han sido solicitados.

Finalmente, se registran los antecedentes del/de la usuario/a, el motivo de consulta, las acciones realizadas y a seguir en el cuaderno de actividades de Servicio Social o en la Hoja de Evolución Clínica, dependiendo de cada Centro de Salud. Asimismo, la Consulta es registrada en la Hoja de Estadística diaria que se entrega al SOME.

E. RELACIONES CON LOS DEMÁS EMPLEOS PRESENTES EN LA CONSULTA DE ORIENTACIÓN SOCIAL DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Se observa que en la Consulta de Orientación Social, la participación de otros/as integrantes del Equipo de Salud se produce antes y/o después de su desarrollo, vinculación que se explica a continuación:

- ***Relación con Anterioridad a la Realización de la Consulta:*** Se refiere a la derivación realizada por otros/as profesionales del Equipo de Salud, con el propósito de que el/la Asistente Social evalúe la situación socioeconómica del/de la usuario/a.
- ***Relación con Posterioridad a la Realización de la Consulta:*** Para dar respuesta a las necesidades detectadas en la Consulta, se solicita información complementaria al resto del Equipo de Salud y se coordina la realización de atenciones con otros/as profesionales.

F. NIVELES DE AUTONOMÍA Y RESPONSABILIDAD PRESENTES EN LA CONSULTA DE ORIENTACIÓN SOCIAL DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

El nivel de **autonomía** de los/as profesionales se ha organizado sobre la base de dos categorías visualizadas en la práctica profesional:

- **Autonomía Profesional:** Está determinada por el manejo que posee de las derivaciones y orientaciones que realiza según su propio juicio profesional.
- **Autonomía Limitada por la Oferta de Beneficios Sociales:** Se encuentra circunscrita a la existencia de recursos (programáticos, económicos, técnicos) en las instituciones a las que se deriva. En otras palabras, el/la profesional depende de la disponibilidad de estos recursos, para resolver pronta y adecuadamente las problemáticas de las personas usuarias.

Con relación a la **responsabilidad** profesional que implica la realización de Consultas de Orientación Social, se distinguen las siguientes:

- **Se requiere conocer de la manera más completa posible el funcionamiento de la red que otorga servicios y beneficios sociales, y los requisitos para acceder a ellos.** Con el objeto de resolver de forma adecuada y oportuna las problemáticas que se presentan en las Consultas.
- **Proporcionar información veraz a las familias. Con el propósito de no generar falsas expectativas.**
- **Priorizar a los postulantes de los recursos, de acuerdo a la urgencia de su necesidad.** Habitualmente existe una lista de espera para la asignación de algunos recursos (por ejemplo, las ayudas técnicas que se entregan en comodato), y cuando existe disponibilidad el/la profesional debe definir cuál usuario/a será beneficiado/a.

G. COMPLEJIDADES PRESENTES EN LA CONSULTA DE ORIENTACIÓN SOCIAL DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Las complejidades observadas en el ejercicio profesional de la Consulta de Orientación Social, han sido establecidas sobre la base de dos categorías:

- ***Dificultades Relacionadas con las personas usuarias:*** Vinculadas con problemas de comprensión que éstos puedan presentar frente a la información que se les entrega. El/la profesional debe utilizar un lenguaje apropiado al nivel cognitivo de su interlocutor, recapitular las instrucciones, parafrasear, para asegurarse de que el mensaje ha sido comprendido por el/la usuario/a.
- ***Dificultades Relacionadas con la Red:*** Se refiere a que la oferta de beneficios o servicios existentes en la red institucional, en muchas ocasiones es insuficiente para otorgar satisfacción a las necesidades que presentan los/as usuarios/as. Es posible señalar que se trabaja con problemáticas, frente a las cuales la red institucional no posee la capacidad de otorgar una respuesta integral, situación que el/la profesional debe manejar y tener presente al realizar las derivaciones pertinentes.

**SITUACIÓN PROFESIONAL
DE TRABAJO SOCIAL EN
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

ÁMBITO FAMILIA
CONSULTA SOCIAL

SITUACIÓN PROFESIONAL:**CONSULTA SOCIAL*****A. CONTEXTOS DE LA CONSULTA SOCIAL DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD***

En el marco de la acción del Centro de Salud, la Consulta Social aparece como una Situación Profesional transversal a los distintos programas que implementa el establecimiento, y en algunos, se constituye en un requisito. Es el caso del Programa de la Mujer (en el caso de las gestantes), y en el ingreso al subprograma de desarrollo psicomotor. Cabe clarificar, que dicha inclusión dependerá finalmente de los ordenamientos y requerimientos que se presentan en cada realidad institucional en particular.



Sala de Espera en un horario de alta demanda.
(Centro de Salud Miraflores)

Al reflexionar sobre el contexto de las acciones y visiones que se manifiestan en la Consulta Social, es posible distinguir la existencia de una atención de carácter asistencial referida a la entrega y/o coordinación con la red social e institucional, la cual se conjuga y coexiste en la práctica profesional, con intervenciones implementadas con marcados énfasis preventivos y promocionales de la salud.

En este contexto, el/la Asistente Social no trabaja necesaria o exclusivamente con problemas, sino que también se desempeña con situaciones sociales, familiares y/o de salud cuyo motivo de derivación o consulta se refiere a evaluaciones profesionales de carácter preventivo, como también a la promoción de los propios recursos y factores protectores que poseen las personas usuarias y su grupo familiar. En el mismo sentido, emerge la intervención profesional enfocada al fomento del autocuidado y la autoresponsabilidad en salud, desde una perspectiva que supera la comprensión de este concepto como sólo la ausencia de enfermedad, al integrar las concepciones de bienestar mental, social y familiar al quehacer profesional.

Otro contexto relevante en la presente Situación Profesional, se refiere a las temáticas complejas que se abordan, las cuales se encuentran vinculadas con situaciones íntimas que afectan la dinámica y funcionamiento del grupo familiar. Estas temáticas implican que el accionar se focalice en intervenciones más profundas y prolongadas, destinadas principalmente a lograr el reconocimiento y aceptación por parte de la familia de la problemática que vivencian, además de la concientización de los recursos y potencialidades que poseen, con el propósito de generar procesos de cambio en la situación que los afecta.

Se observa que en algunas ocasiones, el Centro de Salud no posee la capacidad resolutoria necesaria para otorgar respuesta a las situaciones que vivencian las personas usuarias, por lo cual surge como una importante alternativa la derivación a otras instituciones para el desarrollo de un tratamiento especializado. En este sentido, el/la profesional realiza un acompañamiento o seguimiento de la evolución de la situación.

B. REFERENTES CONCEPTUALES LA CONSULTA SOCIAL DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La Consulta Social es un contacto personal y directo entre el/la profesional y la persona usuaria, desarrollada en dependencias del Centro de Salud. A diferencia de la Consulta de Orientación Social, ésta Situación requiere una mayor profundidad, dado que las temáticas que se presentan exigen un análisis más acabado, más tiempo y dedicación por parte del/de la profesional. En su desarrollo, la intervención se enfoca principalmente a la realización de acciones educativas y de coordinación, y puede ser implementada en una o más sesiones, dependiendo de la complejidad de los factores de riesgo identificados. Habitualmente, se trabaja con temas que apelan a problemáticas íntimas que requieren la generación de un clima de confianza, tales como crisis del ciclo vital familiar, violencia intrafamiliar, maltrato infantil, entre otras. Debido a la profundidad de estos temas, existe la posibilidad de detectar y pesquisar factores de riesgo asociados, directamente o no, a la problemática inicial de consulta.

Al clasificar las Consultas Sociales observadas en la práctica profesional, se establecen dos criterios que permiten ordenar la Situación Profesional:

➤ **Criterio N° 1: Incluye los temas y problemas que originan la realización de la Consulta.**

- a. **Relacionados con el ciclo vital familiar.** Se abordan problemas vinculados a las etapas del ciclo familiar, entre los que se incluyen las relaciones conflictivas con hijos adolescentes, primer embarazo, soledad en la adultez mayor, problemas de comunicación en las relaciones familiares y dificultades en la relación de pareja.
- b. **Relacionados con aspectos preventivos.** Se espera que el/la profesional intencione el desarrollo de factores protectores y el autocuidado en las personas usuarias.
- c. **Relacionados con problemas sociales complejos.** Se incluyen en esta categoría aquellas temáticas que alteran de manera drástica la dinámica y la estabilidad familiar. Involucra un riesgo importante a la integridad física, psicológica y/o moral de los integrantes de la familia. Se pueden citar los siguientes temas: violencia intrafamiliar, drogodependencias, abuso sexual, maltrato infantil, necesidades económicas inaplazables, entre otras.

➤ **Criterio N° 2: Origen de la demanda.**

- a. **Por Demanda Espontánea:** Aquella solicitada por el/la usuario/a, a partir del surgimiento de una necesidad psicosocial.
- b. **Derivada desde otros Programas:** Cuando se estima necesaria la realización de una evaluación profesional, como también la intervención en temas de manejo de la profesión, se deriva a los/las usuarios/as a Servicio Social. Además, algunos programas establecen la obligatoriedad de realizar una Consulta, es el caso del subprograma de desarrollo psicomotor y la atención a gestantes del Programa de la Mujer.

C. FINALIDAD DE LA CONSULTA SOCIAL DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA SALUD

La finalidad general de la Consulta Social, se enfoca en habilitar y educar a las personas usuarias, con el objeto de promover el autocuidado y la responsabilidad en su situación de salud y la de su familia. Se intenciona que los/as usuarios/as tomen conciencia respecto a sus propios problemas y los resuelvan de manera autónoma. Cuando, debido a su complejidad, las problemáticas superan la competencia del/de la profesional, se derivan para ser abordadas en una institución idónea.

Temas	Finalidad
➤ Criterio N°1: Temas y Problemas que motivan su realización.	
a. <i>Relacionados con el ciclo vital familiar.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover el desarrollo de habilidades sociales, con el propósito de resolver los conflictos que se presentan en la familia. ▪ Intencionar la autorresponsabilidad de las familias en el cuidado de la salud.
b. <i>Relacionados con problemas sociales complejos:</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reducir el riesgo inmediato a la integridad física, psicológica y/o moral de los integrantes de la familia. ▪ Derivar oportunamente a los/las usuarios/as a la institución idónea para tratar la problemática que los afecta.
c. <i>Relacionados con aspectos preventivos.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reforzar los factores protectores que poseen las personas usuarias, con el propósito que se responsabilicen de su estado de salud.
➤ Criterio N°2: Origen de la demanda.	
a. <i>Por Demanda Espontánea.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocer y evaluar la situación sociofamiliar
b. <i>Derivada desde Programas.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prevenir factores de riesgo y fortalecer factores protectores ▪ Derivar oportunamente aquellas situaciones que lo ameriten

D. ACTIVIDADES DE LA CONSULTA SOCIAL DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

A partir de la observación de la práctica, es posible establecer que las actividades de la presente Situación profesional se desarrollan en cuatro momentos, los que se detallan a continuación:

a. Primer Momento: *Inicio de la Consulta Social*

Se inicia la Consulta Social con el ingreso de la persona usuaria a la oficina del/de la profesional, se revisa la ficha social o familiar para conocer antecedentes y verificar su posible derivación. Se comienza a desarrollar una entrevista centrada en indagar los motivos que originan la consulta, asimismo se registran antecedentes generales de la persona usuaria y su grupo familiar (Nombre, RUT, Dirección, Estado Civil, Integrantes del Grupo Familiar, Ingresos, Ocupación y Vivienda).



La profesional revisa la ficha clínica de la usuaria para investigar sus antecedentes de salud, sociales y familiares.
(CESFAM Gómez Carreño)

b. Segundo Momento: *Conocimiento en Profundidad de la Situación Social y Familiar*

En este momento de la Consulta Social, el/la profesional debe generar un clima de confianza, que permita al paciente expresarse abiertamente con respecto a su situación, con el propósito de profundizar el conocimiento de su realidad social, familiar y sanitaria.

Se comienza a desarrollar una entrevista, durante la cual, se efectúan las consultas que se estimen necesarias, con el objeto de evaluar la realidad sociofamiliar en cuestión, es decir, se indaga respecto a sus antecedentes e historia, la dinámica y realidad familiar, existencia de red de apoyo y los problemas existentes, como también los factores que intervienen en su manifestación. Asimismo en esta instancia, el/la profesional puede reconocer la presencia de problemas familiares, no determinados inicialmente.

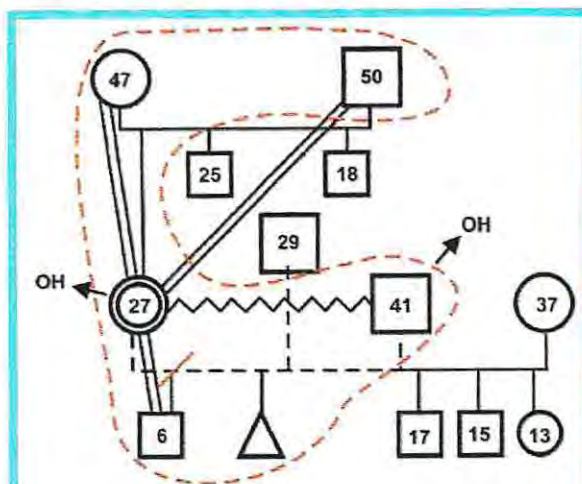
Mientras se conocen los antecedentes presentados, el/la profesional registra aquellos que considere de mayor relevancia en distintos documentos (Hoja de Evolución Clínica o Cuaderno de Servicio Social). En el caso de los Centros de Salud

Familiar es elaborado un Genograma, por medio del cual se visualiza la estructura y el tipo de relaciones familiares que se desarrollan.

c. Tercer Momento: *Diagnóstico e Intervención.*

A partir del análisis de los antecedentes recabados en la etapa anterior, el/la Asistente Social elabora un juicio diagnóstico de la realidad social y familiar en cuestión, del cual surgen las acciones a desarrollar con el caso índice y/o su grupo familiar. Esta intervención profesional se refiere de modo general a las siguientes acciones:

- El/la profesional desarrolla una acción única de orientación, información o educación con respecto a los factores de riesgo y problemáticas detectadas. Asimismo, se potencian los factores protectores presentes, con el propósito de actuar de manera preventiva.
- El/la profesional realiza una intervención más compleja y prolongada, la cual no se agota en una sesión de trabajo. Esto implica desarrollar un proceso en el cual el caso índice y/o su familia se motive a trabajar con el/la profesional, y logren reconocer sus problemas para modificar las situaciones complejas que les afectan.
- Cuando se pesquisan problemáticas complejas que no pueden ser tratadas en el Centro de Salud, se decide derivar a la institución pertinente, debiendo informar y fundamentar al caso índice dicha resolución. Cabe señalar, que este tipo de derivación generalmente implica la realización de un acompañamiento y un seguimiento posterior de la situación del caso índice y/o su grupo familiar.



El genograma es un formato para dibujar un árbol genealógico, registrando información sobre los miembros de una familia y sus relaciones. En el ejemplo, se muestra al caso índice (doble círculo, sexo femenino, 27 años), quien ha tenido dos relaciones de convivencia (líneas segmentadas). La relación habitacional actual está señalada por la línea segmentada roja. En cuanto a su actual pareja (41 años), se indica una relación conflictiva mediante una línea en zigzag. El triángulo representa el actual embarazo del caso índice. También se pueden registrar otros antecedentes relevantes, como dependencia al alcohol (OH) o separaciones (línea oblicua roja).

Después de llevar a cabo la intervención, el/la profesional realiza el cierre de la Consulta, reforzando las orientaciones ya otorgadas, instando a la persona usuaria para que presente sus dudas, y si es pertinente, la motiva para asistir a una nueva sesión.

**d. Cuarto Momento: Acciones
Posterior a la Consulta Social**

Se realizan las coordinaciones, tanto con los integrantes del Equipo, como con las instituciones pertinentes para el tratamiento del caso índice y/o grupo familiar. En el caso de las problemáticas complejas, se realiza un acompañamiento y/o seguimiento de su evolución.



En el cierre de la Consulta, la profesional refuerza las orientaciones entregadas.
(Centro de Salud Dr. Juan Carlos Baeza)

Finalmente, se registran los antecedentes del caso índice, el motivo de consulta y las acciones realizadas o a seguir en el libro o cuaderno de actividades de Servicio Social o en la Hoja de Evolución Clínica, dependiendo de cada Centro de Salud. Asimismo la consulta es registrada en la Hoja de Estadística diaria que se entrega al SOME.

**E. RELACIONES CON LOS DEMÁS EMPLEOS PRESENTES EN LA
CONSULTA SOCIAL DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD**

Es posible distinguir a partir de la observación realizada, la existencia de dos momentos en los cuales el/la profesional se vincula con otros/as profesionales del Equipo de Salud:

- **Relación con anterioridad a la realización de la Consulta Social:** Se refiere a la derivación establecida por otros/as profesionales del Equipo, con el propósito que el/la profesional realice una evaluación sociofamiliar, detecte factores de riesgo y promueva factores protectores en las personas usuarias y/o su grupo familiar. Esta derivación puede ser realizada mediante el contacto directo entre los/as profesionales, como también por medio de registros de uso interno.

- **Relación con posterioridad a la realización de la Consulta Social:** Desarrollada para responder a la necesidad detectada, donde el/la profesional puede solicitar información complementaria al resto del Equipo y coordinar la realización de atenciones con otros/as profesionales. En algunas ocasiones, se informa personalmente la situación diagnosticada al integrante del Equipo que realizó la derivación, con el propósito de ampliar el juicio profesional y planificar intervenciones en conjunto.

F. NIVELES DE AUTONOMÍA Y RESPONSABILIDAD PRESENTES EN LA CONSULTA SOCIAL DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

El nivel de **autonomía** de los/as profesionales se ha estructurado en torno a dos categorías:

- **Autonomía Profesional:** Sustentada en la experticia del/de la profesional para llevar a cabo las acciones e intervenciones que estime pertinente según su juicio diagnóstico. Es decir, de acuerdo al criterio profesional, se decide cuan prolongado será un tratamiento, y cuál será el carácter que tendrá la intervención (desde una intervención más directiva hasta una que enfatice el protagonismo de los/as usuarios/as).
- **Autonomía limitada por la oferta de beneficios institucionales:** La autonomía profesional se encuentra circunscrita a las existencia de recursos (programáticos, económicos, técnicos) en las instituciones a las que el/la profesional deriva. En otras palabras, la acción profesional depende de la disponibilidad de estos recursos, para resolver pronta y adecuadamente ciertas problemáticas.

Con relación a la **responsabilidad** del/de la Asistente Social en la práctica de Consultas Sociales, es posible distinguir cinco ámbitos:

- **Intencionar que las familias visualicen sus recursos para la resolución de su situación problema.** La acción profesional debe estar encaminada a empoderar a las familias, para que sus integrantes logren reconocer sus recursos y sean protagonistas de los cambios propuestos.

- ***Promover la autorresponsabilidad del caso índice y sus familias en relación con la situación que los afecta y con su salud.*** Se persigue que los/as usuarios/as se hagan cargo de su realidad, enfatizando la autodeterminación y desincentivando la dependencia hacia el Centro de Salud.
- ***Evitar exponer a las personas usuarias y a sus familias a un riesgo que pueda afectar su integridad física, psicológica y moral.*** Actuando de manera oportuna frente a las situaciones complejas.
- ***Derivar oportunamente a aquellos/as usuarios/as que presenten problemáticas que superen la capacidad resolutive del Centro de Salud.*** Hacia instituciones idóneas de la red local, además, en los casos de mayor complejidad se debe realizar un acompañamiento y/ o seguimiento de la evolución de la situación en cuestión.
- ***Conocer de la manera más completa posible el funcionamiento de la red que otorga servicios y beneficios sociales, y los requisitos para acceder a ellos.*** Con el objeto de resolver de forma adecuada y oportuna las problemáticas complejas que se presentan en la Consulta.

G. COMPLEJIDADES PRESENTES EN LA CONSULTA DE ORIENTACIÓN SOCIAL DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Las complejidades observadas en el ejercicio profesional de la Consulta de Orientación Social, se presentan en dos categorías:

- ***Dificultades relacionadas con las personas usuarias y/ o su grupo familiar:***
Las complejidades más recurrentes en este ámbito, se manifiestan en reticencias para reconocer la existencia de problemas. Como también, en que las familias asisten al Centro de Salud para que les resuelvan sus dificultades, debiendo el/la profesional empoderar a las personas usuarias, con el propósito que reconozcan sus recursos y potencialidades para hacerse cargo de su realidad. Además, al indagar en asuntos íntimos y complejos se puede ver alterado el estado emocional del paciente, debiendo el/la profesional desplegar habilidades que permitan contener la situación.

- ***Dificultades relacionadas con la red.*** Se refiere a que la oferta de beneficios o servicios existentes en la red institucional, en muchas ocasiones es insuficiente para otorgar una adecuada respuesta a las necesidades detectadas por el/la profesional. En este sentido, se debe tener conciencia de la situación, y cuando la problemática lo amerite, se deben realizar todas las gestiones de derivación y acompañamiento pertinentes.

**SITUACIÓN PROFESIONAL
DE TRABAJO SOCIAL EN
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

ÁMBITO FAMILIA
CONSULTA ESPECIALIZADA
DE SALUD MENTAL

SITUACIÓN PROFESIONAL:
CONSULTA ESPECIALIZADA SALUD EN MENTAL

A. CONTEXTOS DE LA CONSULTA ESPECIALIZADA EN SALUD MENTAL DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Actualmente, es posible reconocer un alta prevalencia de enfermedades mentales en la población, las que emergen en un contexto de vida acelerado, competitivo, poco solidario, impersonal e individualista. Esta realidad, se encuentra vinculada a la existencia de una alta demanda de atención por necesidades y problemas de salud mental en los distintos Centros de Salud, siendo los más recurrentes aquellos asociados a la depresión, estrés y violencia intrafamiliar.

La Consulta en referencia, se inserta en la temática de Salud Mental, abordada por los Centros de Salud con el objeto de mejorar la calidad de vida y el acceso de las personas a intervenciones de prevención, tratamiento y rehabilitación de problemas de salud mental.

En los Centros de Salud, se debe diagnosticar y derivar los problemas de salud mental que presenta su población a cargo. Específicamente, se abordan los siguientes temas:

- *Promoción y prevención de problemas de salud mental*
- *Diagnóstico, tratamiento y derivación de la depresión*
- *Prevención, tratamiento y rehabilitación del consumo de alcohol y drogas*
- *Diagnóstico, derivación y tratamiento de violencia intrafamiliar.*
- *Diagnóstico y derivación de enfermedades psiquiátricas (esquizofrenia, demencia en adulto mayor, entre otras).*
- *Diagnóstico y Tratamiento de Déficit Atencional.*

Cabe señalar, que en la temática de salud mental, el/la Asistente Social comparte funciones y se vincula frecuentemente con otros/as profesionales del Equipo de Salud, especialmente psicólogos y Médicos, que se desempeñan tanto el nivel primario, como secundario de salud.

Con la marcha de la Reforma implementada en el sector salud, durante el año 2006 la depresión ingresó al Sistema de Garantías Explícitas en Salud. Frente a lo cual, el/la profesional posee la labor de pesquisar, en conjunto con el Equipo de Salud, las depresiones de carácter severo, con el propósito de ser derivadas oportunamente al nivel secundario.

B. REFERENTES CONCEPTUALES DE LA CONSULTA ESPECIALIZADA EN SALUD MENTAL DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La Consulta Especializada en Salud Mental corresponde a la atención de personas y familias, mediante un contacto directo con el/la profesional en dependencias del Centro de Salud. Las personas usuarias pueden optar a esta atención de forma espontánea (el paciente llega por iniciativa propia), o derivada (el paciente es enviado por algún miembro del Equipo de Salud o por la red social). Es habitual que el/la profesional se haga cargo de la entrevista inicial y/o de la evaluación inicial, derivada desde otro/a profesional del Equipo que identificó inespecíficamente alguna situación problema.



Consulta Especializada en Salud Mental
(Centro de Salud Dr. Juan Carlos Baeza)

Los temas que emergen en esta Situación están asociados a depresión, dependencia de alcohol y drogas, violencia intrafamiliar, disfunciones sexuales, maltrato infantil, conflictos de pareja, trastornos conductuales, trastornos emocionales, patologías psiquiátricas, y disfunción familiar. Debido al carácter de estas problemáticas, se hace imprescindible que el/la profesional genere un vínculo terapéutico significativo, además de una fuerte contención emocional y un énfasis en la búsqueda de recursos psicosociales de las familias.

La labor profesional se circunscribe a la realización de un diagnóstico de la situación que afecta al caso índice, tomando en cuenta una multiplicidad de factores,

relacionados con la magnitud del problema, la manifestación y existencia de síntomas asociados, las características de la familia, el deterioro de las relaciones familiares, por mencionar algunos. Una vez que se ha generado un juicio diagnóstico, se está en posición de derivar hacia otro/a miembro del Equipo de Salud o hacia otra institución idónea, en orden a realizar un tratamiento adecuado.

Se distinguen cuatro tipologías de Consulta Especializada en Salud Mental, organizadas de acuerdo a las temáticas centrales trabajadas en cada una de éstas:

- a. **Depresión:** Se efectúa un diagnóstico que determina la existencia y grado de depresión que presenta la persona usuaria. En los casos de depresión leve, el/la profesional se hace cargo de la intervención, mientras que en los de mayor complejidad se deriva a otros/as profesionales que implementan tratamientos especializados. En el caso de depresiones moderadas, se realizan Consultas de seguimiento con el objeto de conocer la evolución del caso índice y su adherencia al tratamiento.
- b. **Violencia Intrafamiliar:** Se realiza la entrevista de ingreso al programa, donde el/la profesional diagnóstica preliminarmente la complejidad de la situación de violencia que afecta a la usuaria, con el objeto de determinar si es pertinente su derivación a una institución idónea, o su ingreso a tratamiento psicosocial en el establecimiento de salud. Asimismo, se desarrollan Consultas orientadas a apoyar tratamientos individuales desde una perspectiva social, cuyo objeto es promover el restablecimiento de los recursos personales y sociales con los que cuenta la usuaria.
- c. **Alcohol y Drogas:** Se pesquisan antecedentes que indiquen la existencia de un problema de drogodependencias en las personas usuarias. Se realiza la derivación a médico, quién determina el diagnóstico, el ingreso al programa y el tratamiento. En los casos más severos, se le solicita al/ a la Asistente Social realizar un seguimiento para conocer la adherencia al tratamiento.
- d. **Déficit Atencional:** Trabajo Social cumple una función de “puerta de entrada”, atendiendo a familias que son derivadas desde los establecimientos educacionales. Se realiza una evaluación para posteriormente derivar a médico o psicólogo/a, según corresponda.

C. FINALIDAD DE LA CONSULTA ESPECIALIZADA EN SALUD MENTAL DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La finalidad general de la Consulta Especializada en Salud Mental, se refiere a otorgar una primera atención a aquellos/as usuarios/as que consultan por problemáticas de depresión, violencia intrafamiliar, déficit atencional y abuso de alcohol y drogas. Mediante una primera entrevista, se persigue conocer la situación vivenciada por el caso índice y contener su estado emocional si es necesario. Así también se busca elaborar un diagnóstico respecto a la situación de salud mental, con el propósito de priorizar recursos, como coordinar y/o efectuar el tratamiento adecuado. Asimismo, y con el objeto de brindar una atención integral, se efectúan acciones de educación y de seguimiento, en vistas a promover el restablecimiento del bienestar biopsicosocial del caso índice.

De acuerdo a la clasificación propuesta de la Consulta Especializada en Salud Mental, es posible precisar las siguientes finalidades para cada categoría específica:

Temas	Finalidad
a. <i>Depresión</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar diagnóstico de la situación mental y anímica del paciente. ▪ Promover la importancia del autocuidado. ▪ Vincular a las personas usuarias con las redes de apoyo locales. ▪ Derivar hacia tratamiento especializado, en los casos de depresión moderados (Nivel Primario) y severos (Nivel Secundario). ▪ Realizar el seguimiento de la evolución de los casos y un monitoreo de la adherencia al tratamiento.
b. <i>Violencia Intrafamiliar</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar diagnóstico de la situación de violencia intrafamiliar . ▪ Establecer un clima de confianza, posibilitando la expresión emocional de la persona ▪ Promover el desarrollo de recursos personales de la usuaria y su inserción en la red. ▪ Derivar oportunamente si la situación de violencia lo amerita.
c. <i>Alcohol y Drogas</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pesquisar antecedentes y realizar derivación correspondiente. ▪ Realizar el seguimiento de la evolución de los casos y un monitoreo de la adherencia al tratamiento.
d. <i>Déficit Atencional</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar diagnóstico preliminar de la situación de la familia. ▪ Derivar hacia tratamiento especializado con el profesional correspondiente.

D. ACTIVIDADES DE LA CONSULTA ESPECIALIZADA EN SALUD MENTAL DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

a. Fase Introductoria


La atención profesional comienza con el ingreso de la persona usuaria o grupo familiar a la oficina del/de la Asistente Social. Se revisa la Ficha Clínica o Familiar del caso índice, otorgando énfasis en el conocimiento de los antecedentes de salud mental, es decir, se investiga respecto a la existencia de anteriores tratamientos médicos o psicosociales, y de antiguas derivaciones efectuadas dentro del programa.

Posteriormente, se consulta y registran los antecedentes generales del caso índice y su grupo familiar, entre los que se cuenta generalmente con: Nombre, RUT, Dirección, Estado Civil, Integrantes del Grupo Familiar, Ingresos, Ocupación y Vivienda.

b. Entrevista con fines diagnósticos y terapéuticos

Luego de conocer los antecedentes generales del paciente, el/la profesional debe recoger la información adecuada y suficiente, que le permita diagnosticar la existencia del problema de salud mental en cuestión, facilitando también la elaboración de un juicio respecto a su grado de complejidad (leve, moderado y severo).

Tomando en consideración, que en este momento se tratan temas íntimos, profundos y complejos de la vida de las personas, el/la profesional trabaja para establecer un clima de confianza, comodidad, confiabilidad y empatía. Se escucha

 Evaluación Diagnóstica de Depresión (Criterio CIE-10)

Durante las últimas semanas:

¿Se ha sentido triste o deprimido la mayor parte del tiempo o casi todos los días?		
¿Ha estado desinteresado o incapaz de disfrutar de la vida la mayor parte del tiempo o casi todos los días?		
¿Ha tenido problemas para comer (exceso) o dormir demasiado (más tiempo de lo usual)?		
¿Se ha sentido cansado o con menos energía la mayor parte del tiempo o casi todos los días?		
¿Ha tenido problemas de concentración o memoria, casi todos los días?		
¿Ha estado más lento para hacer las cosas, casi todos los días?		
¿Ha estado tan inquieto que no puede permanecer sentado, casi todos los días?		
¿Ha sentido que "no es tan hábil" o "causa problemas" como antes, casi todos los días?		
¿Se ha sentido irracional o culpable, casi todos los días?		
¿Ha notado un cambio significativo en su apetito? (más o menos)		
¿Ha notado un cambio en su peso de más de 4 kilos? (aumento o disminución)		
¿Ha pensado realmente que no valía la pena vivir?		
¿Le pensó en quitarse la vida?		

© 2002, Ministerio de Salud de Chile. Todos los derechos reservados.

Interpretación para el diagnóstico:

A. Depresión Mayor

- Por lo menos 5 de las 11 preguntas anteriores marcadas en gris (blanco)
- Y por lo menos 2 marcadas en rojo

B. Depresión Menor

- 3 o menos de las preguntas marcadas en gris (blanco) y marcadas en rojo

C. Depresión Similares a Comorbidas

- A los efectos de Diagnóstico Mayor se exige la presencia de criterios de otros trastornos mentales: Bases de datos de síntomas y signos

El diagnóstico de Depresión Mayor y menor se establece en el momento de la consulta. Consulte el manual de diagnóstico de la depresión en el sitio web de la Clínica de Salud Mental, www.salud.gub.cl, pp. 27-28.

CIE 10: Instrumento que permite evaluar el grado de depresión que posee el usuario. Es aplicado durante la Consulta de ingreso al Programa de Depresión.

atentamente a la persona, preguntándole de manera directa y asertiva, mostrándose de forma acogedora, invitándola a expresar sus emociones y realizando comentarios que expresen y transmitan entendimiento, interés y comprensión de su situación.

Como ya se ha establecido, existen cuatro temáticas con las cuales se trabaja en salud mental. De manera similar, en cada una de éstas el/la profesional debe desarrollar un vínculo terapéutico con las personas, sin embargo se presenta una variación en los énfasis con los que se efectúa la entrevista. Dicha situación se grafica en la siguiente tabla:

TEMAS	ÉNFASIS DE LA ENTREVISTA
<p>a. <i>Depresión</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Como se espera conocer el estado anímico del caso índice, se comienza preguntando por ejemplo: ¿Cómo se ha sentido el último tiempo? o ¿ Ha tenido síntomas de depresión últimamente? ▪ Se escuchan atentamente las situaciones, problemáticas y antecedentes presentados, realizando las preguntas que el/la profesional estime necesarias para comprenderle. ▪ De haber existido deserción a anteriores tratamientos, se consulta respecto a las causas que la originaron, y se educa sobre la enfermedad y la necesidad de continuar hasta el alta médica. ▪ Asimismo, mientras se conocen problemáticas sociales, familiares y de salud, el/la profesional efectúa orientaciones y educaciones estimadas como pertinentes en cada caso. ▪ Además se espera conocer la existencia de redes de apoyo para el/la usuario/a, en la familia, vecindario, trabajo o instituciones. ▪ Después de transcurrido un tiempo prudente, el/la profesional le explica al usuario la aplicación del test CIE-10, cuyo objeto es diagnosticar preliminarmente el grado de depresión que padece. ▪ Se aplican las 13 preguntas del test y se registran las respuestas. El/la profesional promueve profundizar en aquellas variables que estime convenientes.
<p>b. <i>Violencia Intrafamiliar</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Como se espera detectar y determinar la complejidad de la situación de violencia de la usuaria, se explora en primer lugar en los tipos de violencia y su severidad

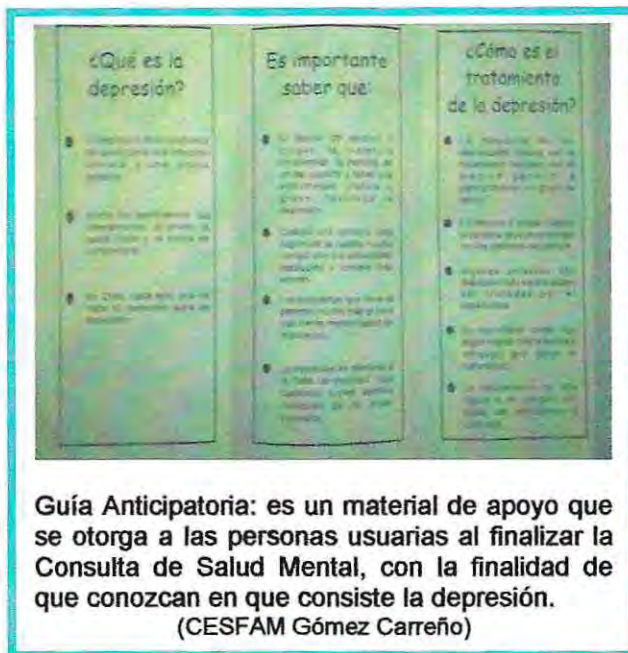
TEMAS	ÉNFASIS DE LA ENTREVISTA
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Así también, se investiga sobre la data e historia de la violencia, pesquisando indicadores de riesgo de homicidio o lesiones graves. ▪ Se consulta respecto a la composición de la familia y las relaciones entre sus miembros. Si es pertinente se profundiza en las temáticas socioeconómicas, de vivienda y de salud del grupo. ▪ Además se espera conocer la existencia de redes de apoyo para la usuaria, en la familia, vecindario, trabajo o instituciones. ▪ Se investiga también respecto a la personalidad de la usuaria y su pareja (factores de riesgo psicosocial), con el objeto de conocer los recursos y problemáticas presentes en la situación. ▪ El/la profesional educa a la usuaria, haciéndole entender que la violencia no es una forma legítima de relacionarse, la escucha y promueve la expresión de sentimientos. ▪ Se orienta respecto a derechos y procedimientos judiciales.
<i>c. Alcohol y Drogas</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se indaga con respecto al tipo de dependencia. ▪ Además se investiga en relación al tiempo y la frecuencia del consumo. ▪ Se consulta sobre la historia familiar y las causas que determinan el consumo. ▪ Se desarrollan acciones educativas focalizadas en la importancia de iniciar un tratamiento.
<i>d. Déficit Atencional</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se reúnen antecedentes acerca de la conducta del niño/a. ▪ Se consulta sobre las características de los cuidadores, enfatizando en el nivel educativo y la vinculación afectiva con el hijo/a. ▪ Se indaga respecto a la vinculación de la familia con redes locales y su situación socioeconómica. ▪ Se busca conocer la manera en que los cuidadores del niño/a asumen la problemática.

Cabe señalar, que el/la profesional también realiza entrevistas de seguimiento para conocer la adherencia al tratamiento prescrito, como también la efectividad de derivaciones realizadas, en aquellos casos graves de depresión, Violencia o drogodependencia.

Asimismo, en algunos casos de violencia donde el eje social de la usuaria se encuentra comprometido o sus recursos personales se presentan como escasos, se realiza una intervención específica de Trabajo Social. Se las apoya fundamentalmente desde un enfoque de redes, en su inserción laboral, en estimular el autocuidado, mediante derivación y coordinación con otras instituciones.

c. Resolución y Cierre

En este momento, ha transcurrido un tiempo prudente, que ha permitido la expresión emocional del caso índice, como también la recolección de antecedentes suficientes por parte del/de la profesional. De esta forma, le es factible elaborar un diagnóstico de la situación de salud mental en cuestión, el cual incluye una valoración de su complejidad, como también de los cursos de acción a seguir que corresponden



El/la profesional realiza en esta fase de la Consulta Especializada en Salud Mental acciones educativas, de orientación y motivación, tendientes a promover el bienestar de la persona usuaria, en cada una de las temáticas con las que trabaja en este programa. Sin embargo, es posible reconocer diferencias en los cursos de acción a seguir de acuerdo a la tipología presentada. Situación graficada en la siguiente tabla:

TEMAS	RESOLUCIONES DE LA CONSULTA
<p>a. Depresión</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>En el caso de depresiones moderadas:</i> Se informa a la persona usuaria respecto a su ingreso al Programa de Depresión y su derivación a médico y psicólogo/a. Explicándole el funcionamiento del programa y educando respecto a la importancia de continuar el tratamiento. En esta situación, el/la profesional prioriza aquellos casos que requieren atención inmediata. ▪ <i>En el caso de depresiones leves:</i> El/la profesional se hace cargo de la intervención, educando al caso índice, y promoviendo su

TEMAS	RESOLUCIONES DE LA CONSULTA
<p data-bbox="224 497 418 585">b. Violencia Intrafamiliar</p>	<p data-bbox="589 182 1356 271">inserción en redes de apoyo (Grupos de autoayuda que funcionan en el establecimiento).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="544 284 1356 478">▪ <i>Inexistencia de Depresión:</i> Se explica a la persona usuaria que su problemática no califica como depresión, y se deriva al/a la profesional competente. En este caso se pesquisan otras patologías de salud mental que requieren interconsulta. <li data-bbox="544 491 1356 935">▪ <i>Violencia Intrafamiliar de carácter grave:</i> En el caso de pesquisarse casos de violencia que ponen en riesgo la integridad de la usuaria, se le deriva a Fiscalía o a la Oficina de la Mujer del Municipio. El/la profesional hace reconocer a la usuaria la complejidad de su situación, se le orienta sobre los procedimientos y se le motiva a realizar las gestiones pertinentes. En caso de que ésta presente reticencias a denunciar, se le hace saber que es deber del/de la profesional hacerlo. <li data-bbox="544 948 1356 1185">▪ <i>Violencia Intrafamiliar de carácter Leve o moderada:</i> Se informa a la usuaria de su ingreso a tratamiento dentro del programa de violencia, se le explica su funcionamiento y la importancia de participar de éste. De acuerdo al diagnóstico el/la profesional prioriza aquellos casos que requieren de atención inmediata.
<p data-bbox="224 1204 472 1239">c. Alcohol y Drogas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="544 1204 1356 1346">▪ Se informa al caso índice que se realizará la derivación a médico para que efectúe el diagnóstico de la situación, el ingreso al programa y trate la problemática. <li data-bbox="544 1360 1356 1486">▪ Se indica al caso índice la importancia de iniciar un tratamiento y ser constante para poder solucionar su problemática
<p data-bbox="224 1507 475 1542">d. Déficit Atencional</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="544 1507 1356 1701">▪ Con respecto a la patología: Se le explica al/a la paciente todo lo que necesita conocer con respecto al déficit atencional: etiología, factores familiares asociados, consecuencias e impacto en el ámbito educacional y familiar. <li data-bbox="544 1714 1356 1997">▪ Con respecto al proceso de derivación: En el caso de que el/la profesional identifique antecedentes que confirmen la sospecha de Déficit, se le informa que el diagnóstico e ingreso al programa debe realizarlo un médico y posteriormente se le derivará a psicólogo/a para concretar un tratamiento.

d. Acciones Posteriores a la atención

Se registran los antecedentes del caso índice, el motivo de consulta y las acciones realizadas y/o aquellas a seguir en el libro o cuaderno de actividades de Servicio Social, como en la Hoja de Evolución Clínica, dependiendo de cada Centro de Salud. Asimismo la consulta es registrada en la Hoja de Estadística diaria que se entrega al SOME.

Se observa que en ciertas ocasiones, el/la profesional lleva a cabo gestiones o acciones con posterioridad a la atención. Generalmente, dichas acciones se refieren a:

- Vinculación directa con el/la profesional al que fue derivado el/la usuario/a, con el objeto de darle a conocer la problemática diagnosticada o para gestionar la atención de este/a profesional en el menor plazo posible.
- Gestión telefónica con el objeto de derivar al caso índice a otras instituciones que otorguen solución a sus requerimientos.
- Comunicación telefónica con el/la paciente, en aquellos casos severos, donde se le informa de las gestiones realizadas para ser atendidos/as, indicándoles hora, profesional y lugar.

E. RELACIONES CON LOS DEMÁS EMPLEOS PRESENTES EN LA CONSULTA ESPECIALIZADA DE SALUD MENTAL DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

A partir de la observación, es posible identificar vinculaciones realizadas entre el/la Asistente Social y otros/as profesionales del Equipo de Salud. Su concreción se ejecuta en los momentos anteriores y posteriores a la realización de la Consulta en cuestión. Estas relaciones, se detallan a continuación tomando como eje ordenador cada temática de salud mental:

- a. **Depresión:** Al detectar indicadores de depresión, debe referir a médico para realizar el ingreso al programa, asimismo, puede recibir a usuarios/as derivados

desde médico y otros miembros del Equipo de Salud. Es habitual que esta vinculación se quede en un plano formal (a través de la referencia escrita).

También se pueden realizar referencias a psicólogo/a, además es habitual realizar apoyo al tratamiento que estos/as profesionales llevan a cabo, a través de Visitas Domiciliarias Integrales y Consultas Sociales complementarias al tratamiento.

Además del vínculo formal, se realizan gestiones directamente con los/as profesionales referidos para obtener horas de atención oportunas según la gravedad de los casos.

Se debe destacar, que el/la profesional, en conjunto con otros miembros del Equipo de Salud participan en reuniones clínicas realizadas con profesionales del Nivel Secundario, donde se analizan casos de mayor complejidad.

- b. **Violencia Intrafamiliar:** Se vincula con otros/as profesionales a través de las derivaciones que se le realizan cuando estos/as profesionales pesquizar un caso de VIF. Formalmente, debe referir a psicólogo/a para que éste realice el ingreso al programa, sin embargo, en algunos casos más graves se vincula informalmente para gestionar una consulta de urgencia, de acuerdo a la gravedad de los casos.
- c. **Alcohol y drogas:** En el caso de pesquisar indicadores claros de drogodependencia, se realiza la referencia hacia médico, para realizar el ingreso al programa y el tratamiento.

Cabe mencionar que en algunos Centros de Salud, Trabajo Social participa del tratamiento, pero dentro del contexto del trabajo comunitario.

- d. **Déficit atencional:** Cuando se ha identificado un posible caso de déficit, se refiere a psicólogo/a, a través del conducto formal. Además, en los casos en donde las familias están desertando del tratamiento, el/la psicólogo/a puede solicitar el apoyo de Trabajo Social para realizar la pesquisa de estas familias.

También se realiza la coordinación con establecimientos educacionales, con el propósito de monitorear la medicación del caso índice, espacio en el cual se realizan vinculaciones con profesionales del área educación.

Es importante enfatizar la relación que los/as Asistentes Sociales mantienen con los/as Psicólogos/as, vínculo caracterizado por la horizontalidad y el intercambio expedito de información. Estas características permiten ampliar la perspectiva diagnóstica y realizar intervenciones conjuntas. Este vínculo no se genera con tanta facilidad con los/as profesionales del área biomédica

F. NIVELES DE AUTONOMÍA Y RESPONSABILIDAD PRESENTES EN LA CONSULTA ESPECIALIZADA EN SALUD MENTAL DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Con respecto a la **autonomía**, es posible desarrollar la siguiente categorización:

- **Autonomía Profesional con respecto a la derivación:** Se refiere a la capacidad que posee el/la profesional para priorizar los casos de acuerdo a su gravedad, y establecer a qué profesional debe referir. En los casos de extrema urgencia, el/la profesional puede efectuar gestiones informales para acelerar la intervención de los casos.
- **Autonomía Profesional con respecto a la intervención:** En este aspecto, el/la profesional toma decisiones sobre la colaboración que puede prestar a los/as profesionales que llevan a cabo el tratamiento de los casos, cuando se le solicita apoyo. También decide el rol que desempeñará frente a los/as usuarios/as, desde un énfasis en lo directivo, hasta otro que incentive su protagonismo.

Es posible establecer las siguientes **responsabilidades** presentes en el desarrollo de la Consulta Especializada en Salud Mental:

- **Elaboración de un diagnóstico claro y riguroso, que permita visualizar la situación que afecta al caso índice.** Lo cual implica establecer el grado de complejidad de la situación, con el propósito de determinar las acciones a seguir, las cuales pueden comprender tanto el desarrollo de una intervención psicosocial en el Centro de

Salud, como la derivación a instituciones de la red para realizar un tratamiento especializado en los casos que se presenten problemáticas más severas.

- ***El/la profesional debe conocer las Instituciones que constituyen la red que otorga tratamiento especializado a las problemáticas más complejas de salud mental, así como también el protocolo de derivación del sector salud.*** Con el objeto de abordar de forma adecuada y oportuna las problemáticas que superan la capacidad resolutoria del Centro de Salud.
- ***El/la profesional debe vincular al caso índice con la red local.*** Con la finalidad de desarrollar un trabajo de integración social, que permita al caso restablecer relaciones con el medio y desarrollar habilidades sociales.
- ***El/la profesional debe promocionar el autocuidado.*** Referido a fomentar la autorresponsabilidad del caso índice, con el propósito de que logre visualizar que posee influencia y determinación en su situación de salud.

G. COMPLEJIDADES PRESENTES EN LA CONSULTA ESPECIALIZADA DE SALUD MENTAL DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Es posible establecer a partir de la observación, que en la práctica de la Consulta Especializada en Salud Mental, emergen diversas situaciones conflictivas, las cuales se presentan a continuación:

- ***Vinculadas a la excesiva demanda:*** Se refiere a la gran cantidad de usuarios/as que demandan atención en salud mental, lo cual implica una situación conflictiva, debido a que los Centros de Salud no cuentan con la cantidad suficiente de profesionales capacitados en estos temas, lo que redundaría en una cantidad insuficiente de cupos de atención.
- ***Vinculadas a los tiempos establecidos para la Consulta de Salud Mental:*** El Centro de Salud establece un rendimiento de treinta minutos para el desarrollo de este tipo de consulta, lo cual en muchos casos es insuficiente para abordar temáticas complejas, por lo que generalmente el/la profesional debe extender los tiempos de

atención para lograr un diagnóstico completo y fidedigno de la situación del caso índice.

- **Vinculadas al caso índice:** Se relaciona con la incapacidad de los/as usuarios/as para reconocer la situación que vivencian, además de existir resistencia en muchos casos para iniciar y mantenerse en un tratamiento, por lo cual el/la profesional debe realizar un trabajo de motivación para que el/la paciente visualice la importancia de la adherencia a un tratamiento para dar solución a su problemática.
- **Vinculadas al grupo familiar del caso índice:** En muchas ocasiones no existe apoyo por parte de la familia del caso índice en el proceso de tratamiento, lo cual implica que el/la profesional plantee la importancia del apoyo para resolver con éxito la situación problema que afecta al caso.
- **Vinculadas a aspectos operativos:** En ciertas ocasiones no existen los espacios adecuados en el Centro de Salud para establecer una relación de intimidad y confidencialidad entre el/la profesional y el/la usuario/a, que permitan generar la confianza necesaria para plantear la situación que se encuentra vivenciando.
- **Intervención en Crisis:** Además de las categorías anteriormente señaladas, se reconoce como una situación compleja la Intervención en Crisis, concepto que refleja la atención de un caso que por iniciativa propia o por derivación interna, acude a solicitar atención profesional en una condición de evidente alteración emocional. En esta situación, se hace importante destacar los siguientes aspectos
 - El/la profesional debe tener la capacidad de desarrollar una fuerte contención emocional.
 - Inicialmente, el/la profesional debe ocuparse de reducir los niveles de estrés del paciente.
 - El/la profesional debe establecer un vínculo de comunicación e intimidad, que otorgue confianza al caso.

- El/la usuario/a puede tener dificultad para comprender, analizar su situación y resolver el problema. Solamente siente la necesidad “urgente” de pedir ayuda.
- Luego de que el caso índice ha conseguido cierta estabilidad, el/la profesional debe intencionar que logre visualizar alternativas y recursos para solucionar su problema.
- Las gestiones que realiza el/la profesional para dar una respuesta a la situación de crisis, se encuentran generalmente fuera del conducto regular, un caso frecuente se da cuando se otorgan atenciones sin tener hora pactada, situación que se ve justificada en la necesidad de entregar una pronta solución.

Además, algunas veces dichas gestiones conllevan una importante movilización de recursos humanos dentro del Centro de Salud o de un sector específico de éste, la que se encuentra condicionada por la disposición del Equipo para colaborar con el/la profesional.

CAPÍTULO V

SITUACIONES PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

ÁMBITO COMUNIDAD

CAPÍTULO V

SITUACIONES PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. ÁMBITO COMUNIDAD

En este capítulo se presenta la sistematización de las Situaciones Profesionales de Trabajo Social desempeñadas en la Atención Primaria de Salud, en el ámbito de la comunidad. Según la siguiente estructura:

5.1. Análisis Disciplinario de Trabajo Social en Atención Primaria de Salud. Ámbito Comunidad

5.2. Sistematización de Situaciones Profesionales de Trabajo Social en Atención Primaria de Salud: Ámbito Comunidad

- Intervención Profesional de Trabajo Social con Grupos
- Intervención Profesional de Trabajo Social con el Consejo Local de Salud
- Intervención Profesional de Trabajo Social con la Comisión Mixta Salud Educación (Comse)

5.1. ANÁLISIS DISCIPLINARIO DE TRABAJO SOCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. ÁMBITO COMUNIDAD

A. CONTEXTOS DE LAS SITUACIONES PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL: ÁMBITO COMUNIDAD

En cuanto a los contextos en los cuales se llevan a cabo las Situaciones Profesionales de Trabajo Social con Comunidad, es posible establecer los siguientes:

- ***Contexto Político- Institucional:*** La Política de Salud ejerce un rol esencial en la labor profesional con comunidad, puesto que permite ordenar y guiar el trabajo que se llevará a cabo, es decir, dicha política es el punto de partida, desde el cual el/la profesional se establece en el Centro de Salud para desarrollar su acción profesional. En este sentido, el colectivo profesional manifiesta hincapié en develar a la participación social y el empoderamiento de las comunidades en salud, como temas que emergen desde la Política Social y que resultan fundamentales en el ámbito comunitario.
- ***Contexto Epidemiológico:*** Radica en el cambio epidemiológico de la población, el cual repercute en que los problemas de salud actuales se centren en enfermedades crónicas no transmisibles y enfermedades mentales. Con el objeto de dar respuesta a la nueva situación de salud, la intervención profesional en comunidad se dirige a la promoción de la salud, sin centrarse en la enfermedad, sino en prevenir y promocionar para mejorar la calidad de salud de la comunidad.
- ***Contexto Comunitario:*** Un relevante hito que contextualiza la intervención de Trabajo Social en Comunidad, se refiere a los decrecientes niveles de participación social, situación que repercute en la constante búsqueda por parte del/de la profesional de nuevas estrategias dirigidas a motivar la integración de la comunidad.

B. DEFINICIÓN DE TRABAJO SOCIAL: ÁMBITO COMUNIDAD.

Con respecto a la definición de Trabajo Social con comunidad planteada por los/as Asistentes Sociales de la Atención Primaria de Salud, es posible distinguir que partir del discurso emergen dos ámbitos:

- ***Trabajo Social con Comunidad Vinculado a la Promoción de la Salud.***

El colectivo profesional señala que la intervención en el ámbito de comunidad se centra principalmente en la línea de trabajo de promoción de la salud; esta perspectiva de trabajo implica tres elementos que se desarrollan en la práctica:

- Se intenciona la organización, el dialogo y la reflexión de la comunidad en torno a los estilos de vida saludables y el autocuidado.
- Implica conocer las características y necesidades de la comunidad, ya que se debe lograr conjugar los contenidos que el Centro de Salud promueve con las necesidades y problemáticas del sector con el cual se trabaja.
- Además, el trabajo de promoción involucra empoderar a la comunidad para que participe y se hagan cargo de su salud.

“Yo veo que la promoción y la educación de la salud son las grandes temáticas que se utilizan para el trabajo con la comunidad. Ahí como temas se trabajan el autocuidado y todo lo que significa promover estilos de vida saludables(…)”
(COM_05, 20-23).

- ***Trabajo Social con Comunidad Vinculado a la Coordinación de Redes.***

En relación a este ámbito del trabajo comunitario, la intervención se focaliza en generar vinculación y asociación entre todos los sectores que forman parte de la comunidad, con el propósito de generar espacios que posibiliten el desarrollo de instancias de organización y participación social, en pos del bienestar de la población.

“(…) El trabajo Social con comunidad en Salud tiene que ver con el trabajo en red, con generar una red intersectorial, una red comunitaria, trabajamos liderando estos procesos, siendo un articulador de las redes sociales(…)”
(COM_06, 13-17)

A partir del discurso de los/as profesionales, emerge como elemento de relevancia considerar el trabajo con la comunidad como una de las labores más significativas de Trabajo Social, y donde este/a profesional posee una gran responsabilidad en los Equipos de Salud, dentro de los cuales ejerce el liderazgo de la intervención comunitaria, ya que posee las herramientas, los conocimientos y habilidades necesarias para generar vínculos y acercar la salud a las personas.

C. SITUACIONES PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL: ÁMBITO COMUNIDAD

Las Situaciones Profesionales de Trabajo Social con Comunidad, que se presentaron con mayor frecuencia en las entrevistas realizadas al colectivo profesional son:

- ***Intervención Profesional de Trabajo Social con el Consejo Local de Salud***

El colectivo profesional define al Consejo Local de Salud, como una instancia de trabajo comunitario, que congrega a los organismos vivos de la comunidad, es decir, organizaciones sociales, tanto territoriales como funcionales, e instituciones que pertenecen al territorio.

El Consejo Local funciona reuniéndose por lo menos una vez al mes, y cuando la ocasión lo amerita se realizan más convocatorias. Cabe hacer notar, que generalmente el/la Asistente Social es el/la encargado/a de participar de estas reuniones comunitarias, y por esta misma razón, se le considera como una Situación Profesional de Trabajo Social. Sin embargo, se incorpora en ciertas ocasiones a otros/as integrantes del Equipo de Salud, con la finalidad de implementar actividades específicas, relacionadas con capacitaciones y proyectos educativos.

Para los/as profesionales, las temáticas que se trabajan en el Consejo Local de Salud, atañen tanto a la comunidad como al Centro de Salud. A partir de los consensos que se generan en su dinámica, es posible establecer un programa de trabajo con sus correspondientes actividades, las que no siempre pueden ser ejecutadas debido a las contingencias que emergen en la realidad social.

Se reconoce al Consejo Local de Salud como una instancia de trabajo comunitario, que permite el desarrollo de actividades y estrategias de educación, capacitación y difusión de la salud, donde se espera que sus participantes repliquen los aprendizajes dentro de su propio entorno.

Por otra parte, parece interesante develar la visión entregada por una profesional del funcionamiento de este Consejo, para quien el Centro de Salud aporta la parte técnica para la realización y planificación de las actividades; y la comunidad entrega la visión de su entorno, la percepción de sus necesidades, problemáticas e inquietudes, como también sus aspiraciones a lograr.

Finalmente, se deben mencionar las tareas profesionales definidas por los/as Asistentes Sociales, para promover el correcto funcionamiento de este espacio de participación comunitaria en salud:

- Motivar continuamente a los miembros del Consejo Local de Salud, pues al ser éste un grupo de trabajo conformado por personas, presenta desgaste y problemas internos.
- Potenciar el empoderamiento en salud y el establecimiento de redes autogestionadas.
- Trabajar para terminar con la visión paternalista arraigada en la comunidad, con el objeto que el/la Asistente Social desempeñe un rol de asesor en el trabajo efectuado con el Consejo Local.

• ***Intervención Profesional de Trabajo Social con la Comisión Mixta Salud Educación***

La intervención realizada con la Comisión Mixta Salud Educación (COMSE), fue definida por el colectivo profesional, como una instancia donde se coordina un trabajo intersectorial entre el centro de Salud y el Sector Educación, correspondiente al territorio donde se inserta el establecimiento de APS.

Los temas que se abordan, se relacionan principalmente con las necesidades de salud de niños/as y adolescentes, entre las cuales se destacan, salud oral, prevención en

nutrición para evitar bajas de peso u obesidad, educación sexual y prevención del consumo de alcohol y drogas.

Una de las profesionales entrevistadas, plantea como tema conflictivo, la toma de decisiones respecto a las necesidades de salud que serán abordadas desde la COMSE, pues muchas veces se pretende abarcar problemas que son particulares o propios a un centro educacional, debiéndose en ese caso privilegiar temáticas transversales.

D. FINALIDAD DE LAS SITUACIONES PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL: ÁMBITO COMUNIDAD

Es posible elaborar, a partir del análisis de la información recabada, las siguientes categorías que corresponden a la finalidad que otorgan los/as Asistentes Sociales desde el discurso, a las distintas Situaciones Profesionales que llevan a cabo en su labor profesional con Comunidad:

- **Perspectiva general:** La finalidad enunciada se encuentra relacionada con los objetivos e intenciones globales de la Atención Primaria de Salud, debido a lo cual se plantean como propósitos a lograr mediante la acción profesional: fomentar estilos de vida saludable, mejorar los niveles de salud desde una perspectiva biopsicosocial y promover la calidad de vida de la comunidad.

“(...) en el fondo todas las acciones comunitarias que nosotros desarrollamos tienen que ver con el tema del mejoramiento de la calidad de vida o de la salud, de salud en términos como globales (...)” (COM_02 169- 172)

- **Perspectiva de cumplimiento institucional:** En esta categoría, la finalidad se encuentra determinada por el logro de las metas e indicadores que se propone el Centro de Salud en este ámbito de trabajo. Como así también, por el desarrollo de una línea de intervención comunitaria coherente con la Política de Salud.

“La finalidad última de la intervención en comunidad sería poder cumplir las metas que como centro de salud se propone (...)” (COM_04 68-70)

- **Perspectiva preventiva:** En este contexto, la finalidad se encuentra ligada al rol educador que ejerce el/la profesional en su intervención. Dicho rol, se desarrolla mediante la entrega de información a la comunidad respecto a los beneficios, programas, deberes y derechos, enfermedades y riesgos, con el propósito que las personas no se enfermen y permanezcan sanas el mayor tiempo posible.

“(...) el fin es educar a la población para que tenga una mejor salud y las personas lleguen a controles al consultorio, no lleguen enfermas (...)”
(COM_01 51-53)

- **Perspectiva promocional:** Donde se espera promover la responsabilidad en salud, que la comunidad se haga cargo del cuidado de su propia salud mediante la participación social, siendo capaz de motivar e integrar a su entorno social, entendiendo así que el cuidado de la salud es una responsabilidad compartida entre el Equipo de Salud y la comunidad.

“(...) conseguir que la gente se involucre en el cuidado de su salud y que sea capaz de compartir y de motivar a su entorno a que también se haga cargo de ello y que participen(...)” (COM_09 88-90)

- **Perspectiva de comunicación:** Donde se establece que la finalidad es representar y ejercer la función de nexo entre el Centro de Salud y la Comunidad, mediando en aquellas situaciones en las que se presentan discrepancias entre estos dos actores. Asimismo, el/la profesional recoge las inquietudes, sugerencias y reclamos que presenta la comunidad, con el objeto de promover el mejoramiento de la calidad de la atención.

“ Se trata de establecer un nexo entre la comunidad y el centro de salud. Porque el Equipo de Salud puede tener una visión totalmente diferente de la problemática que tiene la comunidad, en cambio para la comunidad sus problemáticas pueden ser otras(...)” (COM_08 42-46)

E. ACTIVIDADES Y TAREAS PRESENTES EN LAS SITUACIONES PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL: ÁMBITO COMUNIDAD

Al consultar sobre las actividades y tareas presentes en las Situaciones Profesionales del trabajo con comunidad, el colectivo profesional enfatiza las tareas y actividades vinculadas a:

- **Coordinación:** Se manifiesta a nivel de redes, con el objeto de llevar a cabo intervenciones de carácter intersectorial, abarcando así desde una perspectiva integral la promoción de la salud . Asimismo, se plantea la coordinación de reuniones del Consejo Local de Salud y de la Comisión Mixta Salud-Educación, espacios comunitarios definidos como preponderantes para la labor profesional. Por último, se hace notar la coordinación de recursos con el objeto de llevar a cabo actividades comunitarias.
- **Educación:** Llevada a cabo mediante la realización de talleres, charlas y actividades dirigidas a la entrega de información a la comunidad sobre diversas temáticas de interés (Políticas de Salud, Beneficios, Enfermedades, entre otras.), con el propósito de fomentar la autoresponsabilidad y el autocuidado en salud por parte de los integrantes de la comunidad.
- **Motivación:** Desarrollada a un nivel tanto interno como externo al Centro de Salud. A nivel interno, se hace referencia a la tarea destinada a integrar y motivar al Equipo de Salud para trabajar con la comunidad. Por su parte, se hace alusión al nivel externo, cuando las tareas se refieren a motivar a la comunidad para que se haga partícipe de las actividades y procesos que lleva a cabo el Centro de Salud, es decir, para fomentar la participación social.
- **Liderazgo:** En este sentido, las tareas y actividades desarrolladas por el/la profesional, se refieren a asumir el liderazgo en el proceso comunitario, dirigido a promover el empoderamiento y fortalecimiento de las comunidades. Se entiende en este contexto, que el ejercicio del liderazgo es de carácter democrático, para permitir el desarrollo de la autogestión por parte de la comunidad, y la reflexión de estos procesos por parte del/de la profesional.

- **Información diagnóstica:** Referida al establecimiento de diagnósticos permanentes de la comunidad con la cual se trabaja, incluyendo características de infraestructura, de organización social y de liderazgo, entre otras. Asimismo, en esta categoría se incluye la tarea profesional de dar a conocer al Equipo de Salud los hallazgos y contextos descubiertos.

F. RELACIONES CON LOS DEMÁS EMPLEOS PRESENTES EN LAS SITUACIONES PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL: ÁMBITO COMUNIDAD.

Se indagó sobre las relaciones que el/la Asistente Social establece con el resto del Equipo de Salud, al desarrollar las Situaciones Profesionales con Comunidad. En este sentido, se debe subrayar que tradicionalmente la intervención comunitaria ha sido un campo de trabajo de reconocida trayectoria para la profesión, sin embargo, desde el discurso recabado, se hace resaltar la trascendencia y eficacia que subyace a la integración del resto del Equipo de Salud al quehacer comunitario, situación que permite llevar a cabo realmente una intervención interdisciplinaria en dicho ámbito.

En el proceso de integración del Equipo de Salud a la intervención comunitaria, se argumenta que resulta preponderante la labor que Trabajo Social desempeña dentro de éste, con el objeto de capacitar y motivar a sus integrantes sobre la importancia de trabajar con la comunidad. En dicho contexto, se plantea la necesidad de establecer una discusión dentro del Equipo de Salud respecto a los conceptos y paradigmas que subyacen a las nociones de participación social y de comunidad, a fin de abandonar una lógica de trabajo centrado en el utilitarismo y la verticalidad.

Al considerar la descripción que realiza el colectivo profesional del trabajo en equipo en el ámbito comunitario, es posible precisar la existencia de tres categorías en el que éste se lleva a cabo en la realidad institucional:

- **Trabajo en equipo de carácter primario:** Donde el rol del Equipo de Salud se manifiesta en aportes focalizados referidos netamente a la entrega de contenidos educativos, sin existir una inclusión de estos/as profesionales en la coordinación y gestión de procesos de carácter más general.

“El rol es más bien de asesor en términos educativos, es decir se invita a dentistas, médicos y otros profesionales a que eduquen a la comunidad” (COM_06 150-155)

- **Trabajo en equipo interdisciplinario:** Donde cada miembro del Equipo de Salud participa colaborando desde su propia experticia y competencia. Si bien un miembro del Equipo lidera el proceso, en reuniones técnicas el resto de los/as integrantes asume las tareas de programar y planificar, aportando desde su área de trabajo durante la ejecución.

“(...) nos juntamos, programarnos, planificamos y el que lidera se encarga de coordinar y de ver la logística, y el resto apoya desde su área, su perspectiva, entonces el Equipo de Salud cumple un rol de sostenedor.” (COM_09 157-161)

G. CAMPOS DE AUTONOMÍA Y RESPONSABILIDAD DE LAS SITUACIONES PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL: ÁMBITO COMUNIDAD

A partir de la información recabada, es posible establecer que los/as Asistentes Sociales visualizan la responsabilidad que implican las Situaciones Profesionales de comunidad, en los siguientes ámbitos:

- **Responsabilidad vinculada con la representación de la comunidad:** Se establece que el/la profesional debe poseer la capacidad de conocer las necesidades, problemáticas y características de la comunidad, para lograr transmitir y dilucidar los requerimientos de ésta, con el objeto de generar respuestas a las necesidades manifestadas.

“Hay que conocer a la comunidad, qué es lo que están pidiendo y eso poder transmitirlo. Yo creo que esa es una de las responsabilidades más grandes de nosotros que somos un mediador entre lo que la comunidad quiere y lo que el Consultorio puede ofrecer realmente(...)” (COM_03, 179-182)

- **Responsabilidad vinculada a la ética profesional:** Implica generar respuestas concretas y atinentes a las necesidades de la comunidad, para lo cual se requiere conocer sus características, además de desarrollar un trabajo responsable, informado y programado. Esto permite a la comunidad mantener la confianza en el/la profesional y que no se generen falsas expectativas con respecto a su trabajo.

“Los ámbitos de responsabilidad se abocan hacia la realización de un trabajo serio, responsable, es decir, si un profesional Trabajador Social llega a hacer un determinado taller no puede llegar desinformado, sin objetivos claros de lo que se quiere lograr en aquella intervención (...)” (COM_04, 85-90)

- **Responsabilidad vinculada con el empoderamiento de la comunidad:** Consiste en fortalecer, empoderar y responsabilizar a la comunidad respecto de su salud, desde las propias características del sector con el cual se trabaja, considerando tanto las potencialidades y debilidades que poseen sus habitantes.
- **Responsabilidad vinculada a la coordinación de redes:** Conectar o vincular a todos los agentes que conforman la comunidad, para lo cual el/la Asistente Social debe organizar y movilizar a los diferentes actores sociales.

“La responsabilidad con la comunidad es generar vinculación con las redes, creo que esa es la responsabilidad que nos compete, ser el mediador para que las cosas vayan fluyendo y no responsabilizarse sino ir liderando procesos, para ir delegando también las funciones (...)” (COM_09, 97-102).

H. NIVEL DE COMPLEJIDAD DE LAS SITUACIONES PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL: ÁMBITO COMUNIDAD.

El colectivo profesional, señala que a partir del desarrollo de las distintas Situaciones Profesionales en el ámbito de comunidad emergen diversas dificultades o problemáticas, las cuales se precisan a continuación:

- **Problemas relacionados con la participación de la comunidad:** Se establece como un gran obstáculo para el desarrollo del trabajo comunitario la falta de interés por parte de la comunidad, en torno a las actividades y los temas que se trabajan en

los Centros de Salud. Esta situación permite visualizar la existencia de una falta de compromiso por parte de la comunidad para hacerse cargo de su salud.

“(...) Lo que más cuesta en este tipo de intervención es la participación de las personas a las cuales se convoca para una determinada actividad, por lo mismo el tiempo se pierde en planificar ciertas actividades que al final no se concretan(...)” (COM_02, 23-27)

- **Problemas Relacionados con los Temas de Trabajo:** Los/as profesionales señalan como temáticas más complejas de abordar aquellas relacionadas con los/as adolescentes, principalmente porque resulta difícil captar la atención e interés de este grupo etéreo.
- **Problemas Relacionados con los Conflictos de Intereses:** Pueden surgir problemas en la intervención debido a la disputa de poder entre los líderes comunitarios, ya que muchas veces los intereses que éstos tienen difieren de las necesidades que posee la comunidad. Esta situación requiere que los/as profesionales se focalicen en generar un consenso entre los actores sociales involucrados.

“Yo creo que los conflictos en la comunidad siempre tienen que ver con los intereses que algunos tienen, ciertos intereses de trabajo y otras personas difieren de estos intereses y en muchas ocasiones cuesta mucho llegar a un consenso” (COM_09, 54-57)

I. APORTES Y APRENDIZAJES PARA EL TRABAJO SOCIAL: ÁMBITO COMUNIDAD

En el marco de los aportes y aprendizajes que ha generado el ejercicio profesional con comunidad, es posible distinguir algunos elementos desarrollados en el discurso.

Se plantea que el aprendizaje se genera principalmente en la práctica, a partir de la cual los/as profesionales adquieren los conocimientos y herramientas necesarias para intervenir desde la contingencia.

“La mayor parte se aprende y se hace en la práctica y esto no es la excepción, ya que a través de mi desempeño con respecto a la comunidad, he aprendido a conocer las reales necesidades de las personas, realizar talleres para lograr un enganche positivo y dinámico.” (COM_04, 134-141)

Otra situación planteada como aprendizaje, se refiere a comprender la capacidad de autogestión de la comunidad, lo cual involucra respetar sus decisiones, comprender el concepto de participación y de respeto a la autonomía, ya que la comunidad posee los conocimientos necesarios para visualizar lo que requieren y las formas de dar solución a sus problemas. Esta perspectiva permite obtener mejores resultados en torno a las actividades que se realizan y las metas propuestas.

5.2. SISTEMATIZACIÓN DE SITUACIONES PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: ÁMBITO COMUNIDAD

Se presentan a continuación las fichas de las Situaciones Profesionales: Intervención Profesional de Trabajo Social con Grupos, Intervención Profesional de Trabajo Social con el Consejo Local de Salud, Intervención Profesional de Trabajo Social con la Comisión Mixta Salud Educación.

**SITUACIÓN PROFESIONAL
DE TRABAJO SOCIAL EN
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

ÁMBITO COMUNIDAD
INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE
TRABAJO SOCIAL CON GUPOS

SITUACIÓN PROFESIONAL:**INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL CON GRUPOS*****A. CONTEXTOS DE LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL CON GRUPOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD***

En la realidad profesional, se asocia generalmente al Centro de Salud con la intervención grupal, lo que se relaciona con que inmersos en la dinámica de estos establecimientos, funcionan una variada gama de grupos, que poseen diversos objetivos y orígenes. Dicha variabilidad se desarrolla en parte, debido a que en los establecimientos de salud confluyen profesiones de distintas áreas (médica, psicológica y social), cada una de las cuales aporta desde su perspectiva a la formación e intervención en este ámbito de trabajo. Así también, se reconoce la existencia de la política que sustenta la intervención con grupos, al promover la participación y la organización social en salud, junto con el desarrollo de la autoresponsabilidad y autocuidado de los individuos y las comunidades. Por otra parte, es posible precisar la validación que se presenta en la comunidad respecto al Centro de Salud como un espacio de participación social, en cuyo alero funcionan distintos grupos.

En la intervención con grupos, emergen los conceptos de participación social y organización comunitaria, vinculándose de esta forma la intervención profesional desarrollada en este ámbito al trabajo comunitario.

Cuando se hace referencia a la participación social, se alude que a partir de la integración a un grupo, sus

miembros tienen la posibilidad de intervenir, de ser tomados en cuenta e integrarse de forma más cercana a la realidad del Centro de Salud, como también a la de su comunidad. En este contexto, los distintos grupos que participan en el Centro de Salud, apoyan el trabajo comunitario, participando principalmente en actividades de promoción. Asimismo, estos grupos pueden integrarse al Consejo Local de Salud, para aportar con sus percepciones y reflexiones a esta instancia de trabajo.



Participación de Grupo de Voluntarias del Centro de Salud Miraflores en actividad de celebración del Día Mundial de la Mujer.

Además, se observa que algunos de los grupos que funcionan en el establecimiento de salud, se conforman en organizaciones comunitarias, al obtener y contar con personalidad jurídica. Acto que les posibilita ser reconocidos ante la ley, permitiéndoles postular a proyectos sociales y ejecutarlos. De esta forma, se presenta la posibilidad para estos grupos de influir y aportar directamente a promover la



Asamblea de constitución del Grupo Fe y Esperanza del Centro de Salud Dr. Juan Carlos Baeza.

calidad de vida y de salud de los miembros del territorio, mediante la ejecución de proyectos concretos, diseñados a partir de un diagnóstico realizado desde la perspectiva de estos miembros de la comunidad respecto a las necesidades existentes, como también de los mecanismos para solucionarlos.

B. REFERENTES CONCEPTUALES DE LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL CON GRUPOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La intervención profesional con grupos implementada en los Centros de Salud, se constituye en una relevante y frecuente herramienta de trabajo para la profesión. Ésta puede ser comprendida como una intervención destinada a promover el bienestar de los miembros de un determinado grupo, entendiendo dicho bienestar desde una perspectiva integral que abarca los ámbitos biopsicosociales. En este sentido, se intenciona el desarrollo del autocuidado y responsabilidad de los individuos como gestores principales de su salud. Por otra parte, emerge la posibilidad de generar desde el espacio grupal, acciones y reflexiones que se presentan como aportes, tanto a la labor ejercida por el establecimiento de salud, como para el bienestar de la comunidad de la cual forma parte.

De acuerdo a lo planteado con anterioridad, la intervención grupal se constituye en un espacio que posibilita al Trabajador Social la ejecución de acciones educativas y reflexivas, que promuevan el conocimiento de los miembros respecto a diversas temáticas de salud (política social, prevención de enfermedades, promoción de estilos

de vida saludables, entre otros.), además de fomentar por medio de experiencias interaccionales, el desarrollo de habilidades sociales, el bienestar y la generación de cambios en las conductas de los individuos.

Es importante destacar que el espacio grupal, se presenta como un recurso de apoyo para el desempeño de la labor profesional, ya que se constituye en parte de la red que éste posee para derivar a las personas usuarias del establecimiento, en el caso que presenten problemáticas que puedan ser tratadas a partir de un proceso grupal.

Al analizar las características de los grupos con los que se efectúa la intervención profesional en la APS, se debe precisar la existencia de una variada gama de particularidades en cada espacio. Tomando como punto de partida dichas especificidades, se presenta una clasificación general de estos grupos de acuerdo a cinco criterios:

- **Tamaño:** Se trabaja principalmente con grupos pequeños (5 a 10 miembros) y también medianos (10 a 20 miembros), lo cual dependerá de los objetivos del grupo y de la etapa de desarrollo en que se encuentra.

- **Edad y Sexo de sus miembros:** De acuerdo al motivo de origen del grupo, se trabaja con adolescentes, adultos y adultos mayores. Respecto al sexo, se interviene generalmente, con grupos de carácter femenino, como también mixtos.



Grupo de Mujeres, "Disfrutando la Madurez", que funciona en el Centro de Salud Dr. Juan Carlos Baeza

- **Iniciativa de formación:** Existen grupos creados por la iniciativa del/de la Asistente Social, como también por otros miembros del Equipo de Salud, al visualizar las principales problemáticas que se presentan entre las personas usuarias que atienden y que pueden ser tratadas a través de un proceso grupal. En este caso, se propone a la dirección la conformación de un determinado grupo a partir de las necesidades focalizadas.

Por otra parte, algunos de los grupos conformados, son incluidos en las normas emanadas de los programas de salud, este es el caso de los grupos de VIF, Depresión y cardiovascular.

- **Objetivo grupal:** Hace alusión a la existencia de una finalidad precisa que originó la formación del grupo en cuestión. Se precisan aquellos grupos dirigidos a formar monitores y líderes en salud, como también voluntarios, por otra parte, emergen los grupos de autoayuda y aquellos relacionados a la existencia de determinadas enfermedades (de carácter médico).
- **Duración estimada:** Se trabaja con grupos cuya duración está limitada a la realización de una intervención predeterminada. Así también, se interviene con grupos que no tienen preestablecido su momento de término.

Por otra parte, se debe clarificar que en el trabajo realizado con grupos se implementan transversalmente los distintos niveles de intervención en salud, es decir, se desarrollan los siguientes ejes de trabajo:

- **Promoción de Estilos de Vida Saludables.** Se intenciona mediante la interacción, el aprendizaje social y la implementación de actividades, el desarrollo de reflexiones respecto al tema, para promover la práctica de estilos de vida saludables en los miembros del grupo. Asimismo, ciertos grupos, se integran al trabajo de promoción a nivel comunitario.
- **Prevención en Salud:** Se trabaja en temas educativos de prevención en salud, en grupos que se encuentran más expuestos al desarrollo de enfermedades. Así también, al tener una población cautiva en los distintos grupos, es posible detectar enfermedades y riesgos, para derivar cuando sea necesaria la intervención de otro/a profesional.
- **Tratamiento:** Existen grupos dirigidos a realizar tratamiento, donde éstos se constituyen en un espacio de contención y apoyo al existir intercambio de experiencias entre los individuos, lo que genera también el desarrollo de estrategias en común para solucionar los problemas que presentan. Este es el caso de los grupos de depresión, de violencia intrafamiliar y de familiares de dismovilizados.

- **Rehabilitación:** La intervención se focaliza en minimizar los efectos que produce una determinada enfermedad o problema con un enfoque grupal. Este es el caso de los grupos multifuncionales o multifamiliares, donde se trabaja con el tema de la drogodependencia y VIF, incluyendo en este proceso de rehabilitación al paciente índice y su familia.

Finalmente, con el propósito de estructurar la presentación de la intervención profesional con grupos, ésta se diferenciará según la participación de la profesión en su desarrollo. Se debe aclarar que esta participación, se manifiesta de forma transversal a las distintas características de los grupos y a los ejes de intervención ya establecidos. En este contexto, emergen las siguientes categorías:

a. **Intervención Grupal liderada**

por Trabajo Social: Se refiere a aquellos grupos cuya formación ha sido intencionada por el/la Asistente Social del Centro de Salud. En dicha lógica, el/la profesional participa del desarrollo grupal en las distintas etapas de su evolución:



Grupo de Adulto Mayor, liderado por Trabajo Social del CESFAM Gómez Carreño.

- **Etapa de Formación:** Existe una fuerte presencia y participación del/de la Asistente Social, quién realiza la convocatoria y motiva la asistencia de los individuos, además de trabajar en la generación de vínculos y el conocimiento mutuo entre los integrantes.
- **Etapa de Organización:** El/la Asistente Social mantiene una alta participación en el ámbito grupal, ya que debe fortalecer los vínculos entre los miembros del grupo, apoyar las iniciativas y propuestas que emergen, fomentando además la organización grupal, en el sentido de establecer liderazgos y normas que avalen su funcionamiento.
- **Etapa de Integración:** La participación del/de la profesional se manifiesta de forma periférica, pues el grupo se encuentra consolidado, posee una

estructura definida, se ha desarrollado un sentimiento de cohesión en su dinámica, y se observa el reconocimiento de su existencia en el nivel institucional, como también la capacidad de efectuar y generar actividades de manera independiente.

- b. *Intervención grupal con liderazgo compartido:*** Debido a la complejidad de los temas que se abordan en el espacio grupal (especialmente en tratamiento y rehabilitación), se desarrolla una intervención de manera conjunta con otros/as profesionales, con el objeto de integrar las distintas visiones y experticias en el trabajo grupal.
- c. *Educación de Grupo con participación de Trabajo Social:*** Donde se interviene con grupos originados por las necesidades de salud que presenta la población asignada al establecimiento, siendo generalmente el motivo inicial de su formación la presencia de enfermedades, tanto de carácter físico como mental (enfermedades crónicas y salud mental). En este contexto, el/la Asistente Social se inserta en la intervención grupal como parte del Equipo de Salud, efectuando una acción educativa en aquellas áreas que son de su competencia, sin existir una vinculación directa a lo largo del desarrollo del grupo en cuestión.

C. FINALIDAD DE LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL CON GRUPOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

El propósito general que persigue la intervención profesional de Trabajo Social con grupos, se constituye en la promoción del bienestar biopsicosocial de los integrantes que forman parte éstos, siendo dicha promoción intencionada mediante la generación de espacios que permiten interactuar e intercambiar experiencias con otros individuos. Así también, el bienestar biopsicosocial es intencionado por medio de la educación, tendiente a ampliar el conocimiento sobre la propia salud de los individuos, como otros aspectos que se ven implicados en ésta y que afectan la calidad de vida de sus miembros.

Desde otro ámbito, la finalidad también apunta a desarrollar acciones de tratamiento y rehabilitación, que les permitan a los individuos a través de su participación en este espacio de asociatividad, modificar conductas que estén afectando

su salud y minimizar los efectos negativos que producen ciertas enfermedades y que inciden en el bienestar de estas personas.

CATEGORIA	FINALIDAD
a. <i>Intervención Grupal liderada por Trabajo Social</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Efectuar intervenciones profesionales con grupos, destinadas a trabajar aquellas problemáticas psicosociales susceptibles de ser abordadas a través de un proceso grupal. Se intenciona promover el bienestar de los miembros del grupo y su integración social.
- <i>Etapa de Formación</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover la formación de un determinado grupo, motivando la participación, fomentando el conocimiento entre sus integrantes y el establecimiento de mecanismos que faciliten el desarrollo de la identidad grupal.
- <i>Etapa de Organización</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liderar el proceso de estructuración del grupo. Además de promover las relaciones interpersonales y la definición más precisa de los objetivos y de las acciones que se esperan desarrollar.
- <i>Etapa de Integración</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asesorar al grupo en aquellas actividades o tareas que le sean encomendadas a el/la profesional. ▪ Promover la constitución del grupo como una entidad formal y organizada.
b. <i>Intervención Grupal con liderazgo compartido.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abordar y trabajar desde una perspectiva integral, aquellas situaciones complejas que pueden ser tratadas mediante la vinculación grupal.
c. <i>Educación de Grupo con participación de Trabajo Social</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Efectuar acciones educativas, solicitadas generalmente por otros miembros del Equipo de Salud, con el propósito de aportar desde la perspectiva social al bienestar de los miembros de un determinado grupo.

D. ACTIVIDADES PRESENTES EN LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL CON GRUPOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Con el propósito de ilustrar la intervención profesional desarrollada con grupos, las actividades realizadas por el/la Asistente Social serán ordenadas a partir de tres momentos, los cuales se diferenciarán según las categorías establecidas anteriormente.

a. ***Primer Momento:*** Se refiere a las actividades efectuadas por el/la profesional con anterioridad al desarrollo de la sesión grupal. Estas actividades se encuentran relacionadas principalmente con coordinaciones, preparación de materiales de apoyo y planificación de las temáticas de trabajo.

CATEGORIA	ACTIVIDADES
a. <i>Intervención Grupal liderada por Trabajo Social</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se desarrolla la planificación temática del taller. ▪ Se establece el rol del profesional dependiendo de la etapa en la cual se encuentra el grupo. ▪ Se realiza la convocatoria, lo cual implica llamadas telefónicas, visitas domiciliarias y coordinación con otros/as profesionales para la realización de derivaciones de pacientes al grupo. ▪ Se define el espacio en el cual se llevará a cabo la sesión, se establece el horario y la duración del taller. ▪ Preparación de material de apoyo necesario. ▪ Coordinar la asistencia de otros/as profesionales al taller cuando se requiera.
b. <i>Intervención grupal con liderazgo compartido</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se programa en conjunto los temas a tratar en la sesión ▪ Se estructuran los momentos de trabajo. ▪ Se coordina la preparación del material de apoyo, la obtención de recursos necesarios para la sesión y la realización de convocatoria. (generalmente se dividen las tareas)
c. <i>Educación de Grupo con participación de Trabajo Social</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se coordina con los integrantes del Equipo de Salud para conocer el ámbito en el cual se deberá focalizar la intervención. ▪ Se planifican los temas que se abordarán durante el desarrollo de la sesión. ▪ Se establece la forma en que serán entregados los contenidos. ▪ Preparación del material de apoyo.

b. **Segundo Momento:** Este momento considera las actividades efectuadas por el/la profesional durante el desarrollo de la sesión grupal.

CATEGORIA	ACTIVIDADES
a. <i>Intervención Grupal liderada por Trabajo Social</i>	<p><u>Etapas de Formación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentar un plan de trabajo para el grupo. - Realización de actividades dirigidas por el/la Asistente Social. - Ejecución de actividades educativas, relacionadas con las necesidades que motivaron la formación del grupo. - Implementación de actividades con técnicas participativas que permitan generar conocimiento y vinculación entre los integrantes.

Etapa de Organización:

- Desarrollo de actividades que permitan fortalecer los vínculos entre los miembros del grupo.
- Asesorar las actividades y propuestas del grupo.
- Realización de actividades educativas, vinculadas con las necesidades y requerimientos planteados por los integrantes.
- Se estimula el análisis y reflexión por parte de los integrantes del grupo en cuanto a los temas que se presentan.
- Desarrollo de actividades que permitan potenciar a los líderes existentes.
- Integrar al grupo a actividades comunitarias desarrolladas por el establecimiento.

Etapa de Integración:

- Se realizan actividades que permitan al grupo autodirigirse y autogestionarse
- Se estimula la autonomía del grupo cumpliendo en las diversas actividades un rol más periférico.
- Potenciar al grupo como una red de apoyo.
- Asesorar profesionalmente al grupo en sus requerimientos.
- Asesorar al grupo en la postulación e implementación de proyectos.
- Consolidar la integración del grupo en distintas actividades comunitarias.

b. Intervención grupal con liderazgo compartido

- Se realizan actividades educativas en conjunto, dependiendo de las necesidades del grupo.
- Se potencia a partir de actividades los cambios de conducta de los integrantes del grupo.
- Se intenciona la generación de vínculos entre los integrantes del grupo.
- Se desarrollan reflexiones, se asignan tareas y se adquieren compromisos con el propósito de intencionar el cambio en los individuos.

c. Educación de Grupo con participación de Trabajo Social

- Se desarrolla la actividad educativa y/o de capacitación a los integrantes del grupo.
- Se otorga respuesta a las dudas que se presenten durante la sesión.
- Se potencia el análisis y reflexión de los temas trabajados por el/la profesional.
- Se realiza una evaluación de la sesión realizada en conjunto con los integrantes del grupo.

c. Tercer Momento: Posterior a la sesión de grupo.

Con posterioridad, al desarrollo de la sesión, es posible distinguir actividades comunes en torno a las diferentes categorizaciones presentadas:

- Evaluación de la sesión realizada por parte del/de la profesional.
- Análisis del proceso grupal y del rol que cumple el/la Asistente Social.
- Desarrollar las derivaciones correspondientes, en el caso de pesquisar problemáticas de salud que deban ser abordadas por otros/as profesionales.
- Efectuar las derivaciones a la red, en el caso que sea necesario.
- En el caso de finalización de procesos o de realización de actividades por parte del grupo, en ocasiones se realiza la socialización del trabajo desarrollado con el Equipo de Salud.
- Efectuar las coordinaciones necesarias para el desarrollo de actividades recreativas y de promoción de salud, en las que participará el grupo.
- Registrar la actividad en estadística diaria y/o de promoción, según corresponda.



Además de trabajar en la sesión grupal, el/ la profesional vincula a los grupos a las actividades de promoción que se realizan en la comunidad.

(Exposición final de las actividades de promoción realizadas por el CESFAM Gómez Carreño: Grupo de adulto Mayor participan de una muestra de actividad física).

E. RELACIONES CON LOS DEMÁS EMPLEOS PRESENTES EN LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL CON GRUPOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

El trabajo en equipo desarrollado en la intervención grupal, será presentado en función a las categorías establecidas para la presente Situación Profesional:

- **Intervención Grupal liderada por Trabajo Social.**

La vinculación con otras profesiones se expresa por necesidades de carácter educativa. Estas se producen cuando por iniciativa del grupo o del/de la profesional, se presenta la inquietud de recibir capacitaciones en temáticas de experticia de otros/as profesionales del Equipo, tales como distintas enfermedades, su prevención, estilos de vida saludables, entre otras.



Educación realizada por Kinesióloga en grupo para familias de dismovilizados que funciona en el CESFAM Gómez Carreño, bajo el liderazgo de Trabajo Social. En la sesión se educó respecto a técnicas para el cuidado de los pacientes dismovilizados.

En este contexto, se efectúa una vinculación con anterioridad a la realización de la educación, para coincidir los tiempos del grupo con los del profesional requerido, además de establecer los objetivos de la presentación y coordinar, si es necesario, la obtención o elaboración de recursos o apoyos materiales. Asimismo, durante la actividad, ambos profesionales (Trabajador/a Social e integrante del Equipo) se complementan según los requerimientos de aquél que expone, con el propósito de facilitar la entrega de contenidos al grupo. Finalmente, es posible que exista una vinculación con posterioridad a la realización de la actividad, para evaluar su desarrollo y el impacto en el grupo.

- **Intervención grupal con liderazgo compartido**

Tal como lo manifiesta el nombre de la categoría, en este tipo de intervención grupal, existe una vinculación directa y prolongada del/de la Asistente Social con otro/a profesional del Equipo de Salud.

La vinculación surge por la necesidad de trabajar desde un enfoque grupal situaciones complejas, cuya intervención requiere el complemento de distintas visiones profesionales. Dicha necesidad puede surgir por iniciativa de los propios profesionales, a partir del diagnóstico de la población, como también por directrices programáticas.

De esta forma, se presenta entre los/as profesionales, una relación directa y constante mientras tiene duración la intervención grupal. Situación que se produce antes, durante y con posterioridad a la realización de las sesiones del taller, con el propósito de programar, ejecutar y evaluar su implementación de la forma más integral y completa posible.



Grupo Multifamiliar del CESFAM Gómez Carreño, liderado por Asistente Social y Psicóloga.

- **Educación de Grupo con participación de Trabajo Social**

La relación de trabajo, se produce por necesidades educativas o de capacitación que se generan en grupos liderados por otros/as integrantes del Equipo de Salud.

De esta manera, algún miembro del Equipo hace saber a el/la Asistente Social la inquietud generada en un determinado grupo, para ser capacitado en temáticas de índole social, cuyo conocimiento es reconocido como competencia de la profesión. En este momento, definido como anterior a la realización de la sesión, se delimitan los objetivos de la educación y se establecen los tiempos para su ejecución en conjunto.

Durante el desarrollo de la educación, ambos profesionales se complementan, según los requerimientos de aquél que expone, con el propósito de facilitar la entrega de contenidos al grupo. Finalmente, es posible que exista una vinculación entre ambos profesionales con posterioridad a la educación, para evaluar su desarrollo e impacto.

F. NIVELES DE AUTONOMÍA Y RESPONSABILIDAD PRESENTES EN LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL CON GRUPOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Con respecto al nivel de **autonomía** que posee el/la Asistente Social en la intervención que realiza con grupos, es posible señalar a partir de la observación realizada, la existencia de dos categorías relevantes de destacar en este ámbito:

- ***Autonomía sujeta al tipo de grupo:*** La autonomía del/de la profesional dependerá principalmente del origen del grupo, entre los cuales podemos encontrar grupos que se forman producto de las necesidades existentes en el Centro de Salud y grupos que emergen a partir de la norma Ministerial.

- *Grupos que emergen a partir de las necesidades del Centro de Salud:* En este caso el/la Asistente Social posee la capacidad para planificar y desarrollar los temas desde la perspectiva que considere más adecuada a partir de su criterio profesional. Además en este ámbito, tiene la posibilidad de focalizar como objetivo central de su trabajo el desarrollo del proceso grupal.

- *Grupos que emergen a partir de la norma Ministerial:* Cuando se presenta esta situación, el/la profesional tiene una autonomía restringida principalmente por el tema que debe tratar con los/as integrantes del grupo, ya que en esta instancia, lo principal en la formación del grupo se vincula con los objetivos y tareas que emanan desde el nivel central.

- ***Autonomía Restringida por el Trabajo en Equipo:*** Se refiere a los momentos en los cuales el trabajo grupal integra a otros/as profesionales del Equipo de Salud. En este caso los temas que se presentan entran en análisis y discusión, planteando las diferentes visiones existentes para trabajar los contenidos que se abordarán.

En cuanto a los niveles de **responsabilidad** que le corresponde asumir a el/la profesional en la intervención desarrollada con grupos, es posible señalar las siguientes categorías que emergen de la observación realizada:

- **Crear grupos a partir de las necesidades del Centro de Salud.** En este sentido, le corresponde a el/la Asistente Social mantener en análisis constante las necesidades y problemáticas más comunes de las personas usuarias del Centro de Salud, con el propósito de focalizar aquellas temáticas que pueden ser tratadas a partir del trabajo grupal.



El/ la profesional debe formar grupos de acuerdo a las necesidades diagnosticadas en las personas usuarias del Centro de Salud. Además, debe fomentar las relaciones interpersonales entre los integrantes de los grupos, por medio de la realización de actividades y dinámicas recreativas.

(Paseo al Jardín Botánico realizado por el Grupo Fe y Esperanza del Centro de Salud Dr. Juan Carlos Baeza)

- **Fomentar la asociatividad entre los integrantes del grupo.** Con el objetivo fundamental de constituirlo en una red de apoyo para sus miembros, además de crear un espacio de contención en esta instancia de trabajo. Es importante destacar también que al fomentar la asociatividad, se genera una red de apoyo para el/ la profesional, ya que al ser un grupo consolidado que trabaja una temática particular, forma parte de la red que éste posee para derivar a las personas usuarias.

- **Trabajar el proceso grupal.** En este caso el/la profesional posee la responsabilidad de trabajar las etapas del proceso grupal, con el fin de fomentar la asociatividad y autonomía de sus integrantes. En este proceso el rol del/de la profesional cambia de acuerdo a la etapa que vivencia el grupo, desde un rol más directivo en los comienzos de éste a un rol asesor, cuando ya se encuentra consolidado y organizado.

- **Motivar la asistencia a las sesiones de grupo.** El/la Asistente Social debe convocar a los integrantes del grupo que esté bajo su responsabilidad, además de establecer constantemente un proceso de motivación, que permita visualizar a los miembros del grupo la importancia de asistir a las sesiones.

- **Participar en los grupos liderados por otros/as profesionales cuando se requiera de su apoyo.** En este caso el/la Asistente Social debe aportar los conocimientos que forman parte de su experticia.

G. COMPLEJIDADES PRESENTES EN LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL CON GRUPO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Las principales complejidades observadas en el desarrollo de la presente Situación Profesional, han sido establecidas sobre la base de cinco categorías:

- **Dificultades vinculadas con la motivación de las personas usuarias para integrarse a un grupo:** Este ámbito se plantea como una de las mayores complejidades para desarrollar trabajo de grupo, ya que a pesar de realizar la convocatoria pertinente, los miembros del grupo no asisten a las sesiones. Esta situación, se relaciona con las dificultades para comprender que el trabajo con otros,

resulta un real aporte para mejorar aquellas situaciones complejas que vivencian. En este sentido, el/la profesional debe desarrollar un trabajo constante de motivación para integrar y mantener a los/as personas en el grupo.

- **Pasividad de los integrantes:** Hace referencia a los miembros de los grupos que presentan dificultades para participar en las actividades o expresar sus sentimientos y problemas frente a los demás, por lo cual el/la Asistente Social debe efectuar un trabajo de apoyo y motivación, con el propósito de promover la integración paulatina al grupo por parte de estos miembros.

- **Dificultades vinculadas con los tiempos de los/as profesionales:** En este sentido, la complejidad se presenta cuando el/ la Asistente Social requiere de la asistencia de otros miembros del Equipo para realizar educaciones con respecto a



temas que son de la experticia de éstos. En muchos momentos, es posible apreciar que no existe la disponibilidad de los tiempos necesarios para trabajar en las sesiones de grupo, por lo cual se vuelve dificultoso organizar una sesión con la participación de estos miembros del Equipo de Salud.

- ***Dificultades relacionadas con la infraestructura del Centro de Salud:*** Se refiere principalmente, a la falta de espacios existentes en los establecimientos para el desarrollo de las sesiones. En algunas ocasiones, estos espacios son reducidos para la cantidad de integrantes de los grupos, y no cuentan con la privacidad suficiente, para tratar temáticas que en muchos casos requieren de intimidad para que las personas se puedan expresar.
- ***Dificultades relacionadas con la falta de material de apoyo:*** Se observa que en muchas ocasiones el/la profesional no cuenta con los implementos necesarios para desarrollar presentaciones o entregas de contenido. Frente a lo anterior, el/ la Asistente Social debe generar diferentes formas para presentar las educaciones a los integrantes.

**SITUACIÓN PROFESIONAL
DE TRABAJO SOCIAL EN
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

ÁMBITO COMUNIDAD

INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE
TRABAJO SOCIAL CON EL
CONSEJO LOCAL DE SALUD

SITUACIÓN PROFESIONAL:
INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL CON EL
CONSEJO LOCAL DE SALUD

A. CONTEXTOS DE LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL CON EL CONSEJO LOCAL DE SALUD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La presente Situación Profesional se inserta dentro del contexto referido al fomento de la participación social, en este sentido, el establecimiento de APS intenciona y motiva a través del Consejo Local la integración de la comunidad, con el propósito de desarrollar la capacidad y oportunidad de la población para identificar problemas, necesidades, definir prioridades, tomar decisiones y formular sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud.

Otro contexto relevante a destacar, se refiere a la estrategia de promoción de la salud en la cual se enmarca la intervención con el Consejo Local, lo cual implica abandonar el rol tradicional de experto por parte del/de la profesional que entrega instrucciones y

Desde el sector salud, la participación se considera como medio para el desarrollo de las personas como sujetos comprometidos con el cuidado de su salud y con el fortalecimiento de los servicios. Busca también la creación de comunidades con capacidades de interlocución que actúen solidariamente y ejerzan un control social sobre el sistema de salud. Todo esto con el propósito de disminuir las brechas que existen en cuanto a equidad, acceso, oportunidad, protección financiera y calidad en la atención, asegurando así mejores condiciones de vida y salud

Extraído de www.lanchipall.cl (2006), Compromisos de Acción con la Comunidad.

recomendaciones, reemplazándolo por el de cooperante o asesor que aporta información, conocimientos y herramientas a las comunidades. En este ámbito, se busca que la comunidad avance de un rol de sujeto pasivo y beneficiario, al de actor social con intervención en la solución de sus problemáticas, mediante la toma de decisiones y el aporte de sus recursos.

En el marco de la política de Salud, se promueve que los Equipos se inserten y conozcan la realidad de las comunidades hacia las cuales orienta su accionar, con el propósito de otorgar respuestas integrales a las problemáticas y necesidades de la población. En este contexto, el/la Asistente Social desarrolla una labor de preponderancia, en razón a la experticia validada que posee para intervenir a nivel

comunitario, asumiendo el liderazgo en la integración de los Equipos de Salud a este ámbito de trabajo.

Desde las directrices de la Política de Salud, se plantea la participación social y la promoción de salud desde una visión ideal, que involucra un trabajo propositivo por parte de la comunidad, como también la implementación de intervenciones de carácter interdisciplinario. Esta intención se mantiene muchas veces en un plano discursivo, ya que en la realidad, se observa que, en algunas ocasiones, la comunidad actúa como ente pasivo y beneficiario de los programas de salud. Asimismo, existen momentos en que el Equipo de Salud no reconoce los beneficios que conlleva el abordar los problemas de salud integralmente.

B. REFERENTES CONCEPTUALES DE LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL CON EL CONSEJO LOCAL DE SALUD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

El Consejo Local de Salud, se reconoce como una instancia de trabajo comunitario, liderada por el/la Asistente Social, la cual agrupa a organizaciones comunitarias, tanto de carácter territorial como funcional (tales como junta de vecinos, iglesias, centros de madres, scouts, entre otras).



Reunión Consejo Local perteneciente al Centro de Salud Dr. Juan Carlos Baeza del Olivar.

A través del trabajo realizado con el Consejo Local, se busca ampliar el campo de relación entre los Centros de Salud y la comunidad, permitiendo así un conocimiento mutuo y compartir intereses comunes, esto promueve idealmente, que los Centros de Salud organicen su atención sobre la base de las necesidades identificadas en las comunidades de su ámbito.

A partir de la observación del ejercicio profesional, es posible establecer dos criterios para organizar la intervención efectuada con el Consejo Local:

➤ **Criterio 1: Según Eje Temático.**

La intervención implementada con el Consejo Local, se visibiliza a través de la reunión mensual que se desarrolla en cada Centro de Salud. Sin embargo, los ejes temáticos que se presentaran a continuación trascienden a su realización.

a. Análisis del funcionamiento y calidad de atención del Centro de Salud: La comunidad expone sus demandas e inquietudes respecto a la atención y funcionamiento de los programas del Centro de Salud, con el objetivo de aportar al mejoramiento de la calidad de la atención.

b. Asesoría en postulación e implementación de proyectos sociales. Se asesora técnicamente a los dirigentes para postular e implementar proyectos sociales, que mejoren la calidad de atención y promuevan la salud en la comunidad.

c. Capacitación y Educación

para la salud: Se entregan contenidos educativos, por parte de profesionales del Equipo de Salud, aportando con información, conocimientos y herramientas a las comunidades. En esta instancia, se persigue que los



La Asistente Social del CESFAM Gómez Carreño realiza una educación en la reunión del Consejo Local de Salud.

dirigentes socialicen la información en sus comunidades.

d. Diagnóstico respecto a necesidades de salud de cada territorio: Se discuten las prioridades, necesidades y problemáticas de salud presentes en las comunidades, para que el Equipo de Salud pueda actuar en base a lo expuesto.

e. Entrega de información: Se otorga información de carácter operativo respecto al funcionamiento del Centro de Salud, con el propósito que ésta sea difundida en las distintas comunidades.

f. **Promoción y prevención de salud:** Se programa y ejecuta en conjunto con los representantes actividades de carácter promocional para concientizar respecto a la importancia del cuidado de la salud en sus comunidades. Por otra parte, se solicita colaboración a los dirigentes en la realización de campañas de prevención, mediante la entrega de material e información para difundir dichas actividades (Vacunación, Campañas de Invierno, entre otras).

g. **Vinculación del Consejo Local a las actividades comunitarias.**

Los Centros de Salud impulsan e implementan distintas actividades de carácter comunitario, con el propósito de difundir su quehacer, de integrarse a la comunidad, como también de promocionar la salud en



Actividad de Promoción realizada en la comunidad de Gómez Carreño. Se observa la participación del Consejo Local.

ésta. En este contexto, se integra al Consejo Local como apoyo del Equipo de Salud, en las diferentes intervenciones comunitarias que se realizan.

➤ **Criterio 2: Según Participación del Equipo de Salud.**

Históricamente ha sido el/la Asistente Social el nexo más representativo entre las comunidades y el Centro de Salud. En la actualidad este rol histórico se ha resignificado a partir de una nueva concepción de intervención comunitaria, en la cual resulta relevante integrar a otros/as profesionales a la labor desarrollada. En base a lo expuesto, emergen dos categorías descriptivas en torno al trabajo con el Consejo Local de Salud:

a. **Consejo Local liderado por Trabajo Social:** Se refiere a la intervención con el Consejo Local de Salud, en cuya implementación el/la Asistente Social representa al Centro de Salud frente a la comunidad, liderando las distintas actividades y responsabilidades que esta labor conlleva.

El/la profesional aporta con información, conocimientos y herramientas para habilitar a los dirigentes de las comunidades, desplegando la experticia que posee para desempeñarse en este contexto. Esta habilidad profesional se manifiesta en el manejo de la gestión de redes sociales, la promoción de la organización y participación comunitaria, y en el reconocimiento de los actores comunitarios como partícipes de la labor desarrollada en salud.

b. *Consejo Local con participación del Equipo de Salud:* La intervención se desarrolla desde una lógica de trabajo interdisciplinario, planteándose una colaboración entre profesionales, lo cual implica abordar las temáticas de salud desde las diferentes experticias, promoviendo el intercambio de los distintos saberes y opiniones, para responder de forma integral y más acabada a las necesidades de la comunidad.

C. FINALIDAD DE LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL CON EL CONSEJO LOCAL DE SALUD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

El propósito de la intervención efectuada con el Consejo Local, hace referencia al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad donde se inserta el Centro de Salud, a través de una estrategia participativa, donde el Equipo de Salud y la comunidad, definen las necesidades, problemas y soluciones más convenientes.

La finalidad por lo tanto, apunta a generar mediante las reuniones y otras actividades, una instancia de encuentro y trabajo colaborativo, con el objetivo de fortalecer las estrategias de promoción de estilos de vida saludables, prevención de la salud, mejoramiento de la gestión del establecimiento de APS y difusión de la política nacional de salud.



Se observa la participación del Consejo Local de Salud del CESFAM Gómez Carreño, en la realización de la Feria de la Salud, efectuada en el año 2003.

Es posible distinguir finalidades específicas según las categorías establecidas:

CATEGORÍA	FINALIDAD
➤ Criterio 1: Según Eje Temático	
a. <i>Análisis del funcionamiento y calidad de atención del Centro de Salud</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acoger los aportes, percepciones y sugerencias que posee la comunidad sobre el funcionamiento del Centro de Salud.
b. <i>Asesoría en Postulación e implementación de proyectos sociales</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asesorar técnicamente a la comunidad, con el propósito de diseñar e implementar proyectos sociales.
c. <i>Capacitación y Educación para la salud</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aportar con información, conocimientos y herramientas a la comunidad, con el objeto de compartir las responsabilidades en salud.
d. <i>Diagnóstico respecto a necesidades de salud de cada territorio</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover de manera participativa la reflexión frente a las necesidades, fortalezas y problemáticas de salud.
e. <i>Entrega de Información</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Difundir información operativa con respecto al funcionamiento y a los cambios producidos en el Centro de Salud.
f. <i>Promoción y prevención de salud</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover el desarrollo de estilos de vida saludables en la comunidad y concientizar respecto a la importancia del autocuidado en salud. ▪ Educar con respecto a la prevención de enfermedades específicas, vinculadas a las características del sector.
g. <i>Vinculación del Consejo Local a las actividades comunitarias</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Integrar al Consejo Local en las intervenciones comunitarias que ejecuta el Centro de Salud.
➤ Criterio 2: Según Participación del Equipo de Salud	
a. <i>Consejo Local liderado por Trabajo Social</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ejercer la función de nexo entre el Centro de Salud y la Comunidad. ▪ Potenciar la vinculación entre las redes sociales de la comunidad. ▪ Validar la importancia del trabajo con el Consejo Local frente al Equipo de Salud del Establecimiento.
b. <i>Consejo Local con participación del Equipo de Salud</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Responder en forma integral a las necesidades de la comunidad.

D. ACTIVIDADES PRESENTES EN LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL CON EL CONSEJO LOCAL DE SALUD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Es indispensable destacar, que la presente Situación Profesional no se restringe sólo al desarrollo de la reunión, sino que implica además un trabajo constante con la comunidad. En este sentido, la reunión se constituye en la figura que permite visualizar con mayor precisión y continuidad la labor profesional, estableciéndose en un punto de partida que permite ordenarla y estructurarla.

Con el propósito de ilustrar el trabajo desarrollado con el Consejo Local, se organiza la presentación a partir de los momentos ocurridos antes, durante y después de la realización de la reunión, siendo además éstos diferenciados según los siete ejes temáticos de trabajo, ya definidos para la Situación Profesional.

a. Primer Momento: Se especifican las actividades profesionales realizadas con anterioridad a la reunión del Consejo Local. En primera instancia se declaran las actividades que son transversales a cada uno de los ámbitos temáticos:

- Realización de Convocatoria a la reunión y/o actividad, por medio de coordinación telefónica o envío de Ordinario a los miembros del Consejo o a su directiva.
- Planteamiento de los objetivos de la reunión y/o actividad.
- Elaboración de listados de asistencia y otros materiales requeridos.
- Ejecución de gestiones y/ o coordinaciones pertinentes.
- Gestión de recursos operativos (organización y obtención de lugar de reunión, materiales y recursos de distinta índole).

De forma específica las actividades desarrolladas en cada ámbito temático son las siguientes:

EJE TEMÁTICO	ACTIVIDADES
<i>a. Análisis del funcionamiento y calidad de atención del Centro de Salud</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Constante actualización respecto al funcionamiento del Centro de Salud (Dirección, Programas, Personal), como también a las variaciones de la Política, con el objeto de responder a las inquietudes de la comunidad.
<i>b. Asesoría en Postulación e implementación a proyectos sociales</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realización de gestiones telefónicas, escritas y/o personales, como también la revisión de documentación, a modo de obtener mayores antecedentes respecto a los Fondos Concursables. ▪ Indagar acerca de los requerimientos y necesidades que posee el Centro de Salud.
<i>c. Capacitación y Educación para la salud</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Investigación respecto a los contenidos de la educación, estructuración de la presentación y elaboración de material de apoyo. ▪ Coordinación con otros/as integrantes del Equipo de Salud, en el caso que la temática a trabajar sea de experticia de otras profesiones.
<i>d. Diagnóstico respecto a necesidades de salud de cada territorio</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observación durante las salidas a terreno ▪ Conversaciones informales con miembros de las comunidades.
<i>e. Entrega de Información:</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coordinación con Dirección, Jefes de Sector y/ o Programa para conocer informaciones operativas que se deban socializar.
<i>f. Promoción y prevención de salud</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Preparación de los contenidos a presentar. ▪ Gestionar la participación del Equipo de Salud. ▪ Gestionar la obtención de material de difusión
<i>g. Vinculación del Consejo Local a las actividades comunitarias</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planificación de las actividades en que será solicitada la participación del Consejo Local.

b. Segundo Momento: Actividades efectuadas durante la reunión del Consejo Local o en otras instancias de trabajo, según cada ámbito temático.

EJE TEMÁTICO	ACTIVIDADES
<i>a. Análisis del funcionamiento y calidad de atención del Centro de Salud</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se reciben las inquietudes declaradas por los miembros del Consejo. ▪ Se explican y clarifican las dudas presentadas. ▪ Se media frente al surgimiento de conflictos
<i>b. Asesoría en Postulación e</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se participa en la discusión respecto a las necesidades presentes en el Centro de Salud, aportando la visión del

EJE TEMÁTICO	ACTIVIDADES
<i>implementación a proyectos sociales</i>	<p>establecimiento respecto al tema, con el propósito de establecer el tipo de proyecto que se espera concretar.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El/la profesional participa en las distintas etapas que implican la implementación de proyectos sociales.
c. <i>Capacitación y Educación para la salud</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se desarrolla la actividad educativa y/o de capacitación a los miembros del Consejo, otorgando respuesta a las dudas que se presenten. ▪ Se implementan técnicas participativas dirigidas a discutir e intercambiar opiniones con respecto a los contenidos socializados. ▪ Cuando la actividad de capacitación es liderada por otro/a profesional del Equipo de Salud, se desarrolla un rol complementario.
d. <i>Diagnóstico respecto a necesidades de salud de cada territorio</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se motiva a analizar las necesidades de salud de la comunidad. ▪ Se lidera la reflexión, integrando también la perspectiva del Centro de Salud. ▪ Cuando el/la profesional estima necesario, dirige el análisis para no desviarlo de su objetivo, mediando en aquellas discrepancias que se puedan generar. ▪ Se fomenta el establecimiento de conclusiones diagnósticas y de acciones que promuevan la solución de las problemáticas detectadas.
e. <i>Entrega de Información:</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se realiza la presentación de la información referida al Centro de Salud. ▪ En el caso que se generen dudas y/ o discrepancias, el/la profesional explica las razones que fundamentan la información.
f. <i>Promoción y prevención de salud</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se desarrolla la presentación de temas vinculados a la promoción de estilos de vida saludables y a la prevención en salud, intencionando su discusión. ▪ Se planifican actividades de carácter promocional o preventiva en conjunto con el Consejo. ▪ Se motiva la participación de la comunidad en campañas de prevención y promoción de salud.
g. <i>Vinculación del Consejo Local a las actividades comunitarias</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se informa al Consejo Local acerca de las actividades comunitarias que se implementarán. ▪ Se motiva y organiza la participación del Consejo en estas actividades.

c. Tercer Momento: Actividades efectuadas con posterioridad a la realización de la reunión del Consejo Local, según cada ámbito temático establecido:

A modo general, se debe precisar que el/la profesional ejecuta en este momento todas las acciones pertinentes, destinadas a otorgar una respuesta a las dudas, inquietudes y requerimientos que surgen desde la reunión del Consejo Local. Así

también, se desarrollan las actividades que por su naturaleza, no pueden ser efectuadas durante la reunión (coordinaciones dentro y fuera del Centro de Salud, registros respectivos). Además, en este momento se concreta un trabajo más directo con la Directiva del Consejo Local, mediante la realización de gestiones telefónicas y/o personales.

Para especificar la información, se detallan aquellas actividades de carácter propio a cada ámbito temático:

EJE TEMÁTICO	ACTIVIDADES
<i>a. Análisis del funcionamiento y calidad de atención del Centro de Salud</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En el caso de situaciones graves visualizadas por los dirigentes, se realiza la coordinación con Dirección, con el propósito de dar a conocer los antecedentes y generar una respuesta oportuna al Consejo.
<i>b. Asesoría en Postulación e implementación a proyectos sociales</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se efectúan gestiones telefónicas, escritas y/o personales con el propósito de dar respuesta a los requerimientos generados en la reunión, que dicen relación con la elaboración, como con la implementación de algún proyecto social.
<i>c. Capacitación y Educación para la salud</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación de la actividad realizada, respecto a su desarrollo, a la estructura de la presentación y a la comprensión de los contenidos por parte del Consejo.
<i>d. Diagnóstico respecto a necesidades de salud de cada territorio</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se informa al Equipo de Salud respecto a las conclusiones generadas en la reunión, con el propósito de analizar los requerimientos y las necesidades planteadas por el Consejo
<i>e. Entrega de Información:</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar a Dirección respecto a la respuesta que generaron las informaciones otorgadas a la comunidad.
<i>f. Promoción y prevención de salud</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se ejecutan actividades promocionales y preventivas apoyadas por el Consejo local de Salud. ▪ Evaluación de la actividad realizada.
<i>g. Vinculación del Consejo Local a las actividades comunitarias</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durante la realización de las actividades comunitarias, se asesora al Consejo Local con el propósito de que la actividad se desarrolle según lo establecido.

E. RELACIONES CON LOS DEMÁS EMPLEOS PRESENTES EN LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL CON EL CONSEJO LOCAL DE SALUD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

En cuanto a la vinculación con otros empleos que emerge en el trabajo ejecutado con el Consejo Local, es posible precisar que en algunos Centros de Salud, se observa la implementación de diversas iniciativas que intencionan el trabajo interdisciplinario. En este sentido, es posible precisar los momentos en los cuales existe relación con otros/as profesionales del Equipo de Salud:

a. Relación con los demás empleos desarrollada en el Consejo Local liderado por Trabajo Social.

- *Con anterioridad a la realización de la reunión:* La vinculación con otros/as profesionales se restringe a una relación de carácter informal, donde se comunica a el/la Asistente Social los contenidos que el Equipo de Salud requiere entregar a la comunidad.
- *Durante la reunión:* La relación se limita a la entrega de información por parte de cada profesional con respecto a los programas del Centro de Salud, o bien a promocionar actividades para las cuales requiere el apoyo de la comunidad.

b. Relación con los demás empleos desarrollada en el Consejo Local con participación del Equipo de Salud.

- *Con anterioridad a la realización de la reunión:* La vinculación con el/la Asistente Social se lleva a cabo con el objetivo de discutir y preparar en conjunto los temas que se trabajarán en el desarrollo de la reunión, además de coordinar la forma en que éstos se presentarán a la comunidad.



Se observa reunión del Consejo Local efectuada por el CESFAM Gómez Carreño, en la cual participan diferentes miembros del Equipo de Salud: Asistente Social, Médico, Nutricionista y Secretaria de Servicio Social.

- *Durante la reunión:* Es posible distinguir una relación que implica un trabajo conjunto, lo cual se puede visualizar en el contenido y estructura de la reunión, donde se abordan temas preparados por el Equipo de Salud, confluyendo así diferentes visiones profesionales.
- *Con posterioridad a la reunión:* En algunas ocasiones se realiza una evaluación conjunta de la actividad desarrollada, analizando además las proyecciones para actividades posteriores.

F. NIVELES DE AUTONOMÍA Y RESPONSABILIDAD PRESENTES EN LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL CON EL CONSEJO LOCAL DE SALUD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

En cuanto al nivel de **autonomía** de los/as profesionales en la intervención efectuada con el Consejo Local, es posible establecer tres categorías relevantes generadas a partir de la observación de la práctica, las cuales se presentan a continuación:

- ***Autonomía profesional:*** Esta determinada por la experticia y autoridad que posee el/la Asistente Social en el ámbito del trabajo comunitario, la cual es reconocida tanto por la comunidad, como por parte de Equipo de Salud. Se destaca la autonomía en la generación de vínculos entre las organizaciones, potenciación de la participación e instauración de un trabajo colaborativo.
- ***Autonomía restringida por los requerimientos del Equipo de Salud:*** Esta situación se visualiza en la intervención dirigida al Consejo Local con participación del Equipo de Salud, donde la autonomía profesional se encuentra circunscrita al trabajo interdisciplinario, desarrollado a partir del consenso del Equipo y respetando los requerimientos, como las visiones de cada uno/a de los/as profesionales.
- ***Autonomía restringida por la participación de la comunidad:*** Debido a que la comunidad posee una visión paternalista con respecto a la solución de sus problemas, el quehacer profesional se ve restringido en las intervenciones enfocadas a promover la autogestión y la participación en salud.

Con relación a los niveles de **responsabilidad** que le corresponde asumir a el/la profesional en la intervención con el Consejo Local, es posible precisar los siguientes ámbitos:

- ***Empoderar a la comunidad con el propósito de constituirla en un ente autónomo.*** Se refiere a potenciar la capacidad y los recursos que poseen los dirigentes para lograr que asuman responsabilidades con respecto a su salud y al mejoramiento de la calidad de vida de la población. De esta forma el/la profesional debe delegar paulatinamente responsabilidades a los dirigentes, cumpliendo un rol enfocado a la coordinación de las distintas organizaciones.
- ***Propiciar el desarrollo de un rol asesor por parte del Equipo de Salud.*** Como una forma de promover la autonomía de la comunidad en el funcionamiento del Consejo Local.
- ***Promover la vinculación con las organizaciones.*** Lo cual implica desarrollar y establecer lazos entre las diversas organizaciones de la comunidad donde se inserta el establecimiento de APS, con el propósito de facilitar los canales de comunicación y la coordinación entre los actores de la comunidad.
- ***Otorgar informaciones fidedignas a los integrantes del Consejo Local.*** El/la profesional debe ser certero, claro y veraz en cuanto a las orientaciones e informaciones entregadas a la comunidad, con el objetivo de generar y mantener la confianza y credibilidad, necesarias para sustentar sus intervenciones.

G. COMPLEJIDADES PRESENTES EN LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL CON EL CONSEJO LOCAL DE SALUD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Las complejidades identificadas en la presente Situación Profesional, fueron establecidas a partir de tres tipologías, las que se manifiestan de forma transversal a las categorías establecidas:

- ***Dificultades relacionadas con la Comunidad:*** Hace referencia a la visión restringida que posee la comunidad con respecto al trabajo que se realiza con el

Consejo Local. Muchas veces, esta instancia es considerada como un espacio donde los Centros de Salud reciben reclamos y problemas detectados por las personas usuarias, relacionados generalmente con la calidad de atención y las prestaciones otorgadas. Esta situación obstaculiza la realización de un trabajo participativo, por lo cual el/la profesional debe intencionar que la comunidad visualice el trabajo con el Consejo Local como un espacio de organización, donde se plantean las necesidades, problemas y se generan soluciones y reflexiones de forma integrada.

- ***Dificultades relacionadas con el Equipo de Salud:*** En ciertas realidades, algunos integrantes del Equipo de Salud poseen una visión del Consejo Local restringida a un espacio para difundir información, es decir, se presenta una visión utilitaria de la comunidad, sin reconocerla como un recurso o un espacio de debate, a partir del cual es posible planificar propuestas participativas que integren a los distintos actores en el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

En este ámbito, el/la Asistente Social debe intencionar el acercamiento del Equipo de Salud al trabajo comunitario, aportando en modificar las concepciones que sus miembros poseen respecto a los conceptos que subyacen al quehacer con comunidad.

- ***Dificultades a nivel de organización del Consejo Local:*** En esta categoría se incluyen problemas de relaciones interpersonales que se generan entre los miembros del Consejo Local, la baja representatividad de su Directiva, y la existencia de una percepción negativa respecto al grado de influencia que poseen las decisiones y acciones del Consejo en el Centro de Salud. Lo anteriormente señalado, repercute en la baja credibilidad por parte de los dirigentes, en la disminución de la convocatoria y participación en reuniones.

**SITUACIÓN PROFESIONAL
DE TRABAJO SOCIAL EN
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

ÁMBITO COMUNIDAD

INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE
TRABAJO SOCIAL CON LA
COMISIÓN MIXTA SALUD EDUCACIÓN

SITUACIÓN PROFESIONAL:**INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL CON LA COMISIÓN MIXTA SALUD EDUCACIÓN (COMSE)*****A. CONTEXTOS DE LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL CON LA COMISIÓN MIXTA SALUD EDUCACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD***

La presente Situación Profesional se desarrolla dentro del contexto de la Promoción de Salud, la cual es definida como “el proceso que proporciona a las personas los medios necesarios para ejercer mayor control sobre su propia salud” (Servicio de Salud Coquimbo, 2006).

Cabe aportar además, que la Promoción de Salud se plantea como una relevante política de Estado, siendo sus ejes centrales la intersectorialidad y la participación social, concebidos con el propósito de impulsar cambios en los estilos de vida de la población. De este modo, la promoción es una estrategia que conlleva la implementación de acciones con las personas, familias y comunidades, en complemento con acciones político estratégicas encaminadas en la misma dirección.

Según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud 2000, sólo el 47% de la población chilena dice consumir verduras y frutas todos los días. Los nuevos hábitos alimenticios así como el sedentarismo explican el aumento de sobrepeso y la obesidad que en los adultos varía entre un 25% y un 40%. Especialmente preocupante es el caso de los niños menores de 6 años pues uno de cada cuatro tiene un peso excesivo.

Extraído de www.minsal.cl (2006)

En esta realidad, los Centros de Salud fomentan acciones promocionales que intencionan un cambio de las condicionantes de la salud, mediante la implementación de acciones de educación, información y comunicación social.

Cuando se hace alusión a los condicionantes de la salud, se relaciona la causa de importantes enfermedades con los estilos de vida y hábitos que poseen las personas. De esta manera, los Centros de Salud efectúan un trabajo dirigido a aquellos temas que se encuentran vinculados con el actual perfil epidemiológico de la población, los que se refieren a alimentación, actividad física, consumo de tabaco, factores protectores psicosociales y factores medioambientales.

La intervención profesional implementada en la COMSE, posee como eje orientador la promoción de salud en los alumnos/as de los distintos establecimientos educacionales que funcionan en el territorio del Centro, actuando sobre aquellas condicionantes de la salud que hayan sido priorizadas con anterioridad.

Si bien es cierto que la intervención desde la COMSE se dirige a los alumnos/as de los distintos establecimientos de educación de un determinado sector, son mayormente los de carácter municipalizado, aquellos que se vinculan en este espacio, existiendo una mínima inserción de establecimientos de carácter subvencionado y particular.

Por otra parte, no debe ser obviado que es Trabajo Social el encargado de liderar la acción con la Comisión Mixta, es decir, es la representación más visible y continua del Centro de Salud frente a los establecimientos educacionales de la comunidad. Sin embargo, en la actualidad, otros miembros del Equipo comienzan a integrarse a esta labor, con el propósito de efectuar acciones coordinadas e integrales.

B. REFERENTES CONCEPTUALES DE LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL CON LA COMISIÓN MIXTA SALUD EDUCACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La Comisión Mixta Salud Educación (COMSE) puede ser definida como una instancia legitimada de trabajo intersectorial, desarrollada entre el Centro de Salud y los establecimientos educacionales que forman parte del sector en el cual se inserta esta entidad de Atención Primaria. En este espacio, se intenciona abordar temáticas de salud con énfasis en la promoción de estilos de vida saludables, como una



Reunión Comisión Mixta Salud Educación, donde se establecieron los lineamientos generales para el trabajo a desarrollar durante el año 2006.
(CESFAM Gómez Carreño)

estrategia de intervención intersectorial que busca la modificación de hábitos y estilos de vida en los miembros de la comunidad educativa y en el entorno en el cual ésta se inserta.

El proyecto COMSE se orienta hacia la comunidad, entre sus objetivos se encuentra la realización de acciones preventivas, de promoción y de educación para la salud en la Escuela, considerando a todos los agentes que forman parte del sistema educativo. De esta forma, se busca apoyar las estrategias contenidas en la reforma de salud, tendientes a fortalecer la promoción de estilos de vida saludables y la adquisición de conductas de autocuidado por parte de la población.



Se observa la implementación de sesión del proyecto "importancia del vinculo en la preparación para la vida", ejecutado en la Escuela John Kennedy del Sector Canal Beagle.

(Centro de Salud Dr. Juan Carlos Baeza)

En este plano, el/la profesional, desarrolla un trabajo de coordinación entre las diferentes realidades educativas del sector, además de ejercer un rol sensibilizador y motivador frente a temáticas de salud, y a la incorporación de la visión de promoción de estilos de vida saludables, como herramienta fundamental para generar una comunidad educativa en equilibrio.

Las principales temáticas que se abordan en este espacio de trabajo, se encuentran asociadas a las necesidades de salud de niños, niñas y adolescentes, entre las cuales se destacan: salud oral, prevención en nutrición para evitar bajas de peso u obesidad, educación sexual y prevención del consumo de alcohol y drogas.

A partir de la observación realizada, la intervención profesional de Trabajo Social con la COMSE, puede ser estructurada en base a dos criterios:

➤ **Criterio 1: Según Instancia de Trabajo**

Se visualiza que la presente Situación Profesional no se restringe sólo al trabajo desarrollado en la reunión ejecutada mensualmente. En este sentido, la reunión se constituye en una figura que permite otorgar continuidad y visibilidad a la COMSE,

pero que no agota el trabajo con la comunidad educativa, existiendo cuatro instancias de intervención:

a. Reunión Comisión Mixta Salud Educación: Instancia de trabajo efectuada mensualmente, en la cual participan representantes del Centro de Salud liderados por Trabajo Social y delegados de los establecimientos educacionales (preescolares, básica y media).

En su desarrollo se plantean y discuten las necesidades de salud que presentan los establecimientos educacionales, analizando las variables que intervienen en su representación y las posibles soluciones. De acuerdo a la realidad escolar se discuten las acciones de promoción a realizar y los aspectos operativos de éstas. Además, se entregan informaciones referentes a programas y actividades implementadas por el Centro de Salud. Asimismo, se llevan a cabo capacitaciones relativas a temas de salud.

b. Planificación e implementación de proyectos y actividades dirigidas a la Promoción de Salud: Tomando como base las necesidades diagnosticadas en los establecimientos educacionales y el Plan Comunal de Promoción vigente, se elaboran y ejecutan actividades tendientes a promover estilos de vida saludables en la comunidad escolar.



Actividad de promoción ejecutada por el Equipo de Salud del CESFAM Gómez Carreño en el Jardín Infantil Semillita Verde

c. Coordinaciones: Se realizan distintas gestiones, durante el desarrollo de la reunión, como también en la planificación e implementación de proyectos comunitarios, destinadas a conseguir y coordinar espacios, recursos (humanos, materiales y financieros) y autorizaciones.

d. Vinculación de la COMSE a las actividades comunitarias: Los Centros de Salud impulsan distintas actividades de carácter comunitario, con el propósito de difundir su quehacer, de integrarse a la comunidad, como también de promocionar la salud en ésta. En este contexto, se informa e integra a la COMSE en el desarrollo de

estas actividades, participando como apoyo del Equipo de Salud, en las diferentes intervenciones que se realizan.

➤ **Criterio 2: Según Participación del Equipo de Salud.**

En la actualidad, el Equipo de Salud se encuentra en un proceso de integración al trabajo que se desarrolla con la COMSE, aportando con una visión de carácter integral y colaborativa, en pos del bienestar y mejoramiento de la calidad de vida de la población escolar. Es importante destacar que este proceso de integración se ha desarrollado de forma paulatina, presentándose un claro liderazgo de Trabajo Social en su evolución.

a. Comisión Mixta Salud Educación liderada por Trabajo Social: Se refiere a aquel trabajo desarrollado con la COMSE, en el cual Trabajo Social se visualiza como el nexo principal entre el Centro de Salud y los Establecimientos Educativos. En este sentido, el/la profesional debe asumir el liderazgo y la responsabilidad en las

tareas de convocatoria, análisis de necesidades, desarrollo de actividades vinculadas con la promoción de la salud, capacitación con respecto a diversos temas de salud, además de asesorar a la COMSE en la planificación e implementación de proyectos.

b. Comisión Mixta Salud Educación con participación del Equipo de Salud: Se destaca su inserción en las tareas de capacitación orientadas al cuidado de la salud, además de la participación en las diversas actividades de promoción.



Boletín Comunitario elaborado por el CESFAM Gómez Carreño, donde algunos establecimientos integrantes de la COMSE participaron otorgando informaciones relevantes para la comunidad.

C. FINALIDAD DE LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL CON LA COMISIÓN MIXTA SALUD EDUCACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

El trabajo que se desarrolla con la COMSE, tiene como finalidad en una primera instancia, coordinar a los sectores de salud y educación, con el propósito de aportar en el bienestar y calidad de vida de la comunidad educativa. Con el transcurso del tiempo se han incorporado elementos de relevancia, tales como el análisis y elaboración de propuestas para la promoción de la salud, o bien soluciones de problemas de tipo social, no tan sólo en el establecimiento educacional, sino también en el sector en cual se encuentra inserto el Centro de Salud.

Es posible establecer finalidades específicas para las categorías desarrolladas, las cuales se mencionan a continuación:

CATEGORÍA	FINALIDAD
Categoría 1: Instancia de Trabajo	
a. <i>Reunión Comisión Mixta Salud Educación</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocer y analizar las necesidades de salud de la comunidad educativa, fomentando la generación de soluciones frente a las problemáticas detectadas. ▪ Facilitar canales de comunicación entre los diferentes establecimientos educacionales.
b. <i>Planificación e Implementación de Proyectos y Actividades de Promoción de la Salud</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participar en la elaboración de proyectos de promoción de salud que respondan a las necesidades de los establecimientos educacionales. ▪ Fomentar la integración del Equipo de Salud, en la elaboración e implementación de estos proyectos.
c. <i>Coordinaciones</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Efectuar las gestiones necesarias para el adecuado desarrollo de actividades, proyectos y reuniones que emergen en la intervención con la COMSE.
d. <i>Vinculación de la COMSE a las actividades comunitarias</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Integrar a los establecimientos que participan en la COMSE, a las actividades o intervenciones comunitarias que implementa el Centro de Salud.
Categoría 2: Según Participación del Equipo de Salud	

CATEGORÍA	FINALIDAD
<i>a. Comisión Mixta Salud Educación liderada por Trabajo Social</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ejercer la función de nexo entre el Centro de Salud y los establecimientos educativos. ▪ Ampliar y promover los canales de comunicación entre los diferentes establecimientos educativos. ▪ Validar la COMSE ante el Equipo de Salud.
<i>b. Comisión Mixta Salud Educación con Participación del Equipo de Salud</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Responder en forma integral, a las necesidades y requerimientos de los establecimientos educativos.

D. ACTIVIDADES PRESENTES EN LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL CON LA COMISIÓN MIXTA SALUD EDUCACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Las actividades realizadas en la Intervención Profesional de Trabajo Social con la Comisión Mixta Salud Educación, son presentadas de forma diferenciada, según los cuatro ámbitos de trabajos establecidos en esta Situación Profesional (criterio 1). El análisis se detalla a continuación en la siguiente tabla:

ÁMBITO DE TRABAJO	ACTIVIDADES
<i>a. Reunión Comisión Mixta Salud Educación</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realización de Convocatoria ▪ Establecimiento de los objetivos de la reunión ▪ Elaboración de listados de asistencia y otros materiales que se requieran (según el objetivo) ▪ Invitación y/o coordinación con otros/as miembros del Equipo. En el caso de capacitaciones, se efectúa una planificación conjunta de su desarrollo. ▪ Liderar el desarrollo de la reunión. ▪ Se promueve el análisis y la discusión de las temáticas tratadas, como también la generación de conclusiones respecto a éstas. ▪ Se realiza programación temática, donde se establecen los temas de trabajo que serán abordados. ▪ Se participa en capacitaciones según grado de competencia profesional ▪ Se registra la actividad (cuaderno de campo u otro medio utilizado/ estadística diaria/ estadística de promoción)
<i>b. Planificación e implementación de Proyectos y actividades</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se planifican proyectos de promoción de salud, definiendo sus objetivos, fundamentación, actividades y recursos.

ÁMBITO DE TRABAJO	ACTIVIDADES
<i>dirigidos a la Promoción de Salud</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Motivar la integración del Equipo de Salud, durante la planificación como también en la implementación de proyectos y/o actividades. ▪ Se implementan las actividades y / o proyectos planificados en las distintas realidades escolares. ▪ Elaboración de materiales de apoyo. ▪ Se gestiona la obtención de los recursos necesarios. ▪ Evaluación del proyecto y/o actividad implementada ▪ Registro de las actividades y/o proyectos (cuaderno de campo u otro medio utilizado/ estadística diaria, estadística de promoción)
<i>c. Coordinaciones</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se convoca a reuniones y actividades, de forma verbal, telefónica o escrita, según corresponda. ▪ Se gestionan recursos, tanto dentro como fuera del Centro de Salud, con el propósito de obtener aquellos de carácter humano, material y financiero que se requieren. ▪ Se gestiona la asistencia de otros miembros del Equipo de Salud, según se requiera. ▪ Se gestionan autorizaciones, tanto dentro como fuera del Centro de Salud, con el objeto de concretar actividades. ▪ Se delegan responsabilidades a los integrantes de la COMSE, en la realización de actividades de promoción.
<i>d. Vinculación de la COMSE a las actividades comunitarias</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se planifican las actividades concretas en que participarán los integrantes de la COMSE. ▪ Se discute y establece la forma en que aportarán a las actividades. ▪ Se acuerda la obtención de materiales para la actividad. ▪ Se establecen los encargados de organizar el desarrollo de la actividad ▪ Se asesora a la COMSE con el propósito de que la actividad se desarrolle según lo establecido.

E. RELACIONES CON LOS DEMÁS EMPLEOS PRESENTES EN LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL CON LA COMISIÓN MIXTA SALUD EDUCACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

En la presente Situación Profesional, es posible establecer la existencia de tres momentos en los cuales Trabajo Social se vincula con otros/as profesionales:

- **Momentos programáticos:** El trabajo en equipo, se concreta cuando las Jefaturas requieren otorgar diversas informaciones relacionadas con los distintos programas que implementa el Centro de Salud.

- **Momentos de capacitación:** Donde el Equipo de Salud se reúne y coordina para capacitar a los integrantes de la Comisión, en temas relacionados generalmente con la prevención y promoción de la salud. En este momento, los miembros del Equipo discuten y preparan en conjunto los contenidos a socializar, ejecutan las acciones y finalmente evalúan la capacitación realizada.

- **Colaboración en actividades:** Al implementar actividades de promoción, se requiere del aporte de la totalidad del Equipo de Salud, con la finalidad de integrar las diferentes visiones y experticias profesionales. Para lograr este propósito el/la Asistente Social se reúne con el Equipo de Salud para discutir y planificar la actividad de promoción a desarrollar. Posteriormente, ejecutan las acciones planificadas, realizando un trabajo coordinado y participativo en la implementación y la evaluación de la actividad.



Actividad del Proyecto "Descubriendo y Cuidando mi Cuerpo" implementado en el Jardín Infantil Antú del Sector de Villa Hermosa. En la ejecución de este proyecto, participaron la Asistente Social, Kinesióloga y Nutricionista del Centro de Salud Dr. Juan Carlos Baeza.

F. NIVELES DE AUTONOMÍA Y RESPONSABILIDAD PRESENTES EN LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL CON LA COMISIÓN MIXTA SALUD EDUCACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Respecto al nivel de **autonomía**, ejercido por el/la profesional en el trabajo efectuado con la Comisión Mixta Salud Educación, es posible plantear la existencia de tres categorías relevantes que emergen a partir de la observación de la práctica, las cuales se presentan a continuación:

- **Autonomía profesional:** Visualizada en la capacidad de convocatoria, en el manejo de los temas desarrollados en la reunión, como también en la generación de canales de comunicación entre los diferentes establecimientos educacionales, que develan la experticia que este/a profesional posee para intervenir de forma intersectorial.

- **Autonomía restringida por los requerimientos programáticos:** Manifestada cuando el/la Asistente Social debe integrar a las Reuniones, ciertas informaciones y requerimientos, que emergen desde los programas que implementa el Centro de Salud.
- **Autonomía restringida por la participación de los establecimientos educacionales:** Los variables y relativos niveles de participación de ciertos establecimientos educacionales, restringen la intervención de Trabajo Social con la COMSE.

Con relación a los niveles de **responsabilidad** que le corresponde asumir a el/la profesional, en el trabajo desarrollado con la COMSE, se precisan los siguientes:



Nutricionista expone sobre una actividad de alimentación saludable realizada en jardines infantiles, en una reunión de COMSE.
(Sector de Achupallas, Centro de Salud Miraflores)

- **Acercar a los establecimientos educacionales al trabajo desarrollado por la COMSE.** Lo cual implica realizar un trabajo de convocatoria y motivación constante dirigido a los establecimientos educacionales más reticentes a participar, con el propósito de integrarlos a esta iniciativa.
- **Conocer las necesidades y requerimientos de la comunidad educativa.** Con el objeto de promover acciones que se encuentren vinculadas a la realidad, y que logren tener impacto en el mejoramiento de la calidad de vida de esta comunidad.
- **Promover el desarrollo de estilos de vida saludables.** Se intenciona promover una comunidad educativa saludable y equilibrada, que comprenda y fomente la alimentación saludable, la actividad física, los ambientes libres del humo del tabaco, entre otros aspectos.
- **Promover la inserción del Equipo de Salud en la COMSE.** Debido a que el/la Asistente Social posee una mayor vinculación y conocimiento de la comunidad educativa, le corresponde validar ante el Equipo de Salud el trabajo que se realiza en

este espacio, además de promover la importancia de integrar a los/as profesionales para el desarrollo de un trabajo conjunto.

G. COMPLEJIDADES PRESENTES EN LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL CON LA COMISIÓN MIXTA SALUD EDUCACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Las complejidades observadas en el desarrollo de la Intervención Profesional con la COMSE, son consignadas sobre la base de dos categorías:

- ***Dificultades relacionadas con los Establecimientos Educativos:*** Hace referencia a la visión restringida que se presenta en muchos establecimientos educativos respecto al concepto salud, relacionándolo directamente con la ausencia de enfermedad y la entrega de atención asistencial. Para superar esta concepción parcializada, el/la profesional debe relevar la promoción de estilos de vida saludables como una importante herramienta que permite elevar la calidad de vida de la comunidad escolar.

Debido a la existencia de establecimientos educativos que no se incorporan a la COMSE, el/la profesional debe informar y motivar para promover el paulatino acercamiento a esta instancia, con el propósito de validar y difundir el trabajo que allí se desarrolla.

- ***Dificultades relacionadas con el Equipo de Salud:*** La principal dificultad en este aspecto, se encuentra vinculada al distanciamiento que en ciertas ocasiones posee el Equipo de Salud con respecto a la realidad de la comunidad educativa. Se observa que con cierta frecuencia, algunos miembros del Equipo, se relacionan con la Comisión sólo cuando requieren entregar informaciones de carácter operativo sobre el Centro de Salud.

En este sentido, el/la Asistente Social debe trabajar para validar la importancia de las acciones desarrolladas en la COMSE, para concretizar un trabajo interdisciplinario que aborde las determinantes de la salud desde una visión amplia e integradora.

CAPÍTULO VI

SITUACIONES PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

ÁMBITO GESTIÓN

CAPÍTULO VI

SITUACIONES PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. ÁMBITO GESTIÓN

En este capítulo se presenta la sistematización de las Situaciones Profesionales de Trabajo Social desempeñadas en la Atención Primaria de Salud, en el ámbito de la comunidad. Según la siguiente estructura:

6.1. Análisis Disciplinario de Trabajo Social en Atención Primaria de Salud: Ámbito Gestión

6.2. Sistematización De Situaciones Profesionales de Trabajo Social en Atención Primaria de Salud: Ámbito Gestión

- Dirección de Centros de Salud
- Jefatura de Some
- Jefatura de Sector

6.1. ANÁLISIS DISCIPLINARIO DE TRABAJO SOCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: ÁMBITO GESTIÓN

A. CONTEXTOS DE LAS SITUACIONES PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL: ÁMBITO GESTIÓN

- ***Contexto Político-Institucional:*** El discurso promocional de la Atención Primaria coexiste junto a una realidad epidemiológica que obliga a intervenir en procesos asistenciales. Por otra parte, existe la percepción que los recursos financieros son insuficientes para atender a la extensa población beneficiaria, y se dificulta el cumplimiento de las metas exigidas por el Ministerio de Salud. Sin embargo, no existe claridad en definir si los problemas de recursos se deben a su escasez o a su deficiente gestión. Una dificultad que resulta evidente en el ámbito financiero, es el desfase con que se reciben los recursos en relación al momento de implementación de algunos programas. En ocasiones, los problemas administrativos-institucionales (por ejemplo, retraso en pago de honorarios) generan perturbaciones en el desempeño laboral.
- ***Contexto de los Equipos de trabajo:*** La visión rígida de roles y funciones va dando paso a una complementariedad en las tareas y la evaluación conjunta de los programas. Algunos/as profesionales mencionan los positivos efectos que ha tenido la iniciativa de algunas direcciones de entregar más poder resolutivo (incluso sobre los recursos financieros) a los Equipos sectorizados. Esto le ha dado más protagonismo a los/as profesionales sobre las materias en las que están directamente involucrados, mejorando la cohesión grupal.

“...todos los Equipos tienen características particulares, entonces creo que esa descentralización de la gestión fue bastante positiva para los Equipos, porque desde sus competencias empezaron a aportar a la gestión.” (GES_01, 393-396)

B. DEFINICIÓN DE LAS SITUACIONES PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL: ÁMBITO GESTIÓN

A partir de la información recabada, se puede destacar que la mayoría de los/as profesionales concibe al trabajo en ámbitos de gestión, como un rol distinto al que se desempeña como Asistente Social. Incluso, en algunos casos, los cargos de gestión son percibidos como disociados de la profesión. El trabajo en gestión, entonces, sería una labor que se proyecta más allá de la definición tradicional del Trabajo Social. Por este motivo, algunas/os profesionales perciben que no existe una especificidad de Trabajo Social en esos cargos.

“...los cargos que ejerce en gestión no los desempeña como Asistente Social, sino que como un profesional más del Equipo de salud.” (GES_03, 17-19)

Esta visión coexiste con una perspectiva más integradora, que visualiza la presencia de roles de gestión en distintos ámbitos:

- **Trabajo Clínico:** Referido a la atención directa de las personas y familias, equivalente al rol tradicional y con énfasis en lo asistencial. Implica la asesoría y orientación en la entrega de beneficios sociales. Pretende mejorar los procesos en relación a los recursos y las necesidades de la gente.
- **Trabajo Comunitario:** Referido a la administración de proyectos dirigidos a los grupos y comunidades, de carácter asistencial y promocional. Implica trabajar coordinadamente con las redes sociales y asesorar en temas de planificación, ejecución y evaluación de proyectos sociales.
- **Trabajo en Gestión:** Referido a cargos directivos, en donde se deben administrar recursos humanos, materiales, financieros. Como también, gestionar información. En este sentido, el trabajo en gestión, corresponde a un área de mayor responsabilidad, ya que se remite a la coordinación de programas ministeriales y la administración de diversos recursos. Existen los siguientes tipos de gestión:
 - **Gestión Administrativa:** Corresponde al manejo de los recursos humanos, financieros y materiales.

- *Gestión Técnica:* Implica poseer cierta experticia en el trabajo, para realizar el monitoreo de la labor de los/as profesionales del Equipo, evaluar periódicamente los programas, controlar las estadísticas y resolver los problemas emergentes.
- *Gestión Intersectorial:* Se impulsa la coordinación con los distintos sectores que componen la red asistencial, en temas de educación, violencia intrafamiliar, vivienda, entre otros.

Cabe destacar que la labor en la que los/as profesionales perciben que tienen mayor dominio, es en la administración de recursos humanos. La formación de pregrado y el tradicional manejo de habilidades comunicacionales por parte de los/as Asistentes Sociales le permiten tomar decisiones en este ámbito.

C. SITUACIONES PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL: ÁMBITO GESTIÓN

Las Situaciones Profesionales de Trabajo Social en Gestión presentes en la Atención Primaria que emergen del discurso de los/as profesionales, son las siguientes:

- ***Dirección de Centros de Salud:*** Implica coordinar todos los recursos del establecimiento para dirigirlo hacia el cumplimiento de metas que propone el Ministerio. Se requiere de competencias en el manejo administrativo, técnico, financiero y comunicacional.

“La gestión direccional yo la defino como la posibilidad de desarrollar toda la capacidad administrativa que yo manejo para guiar el grupo humano que dirijo. Los recursos materiales y financieros hacia el logro de metas que tenemos planteadas.” (GES_04, 81-85)

- ***Jefatura de SOME:*** A cargo del Servicio de Orientación Médica y Estadística, en donde se registran a las personas usuarias, se organizan las horas de atención de los distintos/as profesionales, y se elaboran las estadísticas respectivas.

- **Supervisión de programas:** Se tiene la responsabilidad de administrar técnica y administrativamente los diversos programas emanados del Ministerio. Implica el contacto permanente con los involucrados para realizar una adecuada evaluación.

“...ver como se implementan estas normativas, que provienen desde el Ministerio (...) desde ir manejando ciertos criterios, técnicas -que son como las normas y las orientaciones- cómo bajar eso a los otros profesionales.”

(GES_02, 26-29)

D. FINALIDAD DE LAS SITUACIONES PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL: ÁMBITO GESTIÓN

En este tema, los/as profesionales se sitúan desde dos perspectivas: una más bien global, en donde se precisan objetivos de carácter más general, como el mejoramiento de la calidad de vida de las personas usuarias y la satisfacción de las necesidades del Equipo de Salud. La otra perspectiva, se refiere a tareas más específicas propias de gestión, entre las que se pueden destacar:

- **Finalidades relativas a la Gestión de Recursos Humanos:** Se le otorga gran relevancia a los recursos humanos, adjudicándoles la responsabilidad en el éxito de los programas. Debido a esto, se identifica como finalidad mejorar el entorno físico (hermosear los espacios), mejorar el entorno emocional (realizar intervenciones en salud mental) y habilitar técnicamente (otorgar capacitación).
- **Finalidades relativas a la Gestión Técnica:** Asegurar que todas las acciones tengan un carácter promocional, además de facilitar el funcionamiento óptimo de los programas según sus recursos, y atraer a la mayor cantidad de usuarios/as al Centro de Salud.

Es preciso mencionar que con respecto a la realización de acciones promocionales, existe la crítica de que las metas exigidas institucionalmente responden más bien a un carácter asistencial, y dejan de lado el enfoque promocional y preventivo propuesto para la Atención Primaria de Salud.

“...yo siento que en eso se perdió el norte, enfocando las acciones netamente asistenciales porque el auge te lo exige (...) los Equipos están reventados con las metas. Y entonces de qué promoción y prevención me hablas en la Atención Primaria, si los Equipos están centrados en atender gente ya dañada como son los diabéticos, los hipertensos...” (GES_01, 222-227)

E. ACTIVIDADES Y TAREAS PRESENTES EN LAS SITUACIONES PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL: ÁMBITO GESTIÓN

Las actividades se clasifican de la siguiente manera:

- ***Actividades de Coordinación:*** Referidas a la relación con otros, la conexión con las redes más idóneas según los recursos que se necesitan. Requiere de una visión clara del macrosistema institucional.
- ***Actividades de Proyectos:*** Referidas a la formulación, implementación, monitoreo, evaluación de proyectos y la asesoría a personas y grupos en estas temáticas.
- ***Actividades de Administración:*** Vinculadas a la asignación y manejo de recursos humanos, financieros, materiales.
- ***Actividades Técnicas:*** Referidas al manejo directo de los programas, el conocimiento de las temáticas, el manejo de las estadísticas de cobertura, metas y normas, el seguimiento epidemiológico y el conocimiento de las patologías AUGE y emergentes.

F. RELACIONES CON LOS DEMÁS EMPLEOS PRESENTES EN LAS SITUACIONES PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL: ÁMBITO GESTIÓN

El colectivo profesional define dos instancias de trabajo en equipo en las Situaciones Profesionales de gestión:

- ***La gestión clínica:*** Tiende al mejoramiento de los procesos de atención asistencial en relación a los recursos que posee el Centro de Salud, tomando en consideración las necesidades de las personas usuarias.
- ***La gestión de calidad:*** Se realizan reuniones periódicas de trabajo que integra a todas las Jefaturas de programas que se ejecutan en el Centro de Salud. Su objetivo radica en la evaluación de los procesos de cada programa, es decir, su adecuado desarrollo y la resolución de las contingencias.

Desde la perspectiva de una profesional que se desempeña como Directora de un Centro de Salud, el trabajo en equipo también se relaciona con la permanente retroalimentación que recibe cada uno de los/as profesionales al estar en contacto con los demás miembros del Equipo. Esto se refleja en que las Jefaturas van mejorando su desempeño al acoger las apreciaciones y evaluaciones que hacen sus subalternos.

El colectivo también considera de mucha importancia el validar y reconocer las competencias diferenciadas que tiene cada una de las personas que forman parte del Equipo. Esto facilita el desarrollo de roles complementarios y permite una gestión participativa y descentralizada.

G. CAMPOS DE AUTONOMÍA Y RESPONSABILIDAD PRESENTES EN LAS SITUACIONES PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL: ÁMBITO GESTIÓN

Principalmente, el colectivo identifica dos ámbitos de responsabilidad, que se detallan a continuación:

- **Responsabilidad con las Personas:** Corresponde a la emisión de conductas éticamente adecuadas por parte del/de la profesional. Entre estos preceptos, se encuentran: No generar falsas expectativas a las personas usuarias, establecer metas realistas y viables, entregar una información veraz y responsable, entre otras. Otro aspecto a considerar es que en la implementación de los programas, no se debe olvidar a las personas, considerando sus características únicas y personales, sus requerimientos, necesidades y derechos.

“...aunque sea gestión, la autodeterminación está presente, yo creo que la gente tiene que ser capaz en algún momento de hacerse cargo de su salud y que la Atención Primaria colabore en eso.” (GES_01, 264-267)

- **Responsabilidad Institucional:** En este aspecto corresponde responder a los lineamientos generales de los programas e iniciativas generadas desde el nivel central. Para lograr las metas que se plantean en la Atención Primaria, la responsabilidad apunta a gestionar los recursos técnicos, humanos y financieros para lograr dichas metas.

Por otra parte, una de las entrevistadas considera que su grado de autonomía es muy reducido, ya que no puede desarrollar actividades con independencia, y por el contrario, toda iniciativa recae en la Dirección del establecimiento.

H. NIVEL DE COMPLEJIDAD DE LAS SITUACIONES PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL: ÁMBITO GESTIÓN.

Respecto a las situaciones complejas que afectan la labor profesional de Trabajo Social en el ámbito de Gestión, se distinguen las siguientes:

- **Problemas de recursos en la implementación de los Programas exigidos por el Ministerio de Salud:** Como ocurre en otros sectores públicos, existe una importante tensión referida a la escasez de recursos. En ese contexto, los/as profesionales son responsables de priorizar aquellos aspectos más críticos según la contingencia. Como se sabe, esta toma de decisiones no está exenta de cuestionamientos y conflictos con los involucrados directos.

“...el programa de salud mental se armó considerando muchos recursos, con mucha voluntad, mucho empeño y con un plan nacional, pero a la hora de implementarlo con pocos recursos, es difícil, y yo creo que la gestión más complicada fue la de recursos humanos, en el sentido de que había mucha gente que estaba contratada a honorarios por mucho tiempo...” (GES_02, 270-278)

- **Estatus contractual de los/as profesionales:** En el caso de aquellos profesionales contratados por honorarios durante tiempo prolongado, y que por lo tanto presentan una situación laboral más inestable, se dificulta la labor directiva en el sentido de exigir y evaluar responsabilidades y obtención de metas.
- **Conciliar el rol administrativo y el rol técnico:** En situaciones en que la institución presenta problemas administrativos (por ejemplo, vinculados con el pago de honorarios y la compra de materiales), se dificulta el desempeño del rol técnico, ya que se generan conflictos al presentar exigencias de responsabilidades y cumplimiento de metas. Lo que genera el conflicto es la dificultad para conciliar ambos roles, en un contexto en donde uno de ellos no está cumpliendo con las expectativas.

- **Las relaciones interpersonales:** Como es natural, en estos grupos humanos surgen diversos conflictos, sin embargo, cuando se magnifican pueden afectar negativamente el trabajo, situación que puede llegar a complejizar la gestión.

“La problemática más difícil son las relaciones interpersonales y eso es válido en todas partes, (...) donde trabajan personas se dan estas diferencias, pero va ha depender de cómo uno gestione. También si uno es estable y con todos iguales, o tiene favoritismos. En esa medida, uno puede tener problemas o no, también depende de las personas con las que se relacione y de la cantidad de respeto y autoridad.” (GES_04, 94-101)

I. APORTES Y APRENDIZAJES PARA EL TRABAJO SOCIAL: ÁMBITO GESTIÓN

A partir de los discursos del colectivo, se pueden identificar las siguientes áreas de aprendizaje:

- **Desarrollo de Competencias:** El colectivo señala que tradicionalmente, la formación profesional no apunta directamente a las competencias necesarias en gestión, sino que enfatiza el rol tradicional, más vinculado a la labor asistencial. Por lo tanto, es necesario capacitarse permanentemente para tener un desempeño adecuado. También concuerdan en que la amplitud temática que otorga el ámbito gestión es bastante enriquecedora para los/as profesionales.

“...si uno tiene acceso a capacitación, uno ahí adquiere competencias no necesariamente de la propia profesión, sino que también se va aprendiendo de todo un poco. (...)el conocimiento de otras cosas, la toma de decisiones, sentir que se pueden tomar ciertas decisiones y que cuando uno está en un nivel más micro, no tiene.” (GES_02, 323-331)

- **Revalorización del Trabajo en Equipo:** Se asume que para lograr las metas es imprescindible el trabajar coordinadamente con otros, aportando con la cuota de experticia que se posee. El/la Asistente Social tiene la capacidad de vincular los conocimientos más especializados y específicos con una visión holística de la realidad social.

“El poder compartir con Equipos multidisciplinarios permite establecer relaciones profesionales que fomentan un espacio donde se desarrolla lo interdisciplinario y lo transdisciplinario.” (GES_02, 331-334)

- **Importancia de la innovación:** Se asume que para enfrentar las contingencias deben generarse estrategias novedosas, actualizar los conocimientos, incorporar a otros actores, reinventando las tareas tradicionales.

“Con la gente nunca puedes bajar la guardia, siempre tienes que estar ahí tratando de ser lo mas innovadora posible en tu gestión para ir avanzando, porque a veces si te quedas en lo formal no logras mucho... también hay que buscar lo informal (...) nunca esta todo dicho en gestión, siempre se puede hacer una cosita más para mejorar algunos procesos” (GES_01, 734-741)

- **Importancia de la dinámica institucional:** Cuando se poseen responsabilidades en el ámbito de gestión, se establece contacto con la dinámica administrativa de las instituciones, y comienzan a emerger conflictos relacionados con los recursos, el ordenamiento jerárquico y los problemas estructurales. Lo cual permite a el/la profesional establecer un proceso de negociación y construcción conjunta con el Equipo de Salud.

“...por mucho que yo quisiera sacar bien las cosas, me topé con una barrera o con una muralla muy dura, y que era la misma Corporación. Eso pasa porque la Corporación estaba y está aún muy mal, entonces no nos da los elementos suficientes, ni las herramientas, ni financieras, ni materiales, para poder sacar las cosas adelante; y eso para mi ha sido una cosa difícil...” (GES_04, 192-199)

6.2. SISTEMATIZACIÓN DE SITUACIONES PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: ÁMBITO GESTIÓN

Se presentan a continuación las fichas de las Situaciones Profesionales: Dirección de Centros de Salud, Jefatura de SOME, y Jefatura de Sector.

**SITUACIÓN PROFESIONAL
DE TRABAJO SOCIAL EN
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

ÁMBITO GESTIÓN
DIRECCIÓN DE CENTROS DE SALUD

SITUACIÓN PROFESIONAL:
DIRECCIÓN DE CENTROS DE SALUD

A. CONTEXTOS DE LA DIRECCIÓN DE CENTROS DE SALUD DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

La gestión de los Centros de Salud es compleja, porque el cambio epidemiológico y las características de oferta y demanda del servicio obligan a adoptar nuevos conceptos en la dirección de la organización, a crear nuevos sistemas, lo que significa cambiar el estilo tradicional de trabajo. Esta complejidad también está vinculada al manejo financiero, a las inversiones y a la infraestructura necesaria, tanto material como de recursos humanos.

El Centro de Salud otorga a la persona usuaria un servicio dentro de la organización. Esto hace que los comportamientos personales y de equipos de trabajo se vean influenciados, favorablemente o no, para cumplir con las funciones preestablecidas por la organización. Además, la heterogeneidad del personal que trabaja en el Centro condiciona la existencia de actitudes contrarias al cambio, lo que implica un constante desafío para la capacitación como herramienta dirigida a modificar actitudes, dado que el principal activo de un Centro de Salud son sus recursos humanos.

En los Centros de Salud confluyen diversas ramas del saber, por lo que es primordial una alta coordinación para lograr una óptima relación interdisciplinaria, en la que es imprescindible una especialización en la administración. En consecuencia, esta labor debe ser mayoritariamente conducida por equipos profesionales que tengan formación en dicha área. En este sentido, una gestión óptima requiere de una visión global compartida por toda la organización acerca de su misión en el sector y en la comunidad, una planificación estratégica para el logro de los objetivos, un énfasis en la relación profesional-usuario y en las comunicaciones, delegación de responsabilidad y autonomía, descentralización en el manejo de información y toma de decisiones en cada Sector.

No es posible llevar a cabo todo lo que la Dirección quiere hacer si no cuenta con el apoyo de las autoridades y de todas las Jefaturas, considerando a éstas como eslabones del conjunto, y no en forma unitaria sino que integralmente. Una gestión

adecuada exige flexibilidad, equipos de trabajo coordinados y alianzas estratégicas con la comunidad.

Las características del sector salud hacen que la gestión sea compleja y delicada, puesto que la calidad de vida de las personas está de por medio. En general, en los Centros de Salud existe una cultura organizacional de tradición, que no es muy permeable a los cambios. Por otra parte, en algunos contextos, existe rigidez en su normativa y en su operatividad, lo que dificulta los cambios en su administración. También se pueden dar situaciones contractuales poco adecuadas, que hacen a la organización poco competitiva con otras instituciones de salud o generan sensación de inestabilidad laboral en los funcionarios.

B. REFERENTES CONCEPTUALES DE LA DIRECCIÓN DE CENTROS DE SALUD DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Tal como ocurre con otras Situaciones Profesionales del ámbito de la gestión, la Dirección de Centros de Salud involucra labores distintas a las asignadas tradicionalmente a los/as Asistentes Sociales, sin perjuicio de que algunas competencias de la profesión son determinantes en el ejercicio de ésta.

En este sentido, el rol del/de la profesional adquiere algunos matices característicos:

- Como *productor de información*, el/la Asistente Social procesa la información recibida, en una red de reuniones, conversaciones y acuerdos, y luego origina y entrega la información que canaliza la decisión o acción de sus subordinados. Se puede decir ilustrativamente, que recibe problemas y entrega orientaciones para que el Equipo ejecute concretamente una acción o desarrolle autónomamente una respuesta (por ejemplo, generando un proyecto).
- En otro aspecto, se puede decir que su trabajo consiste en pensar el *Centro como una totalidad*, es su tarea el buscar soluciones para las contradicciones y conflictos que surgen tanto del medio que los rodea y que se manifiesta a través de las personas usuarias (sujetos externos), como de situaciones similares entre el personal (sujetos internos).

- Otra de las aristas de su labor, dice relación con el *liderazgo*. Esta habilidad se hace más significativa en la negociación, ya que la calidad de los acuerdos a los que llegue con sus subordinados, le permitirán alcanzar los mejores objetivos posibles para la totalidad del Centro de Salud.
- La habilidad como *negociador* surge de la necesidad que se origina en su relación con las personas que forman la organización, especialmente con los subordinados directos. La existencia de un conflicto entre los subsistemas (funcionarios, equipos de trabajo), debe ser resuelto para que el todo pueda operar. Dicha solución se alcanza a través de un acuerdo entre las partes conflictivas, y este acuerdo implica que ambas partes deben hacer concesiones.
- Una de las funciones más determinantes a la hora de administrar el Centro de Salud dice relación con el *manejo financiero* de la institución, puesto que esto implica la necesidad de asegurar la viabilidad de los programas de salud, la mantención del recurso humano, así como el funcionamiento operativo del Centro.

Con respecto a las cuestiones administrativas asociadas al cargo que representa esta Situación Profesional, se debe destacar que:

- El nombramiento del/de la Director/a del establecimiento de Atención Primaria de Salud Municipal tendrá una duración de tres años. Con tres meses de antelación, se llamará a concurso de antecedentes, pudiendo postular el Director que termina su período.
- El/la directora/a de un Centro de Salud Municipal de Atención Primaria tendrá derecho a la asignación de responsabilidad directiva que fije la respectiva Entidad Administradora y que no podrá ser inferior, al 10% ni superior al 30% de la suma del sueldo base y de la asignación de Atención Primaria correspondiente a su categoría y nivel de la carrera funcionaria.

En síntesis, a partir de la observación en terreno es posible identificar cinco ámbitos de intervención en esta Situación Profesional, las que se precisan a continuación:

- a. **Gestión de Recursos Humanos:** Es el área relacionada con todos los aspectos del personal del Centro de Salud, la determinación de sus necesidades, la selección, el desarrollo, y el manejo de otros asuntos de bienestar. Dice relación con los procedimientos que procuran la mejor elección, educación y organización de los funcionarios, su satisfacción en el trabajo, y el mejor rendimiento en pro de la obtención de los objetivos.
- b. **Gestión de Recursos Financieros:** Se refiere al control y administración de los ingresos y egresos financieros en el establecimiento, y su impacto en los otros ámbitos de gestión. Involucra la medición de la actividad de producción (servicios) y el consumo (gastos) efectuado por el equipo de trabajo. Los ingresos corresponden a los fondos otorgados según el per cápita (cantidad de población inscrita en el Centro) en adición a los convenios con el Ministerio de Salud que el Centro pueda tener. En concreto, los Centros tendrán distintos ingresos dependiendo de los Programas de Salud que implementen, si son o no CESFAM, y de la cantidad de personas inscritas. En los Centros de Salud no se maneja dinero directamente, a excepción del Fondo Fijo FOFI (que depende del per cápita), sino que los flujos se mantienen a nivel de Corporación o Dirección Municipal, según corresponda.
- c. **Gestión de Recursos Materiales:** Hace referencia a los elementos de equipamiento, insumos, infraestructura, que son necesarios para el funcionamiento operativo del Centro de Salud, considerando desde elementos tan básicos como productos de aseo, hasta los fármacos que son entregados a las personas usuarias.
- d. **Gestión de las Metas Sanitarias:** Referido a la administración de los compromisos de desempeño que define el Ministerio de Salud a nivel nacional, y las estrategias que se ponen en práctica para su cumplimiento en el establecimiento.
- e. **Gestión de Reclamos y Felicitaciones:** Este ámbito de gestión se orienta directamente al beneficio de las personas usuarias. Se considera a la Gestión de Reclamos y Felicitaciones como una alternativa válida para medir la efectividad de los microprocesos de atención, mejorando la calidad de éstos, permitiendo que el/la usuario/a pueda acceder a la organización a través de su opinión, brindando de este modo una atención centrada en la persona.

C. FINALIDAD DE LA DIRECCIÓN DE CENTROS DE SALUD DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

La finalidad general de la Dirección de Centros de Salud desde Trabajo Social es concertar los recursos disponibles (humanos, comunitarios, materiales, financieros) en función de la satisfacción de las necesidades de las personas usuarias y el logro de las metas sanitarias comprometidas por el establecimiento.

Según el ámbito de acción, pueden identificarse finalidades específicas, según se detalla en la siguiente tabla.

ÁMBITOS DE ACCIÓN	FINALIDADES
a. Gestión de Recursos Humanos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporcionar al Centro de Salud una fuerza laboral eficiente, manteniendo un recurso humano capacitado, comprometido, y que cumpla con las tareas del trabajo.
b. Gestión de Recursos Financieros.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Administrar y proporcionar los fondos para el cumplimiento de la gestión institucional. ▪ Facilitar la toma de decisiones con fundamento técnico-financiero.
c. Gestión de Recursos Materiales.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Administrar y proporcionar los elementos materiales para el cumplimiento de la labor institucional. ▪ Supervisar la optimización de los recursos y su utilización racional, a partir de criterios técnico-financieros que aseguren la calidad de los procesos en el establecimiento.
d. Gestión de las Metas Sanitarias.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organizar al establecimiento para la obtención de las metas que define el Ministerio de Salud.
e. Gestión de Reclamos y Felicitaciones.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Generar un intercambio entre usuarios/as y el sistema institucional interno. ▪ Detectar áreas deficitarias o disfuncionales en el Centro de Salud, a fin de corregir o modificar los sistemas existentes, por aquellos que brinden mayor eficiencia y eficacia en la atención.

D. ACTIVIDADES DE LA DIRECCIÓN DE CENTROS DE SALUD DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

A partir de la observación de la práctica profesional, es posible distinguir actividades específicas según Ámbito de Acción. Esta forma de presentar las actividades permite visualizarlas con mayor claridad, en ningún caso corresponde a un criterio cronológico o de relevancia. En vez de centrar esta sección en los roles que se desempeña la Dirección (fiscalizador, coordinador, comunicador, líder, entre otros), se desarrollarán los factores que se hayan comprometidos en cada actividad.

a. Actividades en la Gestión de Recursos Humanos.

- **Capacitación Permanente:** En la Atención Primaria, cambiar algún funcionario es muy difícil, por la situación del estatuto administrativo que regula la carrera funcionaria en este nivel. En consideración a esto, se enfatiza el perfeccionamiento de los funcionarios, a través de la capacitación permanente. La Dirección deberá gestionar –o designar a alguien que se responsabilice de esta labor- las capacitaciones más idóneas para cada tipo de personal, así como determinar los horarios en los que éstas se desarrollarán. Estas decisiones se comparten con el Equipo de Gestión del Centro de Salud, en donde Dirección encuentra el espacio de asesoría necesario para resolver adecuadamente.
- **Ambiente Laboral Saludable:** Se reúnen una serie de acciones encaminadas a generar un lugar de trabajo que promueva el bienestar familiar y social de los trabajadores, a través de la protección de riesgos del ambiente físico y social, estimulando su autoestima y el control de su propia salud y del medio ambiente. El papel de la Dirección será facilitar el desarrollo de estas actividades o su implementación directa. Algunos ejemplos de estas actividades son:
 - *Actividades de Autocuidado*, dentro de la planificación anual, los sectores se hacen cargo de desarrollar actividades de salud mental novedosas para el resto del personal, facilitando la cohesión y el sentimiento de grupo al interior del Centro de Salud.
 - *Celebraciones Saludables*, en donde se promueve la alimentación sana en las festividades, mediante el consumo de alimentos beneficiosos para la salud.

- *Ambiente Libre del Humo de Tabaco*, se cautela un entorno saludable mediante la prohibición de fumar en los espacios del Centro de Salud.
- *Hora libre para Actividad Física*, otorgada a los funcionarios para que desarrollen alguna actividad de su preferencia.

- *Comité Paritario activo*, se promueve la participación activa de los funcionarios y se fortalecen los espacios de comunicación con el ámbito directivo.



Los funcionarios participan en una Tarde de Promoción de la Salud, en el marco de las actividades de autocuidado.
(CESFAM Gómez Carreño)

- *EMPA anual a funcionarios*, enfatizando el autocuidado y la prevención de enfermedades crónicas.

- *Celebración de fechas e incentivos*, para reforzar el desempeño de los funcionarios se otorgan días libres como incentivo, en fechas importantes (cumpleaños), por ausencia de licencias médicas o por cumplimiento de horarios.

- **Coordinación de las Jefaturas de Sector:** En la actualidad, la mayoría de los Centros de Salud se encuentran sectorizados, por lo que los Equipos de Sector son los principales subsistemas que la Dirección debe coordinar, supervisar, retroalimentar, para asegurar que se cumplan los objetivos. Es habitual que Dirección designe las Jefaturas de Sector, aunque en algunos Centros de Salud se eligen democráticamente al interior de cada sector. Para su elección se toman en cuenta criterios tales como su experiencia en el sector, su capacitación y su mérito en el desempeño profesional. La Jefatura de Sector tiene a cargo un grupo humano (el Equipo) y es responsable del desempeño de su sector de acuerdo a las metas establecidas. En lo concreto, las actividades de coordinación se desarrollan en el contexto de reuniones periódicas con el Equipo de Gestión del Centro de Salud y a través de entrevistas individuales con cada Jefe de Sector. Los deberes que desempeña la Dirección en este ámbito son:

- *Asegurar que el/la Jefe de Sector conozca su sector.* Éste debe poseer un conocimiento acabado de las necesidades de su sector y del grupo humano que cuenta para satisfacerlas. La Dirección debe cautelar que se posea la capacidad de buscar estrategias para adecuar los roles del equipo humano existente, es decir que trabaje óptimamente con los recursos disponibles en lo inmediato.
- *Asegurar que los Jefes de Sector conozcan, manejen y transmitan al resto del Equipo la Visión y Misión del Centro de Salud.* Se deben explicitar claramente estas directrices a través de documentos y directamente al inicio de una contratación.
- *Asegurar el cumplimiento de las metas del sector.* Se debe monitorear a los Jefes de Sector para establecer si se está cumpliendo con la cobertura, la calidad de los servicios y las horas de atención.
- *Entregar las herramientas técnicas y administrativas adecuadas para que pueda desarrollar su función.* La Dirección debe ser un apoyo al Jefe de Sector. Este apoyo se manifiesta a través de conductas tales como: escucharlo y validarlo frente al Equipo, retroalimentarlo oportunamente, ayudarlo y respaldarlo en la toma de decisiones difíciles, asegurar los incentivos para el cargo, y reconocer las características individuales de cada Jefe de Sector.
- *Propiciar un ambiente de colaboración entre las Jefaturas de Sector, disminuir la competencia.* Dado que los Equipos de Sector se encuentran orientados al cumplimiento de metas, es posible que se genere un ambiente de competencia entre los Equipos. En este aspecto es muy importante que Dirección promueva la colaboración entre los Jefes de los distintos sectores, así como también las buenas relaciones con los Encargados de Programas.
- **Selección de Personal:** En ocasiones, es posible contratar nuevo personal para el Centro de Salud. En esos casos, la Dirección debe garantizar que los/as contratados/as poseen las competencias técnicas y personales para que su desempeño sea exitoso en su área específica, en el trabajo en equipo, y en su vinculación con las personas, considerando que el ambiente de la Atención Primaria involucra situaciones de riesgo laboral. Para esto, debe hacer uso de todas las fuentes de información que tenga a su alcance, tales como revisión de currículum, entrevista personal y entrevista con otras fuentes.

b. Actividades en la Gestión de Recursos Financieros.

- **Conocer los ingresos con que cuenta el Centro de Salud.** Dirección debe manejar con precisión como está compuesto el presupuesto asignado, es decir, qué montos se disponen según per cápita, convenios y aportes municipales. A partir de esta información, administrará los gastos en relación a las necesidades del establecimiento y las metas sanitarias.
- **Ejecutar y evaluar el presupuesto asignado y Coordinar con la Corporación Municipal.** A partir del conocimiento de sus ingresos, debe administrar sus gastos, conformados por el recurso humano, medicamentos, materiales, fungibles, y servicios básicos (teléfono, energía eléctrica, agua potable, red Internet). Las decisiones de esta gestión se coordinan con el Departamento de Contabilidad de la Corporación Municipal (o el organismo correspondiente, según el establecimiento).
En síntesis:
 - Dirección, con la asesoría de su Equipo de Gestión, administra el presupuesto en base a los ingresos y egresos.
 - En relación a las necesidades del establecimiento se pueden proponer y negociar inversiones que signifiquen adquisiciones o mejorías significativas para el Centro de Salud.
 - Una vez que la gestión administrativa de los fondos ha pasado todos los procesos formales (documentación, entrega de planillas, aprobación por el organismo respectivo), se concretan periódicamente los pagos a los funcionarios, las adquisiciones y demás tareas contempladas en el presupuesto.
 - Finalmente, Dirección debe controlar que lo anterior se realice de acuerdo a lo estimado, y en caso de haber algún error (por ejemplo, en el pago a funcionarios, a una compra de materiales), se comunica con la Corporación y se coordina para hacer las rectificaciones necesarias.
- **Administrar el FOFI.** El Fondo Fijo constituye el único flujo real de dinero en los Centros de Salud, en otras palabras, es el único dinero que se maneja directamente en los establecimientos. En la actualidad, y dependiendo del Centro de Salud, el FOFI asignado ronda los 300 mil pesos mensuales. Con este dinero se realizan compras pequeñas, no contempladas en el presupuesto, de elementos que son necesarios para el funcionamiento del Centro, estos pueden ser materiales de

limpieza, librería, entre otros. Según la organización de cada Centro, los Equipos de Sector tienen mayor o menor influencia en este fondo: en algunos Centros, es entregado un monto a cada sector para que lo utilice el Equipo según su criterio, mientras que en otros existe mayor control por parte de Dirección.

- **Administrar el Recurso Humano.** Con respecto al Recurso Humano, la gestión financiera se centra en determinar el costo de las prestaciones y el costo de los programas, es decir, cuantificar la actividad de producción (los servicios) y el consumo (gastos) efectuado por el equipo de trabajo. A partir de las características, tamaño, necesidades de la población, y de las metas sanitarias comprometidas, Dirección define cuáles serán las prestaciones necesarias para el Centro y a partir de eso estructura las contrataciones de personal. También se debe gestionar la entrega de bonos a aquellos funcionarios que corresponda.
- **Evaluar, mantener y administrar el recurso material.** En este ámbito, se hace imprescindible disponer de la información necesaria para tomar buenas decisiones, en ese sentido se deben conocer los precios de mercado, tener una bodega centralizada con personal a cargo, manejar inventarios de los materiales, entre otras iniciativas. Los elementos más costosos en los Centros de Salud suelen ser los medicamentos y los servicios básicos. Esta actividad se vincula directamente con la Gestión de Recursos Materiales, que se desarrolla en el siguiente párrafo.

c. Actividades en la Gestión de Recursos Materiales.

Anteriormente se ha explicado cómo las decisiones de invertir los recursos financieros se toman en conjunto con el Equipo de Gestión del establecimiento, en consideración a una multiplicidad de criterios. Las tareas concretas son ejecutadas por un personal encargado, la Dirección se dedica a realizar un estricto control y supervisión de estas acciones.

En específico, los recursos materiales hacen alusión a cuatro ítems:

MATERIAL	UNIDAD	precio	Precio Unitario	Precio cba
8 bolsa de aseo 70x90	un			
9 bolsa de aseo 90x70	un	20		
10 bolsa de aseo 90 x110	un	20		
11 cera piso maldita	kg			
12 cera piso maldita	kg			
13 cera PISO ROJA en bolsa	Papeletes	15		
14 licor	lt			
15 desinfectante ambiental	lt			
16 desinfectante WC	un	15		
17 escobas	un			
18 escobillones	un			
19 esponjas	paño			
20 quartal de aseo 90	un	10		
21 esponjadas	un			
22 insecticida	lt			
23 bote WC	un			
24 jabon mano	un			
25 jabón líquido menta e ti	lt	5		
26 limpiacristales	lt			
27 autranseables	lt			
28 paño afransado	un	10		
29 paño amarillo	un	10		
30 paño para aseo	un			
31 papel toalla higienico	paño	10		
32 papel higienico conaire	un			
33 plumero(no plumas)	un			

En la Gestión de Recursos Materiales es imprescindible utilizar herramientas que permitan organizar adecuadamente la información.
(Pedido de Compra, CESFAM Gómez Carreño)

- Insumos médicos.
- Fármacos.
- Materiales de aseo.
- Insumos de escritorio.

A continuación, entonces, se declaran las etapas más o menos específicas comprometidas en la gestión de estos recursos materiales, que deben ser supervisadas:

ETAPA QUE SE DEBE SUPERVISAR	DOCUMENTO ASOCIADO
Compras	Ordinario de Compra
Recepción	Aviso de recepción
Inspección de calidad del bien adquirido	Informe de calidad
Almacenaje	Inventario
Utilización	Requerimiento de materiales
Reabastecimiento	Pedido de Compra

d. Actividades en la Gestión de las Metas Sanitarias.

El cumplimiento de las metas que establece el Ministerio de Salud queda supeditado a las estrategias y decisiones de la Dirección de los Centros de Salud. Asimismo, estas metas se encuentran asociadas a incentivos financieros para los Centros. Se puede decir que las metas condicionan la gestión de la Dirección, puesto que todas las decisiones que se toman deben estar encaminadas al cumplimiento de éstas. Las metas son establecidas anualmente y, en términos generales, se refieren a aumentar la cobertura en las prestaciones priorizadas y asegurar la entrega de ciertos fármacos.

Como se explicó anteriormente, todas las acciones de Dirección están encaminadas al cumplimiento de las metas sanitarias, sin embargo, es posible identificar algunas tareas que el/la profesional debe desarrollar en este ámbito:

- Motivar a los Equipos para la obtención de las metas, enfatizando los incentivos asociados a éstas.

- Realizar una gestión presencial, directa y activa en los procesos, para asegurar que se cumplan las directrices con eficiencia y eficacia.
- Incentivar la autonomía y el compromiso de los Equipos de Sector, entregándoles más responsabilidades y atribuciones (por ejemplo, entregando metas por cada sector).
- Monitorear periódicamente la realización de los servicios. Esta labor es una exigencia del Ministerio y se realiza con un instrumento y en un plazo definido. Algunos indicadores que se consideran son: la cantidad de personas que solicitan atención según grupo etéreo, la cantidad que efectivamente fue atendida, entre otros.
- Controlar y supervisar, a través de la información emanada del SOME, las horas efectivamente trabajadas, las horas de administración de los profesionales, las prestaciones entregadas, entre otros indicadores que permitan optimizar los procesos.

e. Actividades en la Gestión de Reclamos y Felicidades.

Esta es el área básica de la OIRS y con la que se identifica a estos servicios de manera habitual. Los reclamos y felicitaciones no son patrimonio exclusivo de este servicio, cualquier servicio o unidad del Centro puede y debe atender en primera instancia un requerimiento de este tipo, si es superior a sus competencias, entonces se orientará hacia la sección de Reclamos y Felicidades.

En esta tarea, no participa únicamente Dirección, sino que habitualmente existe un funcionario encargado de recepcionar los reclamos o felicitaciones, gestionar el proceso y canalizar la información a la Dirección para que responda a sus usuarios/as, felicite a los funcionarios, o tome otras medidas pertinentes. A continuación se describirán los procesos involucrados en esta tarea:

- **Proceso de Atención:**
 - Recepción del Reclamo o Felicitación en Oficina dispuesta para ello, por parte de un funcionario a cargo, permitiendo que la persona usuaria exponga claramente su opinión, dando la posibilidad de resolución inmediata del problema, en el caso de Reclamo.

- Libro de Reclamos y Felicitaciones diseñado especialmente para que la opinión de inconformidad o satisfacción de la persona tenga un proceso interno.
- Coordinación a nivel intra y extra Centro de Salud a fin de entregar una respuesta rápida a la persona usuaria.
- La finalidad es aclarar la situación de conflicto originada.

• **Proceso Interno:**

- Análisis semanal de hojas de reclamos y felicitaciones entre la Dirección y los jefes de los servicios involucrados.
- Investigación y análisis del microproceso de atención deficiente.
- Registro y monitoreo de las modificaciones surgidas.
- Envío, por parte de la Dirección del Centro, de carta respuesta a la persona usuaria reclamante dentro del período establecido.
- Monitoreo y evaluación de la situación.
- Envío periódico de la información estadística generada por este proceso, a los Servicios de Salud.

E. RELACIONES CON LOS DEMÁS EMPLEOS EN LA DIRECCIÓN DE CENTROS DE SALUD DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Debido a que la Dirección es la mayor autoridad dentro del Centro de Salud, la relación que mantenga este/a profesional con los demás funcionarios estará enmarcada por el estatus jerárquico del puesto, quedando aquellos en un nivel de subordinación con respecto a las decisiones de la Dirección.

No obstante esta condicionante, en su vinculación con los funcionarios, el/la profesional deberá propiciar una relación equilibrada y horizontal, caracterizada por la transparencia, un irrestricto respeto y una fluida comunicación en el trato cotidiano. Estos elementos facilitarán que el personal se comprometa con su labor, genere adhesión a los objetivos institucionales y aumente su responsabilidad en las tareas ejecutadas.

Debido a su importancia en el funcionamiento del Centro de Salud, es necesario destacar dos instancias en donde la Dirección se vincula con otros funcionarios:

- **En el Equipo de Gestión de los Centros de Salud:** Conformado por las Jefaturas (de Sector, SOME y Programas) más un representante por cada estamento, constituye la principal instancia resolutoria sobre la mayoría de los aspectos del Centro de Salud. Se discuten los temas privilegiando el consenso, para reforzar la idea de una gestión democrática y participativa, en concomitancia con las decisiones tomadas al interior de los Equipos de Sector.

- **Con las Jefaturas de Sector:** Simbólicamente, los/as Jefes de Sector representan la autoridad de la Dirección, en sus propios sectores. Son responsables de todo lo que pasa en su sector, por lo que la Dirección debe procurar entregarles las herramientas técnicas y administrativas adecuadas para que pueda desarrollar su función. Asimismo debe asesorarlos, retroalimentarlos y validarlos frente al resto del Equipo.



En las reuniones del Equipo de Gestión se asesora a la Dirección en la toma de decisiones en materias relevantes del Centro de Salud.
(CESFAM Gómez Carreño)

Con respecto a la relación con los otros empleos en los distintos ámbitos de gestión, se pueden mencionar las siguientes apreciaciones:

- Gestión de Recursos Humanos.** La Dirección tiene la autoridad de entregar instrucciones al personal con respecto al ejercicio de sus funciones y de supervisarlos en el aspecto técnico. Debido a la complejidad inherente al trabajo con personas, se debe procurar tener una comunicación eficaz y efectiva con los subordinados.
- Gestión de Recursos Financieros.** Se enfatiza que el personal optimice los recursos del Centro y que colabore con información para reasignar recursos hacia las áreas de mayor necesidad. Cuando existen errores en la asignación de recursos por parte de la Corporación, Dirección se debe coordinar con el profesional respectivo de este organismo, con el fin de solucionar el problema.

c. **Gestión de Recursos Materiales.** La participación de los funcionarios en este aspecto, facilita la optimización de los recursos, posibilitando la incorporación de nuevos medicamentos o insumos de mayor calidad, reduciendo cuentas telefónicas, consumos básicos, pérdida o fuga de material, etc.

d. **Gestión de las Metas Sanitarias.** En este ámbito, el/la profesional debe vincularse con los Jefes de Programa para la supervisión del cumplimiento de normas y disposiciones ministeriales.

Para el logro de las metas es imprescindible que el Equipo de Salud se sienta comprometido y asuma que para lograr las metas es necesario trabajar coordinadamente con otros, aportando con la cuota de experticia que se posee. El/la Asistente Social, desde la Dirección, tiene la capacidad de vincular los conocimientos más especializados y específicos con una visión holística de la realidad social.

e. **Gestión de Reclamos y Felicitaciones.** La Dirección se vincula con los funcionarios al entregar las felicitaciones y al sancionar los reclamos que realizan las personas usuarias. En el caso de tratarse de reclamos importantes o recurrentes, la Dirección se entrevista directamente con el funcionario afectado para resolver la situación. Además, se vincula con las personas usuarias, cuando la situación lo amerita.

F. NIVELES DE AUTONOMÍA Y RESPONSABILIDAD PRESENTES EN LA DIRECCIÓN DE CENTROS DE SALUD DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

El nivel de autonomía y responsabilidad de los/as profesionales se ha estructurado en torno a los ámbitos de gestión:

a. Gestión de Recursos Humanos.

- Posee amplia autonomía en la selección del personal, dentro del perfil técnico asociado a los cargos.
- Tiene la capacidad de asignar las Jefaturas y de entregar atribuciones o responsabilidades sobre aspectos específicos del Centro a los funcionarios.
- Es responsable de facilitar un ambiente físico y social saludable y seguro para el personal.

- Tiene la facultad de solicitar traslado del personal cuando lo considere necesario.
- Debe evaluar y calificar periódicamente al personal.

b. Gestión de Recursos Financieros.

- Posee completa autonomía para administrar financieramente el Centro, contando para este fin, con la asesoría del Equipo de Gestión.
- Es responsable de la capacidad de manejo financiero (centros de costos o unidades locales de administración financiera)
- Es responsable de los costos directos (asociados a los servicios) y costos indirectos (indispensables para el funcionamiento del Centro).

c. Gestión de Recursos Materiales.

- Posee completa autonomía para elegir los productos que necesita el Centro a partir de criterios de costo-eficacia.
- Es responsable de reducir los tiempos de reposición, optimizar el stock y los recursos.
- Es responsable de acelerar la corrección de los problemas de calidad de los productos adquiridos.
- Realizar auditorías periódicas.

d. Gestión de las Metas Sanitarias.

- Tiene completa autonomía para establecer las estrategias para cumplir con las metas del Ministerio.
- Es responsable de la capacidad de gestión local de las metas.

e. Gestión de Reclamos y Felicitaciones.

- Tiene autonomía para sancionar a los funcionarios que evidencian un mal desempeño.
- Tiene la responsabilidad de responder a los reclamos y felicitaciones en el plazo legal estipulado.
- Tiene la responsabilidad de promover la participación de la comunidad a través de los canales formales de comunicación.

G. COMPLEJIDADES PRESENTES EN LA DIRECCIÓN DE CENTROS DE SALUD DE TRABAJO SOCIAL EN LA APS

Las complejidades observadas en el ejercicio profesional de la Dirección de Centros de Salud, se presentan según los ámbitos de gestión:

a. Gestión de Recursos Humanos.

- En algunas ocasiones se producen dificultades asociadas a las relaciones interpersonales. Cuando estos problemas se profundizan pueden afectar el desempeño laboral de los funcionarios, y en última instancia, perjudicar la labor del Centro de Salud.
- Algunos funcionarios manifiestan dificultad para el trabajo en equipo, lo que redundaría en una pobre coordinación, el rechazo a realizar derivaciones y la pérdida de la perspectiva integral en la intervención.
- El estatus contractual (a honorarios) de algunos funcionarios, obstaculiza la proyección a largo plazo.
- Resistencia al cambio, manifestada con la introducción de nuevas exigencias profesionales vinculadas a la implementación del Modelo de Salud Familiar.
- A propósito de las calificaciones (evaluaciones) periódicas, se genera tensión y desconfianza al interior de los Equipos. En ocasiones, algunos/as profesionales no están de acuerdo con las calificaciones obtenidas lo que provoca conflictos con los superiores jerárquicos que otorgaron esas evaluaciones.
- En ocasiones, el personal puede manifestar insatisfacción por el lugar de trabajo que debe ocupar (problemas de espacio, inmobiliario insuficiente o inadecuado, entre otros problemas).

b. Gestión de Recursos Financieros.

- La gestión financiera a nivel de Corporación es de tal magnitud y complejidad, que en algunas ocasiones se pueden producir errores, por ejemplo en el caso de funcionarios que trabajan en más de un Centro de Salud, se pueden asignar incorrectamente sus pagos a otro establecimiento.
- En algunos contextos existe dificultad para que el personal tome conciencia sobre su responsabilidad en la optimización de los recursos, existiendo un abuso o uso desmedido de los recursos.

c. Gestión de Recursos Materiales.

- En algunos establecimientos es difícil administrar los inventarios, lo que demanda un esfuerzo adicional para supervisar al personal a cargo de esta labor.
- En ocasiones los funcionarios realizan peticiones de materiales que no son de primera necesidad, situación que debe ser controlada y estudiada por Dirección.
- Es necesario una supervisión presencial de los inventarios para prevenir y detectar la fuga de material, situación muy frecuente en algunos establecimientos.
- También se hace necesario controlar y vigilar la entrega indiscriminada de medicamentos a las personas usuarias. En este contexto, se pueden generar tensiones con los/as profesionales.

d. Gestión del Cumplimiento de las Metas Sanitarias.

- Los recursos en la implementación de programas exigidos por el Ministerio de Salud. Como ocurre en otros sectores públicos, existe una importante tensión referida a los recursos. En ese contexto, la Dirección es responsable de priorizar aquellos aspectos más críticos según la contingencia. Como se sabe, esta toma de decisiones no está exenta de cuestionamientos y conflictos con los/as profesionales y las personas usuarias.
- También se pueden generar conflictos entre intereses propios de las profesiones y las metas a conseguir, habitualmente cuando las directrices son percibidas por los funcionarios como imposiciones sin criterio técnico.
- En cierto sentido, el cumplimiento de las metas sanitarias, se contrapone con el modelo integral de salud, por cuanto la carga asistencial merma el trabajo en las áreas de promoción y prevención.

e. Gestión de Reclamos y Felicitaciones.

- La poca participación de las personas usuarias en la utilización de canales formales de expresión no facilita la incorporación de la comunidad como sujeto participante en las acciones del Centro de Salud.
- Dado que la labor del Centro se haya concentrada en responder a las metas más inmediatas, muchas veces no se aprovecha el producto final de esta gestión (la información estadística), ya sea por falta de voluntad política o por carencia de recursos. Estas estadísticas constituyen un excelente indicador para evaluar el desempeño de los funcionarios y deben utilizarse para propiciar la reflexión y el cambio institucional.

- Resistencia por parte del Equipo de Salud, de asumir los reclamos de las personas usuarias como una oportunidad de mejorar los servicios.

**SITUACIÓN PROFESIONAL
DE TRABAJO SOCIAL EN
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

ÁMBITO GESTIÓN
JEFATURA DE SOME

SITUACIÓN PROFESIONAL:**JEFATURA DE SOME*****A. CONTEXTOS DE LA JEFATURA DE SOME DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD***

La Sección de Orientación Médica y Estadística (SOME) es una sección de los Servicios de Salud que se encuentra presente en los Centros de Salud y hospitales, y que tiene como base de su génesis a las Historias Clínicas o Fichas Clínicas y la administración de las horas médicas.

Antes de que el Estado en los años '90 otorgara la gratuidad en la Atención Primaria, los/as Asistentes Sociales debían hacer un turno paralelo a la entrega de los *números* (horas de atención), para otorgarle a las personas que no habían tramitado su *Tarjeta de Indigencia*, un "pase" que les permitía acceder a la atención. En ese contexto, los/as Asistentes Sociales adquirieron una relevancia creciente en la gestión de la demanda y la entrega de horas de atención médica. Este factor, unido a la transversalidad de la acción de Trabajo Social en los establecimientos (a diferencia de las profesiones biomédicas, cuya acción está centrada en lo sanitario), condicionó que los/as profesionales fueran considerados/as para asumir las Jefaturas de los SOME, secciones creadas con posterioridad al retorno a la democracia en nuestro país, en concomitancia con la gratuidad de la Atención Primaria y la incorporación del modelo de salud familiar.

Cabe destacar que en algunas comunas, la gravitación de Trabajo Social es tan relevante en este ámbito, que se ha logrado establecer la exclusividad de la profesión en esta Jefatura, a nivel de Reglamento Interno de Funcionarios. Tal es el caso de los trece Consultorios de la Corporación Municipal de Valparaíso.

B. REFERENTES CONCEPTUALES DE LA JEFATURA DE SOME DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

En la actualidad, el SOME es un servicio que se ha constituido en uno de los pilares más importantes de los establecimientos, en la medida en que las tareas que debe enfrentar poseen un amplio espectro y una creciente relevancia: entrega de

informaciones, admisión de pacientes, recaudación, estadística, archivo, coordinación de todos los procedimientos clínicos-administrativos de las personas usuarias, satisfacción usuaria, entre otros. Debido a esto, los/as profesionales encargados/as de esta Jefatura tienen un conocimiento integrado de todos los ámbitos del Centro de Salud.

Luego de un proceso de evolución, se ha mejorado la calidad de esta sección, profesionalizándola, informatizándola y complementando lo administrativo con la humanización del quehacer. El ordenamiento de la información que se maneja permite que la Dirección se apoye sólidamente en ese material para tomar sus decisiones.

En el sentido más concreto, el SOME es el lugar en que se ingresa al paciente, se le informa, se le orienta, se reciben los dineros, se priorizan las horas médicas, se humanizan los problemas. Esta sección debe responder cuando ocurre algún problema con los servicios, por eso es importante tener un personal amable, responsable, disciplinado que pueda bajar la presión



SOME constituye el primer contacto de las personas usuarias con el Centro de Salud.
(Centro de Salud MENA, Valparaíso)

de la situación en la medida que realiza una atención más personalizada. En síntesis, se trata de brindar a las personas usuarias un lugar de acogida, confortable y solidario.

El aspecto más evidente de la actividad del SOME tiene que ver con la gestión de la demanda, ya que es la labor más visible y compleja al interior de los establecimientos. Por otra parte, el SOME tiene a su cargo la Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias OIRS, cuya implementación se basa en políticas públicas destinadas a fortalecer los derechos de las personas y la capacidad de interlocución y participación, en este caso, con el sistema público de salud, que les permita a las personas usuarias contribuir con sus opiniones al mejoramiento de los servicios. En resumen, cumple las siguientes funciones: Entregar información y resolver consultas, orientar y apoyar a la persona usuaria, entregar material informativo y educativo, recibir y responder reclamos, recibir sugerencias y felicitaciones, apoyar a la persona a realizar sus trámites.

En síntesis, esta Jefatura posee los siguientes ámbitos de acción:

- a. **Gestión de la Demanda.** Se refiere a la organización de las prestaciones de salud que otorga el establecimiento y la entrega de horas de atención a los/as usuarios/as.
- b. **Atención y Percepción de las personas usuarias.** Referida al mejoramiento de la calidad del servicio y la comunicación con las personas usuarias.
- c. **Administración de las Estadísticas.** Se incluyen todas las acciones relacionadas con el registro y posterior utilización de los datos generados.
- d. **Administración del Recurso Humano.** Se refiere a todas aquellas actividades tendientes a la mantención, gestión, perfeccionamiento, evaluación del personal que trabajan en el SOME.

C. FINALIDAD DE LA JEFATURA DE SOME DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La finalidad general de la Jefatura de SOME es organizar la información sobre la prestación de servicios en función de las necesidades de las personas usuarias, la disponibilidad de recurso humano y el logro de las metas sanitarias comprometidas por el establecimiento.

Según el ámbito de acción, pueden identificarse finalidades específicas, según se detalla en la siguiente tabla.

ÁMBITOS DE ACCIÓN	FINALIDADES
a. Gestión de la Demanda.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionar la información sobre las prestaciones de salud y la demanda usuaria para otorgar una atención de calidad a la población asignada. ▪ Optimizar la utilización de las horas de atención disponibles en el Centro de Salud. ▪ Reorganizar oportunamente la atención frente a los cambios producidos en la disponibilidad de horas profesionales.
b. Atención y Percepción de las personas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mejorar la percepción del establecimiento por parte del usuario. ▪ Otorgar una atención de calidad, oportuna, efectiva, respetuosa

ÁMBITOS DE ACCIÓN	FINALIDADES
usuarias.	<p>y orientada a la satisfacción de los/as usuarios/as.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar y acoger las dudas, sugerencias, reclamos y felicitaciones de las personas usuarias. ▪ Supervisar el funcionamiento de la OIRS.
c. Administración de las Estadísticas.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Velar por la conservación de registros e informes de atención. ▪ Suministrar reportes y compilados de estadísticas a la Dirección del Centro de Salud. ▪ Velar por el cumplimiento de normas de reserva sobre información confidencial de los/as usuarios/as.
d. Administración del Recurso Humano.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programar, coordinar y supervisar toda actividad realizada por el SOME. ▪ Organizar, dirigir y controlar el adecuado funcionamiento del SOME, de modo que se oriente a la persona usuaria en la satisfacción de sus necesidades de salud y se promueva mejorar el nivel de salud de la comunidad inscrita en el establecimiento.

D. ACTIVIDADES DE LA JEFATURA DE SOME DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

A partir de la observación de la práctica profesional, es posible distinguir actividades específicas según ámbito de acción. Esta forma de presentar las actividades permite visualizarlas con mayor claridad, en ningún caso corresponde a un criterio cronológico o de relevancia.

a. Gestión de la Demanda.

- *Manejar las agendas de los/as profesionales:* Incluye las agendas de médico, enfermeras/os, matrón/a, nutricionista, Servicio Social, dental. Debe otorgarse números y reorganizar las agendas en caso de inasistencias.
- *Manejo de las interconsultas que se derivan a las Especialidades:* Se debe velar por el correcto manejo de las interconsultas, que vayan al servicio adecuado, con los datos establecidos, bajo firma. También se revisan las interconsultas devueltas por el 2º Nivel (horas perdidas, con indicaciones, etc.). En lo que se refiere al Plan Auge, debe informar a la persona usuaria respecto a los derechos y deberes de este nuevo sistema, y velar que el diagnóstico, la edad, etc. correspondan a las exigencias del Plan.

- *Supervisar la entrega de horas de atención:* El SOME es la puerta de entrada para las personas usuarias al Centro de Salud, es el lugar donde se entregan los cupos de atención en relación a las prestaciones entregadas por los/as profesionales. Esta información se vierte a una Agenda de Atención, que está disponible para cada profesional.
- *Mantener y supervisar una buena administración de cupos de atención:* Debe priorizarse a las personas más vulnerables a través de la utilización racional de las horas profesionales disponibles.
- *Informar a funcionarios de la unidad a su cargo de los cambios de horas de profesionales para redistribuir horas atención.* Eventualmente, algún/a profesional puede ausentarse/tomar un permiso administrativo/enfermarse y verse imposibilitado de asumir la agenda programada. En estos casos, se debe reorganizar oportunamente las horas y avisar los cambios a las personas usuarias.
- *Registrar la demanda no satisfecha.* Los/as usuarios/as que no pudieron ser atendidos, se registran como “rechazos”, en un instrumento especial para este propósito. Esta información se utiliza posteriormente para evaluar la gestión del Centro de Salud. Además, mensualmente debe hacerse un monitoreo para dar cuenta del cumplimiento de las garantías de atención a los mayores de 60 años y los recién nacidos.
- *Integrar equipos de evaluación de programas.* Debido a la riqueza que posee la información estadística del SOME, y la visión global del funcionamiento del Centro que posee esta Jefatura, es requerida para participar en la evaluación de los programas sanitarios implementados.

**REGISTRO MENSUAL DE ATENCIONES
OIRS**

GOBIERNO DE CHILE

1. INSTITUCIÓN: _____ Comuna: _____
 2. DISTRITO: _____ Zona: _____
 3. CENTRO DE SALUD: _____

JUN JUL AGO
 2014

		N°	%
1.	ATENCIONES REALIZADAS (PRESTACIONES)		
2.	RECHAZOS RECORRIDOS		
3.	RECHAZOS RECORRIDOS		
4.	RECHAZOS RECORRIDOS		
5.	TOTAL RECHAZOS RECORRIDOS DEL MES		
		N°	%
6.	DE ATENCIONES RECORRIDAS EN EL MES		
7.	DE ATENCIONES RECORRIDAS EN EL MES		
<small>TOTAL DE ATENCIONES RECORRIDAS (PRESTACIONES) RECORRIDAS EN EL MES</small>			
EJEMPLO: JUNIO 2014 Centro de Salud: _____ Lugar: _____			

Número Funcionarios: _____
 Horas Funcionarios: _____

Este instrumento es propiedad de la Jefatura de Salud y debe ser devuelto al momento de la entrega de los datos.

Todas las consultas realizadas por las personas en la OIRS, se registran diariamente y en compilados mensuales.
(Registro Mensual de Atenciones OIRS)

b. Atención y Percepción de las personas usuarias.

- *Supervisar el funcionamiento de la Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias (O.I.R.S.):* Está a cargo de la capacitación, orientación y dirección de los funcionarios. Se debe otorgar a los funcionario las informaciones que deben ser traspasadas a los beneficiarios, tanto del quehacer exterior como los cambios dentro del Centro de Salud.
- *Supervisar la recepción y respuesta de reclamos del público.* Esta labor está a cargo de la Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias (OIRS), que tiene el fin de facilitar la atención y permitir el ejercicio del derecho de las personas a ser informadas, orientadas y escuchadas en sus inquietudes.
- *Supervisar libros de consultas, registros y reclamos diariamente.* Si existe algún registro en este libro (reclamo, felicitación, sugerencia), debe acogerse y enviarse un reporte a Dirección informando sobre el caso y los antecedentes disponibles. Posteriormente, los funcionarios comprometidos son informados y pueden hacer sus descargos. Finalmente, se debe responder por correo certificado a la persona usuaria (en un plazo menor a 20 días hábiles), comunicando los resultados de esta gestión.
- *Supervisión de la Encuesta de Satisfacción al Usuario.* Se encarga de vigilar la aplicación de una encuesta periódica (habitualmente trimestral) que mide la satisfacción usuaria en torno a la atención entregada por el Centro.
- *Facilitar la accesibilidad de la atención.* Debe preocuparse de que la información entregada sea clara, precisa y que se racionalice la entrega de horas profesionales.

AREA DE SALUD CENTRO DE SALUD PLACERES	FECHA.....
ENCUESTA DE OPINION DESTINADA A LOS USUARIOS:	
INSTRUMENTO PARA MEDIR TIEMPO DE ESPERA	
1.- Desde la hora en que fué citado ¿Cuanto tiempo tuvo que esperar para recibir atención? Hora de citación..... Hora de atención.....	
a) Menos de 1 hora.....	b) Más de 1 hora
2.- ¿ Dónde la espera fué mayor?..... ¿ Cuanto tiempo ?.....	
INSTRUMENTO PARA MEDIR EL TRATO AL PACIENTE	
1.- En el SOMI me tratan bien.	
a) Siempre.....	b) A veces..... c) Nunca... d) No opina...
2.- El personal del Consultorio es amable conmigo.	
a) Siempre... ..	b) A veces..... c) Nunca..... d) No opina...
3.- El personal lo escucha cuando Ud. solicita información o hace alguna consulta.	
a) Siempre.....	b) A veces..... c) Nunca..... d) No opina
INSTRUMENTO MEDICION CAPACIDAD RESOLUTIVA CUANTITATIVA	
1.- Este Consultorio resuelve tus problemas de salud.	
a) Durante el día.....	b) Después de 24 hrs..... c) Lo deriva a otro establecimiento...

En el modelo actual de salud, es fundamental conocer la apreciación de las personas para mejorar la atención.
(Encuesta de Opinión Destinada a los Usuarios, Centro de Salud Placeres)

c. Administración de las Estadísticas.

- *Cautelar el correcto registro de estadísticas de atención diarias y los consolidados mensuales.* Cada profesional posee un instrumento estadístico, “Planilla Diaria de Atención” (habitualmente una planilla impresa), en donde registra el detalle de su actividad diaria. Esto se entrega al SIGGES para su ingreso; y mensualmente se debe entregar un consolidado a la Corporación (o a la institución correspondiente). Además debe supervisar la confección de informes de rechazos y consultas vacantes y de estadísticas.
- *Supervisar la gestión de estadísticas de actividades diarias de los/as profesionales.* Debe velar por el cumplimiento de las funciones del auxiliar administrativo/a encargado/a (registrar en el computador, mantener las carpetas en orden, etc.).
- *Supervisión del funcionamiento del Programa SIGGES.* Corresponde al sistema computacional utilizado para ingresar la información de los pacientes con patologías contempladas en las GES. Debe velar por el adecuado desempeño del auxiliar administrativo/a para el traspaso de las planillas de atención AUGE, monitorear mensualmente estas planillas, y velar por el cumplimiento de las garantías GES.
- *Supervisar el archivo y desarchivo de las Fichas Clínicas.* Velar para que las fichas lleguen a los box en los tiempos requeridos. Además debe supervisar el correcto manejo del archivo, cuidando mantener tarjetones de reemplazo y retorno de fichas antes de las 24 horas.
- *Cautelar la conservación y confidencialidad de fichas clínicas y archivos.* La información contenida en las fichas clínicas es confidencial y debe ser protegida por el personal del SOME.



- *Supervisar la mantención de información de carácter operativo.* Implica la mantención y actualización de mapas geográficos de los sectores, lista de calles y teléfonos de la red asistencial.

d. Administración del Recurso Humano.

Dentro de las actividades asociadas al manejo del recurso humano, se cuentan: Asignar actividades a los diferentes funcionarios del SOME, asegurando el cumplimiento eficiente de la admisión, recaudación, archivo y estadística del Centro de Salud; evaluar el personal a cargo; proponer a las instancias superiores, las necesidades de capacitación del personal a su cargo; efectuar reuniones de evaluación de funcionamiento cuando las circunstancias lo requieran; y determinar necesidades de insumos materiales.

E. RELACIONES CON LOS DEMÁS EMPLEOS PRESENTES EN LA JEFATURA DE SOME DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Es posible distinguir a partir de la observación realizada, la existencia de momentos en los cuales el/la Asistente Social se vincula con otros/as profesionales del Equipo de Salud:

- *En las reuniones periódicas con el Equipo Técnico:* Periódicamente se reúnen todos los integrantes del Equipo para actualizar la información, resolver problemas y planificar y evaluar la intervención. Existen muchos problemas que se vinculan con SOME, por la centralidad que éste tiene en la intervención de los/as profesionales.
- *En las reuniones del Equipo de Gestión:* En estos encuentros periódicos, el/la profesional tiene un rol de asesor para aconsejar a la Dirección con respecto a las decisiones que atañen a todo el establecimiento. Debe ser propositivo y conducir los aportes generados en su sector.

- **En entrevistas informales con los subordinados:** Según aumente la complejidad o especificidad de los temas, deberá acercarse a los subordinados para reasignar funciones y resolver dudas.
- **En entrevistas informales con los/as profesionales:** Para discutir la entrega de permisos y la reasignación de horas de atención.
- **En la sección o departamento de Servicio Social:** Comparte la evaluación, planificación e implementación de las acciones protagonizadas por los colegas, generalmente asociadas al desarrollo de la comunidad.

F. NIVELES DE AUTONOMÍA Y RESPONSABILIDAD PRESENTES EN LA JEFATURA DE SOME DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La **autonomía** de los/as profesionales se circunscribe dentro de la obtención de los objetivos y metas institucionales. En general, las decisiones tomadas por esta Jefatura, se comparten con la Dirección, y generalmente se refieren a autorizar o no los permisos administrativos del personal. En cuanto a las decisiones referidas a las tareas y deberes del personal del SOME, la Jefatura tiene completa autonomía para decidir.

Con respecto a la **responsabilidad** de los/as profesionales, se debe enfatizar los siguientes aspectos:

- **Colaboración con el resto del Equipo del Centro:** No obstante, su compromiso con el Equipo de SOME, debe poseer una visión constructiva y colaborativa con el Centro de Salud en su conjunto.
- **Promover la autonomía en el equipo humano:** Debe entregar la información y las directrices que posibiliten el desarrollo de un equipo humano proactivo y criterioso para resolver adecuadamente los conflictos que se le presenten.

G. COMPLEJIDADES PRESENTES EN LA JEFATURA DE SECTOR DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Las complejidades observadas en el ejercicio profesional de la Jefatura de SOME, se presentan en las siguientes categorías:

- **Pérdida de Ficha:** Las Fichas de salud son imprescindibles para que los/as profesionales entreguen una atención de calidad. Sin embargo, habitualmente se archivan incorrectamente, lo que origina pérdidas que redundan en el retraso de la atención.
- **Usuarios/as demandantes:** Actualmente, se percibe que las personas usuarias son muy demandantes y en ocasiones no poseen información fiable, por lo que pueden generar expectativas poco realistas del servicio. Habitualmente se manifiesta en el tema de aquellas prestaciones que deben ser pagadas por las personas usuarias. En este sentido, la recaudación siempre es difícil porque la gente no está dispuesta o preparada para cancelar.
- **Centralidad del SOME en los problemas:** Por su posición de intermediario entre los/as usuarios/as y los servicios, la gestión del SOME se encuentra involucrada en multiplicidad de problemas que afectan al establecimiento.
- **Ausencias profesionales inoportunas:** En ocasiones, los/as profesionales no avisan con suficiente anticipo sus ausencias, lo que impide reorganizar oportunamente las horas de atención. Esto genera molestias en las personas usuarias que pierden sus horas.

**SITUACIÓN PROFESIONAL
DE TRABAJO SOCIAL EN
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

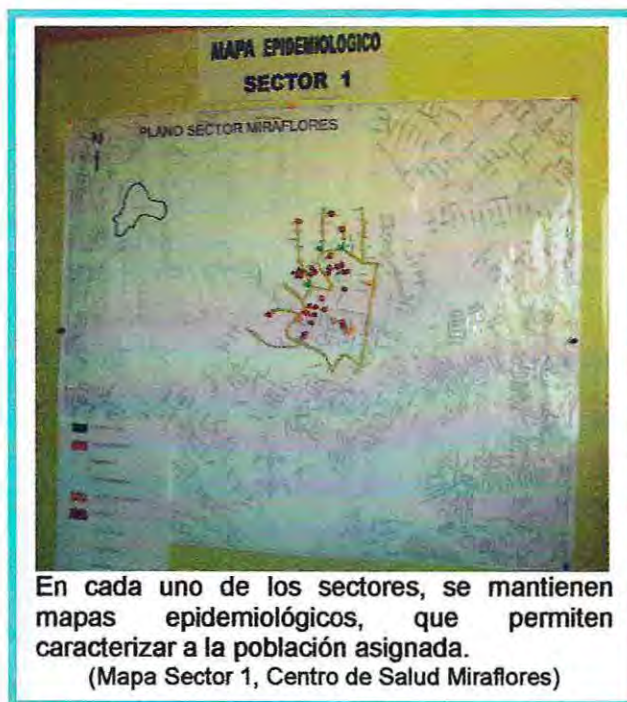
ÁMBITO GESTIÓN
JEFATURA DE SECTOR

SITUACIÓN PROFESIONAL:**JEFATURA DE SECTOR*****A. CONTEXTOS DE LA JEFATURA DE SECTOR DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD***

La actual situación epidemiológica de la población, da cuenta de la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, asociadas a los estilos de vida de las personas. Frente a este escenario, el Sistema de Salud ha debido adoptar estrategias que otorgan énfasis en la prevención y en la formación de hábitos saludables en la población.

La Reforma a la Salud pretende que, más allá de ser un lugar a donde se acude para obtener un tratamiento, los Centros de Atención Primaria se conviertan en establecimientos con una fuerte orientación hacia la promoción de la salud, como una forma de reorganizar el trabajo y optimizar los recursos. El propósito de esta tendencia es consolidar el Modelo de Salud Familiar en los establecimientos, cuya expresión operativa se refleja en la organización de los Centros en torno a sectores (la sectorización), el trabajo coordinado junto a la comunidad, y el trabajo intersectorial.

En este marco, los Centros organizan su funcionamiento de modo tal que cada uno se divide en sectores, con un Equipo de Salud a cargo, facultado para atender un número determinado de familias. La misión de estos Equipos es conocer a la población, el ambiente en que se desarrollan sus vidas, determinar los riesgos sanitarios



En cada uno de los sectores, se mantienen mapas epidemiológicos, que permiten caracterizar a la población asignada.
(Mapa Sector 1, Centro de Salud Miraflores)

que la afectan y generar planes de acción conjuntos para enfrentarlos. Además, se presta atención a las patologías más recurrentes en la población usuaria.

B. REFERENTES CONCEPTUALES DE LA JEFATURA DE SECTOR DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

En la Atención Primaria se trabaja en equipos multidisciplinarios que aportan diversos enfoques a la resolución de problemas. Estos/as profesionales deben poseer la capacidad de atender tanto al recién nacido como al adulto mayor y, además, reconocer las condiciones de riesgo que llevarán a que un miembro del grupo padezca alguna situación problema. Para ello, los/as profesionales reciben formación en áreas específicas que los habilitan para abordar el tratamiento de individuos a lo largo de toda su vida, a la familia en su conjunto y a la comunidad.

En la actualidad, se incorporan a esta formación temas propios de las ciencias sociales, tales como ciclo vital individual y familiar, genograma, ecomapa, factores protectores y de riesgo, entre otros. La incorporación de estos temas a un sector que tradicionalmente se ha centrado en lo biomédico, corresponde a la implementación del Modelo de Salud Familiar. Esto también dice relación con el protagonismos que los/as profesionales no médicos puedan tener en esta área, intencionado por el comprobado éxito que se obtiene al intervenir con una óptica integradora.

Los Equipos de Salud sectorizados están conformados por Asistentes Sociales, matrones/as, médicos, enfermeros/as, odontólogos/as, nutricionistas, técnicos paramédicos y administrativos. En general, esta estructura se mantiene en los distintos Centros de Salud, variando la cantidad de profesionales en algunos casos.

El/la profesional encargado de liderar estos Equipos es denominado Jefe de Sector. Tradicionalmente, la elección de este/a profesional quedaba bajo la responsabilidad de la Dirección del establecimiento, sin embargo, en algunos Centros de Salud son elegidos por el propio Equipo de Sector. En la elección, se toma en cuenta la experiencia, el conocimiento del sector, la capacidad técnica y la capacidad de trabajo en equipo del/de la profesional, entre otros criterios. Los/as Jefes de Sector se mantienen en su cargo por un periodo anual y, tal como ocurre con otros cargos vinculados al área de gestión, el desempeño de éste involucra una asignación salarial adicional para el/la profesional.

La importancia de la Jefatura de Sector radica en que constituye el “motor” del trabajo sectorial, este profesional debe ser el que logre concertar los esfuerzos individuales hacia la obtención de las metas sanitarias comunes. Asimismo, representa el intermediario –administrativo, comunicacional y simbólico- entre los miembros del

Equipo y la Dirección del establecimiento. Como se puede apreciar, esta Situación Profesional es esencialmente relevante para el funcionamiento del Centro de Salud y su desempeño por parte de Trabajo Social puede resumirse en un triple rol:

- **Técnico del Sector:** Supervisando el desarrollo y cumplimiento de los programas sanitarios, el plan de salud del sector, el desempeño individual de los miembros del Equipo, y el desempeño de grupo en relación con los demás Equipos y unidades.
- **Administrativo:** Gestionando la información y los procedimientos formales-institucionales relacionados con los funcionarios y las tareas propias del cargo.
- **Técnico individual:** Desempeñando su experticia de acuerdo a su profesión, en las tareas no vinculadas al cargo de Jefatura.

C. FINALIDAD DE LA JEFATURA DE SECTOR DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La finalidad general de la Jefatura de Sector de Trabajo Social en la APS es coordinar al Equipo de Salud para asegurar el cumplimiento del Plan de Salud y el logro de las metas en su sector. Este propósito global se traduce en cuatro objetivos específicos, a saber:

- a. Coordinar la ejecución de los Programas en su sector.*
- b. Supervisar al equipo humano de su sector en la realización de sus funciones.*
- c. Asesorar a la Dirección en la toma de decisiones.*
- d. Gestionar la información entre el Equipo de Sector y la Dirección.*

D. ACTIVIDADES DE LA JEFATURA DE SECTOR DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Cada uno de los objetivos específicos de esta Situación Profesional, lleva asociadas actividades específicas, según se detalla a continuación.

a. Coordinar la ejecución de los Programas en su sector.

Desde la Jefatura de Sector, el/la profesional debe manejar las características, los objetivos, las metas asociadas a cada uno de los programas que desarrolla el Centro de Salud y supervisar a su equipo humano para que desempeñe adecuadamente su labor. Con todo, sólo tiene injerencia en los aspectos operativos de la implementación de los programas, puesto que las decisiones son tomadas intrasector y los aspectos técnicos y administrativos asociados a éstos son asumidos por las Jefaturas de Programa.

En específico, el/la Jefe de Sector debe:

- Conocer detalladamente las metas sanitarias y comunicarlas a los/as profesionales correspondientes, en las reuniones de sector y en entrevistas personales.
- Identificar los problemas que pueda manifestar el Equipo en la implementación de los programas y comunicarlos a las instancias correspondientes (Jefatura de Programa, Dirección) para su evaluación y solución. Por ejemplo, si los recursos materiales son suficientes o si los/as profesionales disponen de todo el tiempo necesario para completar sus tareas, entre otras situaciones.
- Definir las estrategias para obtener las metas sanitarias y los compromisos de gestión, bajo una óptica de eficacia y efectividad. Esto se realiza en conjunto con los/as profesionales y técnicos involucrados en cada programa, en reuniones especiales y entregando instrucciones para priorizar la atención.
- Realizar Auditorias: controlar diariamente la información contenida en las fichas, para fiscalizar que se estén cumpliendo los plazos de los compromisos de gestión, es decir, que se realicen las visitas domiciliarias y los controles en la fecha adecuada.



b. Supervisar al equipo humano de su sector en la realización de sus funciones.

Esta labor se realiza mediante el monitoreo presencial y permanente del Equipo, a través de la revisión de los documentos producidos, la revisión de las estadísticas, entre otras fuentes. En específico, el/la profesional:

- Se asegura que cada integrante del Equipo conoce sus funciones, atribuciones y deberes específicos.
- Controla que el Equipo esté realizando una utilización racional de los recursos materiales.
- Monitorea periódicamente si los/as integrantes del Equipo tienen alguna necesidad inmediata, por ejemplo, algún material o resolver alguna emergencia.
- Se preocupa de que los funcionarios estén recibiendo la educación y capacitación necesaria.
- Controla el gasto del Fondo Fijo (FOFI), utilizado para comprar materiales extras que se necesitan, en general fungibles.

MARZO 2006				
LUNES	MARTES	MIERCOLES	BIENVENIDOS	VIERNES
		1 Programa de la Mujer 1:00 hrs. Gina	2	3 Educación Servicio 14 ^{ta} hrs. Sector 1 10:00hs
6 Equipo Centro 11 ^{ta} hrs. Claudia Reunión Sector 1 12 ^{ta} hrs. 10:00hs	7 CTA Jefatura 1:00 hrs. Claudia	8 Programa Incent 12:00 hrs. Sonia	9 Comité Calidad 1:00 hrs. Gina Ana	10 CTA 14 ^{ta} hrs. Sector Tatiana
13 Equipo Centro 11 ^{ta} hrs. Claudia Reunión Sector 1 12 ^{ta} hrs. 10:00hs	14 Cursado Local 1:00 hrs. Claudia	15 Programa Odontológico 13:00 hrs. Abelardo	16	17 Programa Complementario 14 ^{ta} hrs. Claudia
20 Equipo Centro 11 ^{ta} hrs. Claudia Reunión Sector 1 12 ^{ta} hrs. 10:00hs	21 CTA Jefatura 1:00 hrs. Claudia	22 Programa Salud Mental 15:30 hrs. Co-clina Lara	23	24 Ana Janet
27 Equipo Centro 11 ^{ta} hrs. Claudia Reunión Sector 1 12 ^{ta} hrs. 10:00hs	28 Comité Local 15 ^{ta} hrs. Claudia	29	30	31 Clínica Laboral 14 ^{ta} hrs. Sector 1 10:00hs

Para el cumplimiento de los objetivos, es imprescindible la planificación mensual de las actividades del sector.
(Sector 1, Centro de Salud Miraflores)

- Retroalimentar al Equipo, escuchar y apoyar las decisiones tomadas.
- Motivar al Equipo para la obtención de los objetivos.
- Controlar el desempeño técnico del Equipo, por ejemplo que se desarrollen visitas domiciliarias de manera integral, que se utilice el genograma, entre otras.
- Controlar la realización de los inventarios de materiales del sector.

c. Asesorar a la Dirección en la toma de decisiones.

La Jefatura de Sector cumple para la Dirección un rol de asesoría muy importante en la gestión del Centro de Salud, puesto que maneja la información más específica y concreta de la realidad de los sectores, a la vez que posee la visión global del macrosistema. La conjunción de estos criterios facilita la toma de decisiones para la Dirección y el Equipo de Gestión. Habitualmente, las Jefaturas de Sector participan de los Equipos de Gestión en los Centros de Salud. Este rol asesor se manifiesta en instancias formales (reuniones de Equipo de Gestión) e informales (conversaciones, entrevistas espontáneas).

d. Gestionar la información entre el Equipo de Sector y la Dirección.

La Jefatura de Sector también se desempeña como un intermediario entre estos dos ámbitos, en ese sentido, tiene la oportunidad de vincular el conocimiento concreto del terreno con la visión global de la Dirección. Debe conciliar ambas visiones y transmitir las necesidades de ambos niveles para poder resolver las tensiones que se generan en el ámbito laboral. En síntesis, debe:

- Manejar la información emanada desde Dirección: instrucciones, los avisos de beneficios, las fechas de capacitación, felicitaciones, reclamos, etc. En síntesis, cualquier información oficial que el Equipo deba conocer. Dependiendo del carácter de esta información se deberá comunicar en la reunión periódica de equipo o en entrevistas con los afectados.
- Integrar dicha información, generar síntesis para facilitar la comprensión por parte de los interlocutores.
- Asegurar que la Dirección entregue las herramientas técnicas y administrativas adecuadas para que el Equipo de Sector pueda desarrollar su función.
- Respaldar a la Dirección en la toma de decisiones. Esta labor es imprescindible en el caso de situaciones difíciles o muy cuestionadas por el Equipo de Salud.

E. RELACIONES CON LOS DEMÁS EMPLEOS PRESENTES EN LA JEFATURA DE SECTOR DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Es posible distinguir a partir de la observación realizada, la existencia de momentos en los cuales el /la profesional se vincula con otros/as profesionales del Equipo de Salud:

- ***En las reuniones periódicas de sector:*** periódicamente se reúnen todos los integrantes del Equipo para actualizar la información, resolver problemas y planificar y evaluar la intervención. En este contexto, el/la profesional desempeña un rol de coordinación.
- ***En las reuniones del Equipo de Gestión del Centro de Salud:*** En estos encuentros periódicos, el/la profesional tiene un rol de asesor para aconsejar a la Dirección con respecto a las decisiones que atañen a todo el establecimiento. Debe ser propositivo y conducir los aportes generados en su sector.
- ***En entrevistas personalizadas con los subordinados:*** Según aumente la complejidad o especificidad de los temas, deberá acercarse a los subordinados para tratar y resolver dudas, reclamos, sanciones, entregar información actualizada.
- ***En entrevistas con los/as Jefes de Programa:*** Deben compartir la responsabilidad en la ejecución de los programas. En este contexto, el/la Jefe de Programa posee la experticia temática y el/la Jefe de Sector, la administración de los recursos disponibles para la implementación.
- ***En la sección o departamento de Servicio Social del Centro de Salud:*** Comparte la evaluación, planificación e implementación de los acciones protagonizadas por los colegas, generalmente asociadas al desarrollo de la comunidad. Es importante destacar la estrecha relación que poseen los/as Asistentes Sociales con los/as profesionales psicólogos/as.

F. NIVELES DE AUTONOMÍA Y RESPONSABILIDAD PRESENTES EN LA JEFATURA DE SECTOR DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La **autonomía** de los/as profesionales se circunscribe dentro de la obtención de los objetivos y metas institucionales. Asimismo, el rol de la Jefatura, por su importancia en la gestión del Centro de Salud, determina algunas situaciones en las que el/la profesional tiene el poder de decisión, con independencia del resto del Equipo. Entre estas situaciones, las más habituales son:

- Definir, a partir de las peticiones del Equipo, en qué recursos materiales se invertirá el Fondo Fijo (FOFI).
- Autorizar la atención de pacientes en horario extraordinario. En ocasiones, la dinámica de la práctica diaria obliga a los funcionarios a realizar intervenciones fuera de horario formalmente establecido, y la Jefatura tiene la facultad de autorizar, por ejemplo, atención o curaciones a pacientes fuera del horario normal, la entrega de medicamentos, entre otras situaciones.
- En cuanto a las decisiones generales que se toman en los sectores, el/la Jefe de Sector posee la facultad para tomar las decisiones finales.

Con respecto a la **responsabilidad** de los/as profesionales, se debe enfatizar los siguientes deberes:

- Responsable de la ejecución de los Programas en su sector. Debe responder por las acciones del equipo humano a su cargo y la administración de los recursos materiales y financieros.
- Responsable del cumplimiento del Plan de Salud y del logro de las metas en su sector. Debe hacerse cargo del cumplimiento de los plazos, de la cobertura y la calidad de las prestaciones.
- Colaboración con el “todo”. No obstante, sus compromiso con el Equipo de su sector, debe poseer una visión constructiva y colaborativa con el Centro de Salud en su conjunto.

- Promover la autonomía en el equipo humano. Debe entregar la información y las directrices que posibiliten el desarrollo de un equipo humano proactivo y criterioso para resolver adecuadamente los conflictos que se le presenten.

G. COMPLEJIDADES PRESENTES EN LA JEFATURA DE SECTOR DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Las complejidades observadas en el ejercicio profesional de la Jefatura de Sector, se presentan en las siguientes categorías:

- **Distribución del tiempo:** Habitualmente, el tiempo para realizar las tareas de gestión resulta insuficiente, y el/la profesional puede tener dificultad para regular y distribuir su tiempo en otras labores. Esto puede condicionar que se tarde más en cumplir las labores de su rol de Asistente Social. La gestión del sector demanda una preocupación constante e intensiva, por ejemplo, con el control de las fichas: se debe revisar a diario los pacientes con patologías GES debido a que la información se actualiza periódicamente y no se pueden descuidar los plazos de atención (hipertensos, recién nacidos, postrados).
- **Incentivos:** En ocasiones, los/as profesionales perciben que los incentivos no son acordes al nivel de exigencia que posee el cargo. Es necesario destacar que las exigencias del cargo son múltiples y cambiantes (por ejemplo, los indicadores de los programas).
- **La Lealtad comprometida:** Por su posición de intermediario, es difícil mantener los equilibrios en las relaciones con los dos principales subsistemas con los que se vincula (Dirección v/s Equipo). En ocasiones, esto se complica puesto que se pueden generar conflictos entre intereses propios de su profesión y las metas a conseguir por el Centro. Otro factor que afecta este ámbito tiene que ver con las decisiones “políticas” que toman algunas Direcciones (en la designación de una Jefatura, por ejemplo), ya que provocan cuestionamiento por parte de los Equipos.
- **Problemas con el desempeño del equipo humano:** Con lo subordinados, se pueden presentar dificultades asociadas a su dependencia (necesitan del constante

refuerzo de la Jefatura), a la realización de visitas domiciliarias sin perspectiva integral (sólo acude un/a profesional o no logran integración interdisciplinaria).

CAPÍTULO VII

REFLEXIONES PROFESIONALES

CAPÍTULO VII
REFLEXIONES PROFESIONALES

Con respecto a las reflexiones profesionales, se presentarán a partir del siguiente esquema:

- 7.1. Situaciones Profesionales: Persona, Puesto, Entorno
- 7.2. Diversidad de la Intervención Profesional/Situación de Trabajo Social Familia, Comunidad, Gestión
- 7.3. Situación Profesional es un Puesto que se pone en Relación con Otros
- 7.4. Repertorio de Situaciones Profesionales en Modelo Biomédico y Modelo Biopsicosocial

7.1. SITUACIONES PROFESIONALES: PERSONA, PUESTO, ENTORNO

Una Situación Profesional es un conjunto de misiones y actividades técnicas, humanas y de organización que la persona asegura no sólo en su propio puesto de trabajo, sino también en relación con las demás personas, los otros puestos y la estructura institucional en su conjunto. Esta noción pone en evidencia la existencia de tres elementos que se conjugan en cada Situación Profesional, a saber: La persona, el puesto y el entorno.

- **La persona.** Al aludir a la persona en el contexto de la sistematización, se hace referencia a los/as Asistentes Sociales que se desempeñan en la APS, quienes poseen la capacidad para gestionar y manejar distintas Situaciones Profesionales de carácter complejo.

Estos/as profesionales se caracterizan por desarrollar una alta capacidad de flexibilidad y adaptabilidad al asumir e implementar actividades o tareas de diversa índole, evidenciando la facultad de combinar en sus intervenciones los recursos propios con aquellos que provienen del entorno. Esta característica le permite movilizar conocimientos específicos, además de implementar los procedimientos adecuados para el desarrollo efectivo de las tareas encomendadas.

Al reflexionar respecto a la capacidad de situarse frente a las diversas Situaciones Profesionales, es posible reconocer la existencia de conocimientos y habilidades claves que le posibilitan al/a la profesional desempeñarse de forma adecuada en los distintos escenarios de intervención. Entre estas facultades es posible precisar el manejo de conceptos teóricos relevantes en el área, la capacidad de vincularse con el resto del Equipo, facilitar la coordinación intersectorial, el ejercicio de liderazgo, la tolerancia frente a contextos adversos, así como la capacidad de actualizarse constantemente, entre otras.

El variado repertorio de conocimientos y habilidades que poseen los/as profesionales, les permiten ejercer actividades con una amplia autonomía, la que se manifiesta en las facultades de que dispone para desarrollar la intervención con independencia, tomar las decisiones pertinentes y ejecutar las acciones que estime conveniente a partir del criterio y diagnóstico profesional. La autonomía también implica saber actuar en los distintos contextos particulares, teniendo en cuenta un

campo de exigencias, restricciones y recursos, los cuales el/la profesional conjuga en la práctica con la intencionalidad o sentido que éste/a le impregna a la acción profesional.

Se debe observar que la práctica desempeña un papel fundamental en el desarrollo de las habilidades profesionales requeridas para actuar de forma satisfactoria en la APS. En este contexto, el/la profesional se actualiza constantemente en la experiencia, la cual debe analizar y evaluar con el propósito de construir aprendizajes que se sumarán a su repertorio de conocimientos. En este sentido, se reconoce que es en la práctica donde el/la profesional despliega sus conocimientos y técnicas, siendo el espacio del cual surgen las necesidades de actualizarse y reorientar los conceptos que subyacen a sus acciones.

Dentro de estas distintas habilidades y nuevos conocimientos, se cuentan el saber tomar la iniciativa para generar proyectos e integrarse a nuevos espacios de trabajo, reaccionar y planificar ante las contingencias, adquirir responsabilidades e innovar constantemente para mejorar su desempeño en el establecimiento de salud.

- **El puesto.** Cuando se habla del puesto, se hace referencia al cargo que desempeña un/a Asistente Social en un determinado Centro de Salud. Este puesto existe por sí solo, en un determinado espacio temporal, y de manera independiente al/la profesional que lo ejerce. Sin embargo, en la práctica, este puesto se conjuga con las características específicas de la persona que lo desempeña, generando una interrelación entre los requerimientos del puesto y las habilidades y conocimientos del/de la profesional.

El puesto es el espacio concreto desde donde se posiciona el/la Asistente Social en la APS y se encuentra configurado por aquellas Situaciones Profesionales que se espera que lleve a cabo quien lo ocupa. En dicho contexto, a nivel de la APS, se persigue que el/la profesional aporte con la visión social constituyente de su experticia, para contribuir activamente a la integralidad de la atención otorgada a las personas usuarias, en vistas a aplicar el modelo biopsicosocial de salud.

De acuerdo a lo anteriormente señalado, es posible enunciar que las expectativas existentes en el establecimiento de salud referente a las Situaciones Profesionales que el/la Asistente Social debe desempeñar condicionan la dinámica del puesto, es decir, al

visualizar al puesto vale cuestionarse respecto a lo que se espera en la institución acerca de la labor que desempeñará la persona que se posiciona en él.

El puesto se pone en desarrollo y evoluciona a partir de elementos tales como las exigencias que plantea la política de salud y el entorno institucional, las demandas de los/las usuarios/as y las expectativas del Equipo de Salud. Desde esta perspectiva, las Situaciones Profesionales que se desempeñan van adquiriendo nuevas características en cuanto a las actividades, tareas y propósitos que se establecen para éstas. En dicho contexto, es posible evidenciar que, en la actualidad, las exigencias que se le asignan al puesto de Asistente Social en los establecimientos de APS, se encuentran en un proceso de cambio paulatino frente al requerimiento de integrar nuevos aspectos técnicos que emergen desde la concepción de salud familiar.

En síntesis, es posible establecer que el puesto no existe en forma aislada, pues es ejercido por un/a Asistente Social, quién desempeña las diversas Situaciones Profesionales que lo constituyen, las que se ponen en relación con otros puestos de trabajo desempeñados por otros/as profesionales del Equipo de Salud.

- **El Entorno.** Para visualizar plenamente las Situaciones Profesionales, es necesario entender que la persona y el puesto no constituyen unidades aisladas, sino que por el contrario, están en relación con el entorno económico, social y organizacional de los establecimientos en los que se inserta.

Dentro de los entornos más relevantes que contextualizan las Situaciones Profesionales en la APS, se encuentran la Política de Salud, el establecimiento de salud como organización y la comunidad.

- **Situaciones Profesionales y Política Nacional de Salud.** En este entorno se configuran los lineamientos básicos que definen la misión, los objetivos, las normas, que son necesarias para organizar las intervenciones, programas y actividades concretas de cada Situación Profesional. Desde el nivel central se otorga importancia a la Atención Primaria, intencionando una mayor resolutiveidad en este nivel, debido a que se constituye en la puerta de entrada al sistema general de salud. Además, se conciben como estrategias de trabajo a desarrollar el fomento de la responsabilidad de las personas, familias y comunidades

sobre su salud, la participación y organización comunitaria y la promoción de salud, entre otros.

- **Situaciones Profesionales y Establecimiento de Salud y su Organización.** En este entorno se sitúan los programas de salud implementados, como las exigencias y metas que deben ser cumplidas por el Centro de Salud, aspectos que si bien provienen desde el nivel general, son gestionados en el mismo establecimiento, en consideración a sus propias características y necesidades. De esta manera, cobra relevancia la forma en que se estructura la organización para cumplir con sus objetivos, pues a partir de este orden surgen las normas, actividades y requerimientos que el/la Asistente Social debe integrar a las Situaciones Profesionales que desempeña. En este entorno también se considera la organización y estructura del trabajo en equipo, lo cual incidirá en la forma de desarrollar las diversas Situaciones Profesionales, visualizando en algunos casos mayor autonomía para la ejecución de tareas y actividades. En otras instancias, el/la profesional se relacionará con mayor frecuencia con los integrantes del Equipo de Salud compartiendo tareas y responsabilidades en el desarrollo de las Situaciones Profesionales.

- **Situaciones Profesionales y Comunidad:** Este entorno hace alusión al territorio, a las organizaciones y a las personas, las cuales son, en otro sentido, los/as usuarios/as de los establecimientos de salud. De esta forma, las características del territorio en las que se inserta el establecimiento, tales como su infraestructura, los niveles de organización y participación social, y las problemáticas sanitarias y sociales existentes, se constituyen en un contexto que el/la profesional debe reconocer al momento de desarrollar las distintas Situaciones Profesionales, influyendo en la definición de objetivos, técnicas y estrategias a implementar.

7.2. DIVERSIDAD DE LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL/SITUACIÓN DE TRABAJO SOCIAL FAMILIA, COMUNIDAD, GESTIÓN

Se observa que en el desempeño profesional de Trabajo Social en la APS, emergen de forma dinámica e interrelacionada distintas tendencias de intervención. Por una parte, la impronta asistencial que deviene de una tradición histórica de formación y ejercicio profesional, que se resignifica cotidianamente frente a las demandas en salud asociadas a situaciones de precariedad y necesidad. Por otra parte, la impronta promocional, que también deviene de una tradición histórica, cuya estabilidad ha sufrido variaciones en su evolución. No obstante, se hace referencia a ella permanentemente, en tanto respalda la intervención profesional en el nivel colectivo.

Estas improntas se configuran de manera particular en cada uno de los Ámbitos de intervención profesional, según se detalla a continuación:

- **En el Ámbito de Familia.** El/la profesional se circunscribe en una lógica de intervención que conjuga la impronta asistencial, con una de carácter promocional, donde adquiere relevancia el fomento de la responsabilidad y la participación de los individuos y familias en la construcción de su propia realidad. En este Ámbito, las acciones de coordinación adquieren gran importancia, en la medida que el/la profesional deriva a las familias hacia otros/as profesionales del establecimiento o hacia otras instituciones de la red asistencial.
- **En el Ámbito Comunitario.** La impronta promocional emerge en forma significativa en las distintas Situaciones Profesionales, donde el/la profesional interviene con el objetivo concientizar y educar a las personas, así como también de movilizar a la comunidad para vincularla con los Centros de Salud. Se intenciona el desarrollo de la participación y organización social, con el propósito de compartir las responsabilidades que les cabe a ambos actores en el cuidado, protección y fomento de la salud. En este contexto, la impronta promocional se despliega con el objeto de integrar a otros sectores de la comunidad en el mejoramiento de la salud de la población.
- **En el Ámbito de Gestión:** Las Situaciones Profesionales desarrolladas en el ámbito de gestión amplían de manera sustantiva las acciones vinculadas a las improntas asistencial y promocional, pues incorpora la administración de recursos a

nivel directivo. Esta labor implica el ejercicio de una mayor responsabilidad por parte del/de la Asistente Social, puesto que al gestionar estos recursos -humanos, financieros, materiales- se apunta a generar un impacto determinante en el desempeño del establecimiento. Las Situaciones Profesionales de este Ámbito, constituyen un espacio para el ejercicio de actividades emergentes para la profesión.

La administración de recursos a nivel directivo, evidencia un desarrollo de habilidades y conocimientos que no se encuentran ligados directamente al acervo profesional tradicional. Además, el ejercicio de estas acciones implica un alejamiento de la impronta asistencial, puesto que el/la profesional abandona la atención directa de las necesidades inmediatas que afectan a los individuos, familias y comunidades.

Sin embargo, el desarrollo de estas acciones de administración se encuentra matizado por las improntas tradicionales, las cuales aportan con los principios fundamentales de la profesión y relevan la importancia del ser humano como sujeto de intervención.

7.3. SITUACIÓN PROFESIONAL ES UN PUESTO QUE SE PONE EN RELACIÓN CON OTROS

En el ejercicio de las Situaciones Profesionales, el/la Asistente Social se encuentra compartiendo un entorno con el resto del personal del establecimiento, hecho que deviene en la conformación de una red de vínculos cuya finalidad primaria se circunscribe dentro del cumplimiento de tareas y metas institucionales. Son, en síntesis, relaciones laborales que se dan en un entorno (físico, cultural, institucional) en común y que surgen por la necesidad de colaborar con otros para mejorar la entrega de servicios del establecimiento.

Cuando estas relaciones laborales se formalizan y se orientan hacia el cumplimiento de unos objetivos específicos cuya responsabilidad es compartida entre los profesionales, se habla de Trabajo en Equipo. Dentro de las modalidades del Trabajo en Equipo que se desarrollan en los Centros de Salud, es posible mencionar dos vertientes principales: el trabajo multidisciplinario y el trabajo interdisciplinario. La última constituye, actualmente, el ideal esperado en los establecimientos, dado que se ha probado como una estrategia efectiva para intervenir de manera integral en las personas usuarias, y por consiguiente, para mejorar la prestación de servicios sanitarios.

Esta sistematización ha puesto en evidencia que, lejos de ser una práctica asentada en los Centros de Salud, el trabajo interdisciplinario se mantiene principalmente como una aspiración en los Equipos, con variaciones entre cada uno de los establecimientos. La natural reticencia al cambio de estos establecimientos ha generado un proceso que ha retrasado su avance, pero la realidad de las organizaciones de salud demuestra que la interdisciplina se está convirtiendo, con diferentes grados de desarrollo, en un modelo de trabajo altamente necesario.

Los Equipos manifiestan adhesión a esta modalidad y poseen claridad sobre los beneficios que conlleva, sin embargo, en la práctica se implementa un trabajo en equipo más cercano a la multidisciplinariedad, en donde cada profesión aparece como un punto de vista aislado, permeando una visión reduccionista de los problemas, pero con un interés totalizador. Es decir, el trabajo en equipo se presenta como una yuxtaposición, una suma de saberes en cadena, o un conglomerado de actuaciones

grupales con respecto a una situación de salud, lo que tiende a producir resultados que no dan cuenta de las complejidades de los problemas.

En este escenario, la profesión se plantea favorablemente hacia el ejercicio de la interdisciplina. En todos los ámbitos abordados, los/as profesionales asumen que, desde el punto de vista de la eficiencia de las organizaciones de salud, el resultado de un trabajo interdisciplinario supera al de un trabajo multidisciplinario.

El Trabajo Social ha fortalecido y acelerado este proceso de tránsito de “multi” a “inter” disciplina, con distintos énfasis, según cada Situación Profesional, logrando una apertura hacia los aportes de otras disciplinas, teniendo en claro los límites del saber de cada una y respetando los campos de conocimiento de las áreas ajenas a la propia.

La tarea interdisciplinaria supone un alto grado de democratización que se ve dificultada porque los participantes actúan en medio de relaciones jerárquicas que instauran solidaridades y oposiciones específicas. Trabajo Social ha sabido enfrentar esta situación, y un facilitador importante de este proceso ha sido la visión holística e integradora que poseen los/as profesionales por formación. La necesidad de abordar problemáticas que se escapan al ámbito de su competencia, ha generado la necesidad natural de establecer vínculos de co-laboración efectiva con otras profesiones

7.4. REPERTORIO DE SITUACIONES PROFESIONALES EN MODELO BIOMÉDICO Y MODELO BIOPSIICOSOCIAL

Desde la década de los noventa se ha promovido el reemplazo del modelo biomédico imperante en las políticas de salud, caracterizado por centrarse en la enfermedad y otorgar una atención focalizada en la recuperación de las personas, por un modelo de carácter biopsicosocial. Este enfoque posee una perspectiva más amplia, al considerar en el concepto de salud variables no sólo de índole biológica, sino también de carácter social, psíquica, cultural, ambiental; integrando con posterioridad, una lógica de intervención familiar. Si bien es posible delimitar una evolución temporal y lineal en la ejecución de estos modelos de salud, al observar su expresión en la realidad, se concluye que dicha implementación se ha caracterizado por ser parcial, en razón a la coexistencia de ambas visiones en los establecimientos de APS.

Estos modelos contextualizan el marco en el cual se implementan las Situaciones Profesionales de Trabajo Social en la APS, y se implementan con las siguientes connotaciones:

- **Modelo Biomédico:** Al existir un predominio de las disciplinas biomédicas, los lineamientos de los Centros de Salud no otorgan centralidad al aspecto social en los procesos de de salud-enfermedad, por lo cual los espacios y aportes que emergen desde las Situaciones Profesionales se encuentran asociados a una lógica principalmente asistencial, en función a la recuperación de la enfermedad.

Desde este modelo, se visualiza a las personas usuarias y comunidades como entes pasivos, receptores de las intervenciones, sin fomentar el protagonismo y la responsabilidad que les corresponde asumir respecto a su salud. Además, las intervenciones desarrolladas se presentan segmentadas, pues no se concibe al individuo en su contexto familiar, comunitario y laboral.

- **Modelo Biopsicosocial:** Plantea una concepción amplia de la salud al considerar a la persona integralmente, desde sus ámbitos psicológicos, biológico y social, además de comprender el entorno en el cual ésta se desenvuelve. En este contexto, las intervenciones desarrolladas por el/la profesional se focalizan en abordar los problemas de salud desde sus diversas causas, intencionando la implementación de una perspectiva global respecto al origen de los problemas e intervenciones ejecutadas.

Además se promueve y potencia la participación directa de las familias y comunidades en el fomento, protección y cuidado de la salud, reconociendo la importancia que conlleva el compartir las responsabilidades en salud (establecimiento de APS y sus usuarios/as).

Se observa que en este modelo, que reconoce el ámbito social como constituyente de la salud, emerge un escenario favorable para Trabajo Social, pues se generan los espacios que le permiten ejercer un mayor liderazgo en el desarrollo de las Situaciones Profesionales, aportando con la visión holística que este/a profesional posee respecto a la salud.

CAPÍTULO VIII

CONCLUSIONES

CAPÍTULO VIII

CONCLUSIONES

En este Capítulo se presentarán las conclusiones generadas a partir del proceso de sistematización, estructuradas sobre la base de los siguientes ejes:

- 8.1. Conclusiones Temáticas
- 8.2. Conclusiones Metodológicas
- 8.3. Conclusiones en Torno a Trabajo Social

8.1. CONCLUSIONES TEMÁTICAS

- **En torno al Trabajo Social en Atención Primaria de Salud y Familia.**

El Trabajo Social en Atención Primaria de Salud en el ámbito familiar, se concretiza en la práctica profesional tanto en la atención de casos, como en la intervención con grupos familiares. Se observa que en este ámbito de intervención, se conjuga con mayor visibilidad el ejercicio de la impronta asistencial, referido a la derivación y orientación de las personas usuarias, con el desarrollo de una impronta de carácter promocional, donde adquieren relevancia la implementación de estrategias educativas, que promuevan el desarrollo de los recursos de las personas y su responsabilidad respecto a su bienestar en salud.

La entrevista se constituye en una actividad preponderante en el quehacer profesional con familias, pues le permite al/a la profesional generar diagnósticos profesionales, como también el desarrollo de educaciones y orientaciones con fines de tratamiento. En este sentido, el/la profesional posee la experticia para realizar entrevistas, la cual se encuentra sustentada en la experiencia práctica y de formación que posee, como también en su capacidad de generar un clima de confianza, intimidad, empatía y receptividad con las personas usuarias, situación que le permite rescatar la información que requiere e intencionar cambios en las personas y familias.

Es posible precisar, que el trabajo en equipo en el ámbito familiar, se encuentra en un proceso que tiende hacia la integralidad, pues actualmente esta relación se sitúa en un contexto de derivación entre profesionales, sin existir una planificación y una ejecución en equipo de las intervenciones, salvo en situaciones específicas (Visita Domiciliaria Integral y Reuniones Clínicas). Cabe señalar que esta situación, se manifiesta como un obstáculo para el logro de un real trabajo interdisciplinario en el ámbito familiar.

Se observa que el/la Asistente Social que se desempeña en los Centros de Salud, posee una experticia reconocida en el ámbito familiar, sin embargo, es posible reconocer que este/a profesional debe hacer frente frecuentemente a diversas complejidades, referidas principalmente a la oferta insuficiente de programas y beneficios al momento de derivar, como también al desarrollo de dificultades inherentes al trabajar con individuos y familias. En este contexto, se desarrolla y emerge

la capacidad que posee este/a profesional para actuar ante las contingencias y generar aprendizajes a partir de éstas.

En la tabla que se presenta a continuación, se sintetizan los aspectos más relevantes que emergen en el desempeño de Trabajo Social en Atención Primaria de Salud en el ámbito familiar:

Contextos	<ul style="list-style-type: none"> - Impronta asistencial y promocional. - Situaciones profesionales se insertan transversalmente en los Programas.
Finalidad	<ul style="list-style-type: none"> - Promoción a través de la educación y orientación. - Acción asistencial enfocada a la resolución de necesidades básicas de las familias. - Potenciación de los recursos de las familias. - Derivación como un proceso importante en la intervención.
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas con fines diagnósticos y de tratamiento. - Orientación, educación y motivación como actividades habituales. - Elaboración de un juicio profesional. - Coordinación con otros/as profesionales e instituciones. - Generación de confianza e intimidad, como estrategia relevante.
Relación con demás empleos	<ul style="list-style-type: none"> - Visita Domiciliaria Integral existe una vinculación con otros miembros del Equipo. - Demás Situaciones Profesionales, vinculación se manifiesta en coordinaciones.
Responsabilidad	<ul style="list-style-type: none"> - No generar falsas expectativas - Conocimiento del funcionamiento de la red. - Promover el autocuidado y autoresponsabilidad.
Autonomía	<ul style="list-style-type: none"> - Limitada por la oferta de beneficios sociales. - En las Visitas Domiciliarias Integrales emerge una autonomía negociada.
Grado de Complejidad	<ul style="list-style-type: none"> - Usuarios: Incomprensión orientaciones, Reticencia para reconocer el problema. - Relacionadas con la red: Oferta insuficiente. - Visitas Domiciliarias: Dificultades operativas.

- **En torno al Trabajo Social en Atención Primaria de Salud en el ámbito de Comunidad**

A partir de la sistematización desarrollada, es posible constatar la relevancia que se otorga al trabajo comunitario en la estrategia de Atención Primaria, constituyéndose en un ámbito de acción fundamental para mantener, mejorar, recuperar y fomentar la salud.

En este sentido, la labor del/de la Asistente Social se centra en intencionar un papel activo de la comunidad, como generadora de su propia salud, a través del desarrollo de metodologías adecuadas de intervención en el trabajo comunitario, además de la aplicación de técnicas participativas, que le permitan establecer relaciones horizontales y continuas con los grupos organizaciones locales de la comunidad.

Es importante destacar, que el/la Asistente Social adquiere protagonismo en el escenario de reestructuración del quehacer de los Equipos de Salud en la labor comunitaria, ya que se constituye en el potenciador del trabajo colaborativo, liderando los procesos de vinculación e inserción del Equipo de Salud a la comunidad en la cual se inserta el establecimiento de APS. A partir de lo planteado anteriormente, cobra sentido la labor desarrollada por el/la Asistente Social, ya que éste aporta a los Equipos con una visión más amplia de la comunidad, promoviendo el abandono de la lógica utilitarista que predomina en las intervenciones desarrolladas por algunos/as profesionales del Equipo de Salud.

El trabajo intersectorial, emerge como un ámbito de acción relevante en el quehacer comunitario. En este contexto, se debe precisar que existe una brecha entre las aspiraciones mencionadas en la política de salud y su expresión en la práctica. Se observa que muchas veces el/la Asistente Social, debe trabajar enfrentándose a una baja participación de ciertos sectores de la comunidad, situación que dificulta la real vinculación para el desarrollo de la promoción de la salud. Cabe señalar, que la relación más potente que se presenta en los Centros de Salud, se ve representada en la Comisión Mixta Salud Educación, donde trabajan coordinados ambos sectores en la promoción de los niveles de salud de la comunidad.

A modo de síntesis, es posible establecer que Trabajo Social posee el soporte técnico necesario para implementar y liderar las intervenciones comunitarias,

evidenciándose la existencia de conocimientos, habilidades y destrezas profesionales necesarias para desarrollar una labor eficiente en este ámbito.

A continuación, se presentan los aspectos más relevantes del trabajo desarrollado en el ámbito de comunidad:

Contextos	<ul style="list-style-type: none"> - Participación social como estrategia. - Desarrollo de Promoción de la salud. - Integración paulatina de los Equipos de Salud.
Finalidad	<ul style="list-style-type: none"> - Generación de un espacio de encuentro e interacción. - Entrega de herramientas educativas y técnicas. - Incorporación a la comunidad en el mejoramiento de la calidad de atención.
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> - La promoción y la prevención como temas transversales. - Liderazgo del/de la profesional. (Incorporación paulatina del resto del equipo) - Desarrollo de actividades educativas y entrega de información. - Coordinación para la obtención de recursos.
Relación con demás empleos	<ul style="list-style-type: none"> - Circunscrita a la realización de acciones educativas y entrega de informaciones. - Vinculación de carácter constante, en la cual se desarrolla un trabajo colaborativo. - Trabajo Social como promotor del trabajo interdisciplinario.
Responsabilidad	<ul style="list-style-type: none"> - Integrar a la comunidad a los espacios de encuentro e interacción. - Establecer vínculos entre los distintos actores que constituyen la comunidad.
Autonomía	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajo comunitario liderado por Trabajo Social: Autonomía profesional. - Trabajo comunitario con participación del Equipo de Salud: Autonomía negociada.
Grado de Complejidad	<ul style="list-style-type: none"> - Escasa motivación de la comunidad para integrarse y participar. - Visión restringida del Equipo de Salud con respecto al trabajo comunitario. - Tiempo insuficiente por parte de los/las profesionales.

- **En torno al Trabajo Social en Atención Primaria de Salud en el ámbito de Gestión**

Si bien el ámbito de gestión representa un espacio de desarrollo profesional incipiente en la Atención Primaria, se evidencian prontamente las fortalezas que poseen los/as asistentes sociales que se desempeñan en esta área.

La primera de ellas hace alusión al amplio dominio que poseen sobre la gestión de los recursos humanos. Esta es un área a la cual le otorgan gran prioridad dentro de su labor, debido a que subyace la concepción de que el personal constituye el recurso más valioso para cualquier institución y su perfeccionamiento debe preceder a cualquier iniciativa de mejoramiento del sistema general. En otras palabras, los/as asistentes sociales han comprendido que un recurso humano capacitado, satisfecho y participativo es un requisito ineludible para el desarrollo adecuado de los establecimientos, y en el ejercicio de sus tareas directivas han logrado implementar estos preceptos de una manera efectiva.

Otra fortaleza que debe enfatizarse, se refiere a la capacidad de integración que deben desplegar los/as profesionales para comprender, organizar, analizar, sintetizar y transmitir el gran cúmulo de información que emerge en el trabajo. Considerando, además, que corresponden a temas y ámbitos de una gran diversidad, determinada por la gama de profesiones y tareas involucradas en el trabajo. En este sentido, los/as profesionales demuestran tener la capacidad de adaptarse a distintos contextos y perfeccionarse en áreas distintas a las tradicionales, así como la sensibilidad para interactuar adecuadamente con los profesionales de otras áreas.

Finalmente, debe destacarse que al trabajar en el ámbito de gestión se hacen más patentes las condicionantes estructurales del sistema, principalmente en relación a los recursos y a la normativa institucional. Es así como muchas veces se debe trabajar en contextos de gran adversidad, situación que es enfrentada por los/as profesionales con un alto grado de creatividad y compromiso con los objetivos institucionales y profesionales.

A continuación, se sintetizan los aspectos más relevantes del Trabajo Social en el ámbito de gestión, según las variables descriptivas de las Situaciones Profesionales.

Contextos	<ul style="list-style-type: none"> -Cultura organizacional de tradición, poca permeabilidad a los cambios. -Políticas públicas con énfasis en el mejoramiento de la calidad de atención. -Implementación de instrumentos para optimizar la utilización de recursos.
Finalidad	<ul style="list-style-type: none"> -Poseer una visión global del sistema. -Relevancia de los recursos humanos. -Importancia de la supervisión.
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> -Acciones dirigidas al desarrollo del recursos humanos. -Se enfatiza la supervisión presencial de los subordinados. -La asignación de funciones al resto del equipo como actividad relevante. -Importancia de la evaluación de los procesos para identificar falencias.
Relación con demás empleos	<ul style="list-style-type: none"> -Se enfatiza el rol directivo, en función del trato con los subordinados. -Se implementa un estilo horizontal de comunicación -Las instancias formales se refieren principalmente a reuniones de gestión. -Las instancias informales se refieren principalmente a entrevistas personales.
Responsabilidad	<ul style="list-style-type: none"> - Alto nivel de responsabilidad: las decisiones tienen un alto impacto - Responsabilidades trascienden el espacio individual.
Autonomía	<ul style="list-style-type: none"> -Manifestada principalmente al asignar funciones al personal. -Posee mayor autonomía que el resto del Equipo / Decisiones compartidas
Grado de Complejidad	<ul style="list-style-type: none"> -Deficiencias estructurales del sistema: la perfectible gestión financiera, las rigideces impuestas por la normativa. - Dificultades vinculadas con los recursos humanos: dificultades para trabajar en equipo, problemas de desempeño, conflictos en las relaciones interpersonales.

8.2. CONCLUSIONES METODOLÓGICAS

La metodología utilizada en el presente Seminario de Título, correspondió a la sistematización, entendida como un instrumento metodológico que intenciona la producción de conocimientos a partir de la práctica, permitiendo un seguimiento-reflexión de las acciones profesionales de los/as Asistentes Sociales.

La sistematización permitió tener un acercamiento con respecto a las acciones desarrolladas por los/as Asistentes Sociales en la Atención Primaria de Salud. Esta metodología se planteó con la flexibilidad necesaria para integrar a los referentes conceptuales iniciales, los nuevos elementos que emergieron a partir de la observación de la práctica profesional.

Se debe destacar la implementación de una estrategia de validación de la información -la consulta o juicio de experto-, realizada en modalidad de entrevista a Trabajadores Sociales pertenecientes al colectivo profesional, los cuales validaron la información presentada y colaboraron activamente en la integración de reflexiones. Este proceso de validación, se presentó como adecuado, en tanto los/as profesionales reconocieron que los conocimientos generados desde la sistematización, contienen la información que refleja la realidad profesional en la que éstos/as se desempeñan, resultando ser la estrategia más acertada y viable para validar el proceso de sistematización.

Como producto del Seminario de Título, se sistematizaron integralmente diez Situaciones Profesionales desarrolladas por Trabajo Social en la APS, en los ámbitos de familia, gestión y comunidad. Un aporte de este ejercicio, se refiere a visibilizar la riqueza que posee la práctica profesional en el área, en cuanto a las finalidades que orientan la acción, la diversidad de actividades realizadas, las responsabilidades y la autonomía que le son inherentes, las relaciones que se desarrollan con el Equipo de Salud, y las complejidades y contextos que emergen en las intervenciones. Se debe relevar que esta producción de conocimientos sobre la práctica profesional resulta fundamental para Trabajo Social, en tanto constituye un espacio para visibilizar las habilidades profesionales, generar insumos para la formación y colaborar en las necesidades de actualización.

A partir de lo expuesto, se plantea que la metodología utilizada fue un facilitador en cuanto a la reflexión, análisis y comprensión de las Situaciones Profesionales. Permitió además, explicitar las distintas variables constituyentes, otorgando un orden y estructura para generar un conocimiento organizado.

8.3. CONCLUSIONES EN TORNO A TRABAJO SOCIAL

El/la Asistente Social que se desempeña en los Centros de Salud, se inserta en un escenario que le hace posible ejercer tanto aquellas actividades que son asociadas tradicionalmente a la profesión, como también algunas que se caracterizan por ser más emergentes. En cuanto a la implementación de estas actividades, se requiere la utilización de habilidades que son consideradas tradicionales en concomitancia con otras que no se enmarcan dentro del bagaje profesional clásico. En dicho contexto, se plantea que en la APS, el/la Asistente Social ha comenzado a integrarse a nuevos espacios, adquiriendo nuevas responsabilidades y funciones, como también ha resignificado aquellas actividades más tradicionales, tomando como referencia las orientaciones de las políticas de salud y las actualizaciones que se generan desde el Trabajo Social.

Desde el modelo biopsicosocial, intencionado en los Centros de Salud, se espera que el Asistente Social contribuya con la visión que es de su experticia, al desarrollo de los procesos referidos a la promoción, prevención y recuperación de la salud. En este escenario, cabe reflexionar respecto a los aportes que estos/as profesionales generan en los establecimientos, debiéndose resaltar la capacidad de relacionarse con las personas usuarias, la disponibilidad para realizar intervenciones en terreno, la comprensión holística de las realidades y problemas sociales, la importancia que se otorga al recurso humano, como también el manejo de habilidades y técnicas para vincularse con la comunidad y los distintos actores sociales.

A pesar de que la concepción contemporánea de salud posee un carácter integral, la implementación práctica de esta idea ha tenido una penetración lenta en algunos Equipos de Salud, cuya cultura institucional se ha caracterizado por ser poco permeable a los cambios. Esta situación ha impactado en la profesión, en el sentido que los/as profesionales deben validarse como agentes que pueden aportar en el área de la salud, más allá de una perspectiva asistencial tradicional. En este contexto, se debe

relevar la capacidad que han ejercido estos/as profesionales para desenvolverse en cargos directivos, de alta responsabilidad para el funcionamiento del Centro de Salud.

En síntesis, se declara que el sector salud, en el marco de la atención primaria, sigue constituyendo un referente muy importante para el desarrollo de la profesión, y a su alero se abren nuevos espacios de intervención y actualización para el Trabajo Social.

Valparaíso, Invierno del 2006.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**PUBLICACIONES ESCRITAS**

CASTAÑEDA, P., SALAMÉ, A. (2002) Competencias Profesionales de los/las Asistentes Sociales Titulados/Tituladas en la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso: Tradición y Transformación. Informe de Investigación. En: *Revista Universitaria de Trabajo Social*. N°1, abril, 15-72. Valparaíso: Escuela de Trabajo Social Universidad de Valparaíso.

CENTROS DE ESTUDIOS ANTICIPATORIOS, BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL (2002) *Conceptualización del Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), Eje de la Actual Reforma a la Salud*. Santiago.

LE BOTERF, G. (2001) *Ingeniería de las Competencias*. Barcelona: Editorial Gestión 2000 S.A.

MINISTERIO DE SALUD (1993) *De Consultorio a Centro de Salud: Marco Conceptual*. Santiago: MINSAL.

MINISTERIO DE SALUD (1994) *Guía Técnica Metodológica, Unidad de Participación Social*. Santiago: MINSAL.

MINISTERIO DE SALUD, (1994) *orientaciones y Normas Técnicas para el Asistente Social en Salud*. Santiago: MINSAL.

MINISTERIO DE SALUD (2002) citado en BIENZOBAS, C, IBACETA, L. (2005) *Balance Técnico de Competencias Profesionales de Trabajo Social en el sector Salud. Informe Del Proceso De Análisis*. Valparaíso: Escuela de Trabajo Social Universidad de Valparaíso.

SEREMI DE SALUD (2005) citado en BIENZOBAS, C, IBACETA, L. (2005) *Balance Técnico de Competencias Profesionales de Trabajo Social en el sector Salud. Informe Del Proceso De Análisis*. Valparaíso: Escuela de Trabajo Social Universidad de Valparaíso.

MARTÍN, A., (Comp.) (2003) *Atención Primaria: Conceptos, Organización y Práctica Clínica*. 5ª Edición. Madrid: Elsevier España, S.A.

SEMINARIOS DE TÍTULO

BIENZOBAS, C., IBACETA, L. (2005) *Balance Técnico De Competencias Profesionales de Trabajo Social En El Sector Salud. Informe Del Proceso De Análisis*. Valparaíso: Escuela De Trabajo Social Universidad de Valparaíso.

DOCUMENTOS DE TRABAJO

ABARCA, A. y otros (Coord.) (2005) *Manual Definitivo*. Viña del Mar: Centro de Salud Familiar Gómez Carreño

CASTAÑEDA, P. (2001) *Apuntes Cátedra Trabajo Social en el sector Salud*. Valparaíso: Escuela de Trabajo Social Universidad de Valparaíso.

CASTAÑEDA, P. (2004) *Apuntes Cátedra Trabajo Social en el sector Salud*. Valparaíso: Escuela de Trabajo Social Universidad de Valparaíso.

JUVAL, V. Y OTROS (2005) *Sistematización de la Práctica Social en los Centros de Salud Familiar Placeres y Reina Isabel*. Valparaíso.

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL, UNIVERSIDAD DE LOS LAGOS (2004) *Análisis Reforma de Salud desde la Perspectiva de Trabajo Social*. Puerto Montt.

SIMONDS, S. (1993) *Salud: Un Análisis Conceptual*. Santiago: Escuela de Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile.

PÁGINAS WEB

BAUDINO, V., BONANNO, A., DOMIJAN, M. (2002) *Programa de Servicio Social de atención primaria de la Salud*. Buenos Aires: www.ubiobio.cl/cps/ponencia/doc/p14.3.htm, visitado en diciembre de 2005.

BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL (2005) *Reforma de Salud*. Valparaíso: www.bcn.cl, visitado en noviembre de 2005.

CENTRO DE ESTUDIANTES MEDICINA UNIVERSIDAD CATÓLICA (2006) *El Sistema de Salud Chileno: Contexto Histórico y Normativo del Sistema de Salud Chileno*. Santiago: www.cemuc.cl/pdfs/informate/Sistema.pdf, visitado en marzo de 2006.

HADAD, J. (2005) *La estrategia de salud para todos y la atención primaria de salud como prioridades para mejorar la salud en el nuevo milenio*. La Habana: <http://aps.sld.cu/bvs/>, visitado en febrero de 2005.

MINISTERIO DE SALUD (2006) *Ministerio de Salud: Visión, Misión y Funciones*. Santiago: www.minsal.cl, visitado en marzo de 2006.

MINISTERIO DE SALUD (2005) *Estado de Tramitación Proyectos de Ley Reforma de Salud*. Santiago: www.minsal.cl, visitado en noviembre de 2005.

MINISTERIO DE SALUD (2005) *Senado aprobó ley de Isapres*. Santiago: www.minsal.cl, visitado en noviembre de 2005

MINISTERIO DE SALUD (2005) *Atención de Salud con Enfoque Familia*. Santiago: www.minsal.cl, visitado en noviembre de 2005.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1978) *Declaración de Alma-Ata*. En: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6--12 de septiembre de 1978. Ginebra: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>, visitado en diciembre de 2005.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2003) *Informe sobre la salud en el mundo 2003 - Forjemos el Futuro*. Ginebra: www.who.int/entity/whr/2003/en/whr03_es.pdf, visitado en diciembre de 2005.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1997) *Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXI*. Yakarta: www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_sp.pdf, visitado en junio de 2006.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1968) *La Atención Rehabilitadora*. España: www.discapnet.es/Salud+Mayores/Recursos+asistenciales/Profesionales_sector/Atencion+rehabilitadora.htm, visitado en diciembre 2005.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE (2005) *Proyecto Ancora, Red de Centros de Salud Familiares UC*. Santiago: www.uc.cl/medicina/medicinafamiliar/html/proyecto_ancora.html, visitado en noviembre de 2005.

SERVICIO DE SALUD LLANQUIHUE (2005) *Reforma de la Salud: Antecedentes y Proyectos de Ley*. Puerto Montt: www.llanchipal.cl, visitado en noviembre de 2005.

SERVICIO DE SALUD LLANQUIHUE (2005) *Congreso despachó proyecto de autoridad sanitaria y Beneficios para los trabajadores de la salud*. Puerto Montt: www.llanchipal.cl, visitado en noviembre de 2005.

SERVICIO DE SALUD LLANQUIHUE (2005) *Objetivos Sanitarios*. Puerto Montt: www.llanchipal.cl, visitado en noviembre de 2005.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1948) *Acercas de la OMS*. Ginebra: www.who.int/about/definition/es/index.html, visitado en junio de 2006.

LEYES

LEY 19.378, *Estatuto de Atención Primaria Municipal*. Promulgada 13 de abril de 1995.

LEY N° 19.937, *Autoridad Sanitaria*. Promulgada el 24 de febrero de 2004.

LEY N° 19.966, *Garantías Explícitas en Salud (GES)*. Promulgada el 25 de agosto de 2004.

LEY N° 20.015, *ISAPRES*. Promulgada el 3 de mayo de 2005.

ANEXOS

A. Pauta de Entrevistas Semiestructuradas. En los ámbitos de Familia, Comunidad y Gestión.

a. Ámbito Familia:

- 1.- Podría decir por favor su nombre, universidad de origen y años de experiencia de salud?
- 2.- ¿Cómo definiría Ud la atención profesional de trabajo social en salud en el ámbito de la atención familiar? ¿Qué tipo de temas, problemas, necesidades o conflictos atiende Ud. en el nivel de intervención familiar?
- 3.- A su juicio. ¿Cuáles son las principales funciones, actividades y tareas que se desarrollan en la atención profesional de trabajo social con familias?
- 4.- Cuando Ud. realiza una atención profesional de trabajo social con familias, en el marco de la atención primaria de salud ¿Cuál es la finalidad? ¿Qué es lo que se espera conseguir con ella?
- 5 - Según Ud.¿Cuáles son los ámbitos de responsabilidad profesional que contempla la atención con familias en el marco de la atención primaria de salud?
- 6.- En el caso hipotético que Ud. Realizara una atención profesional de trabajo social con familias que no fuera satisfactoria para su sujeto de atención o en caso contrario quisieran felicitarle y agradecerle por la gestión realizada ¿Cuáles serían los conductos regulares a los que debería recurrirse para expresar la situación de molestia o de satisfacción?
- 7.- ¿Qué rol cumple el equipo de salud en la atención profesional con familias?
- 8.- ¿Cuáles han sido las experiencias de mayor complejidad que Ud. ha debido enfrentar en la atención profesional de trabajo social con familias? ¿Podría relatarnos alguna experiencia?
- 9.- ¿Cuáles han sido los aprendizajes y aportes a su desarrollo profesional que Ud. estima haber adquirido en su desempeño profesional con familias?

b. Ámbito Comunidad:

- 1.- Podría decir por favor su nombre, universidad de origen y años de experiencia de salud?
- 2.- ¿Cómo definiría Ud la intervención profesional de trabajo social en salud en el ámbito de comunidad? ¿Qué tipo de temas, problemas, necesidades o conflictos atiende Ud. en el nivel de intervención comunitaria?
- 3.- A su juicio. ¿Cuáles son las principales funciones, actividades y tareas que se desarrollan en la atención profesional de trabajo social de comunidad?
- 4.- Cuando Ud. realiza una intervención profesional de trabajo social de comunidad, en el marco de la atención primaria de salud ¿Cuál es la finalidad? ¿Qué es lo que se espera conseguir con ella?
- 5.- Según Ud. ¿Cuáles son los ámbitos de responsabilidad profesional que contempla la intervención comunitaria en el marco de la atención primaria de salud?
- 6.- En el caso hipotético que Ud. realizara una atención profesional de trabajo social de comunidad que no fuera satisfactoria para su sujeto de atención o en caso contrario quisieran felicitarle y agradecerle por la gestión realizada ¿Cuáles serían los conductos regulares a los que debería recurrirse para expresar la situación de molestia o de satisfacción?
- 7.- ¿Qué rol cumple el equipo de salud en la acción profesional de comunidad?
- 8.- ¿Cuáles han sido las experiencias de mayor complejidad que Ud. ha debido enfrentar en la atención profesional de trabajo social de comunidad? ¿Podría relatarnos alguna experiencia?

c. Ámbito Gestión:

1.- Podría decir por favor su nombre, universidad de origen y años de experiencia de salud?

2.- ¿Cómo definiría Ud la acción profesional de trabajo social en salud en el ámbito de Gestión? ¿Qué tipo de temas, problemas y necesidades atiende Ud. en el nivel de Gestión?

3.- A su juicio. ¿Cuáles son las principales funciones, actividades y tareas que se desarrollan en la acción profesional de trabajo social en el ámbito de Gestión?

4.- Cuando Ud. realiza una acción profesional de trabajo social en Gestión, en el marco de la atención primaria de salud ¿Cuál es la finalidad? ¿Qué es lo que se espera conseguir con su accionar?

5- Según Ud. ¿Cuáles son los ámbitos de responsabilidad profesional que contempla el trabajo en Gestión en el marco de la atención primaria de salud?

6.- En el caso hipotético que Ud. realizara una atención profesional de trabajo social en Gestión que no fuera satisfactoria para los usuarios y/o subordinados, o en caso contrario quisieran felicitarle y agradecerle por el trabajo realizado ¿Cuáles serían los conductos regulares a los que debería recurrir para expresar la situación de molestia o de satisfacción?

7.- ¿Qué rol cumple el equipo de salud en la acción profesional en Gestión?

8.- ¿Cuáles han sido las experiencias de mayor complejidad que Ud. ha debido enfrentar en la acción profesional de trabajo social en Gestión?

9.- ¿Cuáles han sido los aprendizajes y aportes a su desarrollo profesional que Ud. estima haber adquirido en su desempeño profesional en el ámbito de la Gestión?

9.- ¿Cuáles han sido los aprendizajes y aportes a su desarrollo profesional que Ud. estima haber adquirido en su desempeño profesional en el ámbito comunitario?

**B. Listado de Alumnos Cátedra de Servicio Social en el Sector Salud (2005),
que colaboraron en el Seminario.**

Nº GRUPO	NOMBRE	Nº GRUPO	NOMBRE
1	Jeanette Mena Peña	15	Akiko Gaete Ramos
1	Natalia Olivos Providel	15	Fabian Chacana Trincado
1	Cecilia Ollino Gutierrez	16	Estefania Suarez Marin
2	Carolina Cecilia Montoya López	16	Ximena Urrea
2	Manuel Andrés Palacios Palacios	16	Claudia Retamal Lopez
2	Oscar Felipe Toro Castillo	17	David Madrid Yañez
3	Karina Obrerue Leiva	17	Laura Valdivieso Vergara
3	Karina Sanchez Leiva	18	Karina Pacheco Gomez
4	Tahis Olguín Carvajal	18	Paola Salinas
4	Yisleim Santin Saez	19	Andrea Olguín
4	Silvia Zamora Olivos	19	Maribel Rojas
6	Paola Andrea Suazo Tapia	19	Venecia Lira
6	Carolina Osses Araya	20	Makarena Romero Contreras
6	Paulina Galleguillos Rojas	20	Susana Luna Muñoz
7	Alejandra Mondaca Bustamante	20	Paula Silva Rojas
7	Ximena Navarrete Barraza	21	Evelyn Maturana Saldívar
7	Gianina Torres Riquelme	21	Angelica Peña Peñancar
8	Claudia Velasquez	22	Aurora Véliz Martinez
8	Isidora Morales	22	Gisela Palma
8	Constanza Manriquez	22	Macarena Torres Sanchez
9	Daniela Monge Morales	23	Daniela Salinas Escalante
9	Astrid Taborga Gatica	23	Ximena Oliva Palacios
9	Mariela Vega Pereira	23	Scarlette Riffo Navarro
10	Marcela Villarroel Schwaiger	24	Nelly Spring Mella
10	Pilar Pizarro Mora	24	Romina Olguin Nuñez
10	Sebastián Sepúlveda Castillo	24	Pía Mena Ruz
11	Veronica Leiva p.	25	Soraya Altamirano Canales
11	Susan Olguin r.	25	Barbara Lopez Garcia
12	Susana Ramirez Gatica	25	Paulina Bascur Orellana
12	Carolina Rojo Martinez	26	Daniela Canales Muñoz
13	Pamela Nuñez	26	Pamela Gallardo
13	Alejandra Neira	26	Fernanda Galleguillos Bustamante
13	Francisca Rodríguez	27	Nancy Mondaca S.
14	Ximena Reinoso	27	Yanira Plaza C.
14	Paz Rodríguez	27	Paulina Marín M.
14	Stephanie Zanetta	28	Rafael Andrés Mora Cárdenas
15	Jeimye Araos Ortiz	28	Javier Alejandro Valenzuela Castro
		28	Marcelo Martella De Martin