



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



**TRABAJO SOCIAL Y SALUD:
REESTRUCTURACIÓN DE LAS FUNCIONES DE LA UNIDAD
DE ACOMPAÑAMIENTO ESPIRITUAL EN EL HOSPITAL
CARLOS VAN BUREN DE VALPARAÍSO**

Seminario de Título para optar al
Grado Académico de Licenciatura en
Trabajo Social y al Título Profesional
de Trabajo Social

Institución Patrocinante:

Hospital Carlos Van Buren
Valparaíso, V región

Profesora Guía:

Patricia Castañeda Meneses

Equipo Seminarista:

Amaranta Cáceres Saavedra
Francisco Morales Muñoz

OCTUBRE, 2012

ÍNDICE

<i>Contenido</i>	<i>Página</i>
ABSTRACT	4
PRESENTACIÓN GENERAL	7
CAPÍTULO I CONTEXTO DE LA EXPERIENCIA	10
1.1.- <i>Contexto Institucional</i>	11
1.2.- <i>Contexto Programático</i>	41
CAPÍTULO II: MARCO DE REFERENCIA	48
2.1.- <i>Antecedentes Generales.</i>	49
2.2.- <i>Primer Eje Conceptual: Humanización en Salud</i>	53
2.3.- <i>Segundo Eje Conceptual: Acompañamiento Espiritual</i>	63
2.4.- <i>Tercer Eje Conceptual: Duelo</i>	68
2.5.- <i>Cuarto Eje Conceptual: Gestión Hospitalaria</i>	74
CAPÍTULO III: PLAN DE TRABAJO	84
3.1.- <i>Fundamentación Metodológica: Intervención Profesional Reflexiva</i>	85
3.2.- <i>Estructura de Trabajo: Objetivo General de Intervención</i>	88
3.3.- <i>Antecedentes Diagnósticos</i>	89
3.4.- <i>Matriz de Programación</i>	122
3.5.- <i>Matriz de Programación por Fases</i>	123
3.6.- <i>Tabla Gantt</i>	128
3.7.- <i>Repertorio de Técnicas de Intervención</i>	129
CAPÍTULO IV: INTERVENCIÓN PROFESIONAL	130
4.1.- <i>Registro Primera Fase de Intervención: “Socialización sobre acompañamiento espiritual a los colectivos”.</i>	132
4.2.- <i>Registro Segunda Fase de Intervención: “Regularización Administrativa para la Reestructuración de las funciones de la U.A.E.”</i>	161
4.3.- <i>Registro Tercera Fase de Intervención: “Organización de los Colectivos para la Reestructuración de las funciones de la U.A.E.”</i>	179
4.4.- <i>Anexos: Productos de la Intervención</i>	210
CAPÍTULO V: EVALUACIÓN	228
5.1.- <i>Evaluación por Fases</i>	230
5.2.- <i>Evaluación Objetivo General</i>	236
5.3.- <i>Evaluación de Actividades</i>	238
5.4.- <i>Evaluación de Recursos</i>	242
5.5.- <i>Evaluación de Tiempo</i>	244
5.6.- <i>Evaluación de Estrategias de Intervención</i>	247
5.7.- <i>Evaluación de Técnicas de Intervención</i>	247
CAPÍTULO VI: REFLEXIONES PROFESIONALES	248
6.1.- <i>Eje Humanización en Salud</i>	249
6.2.- <i>Eje Acompañamiento Espiritual</i>	254
6.3.- <i>Eje Duelo</i>	260
6.4.- <i>Eje Gestión Hospitalaria</i>	263
CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES	271

<i>7.1.- Conclusiones Temáticas</i>	<i>272</i>
<i>7.2.- Conclusiones Metodológicas</i>	<i>277</i>
<i>7.3.- Conclusiones Profesionales</i>	<i>278</i>
BIBLIOGRAFÍA	280

ABSTRACT

Seminario de Título	TRABAJO SOCIAL Y SALUD: REESTRUCTURACIÓN DE LAS FUNCIONES DE LA UNIDAD DE ACOMPAÑAMIENTO ESPIRITUAL EN EL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN DE VALPARAÍSO
Institución Patrocinante	Hospital Carlos Van Buren
Profesora Guía	Sra. Patricia Castañeda Meneses
Equipo Seminarista	Srta. Amaranta Cáceres Saavedra Sr. Francisco Morales Muñoz
Año Académico	2012

La presente experiencia de Seminario de Título, muestra la Intervención Profesional Reflexiva desarrollada por el equipo seminarista en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, en torno a la reestructuración de las funciones de la Unidad de Acompañamiento Espiritual de la institución, enmarcado en el Modelo de Atención Integral al paciente, como un elemento importante para el logro de las metas de humanización en el sector terciario en salud.

➤ **Marco Conceptual**

A lo largo de todo el proceso de Seminario de Título, se enuncian 4 ejes temáticos que estructuran y organizan cada uno de sus capítulos, estos son:

- Humanización en Salud.
- Acompañamiento Espiritual.
- Duelo.
- Gestión Hospitalaria.

➤ **Objetivo General de la Intervención**

“Desarrollar un proceso de intervención profesional reflexiva para Trabajo Social en la reestructuración de las funciones de la Unidad de Acompañamiento Espiritual (U.A.E) del Hospital Carlos Van Buren (H.C.V.B), con el objeto de fortalecer la atención integral del paciente, mediante estrategias de gestión y socialización”.

➤ **Metodología de Trabajo**

El presente Seminario de Título se realiza bajo un modelo de Intervención Profesional Reflexiva, el cual se caracteriza por generar un espacio de convergencia entre la intervención y la reflexión en el marco de la Unidad de Acompañamiento Espiritual del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso.

➤ **Resultados**

Al término del proceso de intervención profesional y en directa función con el objetivo general se pretende conseguir:

- La socialización, sobre la temática de acompañamiento espiritual, su contexto legal y el funcionamiento de la U.A.E dentro del hospital Carlos Van Buren, en la mayor cantidad de personas vinculadas a la gestión y entrega de ésta.

- La realización de diversas gestiones que encuadren la entrega de acompañamiento espiritual, logrando un diseño de flujograma de ingreso de representantes de credos religiosos; la actualización de un normativo interno de funcionamiento de la U.A.E. dentro de la institución y un equipo de trabajo conformado por un comité de funcionarios y voluntariado.

PRESENTACIÓN GENERAL

En el transcurso del presente año se promulga y entra en ejecución la última de las cinco leyes que sustentan la Reforma de Salud en Chile, la que otorga relevancia a los Derechos y Deberes del Paciente que se enmarcan en el Modelo de Atención Integral, con el objetivo de avanzar en las Metas de Humanización.

Dentro de este marco es que se encuentra la importancia de la atención en el sector terciario de salud, que considere las diversas dimensiones de las personas, tal como lo estipula la Organización Panamericana de Salud (OPS) al definir salud como: *“el estado de completo bienestar físico, mental, social y espiritual”*.

A través de la reforma sanitaria se intenta implementar un nuevo modelo de atención con una visión integral, acorde con las nuevas dimensiones señaladas, permitiendo una atención en salud de calidad que reconozca la importancia de la multidimensionalidad que posee el ser humano.

Para dar respuesta a las necesidades espirituales de las personas en la atención terciaria, es que se ha establecido la necesidad de implementar Unidades de Acompañamiento Espiritual, con el objeto de coordinar las actividades de la asistencia espiritual y/o religiosa, como derecho y bajo el contexto legal que las sustentan.

A lo largo de la experiencia desarrollada en el proceso de Seminario de Título, se ha buscado dar énfasis en la reestructuración de las funciones de la Unidad de Acompañamiento Espiritual del Hospital Carlos Van Buren, a partir de la socialización que se permite a través de la gestión y socioeducación del equipo de salud. Establecido lo anterior, es que cobra importancia concientizar y profundizar las temáticas de la dimensión espiritual, en virtud de las metas de humanización en la atención del paciente y así lograr el objetivo de la U.A.E que corresponde a: *“gestionar y facilitar el otorgamiento de Asistencia Religiosa y Espiritual a los Pacientes Hospitalizados o de Atención Cerrada, sus Familiares y Funcionarios que lo requieran, de acuerdo al Normativo Interno de Funcionamiento en el Hospital Carlos Van Buren”*.

Para el desarrollo de este proceso, el equipo seminarista utiliza la metodología de *Intervención Profesional Reflexiva*, que tiene por objeto visualizar los aportes conceptuales y temáticos que emergen desde el actuar de Trabajo Social, en esta nueva necesidad que toma importancia en el sector terciario en salud, para así lograr el bienestar social de la persona, familia y comunidad.

El presente documento se organiza a partir de los siguientes capítulos:

- **Capítulo I.- Contexto de la Experiencia:** Tiene por objeto identificar el Contexto Institucional y Programático en que se enmarca la experiencia.

- **Capítulo II.-Marco de Referencia:** Presenta los ejes conceptuales por los cuales se rige y se estructura el proceso de intervención. Estos ejes conceptuales se refieren a: Humanización en Salud; Acompañamiento Espiritual; Duelo y Gestión Hospitalaria

- **Capítulo III.-Plan de Trabajo:** Expone la fundamentación metodológica del proceso; la estructura de trabajo, destacando el objetivo general de la intervención; los antecedentes diagnósticos; la matriz programática general y por fases; la tabla Gantt y repertorio de estrategias y técnicas de intervención.

- **Capítulo IV.- Intervención Profesional:** Sistematiza los procesos realizados con cada uno de los colectivos de trabajo, organizando los registros de intervención por fase, que tienen por objeto el análisis del proceso desde los ejes conceptuales que sustentan la experiencia.

- **Capítulo V.- Evaluación:** Presenta los resultados y procesos de intervención, a través de la medición de indicadores de logro y juicios evaluativos por objetivos general, objetivos específicos, actividades por fase, tiempo, estrategias y técnicas utilizadas.

- **Capítulo VI.- Reflexiones Profesionales:** Expone los aprendizajes y hallazgos emanados desde la intervención profesional, mediante el desarrollo de un proceso reflexivo a partir de los ejes que sustentan la experiencia.

- **Capítulo VII.- Conclusiones:** Despliega aquellas reflexiones que se estructuran en torno a la metodología desarrollada, la temática abordada y a las conclusiones profesionales obtenidas desde la perspectiva del Trabajo Social.

The page features a decorative graphic consisting of three blue circles of varying sizes, each composed of concentric circles in different shades of blue. These circles are arranged along a diagonal line that runs from the top-left towards the bottom-right. The largest circle is at the top, a medium one in the middle, and a large one at the bottom right. The text is centered on the page.

CAPÍTULO I

CONTEXTOS DE LA EXPERIENCIA

1.1.- CONTEXTO INSTITUCIONAL

➤ ANTECEDENTES GENERALES HOSPITAL CARLOS VAN BUREN

- **Identificación de la Institución.**

Nombre	Hospital Carlos Van Buren (HCVB)	
Tipo de Institución	De carácter público sin fines de lucro, dependiente del Ministerio de Salud a través del Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio (SSVSA)	
Dirección	San Ignacio #725 Valparaíso	
Fono	Mesa Central 2364000 Dirección HCVB 2364188	
E-Mail	alejandra.sanchez@redsalud.gov.cl (OIRS)	
Cobertura	Beneficiarios de FONASA y aquellos convencionales	
Población Asignada en 2011¹	474.423	Hombres: 236.460
		Mujeres: 237.963
Dotación de Camas²	Camas UPC Adulto: 38	
	Camas UPC Infantil: 10	
	Camas UPC Neonatología: 11	
	Dotación Total de Camas: 542	
	Estadía Promedio: 5,8 días ³ .	

- **Misión⁴:** “Somos una institución pública de salud, asistencial, docente, integrada a la red del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, que entrega prestaciones oportunas y de calidad a su comunidad, con la finalidad de satisfacer sus necesidades de salud, a través de un

¹ Cuenta Pública 2011, Hospital Carlos Van Buren

² Cuenta Pública 2011, Hospital Carlos Van Buren

³ CASTILLO, E., GAMBOA, A.; “Sistematización de Situaciones Profesionales de Trabajo Social en la Atención Terciaria de Salud”. Seminario de Título de Pre-grado para la Obtención del Título Profesional de Asistente Social y la Licenciatura en Trabajo Social, Universidad de Valparaíso, 2010.

⁴ Resolución Exenta N° 9586, del 30.12.2011

equipo multidisciplinario, competente con servicios especializados de alta complejidad, ambulatoria y de hospitalización”.

- **Visión⁵:** “Queremos ser reconocidos como una institución de excelencia, innovadora, asistencial y docente, con las personas adecuadas para satisfacer las necesidades de salud de nuestros usuarios, como también, llevar al Hospital a ser líder en especialidades de alta complejidad, comprometida con sus usuarios, la familia y la sociedad”.

- **Valores:** Los valores que enmarcan todo accionar en la institución son:
 - Compromiso
 - Equidad
 - Solidaridad
 - Respeto
 - Lealtad
 - Participación
 - Proactividad
 - Eficiencia
 - Orientación al Usuario.

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

- **Emplazamiento:** El Hospital se encuentra emplazado en dos terrenos de dominio propio, con un total de 13 dependencias, el primer y principal terreno abarca 28.167,77m², en él se encuentran gran parte

⁵ Resolución Exenta N° 9586, del 30.12.2011

de las especialidades del hospital, mientras que el segundo terreno está ubicado en la calle Blas Cuevas, con una superficie de 5.097m² que corresponde al edificio del ex Hospital de Niños, utilizado actualmente por el Jardín Infantil del establecimiento, la fundación Lionel Cooper, Corporación Bresky a cargo del Programa de Salud Mental, la Clínica Dental del Consultorio de Atención Primaria del Hospital de Niños, además de oficinas administrativas y bodegas disgregadas del hospital.

- **Infraestructura:** El establecimiento se compone de 4 edificios principales: Torre Médica, Torre Quirúrgica, Oncología y Otorrino Oftalmología, más el Consultorio Adosado de Especialidades (CAE). La superficie del terreno principal es de 28.167m² y cuenta con una superficie construida aproximada de 40.559 m².

➤ **Antecedentes Históricos**

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

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

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

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

Los Hermanos de San Juan de Dios estuvieron a cargo del establecimiento hasta 1822, con ésta fecha se ordenó una investigación por parte del Cabildo, estableciéndose que el Hospital se hallaba muy abandonado, sin médico ni botica, culpándose de ello al Clérigo, que entonces era Fray V.M. Solís. En vista de esta situación se acordó que el hospital pasara a manos seculares, nombrándose un administrador y un económico tesorero. Durante el decenio siguiente a 1822, en que hubo una administración interina, las cosas no anduvieron mucho mejor, a juzgar por el estado lamentable en que encontró el Hospital el Sr. Benito Fernández Maqueira al término de ese periodo, nadie quería hospitalizarse; era necesario llevar los enfermos por fuerza y no les faltaba alguna razón, pues más de la mitad morían. El desaseo y la pobreza eran condiciones inhumanas.

El personal se componía de catorce individuos, incluyendo Médico, Contador y Capellán. Había por este tiempo treinta a treinta y cinco enfermos diarios. La alimentación era deficiente, el Panteón estaba en el mismo patio llegando los olores hasta las salas y en opinión del Sr. Fernández Maqueira, lo mejor que podía hacerse era quemar el edificio. Administró después de los religiosos, el Sr. Francisco Fernández, (primer administrador laico en el local antiguo), desde febrero de 1822 hasta 1833, luego fue reemplazado por Don Francisco Riobó, quien permaneció un año, entregando la administración al mencionado Sr. Benito Fernández Maqueira.

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

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

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

El 25 de Junio de 1907, ingresa al servicio del Hospital San Juan de Dios, el Señor Carlos Van Buren Vallejo, con el cargo de Sub-Administrador, posteriormente, en 1911 asume la Administración del Hospital, cargo que desempeña hasta el 12 de septiembre de 1921, fecha en que abandona la Administración por considerar que había cumplido con las metas que se había trazado. Don Carlos Van Buren se destacó por el empuje que le dio al hospital, llenando de vigor y entusiasmo a su personal, siempre buscando lo mejor para la gente que junto a él se desenvolvía y para la comunidad que era atendida en el Hospital. Empezó muchas obras en las cuales también invertía dinero de su bolsillo, porque además lo caracterizaba su espíritu de filántropo.

Al momento de retirarse Don Carlos Van Buren de la Administración del Hospital, por los servicios que había prestado, fue nombrado Director Honorario del Hospital y miembro vitalicio de la Honorable Junta de Beneficencia de Valparaíso. Después de hacer una brillante obra social a lo largo de toda su vida fallece el 25 de abril de 1929 a la edad de 61 años. Lamentablemente no alcanza a ver consumado otro de sus grandes anhelos, "La Escuela de Enfermería", ubicada en la Subida El Litre, obra para la cual dejó en testamento los fondos para su construcción, como así también para

la Clínica de Ojos que se entregó en el año 1944. Sus restos se encuentran en el Cementerio N° 2 de Valparaíso.

A propuesta de la Junta Beneficiaria, el Ministro de Bienestar Social, por Decreto N° 974 del 24 de abril de 1929, dispuso que el hospital se denominaría "Hospital Carlos Van Buren". Cabe destacar que un año antes (1928) se inician las funciones del Departamento de Servicio Social Profesional, el primero en la provincia, a cargo de la Asistente Social, Sra. Diana Rodríguez.

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

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

Respecto a la tenencia del terreno el año 1981 se realiza la transferencia del dominio del inmueble, desde la Honorable Junta de Beneficencia de Valparaíso al Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, en virtud de lo dispuesto en el D.F.L. 35 del 10 de Julio de 1980. De acuerdo a los documentos de dominio, la transferencia de dominio del bien raíz, propiedad denominada "Hospital Carlos Van Buren", antes Hospital San Juan de Dios, ubicado en la Calle Colón, de la ciudad de Valparaíso, tiene los siguientes deslindes:

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

Adquirió dicho terreno, la Honorable Junta de Beneficencia de Valparaíso, en parte por compra que hizo al Fisco, en conformidad a la ley del 6 de Diciembre de 1906, según consta en la Escritura del 12 de Febrero de 1912, inscrita a fojas 367, número 1184 del Registro de Propiedades de 1912. La inscripción del Título de dominio a favor de la Honorable Junta de Beneficencia de Valparaíso rola fojas 1885, número 1868, del registro de Propiedades correspondiente al 6 de Septiembre de 1933, a cargo del Conservador de Bienes Raíces de Valparaíso.

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

Con el terremoto producido en marzo del año 1985, el Hospital Carlos Van Buren se vio enfrentado a auxiliar al Hospital Enrique Deformes, debido a que éste quedó en muy malas condiciones, razón por la cual se dictaminó su demolición durante los años 1987-1988. A raíz de este cambio el Hospital Carlos Van Buren acogió la atención a la Especialidad Materno- Infantil, teniendo que reubicar sus servicio y trasladar otros hacía el Hospital Valparaíso (actual Eduardo Pereira). En una nueva reestructuración del HCVB el año 1990, se inauguran las nuevas dependencias del Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) en funcionamiento hasta la fecha.

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

➤ **Política de la Institución**

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

- Políticas Sociales en que se enmarca la institución:

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

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

En cuanto a la Estructura y Organización del Sistema:

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

➤ **Estructura Organizacional**

En las reuniones efectuadas por el Consejo Técnico Ampliado del Hospital Carlos Van Buren con fecha 30 de Octubre y 09 de Diciembre de 2009 se acordó y sancionó la nueva Estructura Organizacional de Centros de

Responsabilidad a través de la cual se organiza el establecimiento hospitalario.

Esta nueva estructura nace a partir de:

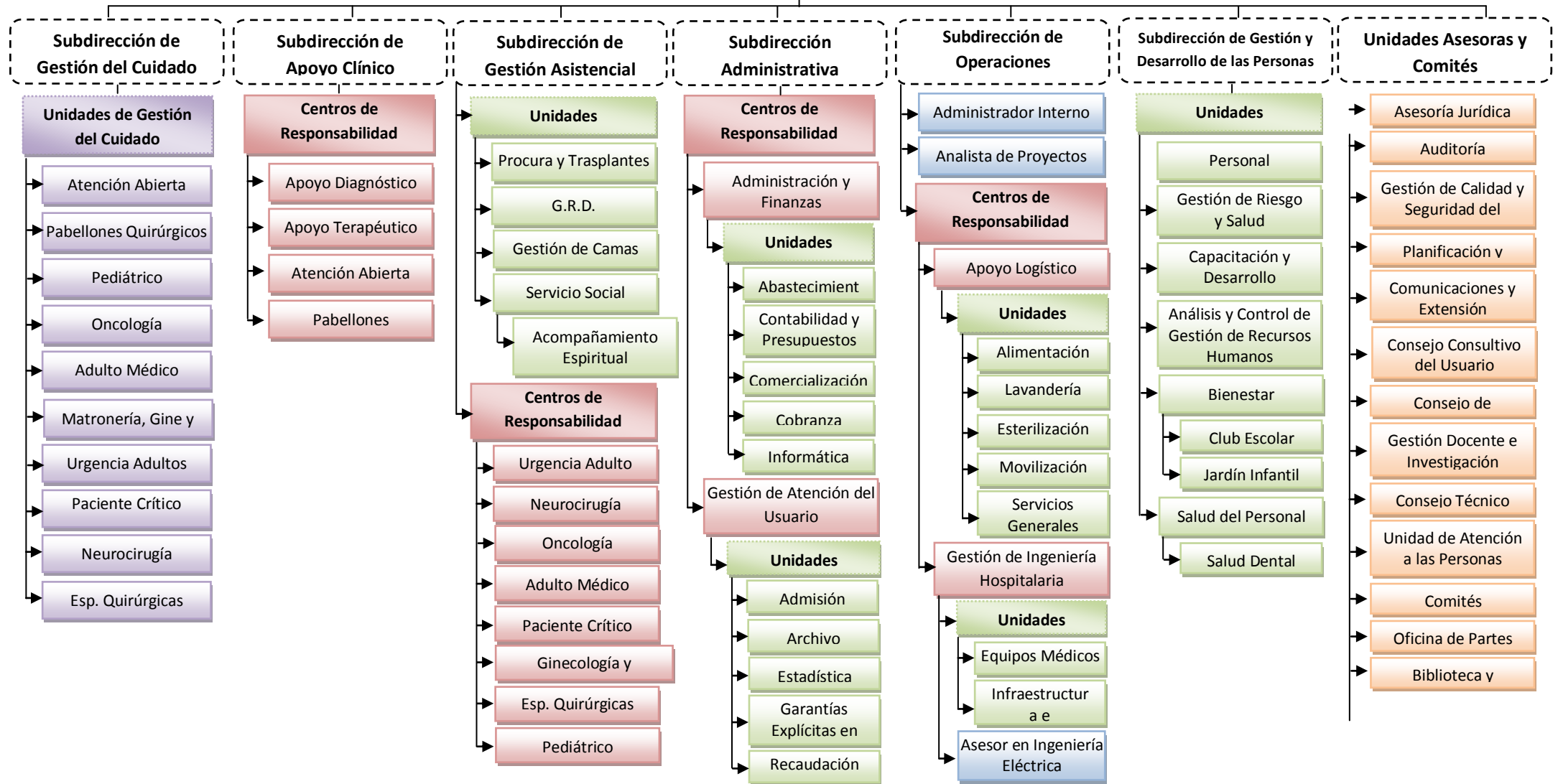
- Los requerimientos de la Normativa de los Hospitales Autogestionados, en el marco de la Reforma Sanitaria;
- Los lineamientos del MINSAL en el Documento denominado Modelo de Gestión de Establecimientos Hospitalarios, “Manual Administrativo N° 9”, en que consigna la estructura organizacional a través de centros de responsabilidad como un componente estratégico del nuevo modelo de atención integral de salud;
- La Norma General Técnica Administrativa N° 17, Gestión y Desarrollado de Recursos Humanos en Establecimientos Auto gestionados en Red;
- La Norma General Administrativa N° 19, Gestión del Cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada y las orientaciones expresadas por la Dirección de Servicio en el Plan Estratégico 2008 – 2010, en el cual se señala que los establecimientos que componen el Servicio de Salud y sus Centros de Responsabilidad constituyentes, deben trabajar como nodos interrelacionados;
- Lo estipulado en la Ley N° 19.937, Modifica el D.L. N° 2.763 de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana;
- El Reglamento orgánico de los Servicios de Salud Decreto N° 140 de 2004 en su Art. 46° letra c);
- El Decreto N° 38 que contiene el Reglamento orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red;
- Y el Manual Administrativo N° 9, el cual traduce la visión de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Modelo de Gestión Hospitalaria y su rol en el cambio del Modelo de Atención a fin de enfrentar los desafíos de consolidación de la Reforma de Salud.

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

➤ **Organigrama Institucional⁶:** De acuerdo a la nueva estructura organizacional decretada en Diciembre de 2009, se señala su conformación:

- 6 Subdirecciones -16 Centros de Responsabilidad
- 73 Unidades

Dirección Hospital Carlos Van Buren



⁶Diagrama N° 1; "Organigrama Institucional", elaborado por la Sub Dirección Administrativa HCVB

➤ **Recursos Humanos**

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

Dotación Funcionarios⁷
» Directivos: 17
» Médicos: 303
» Profesionales: 392
» Bioquímicos: 4
» Odontólogos: 11
Dotación de Profesionales⁸
» Asistentes Sociales: 12
» Psicólogos: 8
» Enfermeras: 157
» Fonoaudiólogos: 3
» Kinesiólogos: 14
» Matronas: 49
» Nutricionistas: 10
» Profesionales Ingeniería y Administración: 26
» Educadoras de Párvulos: 4
» Tecnólogos Médicos: 50
» Terapeutas Ocupacionales: 2
» Psicopedagoga: 1
» Químicos Farmacéuticos: 10
» Técnicos: 726
» Auxiliares: 258
Total: 1912

⁷ **Matriz N° 1:** Dotación de Funcionarios. Cuenta Pública 2011, Subdirección Administrativa, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso.

⁸ **Matriz N°2:** Dotación de Profesionales. Cuenta Pública 2009, Subdirección Administrativa, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso.

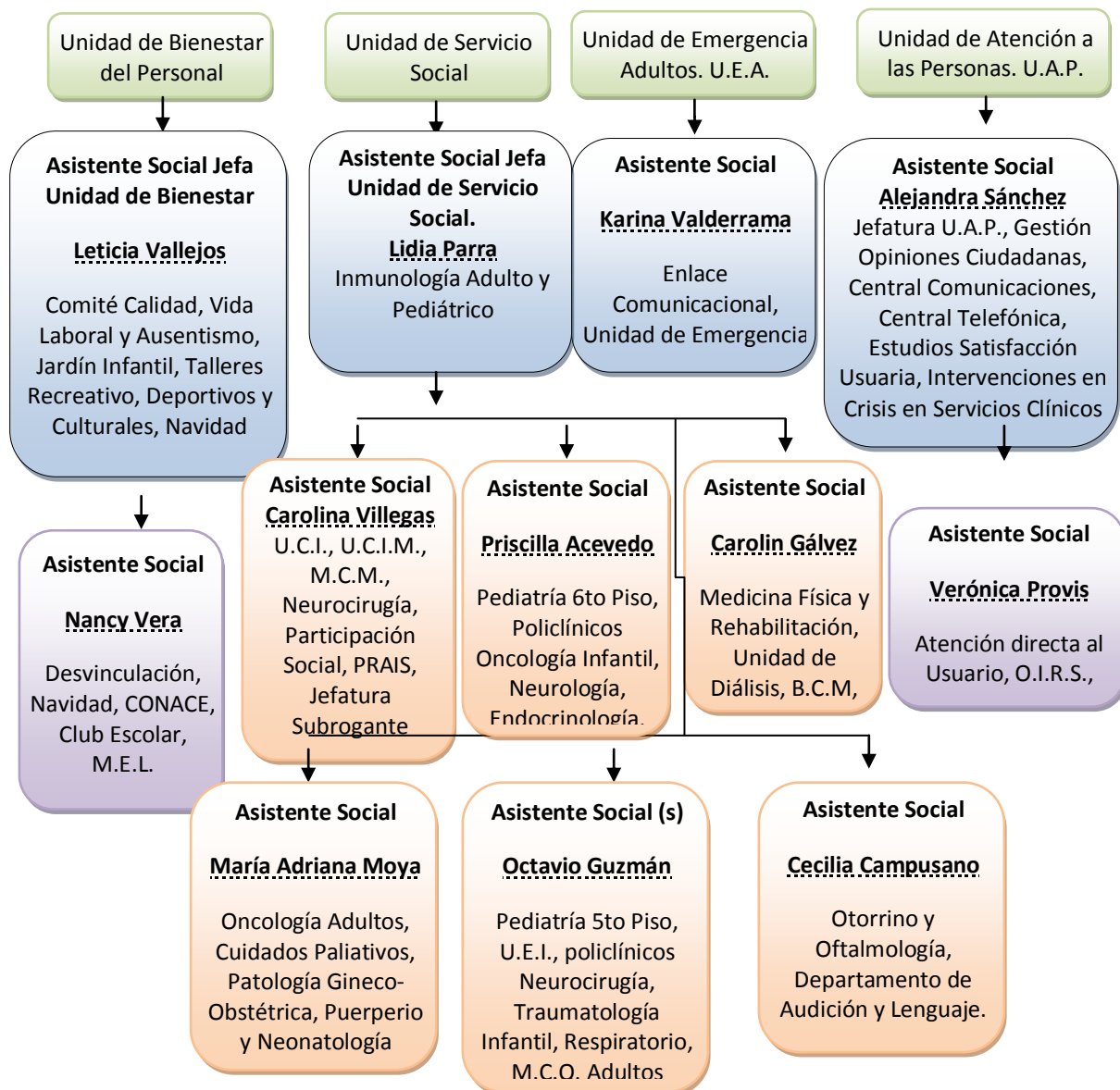
➤ **TRABAJO SOCIAL EN LA INSTITUCIÓN**

El Trabajo Social es una profesión que se encuentra posicionada y distribuida en un variado ámbito al interior de la organización, con el objetivo de contribuir a mejorar la calidad de vida de la población y contribuir a la gestión hospitalaria, promoviendo el desarrollo de potencialidades de individuos, familias, grupos y comunidades, ya sea se trate de usuarios externos como internos (funcionarios). Destaca el hecho que dos de las Unidades donde está presente la profesión, están lideradas y conformadas exclusivamente por Asistentes Sociales.

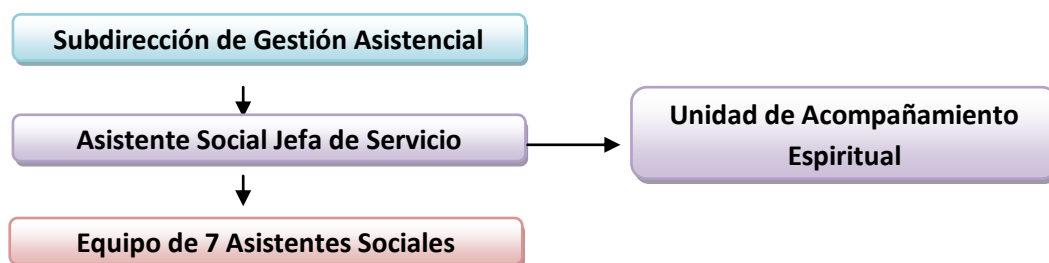
Estas profesionales que encuentran distribuidas en Unidad de bienestar del Personal, Unidad de Atención de las Personas, Unidad de Emergencia Adultos y Unidad de Servicio Social.

Por la naturaleza y objetivos de las diversas Unidades donde está presente la Asistente Social, funcionan separadamente, dependiendo de diversas jefaturas.

• **Asistentes Sociales Hospital Carlos Van Buren⁹**



• **Unidad de Servicio Social¹⁰**



⁹ **Diagrama N°2:** Asistentes Sociales del Hospital Carlos Van Buren. FUENTE: CASTILLO, D., GAMBOA, A., Sistematización de situaciones profesionales de Trabajo Social en la atención Terciaria de Salud. Tesis de Pre-grado para la Obtención del Título Profesional de Asistente Social, Universidad de Valparaíso, 2010. Antecedentes Actualizados a Primer Semestre 2012, Confección Equipo Seminarista.

¹⁰ **Diagrama N° 3:** Dependencia Administrativa Unidad de Servicio Social. FUENTE: CASTILLO, D., GAMBOA, A., Sistematización de situaciones profesionales de Trabajo Social en la atención Terciaria de Salud. Tesis de Pre-grado para la Obtención del Título Profesional de Asistente Social, Universidad de Valparaíso, 2010.

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

- **Objetivos de la Unidad de Servicio Social**

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

- **Funciones de la Unidad de Servicio Social**

- Realizar investigación, diagnóstico y tratamiento social a usuarios de atención abierta y cerrada de todos los grupos etarios en situación de riesgo social y vulneración de derechos, de acuerdo a requerimiento de los equipos de salud del establecimiento hospitalario.
- Representar al establecimiento hospitalario y a los equipos de salud del mismo en instancias judiciales por comisión de delitos o vulneración de derechos vinculadas a los usuarios de atención abierta o cerrada.
- Otorgar atención social a usuarios de atención abierta y cerrada, según corresponda, por demanda espontánea o derivación de los equipos de salud del establecimiento hospitalario.
- Efectuar acciones de coordinación con la red de salud, comunitaria y de políticas sociales para la orientación y derivación de usuarios.

- Mantener una retroalimentación y coordinación permanente con los equipos de salud del establecimiento hospitalario a través de la realización de entrevistas, reuniones, informes sociales y registros en ficha clínica correspondiente.
 - Asesorar a organizaciones y grupos de usuarios en torno a adherencia a tratamientos y participación social en salud.
 - Administrar y monitorear Programas de Colocaciones Extrahospitalarias, GES (Órtesis y Audífonos) y Oxigenoterapia Domiciliaria.
 - Participar activamente de iniciativas de mejoramiento de la gestión hospitalaria y trato al usuario tales como comités, comisiones y capacitación a funcionarios.
 - Mediar en la vinculación médico – paciente con usuarios de atención abierta y cerrada altamente demandantes con necesidades específicas.
 - Supervisar Prácticas Profesionales de Estudiantes de Pregrado de la Carrera de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso, realizadas al interior de la Unidad.
 - Otras funciones que el Subdirector de Gestión Asistencial del establecimiento hospitalario encomiende en materias de competencia de la Unidad.
- **Ubicación:** La Unidad está ubicada en el segundo piso del Consultorio Adosado de Especialidades (CAE), en el sector J.
 - **Dependencia:** La Unidad de Servicio Social depende de la Subdirección de Gestión Asistencial, actualmente ejercida por el Dr. Leonardo Díaz, médico nefrólogo.
 - **Dotación:** La Unidad de Servicio Social está conformada por un equipo de 7 Asistentes Sociales y un administrativo, matriz a continuación desarrollada.
 - **Distribución por Áreas de Hospitalización y Áreas Temáticas¹¹:** La Unidad de Servicio Social atiende a usuarios activos del Consultorio de Especialidades y Hospitalizados.

¹¹ Unidad de Servicio Social, Asistente Social Srta. Carolin Gálvez hace entrega de las áreas de servicio definidas para el año 2012.

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

- **Otras Temáticas de Responsabilidad del Servicio Social del Hospital Carlos Van Buren.**

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

- **Unidad de Acompañamiento Espiritual**

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

- Acompañamiento Espiritual¹²: En concordancia con el enfoque de salud integral entregado por la definición de la OPS, la cual ha definido la salud como “el completo bienestar físico, mental, social, y espiritual”, el Ministerio de salud, en el marco del proceso de la Reforma a la salud, ha visto la necesidad de crear en los Establecimientos de Salud pertenecientes a la Red Pública, Unidades de Acompañamiento Espiritual con el objeto de coordinar las actividades de acompañamiento espiritual que se realicen en ellos y que involucren a usuarios, sus familias, funcionarios y organizaciones de voluntariado.

- **Funciones de la Unidad de Acompañamiento Espiritual**, según Resolución Exenta. N° 1944, son:
 - a) Velar por el respeto y creencias religiosas de los usuarios que son atendidos en el Hospital Carlos Van Buren.
 - b) Coordinar las actividades de los Voluntariados de Credos Religiosos al interior del Hospital.
 - c) Mantener una relación con los demás Servicios con el fin de ofrecerles su colaboración y recibir de ellos su valioso apoyo.
 - d) Reglamentar horarios y forma en que los Voluntariados realicen el Acompañamiento Espiritual.
 - e) Coordinar con las Autoridades del Hospital la mantención de Lugares de Culto.

- **Situaciones Profesionales de Servicio Social al interior del Hospital Carlos Van Buren**¹³

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

¹² Reglamento sobre Asistencia religiosa en recintos hospitalarios n° 94 de 2007.

¹³ FUENTE: CASTILLO, D., GAMBOA, A., Sistematización de situaciones profesionales de Trabajo Social en la atención Terciaria de Salud. Tesis de Pre-grado para la Obtención del Título Profesional de Asistente Social, Universidad de Valparaíso, 2010.

- **Visita Domiciliaria:** La Visita Domiciliaria en la atención terciaria tiene por finalidad ser una técnica para constatar domicilio y recabar información sobre el/la paciente en su domicilio, su interacción con el entorno familiar y social, calidad de vida y todo aquello que pueda ser detectado como de riesgo y que sirva para configurar un diagnóstico, sumada a técnicas como la Entrevista y la Observación. La finalidad dependerá del caso que se esté evaluando, lo que influirá en la información final que se desee recabar, sin embargo, existe información transversal que se debe obtener, por lo tanto, el Diagnóstico de la situación socioeconómica y habitacional del/la paciente permite:
 - a) La construcción de Informes Sociales, para la solicitud de beneficios estatales o privados, para constatar situación del/la paciente y de su grupo familiar a otros profesionales, a Tribunales de Justicia o a cualquier instancia formal validada por la profesional.
 - b) Evaluar ingresos para programas ministeriales, con aplicación de documento pauteado.
 - c) Ubicación de familiares de pacientes hospitalizados.
 - d) La profesional realiza la Visita Domiciliaria para constatar sospecha de paciente vulnerable o en riesgo detectada en consulta social, por sugerencia de equipo de salud o por otras entidades externas. Algunas de las vulnerabilidades constatadas son: aislamiento, ausencia de redes de apoyo, abandono, verificación de información y/o veracidad de declaraciones entregadas en casos de maltrato, entre otros.
- **Visita en Sala:** o Box tiene por finalidad conocer e investigar los antecedentes del/la paciente que se encuentra hospitalizado/a en las unidades médicas, investigando el motivo de derivación de interconsulta o conociendo el motivo de consulta del/la usuario/a que solicita la presencia de Servicio Social, recabando los antecedentes necesarios del/a paciente, tutor o cuidador, familia, ficha clínica o equipo médico tratante y así evaluar la intervención adecuada a la problemática que se pueda presentar. Una vez reconocida la problemática e iniciada la intervención social, las visitas en sala corresponderán a seguimiento del caso, entrevistas o entrega de ayudas técnicas o documentos. Algunas de las temáticas de atención más habituales que generan la visita en sala o box son:

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

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

Pueden existir reuniones con énfasis:

- a) En el caso: donde la finalidad es discutir sobre la integralidad del paciente, se hace retroalimentación en la búsqueda de la mejor alternativa en su situación.
 - b) En lo clínico: la finalidad es la búsqueda de alternativas que mejoren o potencien los tratamientos o procedimientos con que se atienden los pacientes que padezcan la patología. Se crean modalidades de atención, normas internas en cuanto a las responsabilidades que cada profesional deba tener en el equipo, se comparte información relevante, entre otras.
 - c) En la especialidad del servicio: se busca discutir temáticas atinentes a lo clínico, donde prevalece lo médico por sobre lo social.
- **Gestión Judicial:** La finalidad de la Gestión Judicial en el Hospital Carlos Van Buren está en generar medidas de control social (de protección o prevención) en el marco legal, que permitan asegurar de alguna forma el bienestar biopsicosocial del paciente judicializado.
En consecuencia la Gestión Judicial tiene por finalidad:

- **Entregar Protección:**

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

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

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

Como objetivos generales la jefa o coordinadora debe:

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

- **Asesoramiento a Organizaciones y Agrupaciones Intra Hospitalarias:** La finalidad de ésta situación profesional tiene relación con mantener un rol de intermediario entre el centro hospitalario y las agrupaciones de usuarios, así mismo se asesora en temáticas sobre planificación y organización asegurando la permanencia de los grupos y velando por los intereses del centro hospitalario en el cumplimiento de establecer instancias cuyo propósito sea construir acuerdos y compromisos para lograr el mejoramiento de la atención y satisfacción del usuario, incorporando el

control social, como asimismo, que tales instancias constituyan entidades flexibles, que se conformen y desarrollen de acuerdo a las necesidades locales.

- **Principales Problemáticas Sociales**

- **Fallecimiento:** Investigar, evaluar y coordinar situación familiar, previsional y judicial de los usuarios fallecidos NN, indigentes, en situación de abandono y sin cobertura previsional.
- **Adopción¹⁴:** Representar los intereses del recién nacido cuya madre biológica se encuentra en conflicto con su maternidad en instancias Judiciales pertinentes y vinculación con la red de protección de Sename para el cumplimiento de las disposiciones judiciales. Acompañar a la madre en el proceso de ceder en adopción.
- **Orientación Previsional:** Ejercer el rol de asesor previsional con los usuarios que presentan consultas relativas a Pensiones, Licencias Médicas, Seguros (accidentes), Accidentes y Enfermedades Profesionales, Poderes, discapacidad mental, duplos, actualización calificación de salud, entre otros.
- **Beneficios Ley de Discapacidad¹⁵:** Orientar y facilitar al usuario la tramitación de credencial de discapacidad y postulación a beneficios para discapacitados menores de 65 años.
- **Pasajes:** Evaluar y aprobar pago de pasajes para usuarios que se ajustan a normativo establecido por la institución.
- **Maltrato/Abandono/Negligencia/Vulneración de Derechos Neonatal e Infantil:** Intervención representando los intereses de los niños (as) desde su nacimiento y menores de 18 años que sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, negligencias, abandonos, ya sean, en el grupo familiar o en las instituciones sociales de manera directa o indirecta (UNICEF, 1989). Realización de peritajes como entrevistas y visitas domiciliarias, elaboración de Informe Social, medio a través del cual se cursan medidas de protección a instancias judiciales pertinentes.

¹⁴ Servicio Nacional de Menores, Chile 2010.

¹⁵ **Ley N°20.422** que Establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad. La nueva Ley se basa en los principios de vida independiente, accesibilidad universal, diseño universal, intersectorialidad, participación y diálogo social. Además, establece nuevos organismo para abordar los desafíos que genera la plena inclusión social de las personas con discapacidad: Comité de Ministros, Servicio Nacional de la Discapacidad y Consejo Consultivo.

Asistencia a Audiencias preparatorias y de Juicio representando asimismo los intereses del establecimiento.

- **Adherencia a tratamiento/Educación al usuario y su familia:** Se refiere a cuánto se cumple con un régimen terapéutico prescrito. Y es aquí donde las profesionales apoyan a los pacientes y orientan a sus familias sobre la importancia de éste para el bienestar del paciente.
- **Órtesis o Ayudas Técnicas para usuarios de atención abierta o cerrada:** Gestionar las solicitudes de los usuarios de acuerdo a protocolos de intervención, se refiere a apoyos GES, no GES o de la red de discapacidad o programa interno de Unidad de Medicina Física y Rehabilitación como apoyo a la recuperación de los usuarios.
- **Gestión de Beneficios en la Red Social local.**
- **Acceso a Programas internos del establecimiento:** Tales como oxigenoterapia domiciliaria y colocaciones extrahospitalarias.

➤ **CONTEXTO SITUACIONAL**

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

En el Hospital Carlos Van Buren se otorga Atención de Salud en los niveles Secundario a través de su Consultorio Adosado de Especialidades y Terciario a través del Establecimiento Hospitalario homónimo, configurándose como un Hospital con cobertura de carácter suprarregional, en especialidades específicas a la Región de Atacama, Coquimbo y Valparaíso¹⁶.

Sus lineamientos estratégicos actualmente se encuentran orientados a¹⁷:

- Optimizar la integración a la red asistencial.
- Desarrollar la calidad en los procesos asistenciales y administrativos.
- Potenciar los actuales polos de desarrollo (oncología, neurocirugía e Imagenología Compleja).
- Potenciar el desarrollo docente asistencial y de investigación.

¹⁶ Cuenta Pública 2011, Subdirección Administrativa, Hospital Carlos Van Buren

¹⁷ Cuenta Pública 2011, Subdirección Administrativa, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso.

- Potenciar la relación con el usuario.
- Optimización en el uso de los recursos.

- **Hospital Carlos Van Buren dentro de la Red Asistencial.**

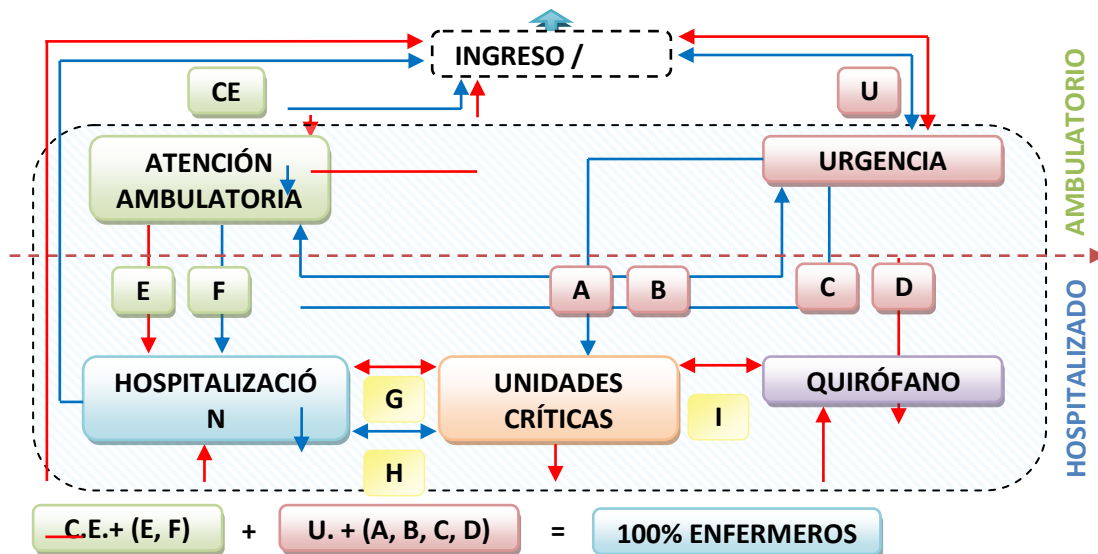
El Hospital Carlos Van Buren, en el nivel de Atención Terciaria de Salud y como parte de la Red Asistencial de Hospitales del Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio, presenta elementos y característica que lo distinguen de otros Hospitales de su categoría, principalmente al constituirse como un establecimiento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

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

- **Flujograma Atención Nivel Terciario de la Salud¹⁸**



PACIENTE



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

¹⁸ Diagrama N°4: Elaboración Equipo Seminarista

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

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

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

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

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

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

- **Equipo de Salud Hospital Carlos Van Buren**

El equipo de salud es definido por la OMS, en 1973, como una asociación no jerarquizada de personas, con diferentes disciplinas profesionales, pero con un objetivo común que es el de proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familias la atención más integral de salud posible.

De la Revilla basándose en la definición de equipo de Pritchard, define el equipo de salud como un grupo de profesionales sanitarios y no sanitarios

que realizan distintas actividades encaminadas al logro de una elevación de la salud de la comunidad sobre la que actúan.

(*) Falta Definición del Hospital a Equipo de Salud.

- Composición de los Equipos de Salud en Hospital Carlos Van Buren (Solo dato 2009, averiguar)
- Contraste 2010 – 2011 de Incremento en Personal de los Equipos de Salud (Averiguar)

- **Administración Equipos de Salud: Gestión del Cuidado**

Afaf Meleis¹⁹ (1989), señala que la Gestión de los Cuidados se ejerce no solamente desde los recursos otorgados por las teorías administrativas, sino que también desde las relaciones y concepciones propias de la disciplina de enfermería, es decir el cuidado de la persona como centro de atención de ésta profesión.

La administración de cuidados de enfermería, requiere de conocimiento de múltiples factores del entorno, en el que se sitúa la acción de gestión y de las personas que otorgan cuidados. Es indudable que con los cambios en la organización de la salud y los procesos de reforma en el sector salud, las instituciones de salud se han vuelto más complejas. Las restricciones financieras, el déficit de enfermeras de insumos para la atención en salud, los altos costos, las condiciones de la práctica, la normatividad excesiva, la legislación, las exigencias de los usuarios con mayor educación e información, así como los cambios demográficos y epidemiológicos en salud, caracterizan hoy el entorno en el que se otorgan los cuidados. Estos aspectos constituyen un desafío para la práctica y la gestión del cuidado de enfermería. La gestión del cuidado requiere de la enfermera jefe de la unidad de gestión del cuidado, el ejercicio del liderazgo y la motivación, dos procesos esenciales para garantizar calidad en el cuidado.

El usuario/a consumidor de servicios enfermeros, de servicios de salud en general, no ve al director del establecimiento, por ende la gestión de los cuidados está orientado directamente hacia la persona, el usuario/a, su familia, el personal de enfermería, los equipos interdisciplinarios. La gestión se identifica como proceso humano y social que se apoya en la influencia interpersonal, del liderazgo, de la motivación, la participación, la comunicación y la colaboración. Utilizando el pensamiento enfermero, la enfermera gestora favorece una cultura organizacional centrada en el

¹⁹ Meleis, Afaf Ibrahim. *Theoretical nursing : development and progress* /. 3. ed. Philadelphia: Lippincott,, c1997.0 xviii, 665 p. .:

cuidado de la persona²⁰, así se sostiene que la dirección de los cuidados de enfermería debe tener una visión clara y explícita de la disciplina de enfermería con el fin de contribuir de manera distinta a la solución de los problemas relativos a los cuidados, a los pacientes, su familia y al personal. La dirección de los cuidados tiene la responsabilidad de crear una cultura de organización que favorezca la práctica de los cuidados, seleccionar prioridades, elaboración de políticas, selección del personal con excelente formación en cuidados enfermeros, desarrollar la capacitación y la implementación de un modelo para guiar la práctica de enfermería.²¹

- **Redes de Instituciones Públicas con que se vincula Hospital Carlos Van Buren**²²

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

Las instituciones relacionadas en ambos planos, son las siguientes:

Entidades Gubernamentales

- Gobierno de Chile
- Ministerio del Interior
- Ministerio de Relaciones Exteriores
- Ministerio de Defensa
- Ministerio de Hacienda
- Ministerio Secretaría General de la Presidencia
- Ministerio Secretaría General de Gobierno
- Ministerio de Economía, Fomento y Reconstrucción
- Ministerio de Planificación
- Ministerio de Educación
- Ministerio de Justicia
- Ministerio del Trabajo y Previsión Social
- Ministerio de Obras Públicas
- Ministerio de Vivienda y Urbanismo
- Ministerio de Agricultura
- Ministerio de Minería

²⁰ Meleis, Afaf Ibrahim. Op. cit Philadelphia: Lippincott,, c1997.0 xviii, 665 p. .:

²¹ Meleis, Afaf Ibrahim. Op. cit Philadelphia: Lippincott,, c1997.0 xviii, 665 p. .:

²² Instituciones Relacionadas, MINSAL.

http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_instituciones_relacionadas/g_gubernamentales/presentacion_gubernamentales.html

- Ministerio de Transportes y Telecomunicaciones
- Ministerio de Bienes Nacionales
- Comisión Nacional de Energía
- Servicio Nacional de la Mujer
- Consejo Nacional de la Cultura y las Artes
- Comisión Nacional del Medioambiente

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

- **Atención Cerrada en Hospital Carlos Van Buren**

El Hospital Carlos Van Buren cuenta con dos vías de ingreso para el paciente hospitalizado o atención cerrada. La primera de ellas es por las unidades de urgencia y la segundo es por un ingreso programado.

- **Consultas de Urgencia Hospital Carlos Van Buren 2011.**

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

- **Egresos Hospitalarios²³**

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

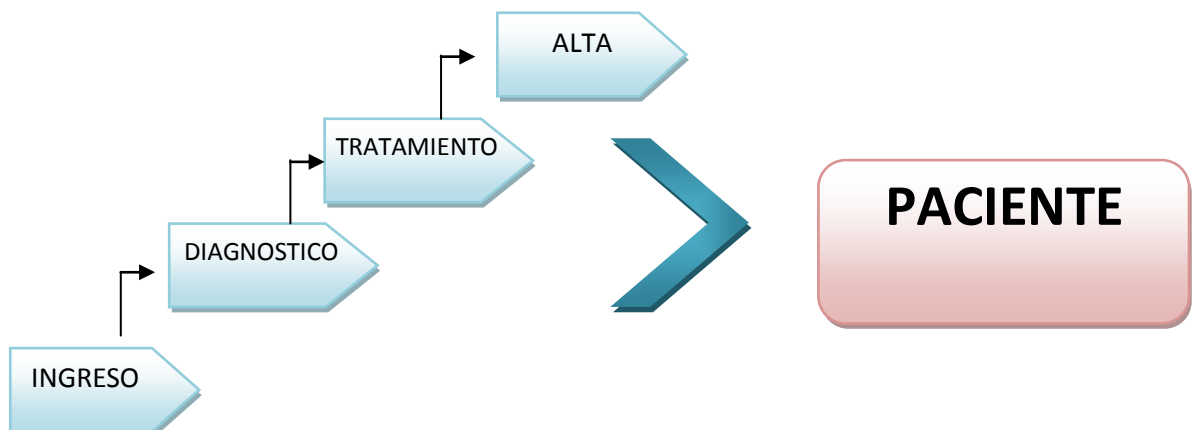
²³ Cuenta Pública 2011, Subdirección Administrativa, Hospital Carlos Van Buren

- **Promedio Hospitalizaciones**

En éste sentido, el promedio de 5,8 días de hospitalización por usuario según estadísticas del año 2009 de manejo interno del Hospital Carlos Van Buren.

- **Hospitalización y sus distintos momentos.**

El funcionamiento al interior del Hospital Carlos Van Buren y que da respuesta a la población, posee una lógica de gestión hospitalaria que conforma un proceso clínico, podemos deducir entonces, que un grupo de procesos interrelacionados generan una organización que en éste caso es un Hospital, estos procesos a la vez están conformados por actividades, las cuales se agruparán por etapas con el sólo objeto de mejorar la capacidad de análisis, al contar con un ordenamiento común para cada proceso. Cualquier proceso clínico tendrá las siguientes etapas: Ingreso, Diagnóstico, Tratamiento y Alta²⁴.



El Hospital Carlos Van Buren está formado por los siguientes macro-procesos:

- Proceso de Urgencia
- Proceso Médico
- Proceso Quirúrgico
- Proceso Atención Abierta
- Proceso Maternidad
- Proceso de Hospitalización.
- Proceso de Apoyo Clínico.
- Proceso de Quirófano.

²⁴ **Diagrama N°5:** Adaptado de "Etapas y Actividades Comunes de los Procesos Clínico", Modelo de Gestión Clínico Administrativa en Hospitales, Hospital San Juan de Dios, Los Andes, Chile.

Dependiendo del esquema particular de funcionamiento de éstos procesos, el paciente cuenta con un flujo determinado por la forma de ingreso, sea ésta electiva o de urgencia; siendo transversal la necesidad de mirar éste flujo como un todo y no en forma parcial.

- **Usuario/a Atención Cerrada en Hospital Carlos Van Buren**

La necesidad de clarificar en éste apartado, la pertinencia del Usuario en Atención Cerrada, sustenta de manera estadística y con referencias directas de la institución, la relevancia que el establecimiento de salud Hospital Carlos Van Buren significa para la comunidad local, la región de Valparaíso y su función dentro de la red asistencial nacional.

Consignar desde la población asignada, la categorización de usuarios recurrentes, los promedios de hospitalización y promedio de egresos hospitalarios son partes de éste apartado a continuación desarrollados.

1.2.- CONTEXTO PROGRAMÁTICO.

➤ Unidad de Acompañamiento Espiritual.

En concordancia con el concepto de salud según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) definida como *“El estado de completo bienestar físico, mental, **social, y espiritual**”*, junto con el enfoque de atención integral y con las metas de humanización, definidas por el MINSAL a partir de la Reforma, es que se ha establecido la necesidad de implementar las Unidades de Acompañamiento Espiritual, dentro del sector terciario.

Desde hace décadas que en los Establecimientos de Salud se ha entregado Asistencia Espiritual y Religiosa a pacientes hospitalizados. Generalmente ésta labor ha recaído en personas y organizaciones sociales religiosas, que de manera espontánea y contextualizados con la realidad local de cada dependencia de salud, han desarrollado actividades e iniciativas conducentes a la “humanización” en la atención.

La nueva conceptualización de salud entregada por la definición de la OPS, incorpora dentro de las dimensiones psicosociales del proceso salud-enfermedad, la dimensión espiritual. Por otro lado, el proceso de atención ha incorporado paulatinamente la entrega de acompañamiento espiritual y/o religiosa como complemento a la acción clínica.

• **Contexto Legal.**

La base legal que sustenta la creación de las Unidades de Acompañamiento Espiritual lo resume el siguiente cuadro:

<p>Constitución Política del Estado de Chile</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Capítulo III, de Derecho de y Deberes Constitucionales. Art. 19, La Constitución asegura a todas las personas: N°6: " La libertad de conciencia, la manifestación de todas las creencias y el ejercicio libre de todos los cultos que no se opongan a la moral, a las buenas costumbres o al orden público."
<p>Normas sobre la Constitución Jurídica de las Iglesias y Organizaciones Religiosas N° 19.638 (Ley de Culto).</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Capítulo II, Libertad religiosa y de culto. Artículo 6º. La libertad religiosa y de culto, con la correspondiente autonomía e inmunidad de coacción, significan para toda persona, a lo menos, las facultades de Inciso C: "Recibir asistencia religiosa de su propia confesión donde quiera que se encuentre. La forma y condiciones del acceso de pastores, sacerdotes y ministros del culto, para otorgar asistencia religiosa en recintos hospitalarios, cárceles y lugares de detención y en los establecimientos de las Fuerzas Armadas y de las de Orden y Seguridad, serán reguladas mediante reglamentos que dictará el Presidente de la República, a través de los Ministros de Salud, de Justicia y de Defensa Nacional, respectivamente".
<p>Reglamento Organico de los Servicios de Salud. N° DTO. 140 del año 2004</p>	<ul style="list-style-type: none"> •CAPITULO V DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD. Artículo 34: "Se garantizará a los enfermos el absoluto respeto a sus creencias y prácticas religiosas y se otorgarán facilidades a quienes soliciten servicios religiosos de cualquier confesión, permitiendo el ingreso debidamente autorizado de los respectivos ministros para que asistan al enfermo en el más breve plazo, de acuerdo a las normas del establecimiento, todo ello de conformidad a lo dispuesto en el decreto N° 351, de 2000, del Ministerio de Salud.
<p>Reglamento de Asistencia Religiosa en Recintos Hospitalarios</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Capitulo I, Disposiciones Generales, Artículo 1: El presente Reglamento fija la forma y condiciones en que se llevará a cabo el acceso de ministros de culto, pastores, sacerdotes, rabinos, diáconos y demás personas autorizadas por sus respectivas iglesias, a los establecimientos asistenciales del Sistema Nacional de Servicios de Salud, con el objeto de prestar asistencia religiosa de su propia confesión al interior de dichos recintos.
<p>Ley 20.584 de Derechos y Deberes de los Pacientes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> •TÍTULO II Derechos de las personas en su atención de salud. Párrafo 3º, Del derecho a tener compañía y asistencia espiritual Artículo 6º: Toda persona tiene derecho a que los prestadores le faciliten la compañía de familiares y amigos cercanos durante su hospitalización y con ocasión de prestaciones ambulatorias, de acuerdo con la reglamentación interna de cada establecimiento, la que en ningún caso podrá restringir este derecho de la persona más allá de lo que requiera su beneficio clínico. Asimismo, toda persona que lo solicite tiene derecho a recibir, oportunamente y en conformidad a la ley, consejería y asistencia religiosa o espiritual.

➤ **Reglamento de Asistencia Religiosa en Recintos Hospitalarios.**

A continuación se presenta un cuadro resumen del presente reglamento, el cual fija las formas y condiciones en que los ministros de culto entregan asistencia religiosa en recintos hospitalarios.

La asistencia religiosa podrá comprender, entre otras, las siguientes actividades: visita de enfermos; oraciones; celebración de los actos de culto; asesoramiento en cuestiones religiosas y morales a los enfermos, sus familias y funcionarios de los hospitales; colaboración en cuidados paliativos; colaboración en la humanización de la asistencia hospitalaria, siempre que las condiciones del servicio hospitalario lo permitan.

• **Resumen Reglamento 94:**

Capítulo	Artículos
Capítulo 1: Disposiciones generales	<p>Artículo 1: fija la forma y condiciones en que se llevará a cabo el acceso de ministros de culto.</p> <p>Artículo 2º: Toda persona internada en un centro hospitalario tiene derecho a profesar la creencia religiosa que libremente ha elegido o no profesar ninguna</p> <p>Artículo 3º: El ejercicio de la asistencia religiosa no podrá de modo alguno alterar el normal funcionamiento de los establecimientos y deberá siempre respetar los derechos de terceros.</p>
Capítulo 2: De la asistencia religiosa	<p>Artículo 4º: Al momento del ingreso del paciente se registrará en la ficha de admisión si desea recibir asistencia religiosa durante su estadía en el establecimiento y la confesión religiosa a la que éste pertenece o la circunstancia de no pertenecer a ninguna.</p> <p>Artículo 5º: Se podrá dar asistencia religiosa, sólo con el consentimiento expreso del paciente.</p> <p>Artículo 6º: La asistencia religiosa será entregada de preferencia en forma individual, pero puede ser en forma colectiva en un lugar especialmente habilitado, si el médico tratante del enfermo autoriza el desplazamiento del enfermo.</p> <p>Artículo 7º: La asistencia religiosa será prestada cuidando de respetar y no interferir con los procedimientos médicos asistenciales que deban efectuarse a los pacientes y a quienes compartan la habitación con aquellos.</p>
Capítulo 3: Concurrencia de ministros de culto autorizados a recintos hospitalarios.	<p>Artículo 8º: Las organizaciones religiosas podrán prestar asistencia religiosa a través de ministros de culto, sacerdotes, rabinos, pastores y diáconos quienes deberán informar tal calidad ante las Unidades de Acompañamiento Espiritual.</p> <p>La Unidad de Acompañamiento Espiritual podrá entregar a aquellos que presten asistencia religiosa una credencial y exigir su uso durante la permanencia de estas personas en el recinto.</p> <p>Artículo 9º: Cada establecimiento deberá contar con un lugar multiconfesional para proveer a las celebraciones propias de la asistencia religiosa que corresponda a cada organización religiosa presente en el, y sobre cuyo uso deberá asesorar el encargado de la Unidad de Acompañamiento Espiritual.</p> <p>Artículo 10º: Las organizaciones religiosas a que se refiere la ley Nº 19.638 prestarán asistencia religiosa a quienes profesen su misma religión en los establecimientos hospitalarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud acreditados de conformidad a la ley y al presente Reglamento.</p>

	<p>Artículo 11º: No se podrá denegar la solicitud de acceso a aquellos ministros de culto para la visita de un paciente de su misma organización religiosa que haya solicitado su asistencia, salvo las restricciones fundadas en razón de las necesidades de funcionamiento del establecimiento hospitalario y en conformidad a los horarios de atención habitual.</p> <p>Artículo 12º: Todo el que preste asistencia religiosa tiene el deber de guardar el secreto que se les hubiere confiado, de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 303 del Código Procesal Penal.</p> <p>Artículo 13º: El equipo médico tratante podrá sugerir asistencia religiosa y/o espiritual para aquellos pacientes que se encuentren sometidos a circunstancias especiales.</p>
<p>Capítulo 4: De la creación de un Unidades de Acompañamiento Espiritual</p>	<p>Artículo 14º: En todos los establecimientos hospitalarios pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud, se crearán Unidades de Acompañamiento Espiritual que sirvan de instancia de coordinación en las actividades de asistencia religiosa que se quieran desarrollar al interior de dichos recintos.</p> <p>Artículo 15º: Formarán parte de la Unidad de Acompañamiento Espiritual quienes presten asistencia religiosa de manera permanente. El encargado de dicha Unidad será un funcionario del establecimiento hospitalario designado para el efecto por el Director del Hospital. Para el cumplimiento de sus funciones, a cada Unidad de Acompañamiento Espiritual se le facilitará una oficina próxima al lugar de culto del establecimiento hospitalario, donde además podrá guardar sus archivos y desarrollar otras tareas que se le encomienden.</p> <p>Artículo 16º: De acuerdo a las orientaciones técnicas emanadas desde el Ministerio de Salud al respecto, se dictarán funciones de cada Unidad de Acompañamiento Espiritual.</p> <p>Artículo 17º: La coordinación a nivel nacional de dichas Unidades de Acompañamiento Espiritual estará a cargo del Subsecretario de Redes Asistenciales, quien se asesorará por la Unidad de Acompañamiento Espiritual del Ministerio de Salud.</p> <p>Artículo 18º: La Subsecretaría de Redes Asistenciales nombrará un Consejo Asesor de carácter interreligioso de consulta no obligatoria y de dictamen no vinculante, conformado por representantes de organizaciones religiosas que realicen dicha actividad en los establecimientos de salud del país.</p>

➤ **Unidades de Acompañamiento Espiritual en los establecimientos de la red asistencial pública de salud.**

La implementación de Unidades de Acompañamiento Espiritual tiene como objeto coordinar las actividades de acompañamiento espiritual que se realizan en los establecimientos de la red asistencial y que involucran a usuarios/as, sus familias, funcionarios/as y organizaciones de voluntariados.

La organización de la Unidad de Acompañamiento Espiritual necesita la designación de un responsable, la constitución de un equipo, la elaboración de un plan de acción, y su integración en el centro.

El Encargado es el responsable de la Unidad de Acompañamiento Espiritual, persona clave en la organización y funcionamiento de la misma.

El Equipo es el instrumento básico del servicio de asistencia espiritual en todos los establecimientos, que ha de establecer un calendario de reuniones periódicas para evaluar el trabajo realizado y programar actividades.

La planificación es un medio necesario para lograr la eficacia del servicio de acompañamiento espiritual.

Los objetivos de las Unidades de Acompañamiento Espiritual definidos desde el Minsal, a través de la Secretaria de Redes Asistenciales, son los siguientes:

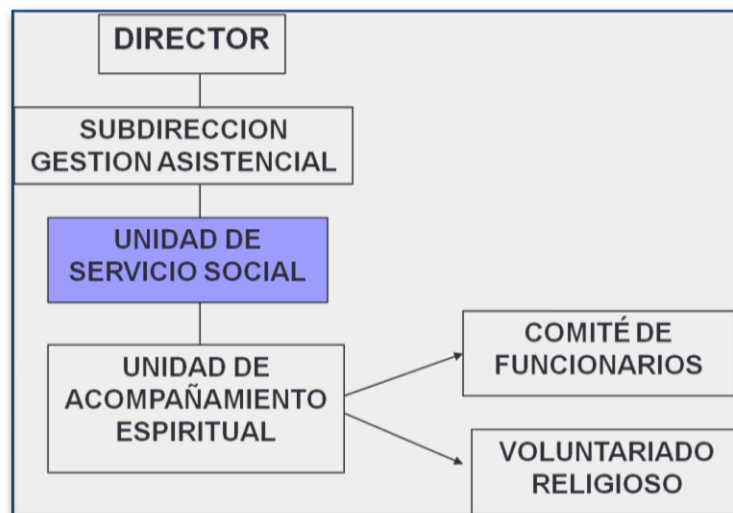
- a) Capacitar y acreditar a los agentes de asistencia religiosa y acompañamiento espiritual en temas como: Infecciones intrahospitalarias, Acompañamiento espiritual para enfermos hospitalizados y domiciliarios, Atención y trato a usuarios, Comunicación efectiva, Manejo del duelo, Mediación, Otros.
- b) Verificar la acreditación de la calidad de los distintos ministros de culto, sacerdotes, y pastores, presentados por las respectivas organizaciones religiosas.
- c) Conceder la autorización para acceso a los establecimientos de la red de las personas, que sin tener la calidad mencionada, sean presentadas por una organización religiosa con el fin de prestar asistencia religiosa sea de manera permanente u ocasional con los demás servicios de salud del establecimiento.
- d) Coordinar con la Administración del Establecimiento de Salud, la mantención de los lugares de culto, la adquisición de los insumos necesarios para las tareas administrativas, la conservación de los archivos de la respectiva unidad, el desarrollo del plan anual.
- e) Mantener coordinación con la Unidad de Acompañamiento Espiritual del Ministerio de Salud.
- f) Normar en relación a la información recibida por los pacientes, sus familiares y funcionarios durante o con ocasión de la asistencia religiosa o acompañamiento espiritual.

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

➤ **Unidad de Acompañamiento Espiritual (U.A.E.) del Hospital Carlos Van Buren (H.C.V.B.)**

La U.A.E. dentro del H.C.V.B. tiene por objetivo principal : “*gestionar y facilitar el otorgamiento de Asistencia Religiosa y Espiritual a los Pacientes Hospitalizados o de Atención Cerrada, sus Familiares y Funcionarios que lo requieran, de acuerdo al Normativo Interno de Funcionamiento en el Hospital Carlos Van Buren*”.

La U.A.E. depende administrativa y técnicamente de la Unidad de Servicio Social de la institución, según el siguiente detalle:



Cuenta con Resolución Exenta N° 1944 del 24.03.2010, que establece su creación dentro del H.C.V.B., y señala las funciones e implementación quedando pendiente aspectos como; lugar físico y RRHH según lo estipulado en el Reglamento N° 94 de Asistencia Religiosa en Recintos Hospitalarios. Las funciones estipuladas para la unidad en la resolución señalada, son las siguientes:

- a) Velar por el respeto y creencias religiosas de los usuarios que son atendidos en el Hospital Carlos Van Buren.
- b) Coordinar las actividades de los Voluntariados de Credos Religiosos al interior del Hospital.
- c) Mantener una relación con los demás Servicios con el fin de ofrecerles su colaboración y recibir de ellos su valioso apoyo.

d) Reglamentar horarios y forma en que los Voluntariados realicen el Acompañamiento Espiritual.

e) Coordinar con las Autoridades del Hospital la mantención de Lugares de Culto.

Se constituye además, mediante Resolución Exenta N° 4928 del 15 de Julio de 2010, el Comité de la Unidad de Acompañamiento Espiritual compuesto por 6 funcionarios y en donde se estipula la ejecución de reuniones mensuales.

- **Reseña histórica de la Unidad de Acompañamiento Espiritual en el Hospital Carlos Van Buren.**

En un primer momento se designa a un encargado de liderar la conformación del comité de Asistencia Espiritual en el H.C.V.B., el 31 agosto de 2007. En Febrero de 2009, el Minsal a través de Ordinario N° 175 del 08.02.2009, remite Reglamento de Asistencia Religiosa para su aplicación.

Durante éste trascurso se realiza un catastro de los credos religiosos y voluntarios ecuménicos que funcionan en el hospital. Se realizan además, pasantías, asistencia a congresos y capacitaciones sobre acompañamiento espiritual organizados por otros organismos.

Se trabajó un anteproyecto para establecer la ubicación de la Unidad de Acompañamiento Espiritual y un espacio multiconfesional.

Se realiza también, una encuesta a enfermeras supervisoras y otros funcionarios pertenecientes a unidades donde se aborda directamente la temática, la conformación del comité de funcionarios de la Unidad de Acompañamiento Espiritual con respaldo de resolución y la elaboración de una propuesta de Manual de Funcionamiento y Normativo interno, sin sanción.

Finalmente, durante el año 2011, disminuyen las gestiones por la desvinculación de la institución de la encargada de la U.A.E. y de integrantes del comité. Se destina a estas labores a un nuevo encargado, realizándose una práctica por parte de un alumno de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso, en cuyo proceso se consulta e informa a todas las jefaturas de Gestión del Cuidado y área médica para una revisión de la propuesta de Normativo Interno de la U.A.E., y se lleva a cabo reunión con Guardias, U.A.P. y R.R.P.P. para organizar el ingreso al establecimiento de los representantes de credos religiosos.

The page features a decorative graphic consisting of three blue circles of varying sizes, each with a lighter blue ring around its center. These circles are arranged along a diagonal line that runs from the top-left towards the bottom-right. The largest circle is at the top, a smaller one is in the middle, and a large one is at the bottom right, partially cut off by the edge of the page. The background is white with thin blue lines extending from the top-left corner.

CAPÍTULO II

MARCO DE REFERENCIA

2.1.- ANTECEDENTES GENERALES: CONCEPTO DE SALUD

Uno de los conceptos más importantes y utilizados de salud es el que define la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta organización, considerando a 61 países, señala lo siguiente: *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* (O.M.S., 1946).

Actualmente en el marco de la Reforma a la Salud en Chile, se establece una nueva definición del concepto de Salud, entendiéndose esta como *“el estado de completo bienestar físico, mental, **social y espiritual**”*. (Minsal, 2007). La Salud es considerada como el Bienestar Integral de la persona, y no la sola ausencia de enfermedades.

El sector de Salud a través de esta reforma, intenta implementar un nuevo modelo de atención con una visión integral acorde con las nuevas dimensiones del concepto de salud, permitiendo una atención en salud de calidad que reconozca la importancia de la multidimensionalidad que posee el ser humano.

En el campo de las ciencias de la salud, y más específicamente en el de la medicina, se ha venido desarrollando, y continúa en la actualidad, un debate entre dos modelos que plantean y responden, de forma diferente, importantes cuestiones como:

- Las causas de la salud/enfermedad de las poblaciones
- Las intervenciones sobre estas causas, y
- El concepto de salud

En la antigüedad, estos 3 puntos eran principalmente abordados desde el ser humano y su enfermedad, manteniéndose esta postura en la actualidad. Lo anterior se conoce como el Modelo Biomédico que contrasta con una nueva visión que incorpora una atención integral a la persona dentro de Modelo Biopsicosocial.

2.1.1.- Modelo Biomédico.

El enfoque biomédico surge en el siglo XIX con la aparición del cientificismo, se basa en una concepción patologista, reduccionista, curativa y objetiva, donde el diagnóstico es biológico, creando barreras disciplinarias

reduciendo al individuo a partes que pertenecen a cada especialidad y cuyo tratamiento es considerada generalmente externo a la relación médico-paciente. Este enfoque se basa en la hipótesis: *“la enfermedad y la respuesta a la presencia activa de agentes externos, constituye un fenómeno dependiente de una agente causal biológico y la respuesta del individuo”* (Cuevas K., López P. y Mancilla C., 2006).

Engel reconoce los aportes de este enfoque, pero lo critica por tener las siguientes limitaciones:

-Una alteración bioquímica no siempre se traduce en enfermedad. Ésta, aparece por la interrelación de diversas causas, no sólo moleculares, sino también psicológicas y sociales. A la inversa: de alteraciones psicosociales pueden derivar enfermedades.

-Las variables de índole psicosocial suelen ser importantes a la hora de determinar la susceptibilidad, gravedad y curso del padecimiento más biológico que pudiera considerarse.

-La aceptación del rol del enfermo no viene determinada de manera mecánica por la presencia de una anomalía biológica.

-El tratamiento biológico puede tener diversas tasas de éxito influido directamente por variables psicosociales, tal como deja patente el llamado efecto placebo entre otros.

-Además, la relación del profesional de la salud con el paciente también influye en el resultado terapéutico, aunque sólo sea por la influencia que pueda tener sobre el cumplimiento del tratamiento. (Engel, 1977).

La relación asistencial en el enfoque biomédico se caracteriza por ser clasista, asimétrica, necesita de controles externos para determinar abusos, profesionalizada y basada en dos pilares: uno técnico y otro humano.

2.1.2.- Modelo Biopsicosocial. (Ecológico)

Desde los 70', se comienza a criticar el “cientificismo, es decir, la concepción positivista de una ciencia universal, empírica, atemporal y libre de valores. Así también, se señalan los efectos negativos de la “medicalización”, resaltando el carácter ideológico y reproductor de las instituciones de salud, y se propone la desmedicalización de la sociedad (Parada, 2004).

Es así como Engel, en 1977, propone por primera vez un enfoque diferente, refiriéndose a un paradigma capaz de incluir científicamente el dominio humano en la experiencia de la enfermedad, lo que desde entonces se conoce como el Enfoque Biopsicosocial. Él creía que todos los fenómenos importantes relativos a la salud, participaban de aspectos biológicos pero también psicológicos y de carácter social (Borrel i Carrio, 2002).

Los fundamentos de este enfoque derivan de la Teoría General de Sistemas, fundando un nuevo paradigma donde todas las variables biosicosociales tienen un peso similar.

Von Bertalanffy propuso en 1968 la Teoría General de Sistemas, la cual se origina en la biología y establece que la naturaleza es ordenada en una jerarquía de sistemas vivos e inertes. Los sistemas vivos comprenden desde las moléculas, la célula, los órganos, el organismo, la persona, la familia, la sociedad y la biosfera.

Características principales de esta propuesta:

- Se centra en el individuo. Define la salud como un proceso multidimensional en que interactúan sistemas biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales. En este contexto, la tarea del médico no consiste sólo en curar la enfermedad, sino que, también, en cuidar la salud, considerando los factores ya señalados. El individuo es considerado como un todo.
- Es sistémico. Entiende los fenómenos complejos como un todo imposible de fragmentar.
- El médico no es "objetivo". Participa del proceso salud-enfermedad, aportando sus conocimientos, creencias y contexto social y profesional.
- El médico requiere destrezas y conocimientos específicos para incorporar, en su quehacer habitual, las variables psicosociales, de manera científica. Debe ser experto entrevistador a fin de alcanzar la mayor efectividad de su intervención. El médico actúa como facilitador de la curación del paciente. Estas destrezas no derivan simplemente de la amabilidad.
- La relación médico-paciente incluye a la familia. Los tres elementos interactúan recíprocamente: la familia constituye el marco de referencia del individuo. La inclusión potencia al médico, al apoyar el proceso de curación del primero.

-El diagnóstico incluye aspectos biológicos, emocionales, culturales y sociales. Su contexto lo constituyen la estructura, las relaciones, el ciclo vital y el patrón de salud-enfermedad de esa familia.

-El problema es definido por el paciente. Puede abarcar cualquier aspecto para su vida y siempre es acogido.

- El tratamiento considera los recursos de la familia y los individuos además del efecto terapéutico de la relación médico-paciente-familia.

En Chile, desde el Ministerio de Salud, se puede identificar que uno de sus lineamientos a partir de la reforma, es la implementación de un Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS). Este, se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas. Las personas son consideradas en su integralidad física, mental y social. Lo anterior sigue la lógica del Modelo Biopsicosocial, el cual en la actualidad coexiste con el Modelo Biomédico.

2.2.- PRIMER EJE TEMÁTICO: HUMANIZACION DE LA SALUD

Antes de poder hablar de lo que se entiende por humanización, se debe clarificar que se entiende por ser humano. En este sentido, el concepto hace referencia a un ser que, a diferencia de los restantes seres vivos, ha logrado desarrollar sentimientos consientes y manejables entre los cuales destacan la solidaridad, el amor por el prójimo, la empatía, el compromiso con determinadas causas, etc. Si bien el ser humano también tiene muchos elementos negativos en su esencia, todos estos caracteres mencionados son exclusivos de él y ni los animales ni las plantas pueden desarrollarlos consiente y racionalmente.

Ahora bien, para la Psicoterapeuta y Diplomada en Trabajo Social española María Antonia Plaxats, para humanizar, hay que ser capaz de amar y amarnos a nosotros mismos desde la autoestima, y ser, también, capaz de amar a otros seres y al entorno, teniendo en cuenta, que amor no es ni debe ser sobreprotección. Añade este postulado que naturalmente, todo ello requiere un esfuerzo para el cambio, o para el mantenimiento de ciertas actitudes ante la vida, ante el sufrimiento, y ante la muerte.

2.2.1.- Humanización de la salud.

➤ Concepto de Humanizar.

El término “humanizar” es definido por p. Angelo Brusco, camiliano, supervisor en relación de ayuda, como: *“hacer la realidad sanitaria más digna del hombre, mejorando la “calidad humana” del servicio al enfermo”* (José Carlos Bermejo, 1997, pag.30). En otras palabras, humanizar es situar cualquier realidad a la altura del hombre. Todo lo que acorte la distancia entre la realidad sanitaria y esa altura plena, está en el camino de humanizar. A la inversa, cualquier elemento que tienda a agrandar esa distancia, creando una situación de insuficiente dignidad y valor dado a la persona (enferma o que trabaja con enfermos), actúa deshumanizando. Humanizar es, por tanto, un camino que lleva al hombre-sujeto hacia una realidad de alta dignidad y valor.

Para Bermejo, *“humanizar una realidad significa hacerla digna de la persona humana, es decir, coherente con los valores que ella siente como peculiares e inajenables”*. Aplicado al mundo sanitario: *“humanizar significa hacer referencia al hombre en todo aquello que sirve para fomentar y*

proteger la salud, cuidar las enfermedades, asegurar un ambiente que favorezca la vida sana y armónica a nivel físico, emocional, social y espiritual". Para Lain Entralgo, "parece no haber duda alguna: la medicina no es sólo una ciencia operativa, arte que es guiado por saberes racionales, sino una empresa moral fundada en el humanismo: modo de conocimiento, decisión y acción en que los valores humanos junto a su dignidad tienen una primaria trascendencia".

Complementario a lo anterior, pueden mencionarse las siguientes definiciones:

a.- "Humanizar significa devolver la salud, el equilibrio interior a los agentes sanitarios como personas, ayudarlos a enfrentar los conflictos, a adquirir aquella paz y serenidad necesarias para trabajar y vivir mejor".

b.- *"Humanizar significa salir de un reduccionismo organicista, ya sea diagnóstico o terapéutico en que ha caído la medicina, volviendo a la visión total del enfermo, de su asistencia y tratamiento. Humanizar es, en otros términos, pasar del enfermo-objeto al enfermo-sujeto, al enfermo-persona"* (Magliozzi, Pietro. 2006, p. 43)

Por otra parte, en contraste a lo anterior se puede identificar la Deshumanización como un concepto que está poco delimitado y que algunos autores se refieren a él como la pérdida de atributos humanos, mientras que para otros, se refiere a la pérdida de dignidad. En cualquier caso, hacen referencia al grado de objetivación del paciente en la percepción de aquellos que le atienden (Gironés Bayón, Carmen. 2007).

2.2.2.- Humanización desde la Reforma de Salud Chilena.

La humanización en la atención en salud se empieza a incrementar con la incorporación del modelo integral.

El Ministerio de Salud inicia en el año 1992, en Atención Primaria, la transformación de los Consultorios a Centros de salud, poniendo la preocupación por la salud y la persona como lo esencial de la relación con los usuarios, enfatizando la prevención y promoción como actividades centrales del proceso de atención e incorporando a la comunidad, como entidad participante en la atención de salud.

A partir de 1998 se avanza en intencionar un cambio paradigmático del comprender la salud-enfermedad. Si el proceso anterior mantenía su mirada desde la perspectiva técnica de priorizar la prevención y promoción, el nuevo desafío se aboca a incorporar el enfoque biopsicosocial y con él la perspectiva humana de la salud-enfermedad, con conceptos de malestar, vivencia de la enfermedad, atribuciones y significados personales del sufrimiento, etc.

Con la Reforma de la salud, el Modelo Integral, que se plasma en la Atención Primaria en el Modelo Biopsicosocial con Enfoque Familiar, al tener una mirada sistémica sobre el proceso salud-enfermedad, se orienta a la mejoría de la calidad de vida de las personas, las familias y las comunidades, y se constituye en uno de los pilares fundamentales para el logro de los objetivos.

Los siguientes son los objetivos que se enfatizan en los cuidados primarios:

- a.- Proporcionar cuidados continuos de salud, a individuos, familias y comunidad, de una manera integral, resolutive, oportuna y eficaz, que sea accesible y de calidad, con equipos de salud multidisciplinarios capacitados, que basan su acción en el modelo biopsicosocial con enfoque familiar para satisfacer las necesidades de los usuarios.
- b.- Asegurar, a la población beneficiaria del Centro de Salud, el derecho a recibir y demandar una atención personalizada, digna, de calidad y con base en los principios de la bioética, para el conjunto de prestaciones contempladas en el Plan de Salud Familiar y las Garantías en él explicitadas.
- c.- Establecer un sistema de atención que responda a las necesidades de la población con una adecuada relación oferta-demanda.
- d.- Lograr articulación adecuada con la red de salud, optimizando los mecanismos de referencia y contrarreferencia.

El enfoque familiar tendrá distintos énfasis dependiendo del punto de la red en la cual se otorguen los servicios. Si bien es cierto que la mirada sobre los condicionantes debe estar presente en todos quienes atienden a personas y familias, su nivel de involucramiento será diferente.

El enfoque biopsicosocial ha sido operacionalizado por M. Stewart, Ian Mc Whinney y otros, en el método clínico centrado en el paciente, a través de los siguientes componentes que debieran ser desarrollados en el contacto con las personas y sus dolencias:

- a.- Explorar la situación (“síntomas y signos” del problema) y el padecimiento (la experiencia personal de la situación)
- b.- Comprender al paciente como una persona única, con sus emociones, con una historia personal y un componente sociocultural también únicos.
- c.- Negociar con la persona tanto la explicación como el manejo del problema, incorporando sus opiniones, temores y expectativas.
- d.- Introducir la educación para la salud y la prevención como una preocupación más por la persona y una forma explícita de mejorar la participación del usuario en el cuidado de su salud.
- f.- Reforzar el aspecto relacional, de manera autocrítica y reflexiva, retroalimentándose para un crecimiento permanente.
- e.- Usar de manera realista el tiempo y los recursos.

El Modelo de Salud Integral en el contexto de la Reforma se define como: El 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, a las personas, consideradas en su integralidad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural, es decir, un modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y en red.

El modelo de atención es una descripción de la forma óptima de organizar las acciones sanitarias, de modo de satisfacer los requerimientos y demandas de la comunidad y del propio sector. El modelo de atención en el ámbito público consiste en un conjunto de redes territoriales de establecimientos con complejidades diversas y roles definidos, que en conjunto dan cuenta de las acciones de promoción de la salud, prevención, detección precoz y control de enfermedades, tratamiento, rehabilitación, reinserción y cuidados paliativos incluyendo atenciones de urgencia y emergencia.

El quehacer sanitario definido en el modelo de atención se basa en un equipo de salud multidisciplinario y de liderazgo horizontal, ubicado básicamente en el nivel de atención primaria, que se hace cargo de la población de un territorio acotado, aplicando el enfoque familiar, es decir, acompaña a los integrantes de la familia durante todo el ciclo vital, apoyando los momentos críticos con consejería, educación y promoción de salud, controlando los procesos para detectar oportunamente el daño y proporcionando asistencia clínica y rehabilitación oportuna en caso de patología aguda o crónica. La formación y competencias de este equipo son acordes al nuevo perfil epidemiológico, a la gestión en red y con habilidades de liderazgo y trabajo en equipo.

Para el Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, la humanización de la asistencia sanitaria es una tarea urgente y necesaria. La humanización de la asistencia en los centros de salud es una de las grandes preocupaciones actuales en el campo sanitario. Los hospitales han dejado de ser “hospitalarios” para los enfermos y para el personal que trabaja en ellos. Es para ello que se ha trabajado en diferentes programas a nivel terciario para el logro de un trato humanizado en esta área.

2.2.3.- Programas de Humanización en hospitales.

- **Participación ciudadana.**

La política sectorial para la Participación Ciudadana en Salud se ubica dentro del marco entregado por la Presidenta Michelle Bachelet en la Agenda Pro Participación Ciudadana, cuyos ejes programáticos corresponden a:

- a.- Derecho Ciudadano a la información Pública.
- b.- Gestión Pública Participativa.
- c.- Fortalecimiento de la Sociedad Civil.
- d.- No Discriminación y Respeto a la diversidad.

Es así como se busca que el Ministerio de Salud fortalezca la generación de condiciones institucionales, establezca procedimientos y aplique instrumentos programáticos orientados a incorporar la participación ciudadana en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas. El objetivo es institucionalizar prácticas regulares de inclusión de la ciudadanía.

Se entenderá por Participación Ciudadana en la Gestión Pública de Salud, a la aplicación específica de los derechos a la publicidad de la información pública; la igualdad para participar en la vida nacional; la libertad de opinión y el derecho de petición.

Siguiendo esta línea, se han implementado una serie de estrategias para que en conjunto con la ciudadanía se logren las condiciones de un mejor trato. Las estrategias identificadas a partir del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio se plasman en los siguientes programas:

- Oficina de Reclamos y Sugerencias.
- Control Social.
- Satisfacción Usuario.
- Programa de Salud Intercultural.
- Protección de Derechos y Trato Humanizado.

- **Trato humanizado**

En el área hospitalaria es importante considerar al paciente como persona en todas sus dimensiones y que este a su vez, perciba al equipo de salud como alguien cercano, considerando que el modelo biomédico tiene gran predominancia en desmedro de esto.

Para dar respuesta a lo anterior, la reforma incorpora el Modelo Biopsicosocial espiritual en la atención terciaria; en ella se generan un conjunto de estrategias, como Hospital Amigo y en concordancia con el enfoque de salud integral, el nuevo modelo de atención implementado por el Ministerio de Salud a partir de la Reforma del sector. Junto con ello, y en base a la experiencia existente en los establecimientos de la red pública de salud en estas materias, se ha establecido la necesidad de implementar Unidades de Acompañamiento Espiritual con el objeto de coordinar las actividades de la asistencia espiritual, de las diferentes denominaciones, que se realizan a los enfermos, a sus familias, a los funcionarios y a los voluntariados de los establecimientos de la red.

- **Hospital amigo**

Para toda persona, sea esta adulto o niño, la hospitalización constituirá un acto ajeno a su vida diaria creándole disconfort, pues se ve súbitamente enfrentado a un ambiente desconocido y hasta intimidante, en donde su rutina de vida se ve afectada por un sistema altamente restrictivo, y en donde por razones de enfermedad debe mantenerse en situación de receptor de atenciones recibidas por personas desconocidas.

Si bien es cierto, toda esta situación de aparente menoscabo de independencia de la persona hospitalizada, es por razones absolutamente atendibles, pues en muchos casos la gravedad de su enfermedad o lesiones así lo requieren. Tampoco es menos cierto, que la condición de persona humana debe permanecer y exaltarse aún más en condiciones de menoscabo, sea este físico, moral y/o espiritual.

Dentro de este contexto, y en el convencimiento de que el hospital debe asegurar a sus usuarios y sus familias una atención de excelencia, cada institución debe apuntar a satisfacer el máximo de sus necesidades, sean estas individuales y/o familiares.

Para la mejor implementación de este requerimiento presidencial, dentro del contexto del “Hospital Amigo”, se recomienda tutelar y considerar los siguientes puntos:

- a.- Las visitas de los familiares alivian la tensión que provoca el ingreso en un hospital.
- b.- Cada usuario podrá ser visitado por “sólo” dos personas en forma alternada.
- c.- La edad de mínima de visitas será de 12 años.
- d.- La cantidad de horas de visitas será de seis horas. Las cuales serán fraccionadas en dos bloques a fin de asegurar el normal desarrollo de las actividades médicas y de enfermería. Se sugiere 10:00 a 13:00 hrs. Y de 16:00 a 18:00 hrs.
- e.- Cada hospital debe generar un instructivo señalando claramente, a los visitantes el horario y límites en que se encuadra la visita, además de lugares

de acceso, servicios higiénicos, ingreso de alimentos, medicamentos, y/o utensilios para los pacientes hospitalizados.

f.- Es imprescindible señalar claramente a todo visitante que la visita podrá ser interrumpida si las condiciones médicas de su familiar u otro de la sala empeore, haciendo necesario su asistencia médica profesional, en cuyo caso todo visitante deberá hacer abandono de inmediato de la sala. La visita se reanudará, de ser posible, sólo por la indicación del profesional a cargo de la sala.

g.- Cada unidad deberá disponer de un responsable que guíe y oriente a los visitantes en caso de que se presenten dudas respecto del beneficio de la visita.

h.- En ningún caso podrán acudir más de dos visitantes a un mismo tiempo y que siempre deben hablar en tono bajo evitar ruidos y conservar el orden y el silencio.

i.- Debe hacerse hincapié a toda visita que *“debe seguir las indicaciones que se le señalen”*, a fin de mantener el respeto por todos los pacientes hospitalizados.

j.- No podrá ingresar ninguna persona que presente signos o síntomas de enfermedades tales como: gripe, diarrea, lesiones en la piel, o hayan sufrido de alguna enfermedad infecciosa.

k.- Debe detectarse a nivel de la familia un responsable que sirva de nexo entre la familia y el equipo de salud. A fin de no recargar el trabajo, evitar malos entendidos en la información, y mantener y establecer un clima de confianza.

Otra estrategia que fortalece el trato humanizado es que los prestadores de salud deberán mantener en un lugar público y visible, una carta de derechos y deberes de las personas en relación con la atención.

Si una persona ve vulnerados sus derechos podrá reclamar primero ante el mismo recinto de salud donde se está atendiendo, el que deberá contar con personal especialmente habilitado para este efecto y con un sistema de registro y respuesta escrita de los reclamos planteados.

En el Hospital Carlos Van Buren, se señalan los siguientes derechos y además, los deberes correspondientes:

El paciente tiene derecho a:

- Una atención respetuosa, amable y sin discriminación.
- Una atención oportuna e informada acorde a la necesidad.
- Recibir información clara y oportuna.
- Que se respete mi privacidad en la atención y en los registros.
- Aceptar o rechazar participar en actividades de docencia e investigación.
- Saber el nombre y la función de quien me atiende.
- Presentar reclamos, felicitaciones y sugerencias responsablemente.
- Acceder a mis antecedentes clínicos.
- Recibir información sobre los riesgos y alternativas relativas a mi tratamiento,
- Decidir si me realizo el tratamiento o no.
- Una atención segura.

Deberes del paciente y su familia.

Yo debo:

- Informarme sobre mi enfermedad.
- Informarme del funcionamiento y normas del hospital.
- Cumplir con normas y procedimientos así como los compromisos financieros que adquiera de acuerdo a mi calificación de Fonasa.
- Ser responsable con tratamiento y autocuidado.
- No hacer mal uso de los recursos del hospital.
- Comprometerme con el tratamiento.
- Respetar la privacidad de otros.

- Tratar respetuosamente a quienes me atienden (equipo de salud, funcionarios, etc.)

- Cuidar mis pertenencias.

Según la revista ARS Medical de la P.U.C., el buen trato integra el acompañamiento en el sufrimiento del paciente. El sufrimiento es subjetivo, personal, tiene relación con el pasado de la persona, con su cultura, con sus vínculos afectivos, sus roles, sus necesidades, su cuerpo, sus emociones, su vida secreta y su futuro. Todas estas áreas son susceptibles de ser lesionadas, de sufrir pérdidas y de ocasionar sufrimiento. Es por eso que en el enfoque de atención integral todas las dimensiones del ser humano pueden ser atendidas, entre ellas la dimensión espiritual, a través del acompañamiento espiritual.

2.3.- SEGUNDO EJE TEMÁTICO: ACOMPAÑAMIENTO ESPIRITUAL

2.3.1.- Aproximaciones conceptuales de Espiritualidad y Religión.

Etimológicamente, el concepto de espiritualidad se deriva del de espíritu, el cual, proviene del vocablo latino “spiritus”, cuyo significado original era “soplo”, “aliento”, pero que muy pronto se utilizó para designar la realidad inmaterial y racional inscrita en el hombre. Muchos autores lo hacen sinónimo de alma, y otros incluso de la mente, aunque este último término, más moderno que los anteriores, está desprovisto de la connotación religiosa que posee el término “espíritu”. Al diferenciar los conceptos de alma, mente y espíritu se puede entender alma como principio vital, vinculado esencialmente con lo orgánico, y común a todos los seres vivos; por otro lado, la mente está más relacionada con las facetas intelectuales y la consciencia y es característica del ser humano; finalmente, por encima del alma y la mente se encontraría el espíritu como el principio inmaterial y sobrenatural que pone al ser humano en contacto con las realidades superiores: permite el conocimiento de los valores estéticos y morales, la sabiduría como comprensión del sentido último de las cosas, y la experiencia de lo trascendente o divino.

El concepto de espiritualidad, por lo tanto, puede referirse al vínculo entre el ser humano y Dios o una divinidad. La religión suele ser el nexo que permite desarrollar esta relación. Puede decirse que los sacerdotes, los pastores y diversos gurúes, por lo tanto, hablan de espiritualidad cuando tratan asuntos religiosos.

No hace falta, de todas formas, adherir a una religión determinada o seguir a una institución religiosa para desarrollar la espiritualidad. El vínculo entre el hombre y Dios puede ser personal e íntimo, sin manifestaciones exteriores ni rituales.

En la filosofía, la idea de espiritualidad se entiende a partir de la oposición entre materia y espíritu. Puede asociarse la espiritualidad a una búsqueda del sentido de la vida que trasciende lo mundano.

Considerando lo expuesto anteriormente respecto a la conexión entre espiritualidad y religión, se entiende que esta última, incluye no sólo las creencias, costumbres, tradiciones y ritos que pertenecen a agrupaciones sociales particulares; implica también experiencias individuales.

La complejidad y diversidad de las religiones del hombre, así como los sentimientos profundos y ambivalentes que suscitan, han dado lugar a una serie heterogénea de definiciones de religión, muchas de las cuales incluyen suposiciones evaluativas y enfatizan indebidamente un aspecto de los sistemas religiosos.

Según J. Frazer, la religión es *"una propiciación o conciliación de poderes superiores al hombre que se cree que dirigen y controlan el curso de la naturaleza y de la vida humana. Así definida, la religión consta de dos elementos, uno teórico y otro práctico, a saber: una creencia en poderes superiores al hombre y un intento de propiciarles o agradecerles"*. Explica después que *"la creencia viene claramente en primer lugar, ya se debe creer en la existencia de un ser divino antes de que se pueda intentar complacerle. Pero a no ser que la creencia conduzca a la correspondiente práctica, no es una religión, sino sencillamente una teología"* (Frazer, 1925).

E. Durkheim pone el énfasis en la creencia y práctica dentro de una comunidad social. *"Una religión es un sistema de creencias y prácticas relativas a las cosas sagradas, es decir, cosas puestas aparte, prohibidas; creencias y prácticas que unen en una sola comunidad-moral, llamada Iglesia, a todos aquellos que se adhieren a ellas. El segundo elemento que encuentra así un lugar en nuestra definición es no menos esencial que el primero; porque, al mostrar que la idea de religión es inseparable de la de la Iglesia, deja claro que la religión sería una cosa eminentemente-colectiva"* (Durkheim, 1954). La teoría sociológica desarrollada por Durkheim afirma que cuando los hombres tienen el sentimiento religioso de estar ante un poder superior que trasciende sus vidas personales y les impone su voluntad como un imperativo moral, están en realidad en la presencia de una realidad más grande que les rodea. Esta realidad no es, sin embargo, un ser sobrenatural; es el hecho natural de la sociedad. El grupo humano que les rodea ejerce los atributos de la deidad en relación a sus miembros, y hace surgir en sus mentes la idea de Dios, que, en efecto, es así un símbolo de la sociedad misma.

Según R. H. Thouless, toda definición adecuada de religión debería incluir al menos tres factores: un modo de conducta, un sistema de creencias intelectual y un sistema de sentimientos. Para encontrar una definición completa y satisfactoria de religión debemos además investigar lo que es la

característica particular de la conducta, creencias y sentimientos en cuestión que los distingue como religiosos. La definición será como sigue: *“religión es una relación práctica sentida con lo que se cree un ser o seres sobrehumanos”*. Explica los dos términos que son importantes en el estudio psicológico de la religión: la conciencia religiosa y la experiencia religiosa. La conciencia religiosa es aquella parte de la religión que está presente en la mente y abierta al examen por medio de la introspección. Es el estado mental de la actividad religiosa. La experiencia religiosa es un término más vago, utilizado para describir el elemento del sentimiento en la conciencia religiosa: los sentimientos que conducen a la creencia religiosa o son los efectos de la conducta religiosa. Es imposible estudiar la conciencia religiosa sola; tenemos que investigar la conducta religiosa también (Thouless, 1936).

2.3.2- Aspectos significativos entre espiritualidad y religión.

Es importante señalar que la asistencia espiritual es distinta a la asistencia religiosa. De acuerdo al lo señalado por el Dr. Abraham Genis la asistencia religiosa forma parte de la asistencia espiritual, por lo tanto la espiritualidad es un concepto amplio es *“un sistema psicológico de pensamiento, basado en la relación interpersonal, que utiliza recursos conductuales, psicológicos y humanísticos, para optimizar las relaciones humanas.”*

Según la Doctora española Maribel Rodríguez, Doctora en Medicina y Cirugía, Máster en Psicoterapia y experta en Logoterapia, Hipnosis y Psicooncología, la espiritualidad sería un concepto más amplio que el de la religiosidad y suele relacionarse con la búsqueda de trascendencia, con la esperanza, propósito y sentido de la vida o con los aspectos inmateriales de la existencia, como el tener relaciones armónicas o conexión con uno mismo, con otros, con la naturaleza, con Dios o con una realidad superior.

Ahora bien, según esta misma autora, la religión consiste en lo siguiente:

La religión por una parte se acerca más a la espiritualidad que la espiritualidad de la religión, entendiendo a la religión como: *“un sistema organizado de creencias, prácticas y formas de culto compartidas por una comunidad en la cual se relacionan y se vinculan los seres humanos con Dios”*.

2.3.3.- Espiritualidad y la medicina.

Durante una enfermedad, un sufrimiento, una muerte, todos buscan el “sentido” y la “relación integral” (con otros, con Dios, uno mismo, el universo). La espiritualidad es la respuesta a esta necesidad del hombre como la medicina es la necesidad de curación. Sin embargo, muchos agentes sanitarios y profesionales parecen haber olvidado esta realidad.

El trabajo del médico y el profesional de la salud no puede sólo conformarse con desarrollar con competencia y esmero acciones técnicas, debiesen también ayudar a su paciente a dar sentido y significado al acontecimiento que esta viviendo. Este dar sentido será sanador, igual que muchas otras acciones técnicas, pero sanador a un nivel diferente de la persona. La acción técnica, mejora a nivel biológico, la acción espiritual, lo hace a nivel biográfico. Y los, “seres humanos”, son tanto biología (insertos en el espacio material, parte de un mundo físico), como biografía (insertos en una dimensión temporal, una historia de vida). Se prefiere hoy, cada vez mas hablar de “espiritualidad y medicina”, viendo en ella una dimensión más amplia que implica un bienestar integral, paz, serenidad, el sentido de ser querido (Magliozzi, 2006, p. 157,158).

2.3.4.- Religión y Salud.

La diferencia entre espiritualidad y religiosidad, (dimensión espiritual y dimensión religiosa del enfermo), es que la dimensión espiritual representa la necesidad de sentido, de objetivo, de realización, la voluntad de vida, el unificar el propio proyecto de vida, en síntesis, son espirituales, las aspiraciones profundas del hombre, las interrogantes profundas del sentido, los deseos de vida autentica. La dimensión religiosa surge cuando toda esta espiritualidad está dirigida a Dios, a la fe, al amor, a la esperanza en un Dios con que se está en relación personal (en el Judeo-Cristianismo) o a un Dios impersonal (en el Budismo, Confucianismo, Hinduismo, Nueva Era).

Un artículo de abril de 2003, recoge en una revisión de 2200 referencias e incluye todas las curaciones en las cuales no se han utilizado medios químicos o físicos, sino la influencia intencional de una persona sobre otra. En lo que pertenece al sector religioso y prácticas espirituales (prácticas eclesiales, estudio de la biblia, grupos de oración, lecturas espirituales, comportamientos hacia un ser superior, o hacia Dios), se han recogido 130

estudios, casi todas las observaciones epidemiológicas. El resultado fue el siguiente: en el 78% la espiritualidad es un factor favorable para disminuir la mortalidad, mejorar la calidad de vida y la salud mental.

La ciencia para mantener su objetividad, ha dejado de lado la religión como medio de curación. Hoy las religiones ven la parte metafísica de la enfermedad, el aspecto espiritual, energético, cósmico, psíquico, pero no para huir o negar el mal orgánico, sino para mostrar el reduccionismo científico de la actual medicina, pues la curación del hombre es algo más profundo y complejo de lo que ella presenta. Las religiones empiezan a tomar conciencia que la verdad biológica de la medicina no es tan segura y exhaustiva como se creyó desde la expansión del positivismo.

2.3.5.- Contexto país.

El censo de 2002 consultó nueve opciones en la pregunta sobre religión, ampliando así el número de alternativas respecto a los censos anteriores. Los resultados obtenidos indican que el 70,0% de los habitantes de quince años o más se declaró católico; el 15,1% evangélico; el 4,4% se identificó con otra religión o credo, y el 8,3% dijo no tener religión, ser ateo o agnóstico. El censo de 1992 mostró que el 76,7% de los habitantes de 14 años o más se declaró católico; el 12,4% evangélico; el 0,8% protestante; el 4,2% se identificó con otra religión o credo, y el 5,8% dijo ser indiferente o ateo. Este estudio considera dentro de "otras religiones" las siguientes: Testigos de Jehová, Judaica, musulmana, mormón, Ortodoxo.

La encuesta Bicentenario, realizada por la Universidad Católica y Adimark, revela que se mantiene la supremacía de la religión católica en Chile. Además, las personas muestran pocos cambios en sus creencias. El 67% afirma ser católico, versus el 16% que dice ser evangélico, el 4% que profesa "otra religión" y el 13% que declara "ateo" o "ninguna". Cabe consignar que en el sondeo anterior, de 2006, los católicos eran el 70%, los evangélicos 14% y los que declararon "ateo" o "ninguna" 12%.

2.4.- TERCER EJE TEMÁTICO: EL DUELO.

2.4.1.- Aproximaciones Conceptuales de Duelo.

El duelo es esa experiencia de dolor, lástima, aflicción o resentimiento que se manifiesta de diferentes maneras, con ocasión de la pérdida de algo o de alguien con valor significativo (Bermejo, 2005).

Cada pérdida acarreará un duelo, y la intensidad del duelo no dependerá de la naturaleza del objeto perdido, sino del valor que se le atribuye, es decir, de la inversión afectiva invertida en la pérdida (Cabodevilla, 1999).

Se puede considerar que el duelo es producido por cualquier tipo de pérdida, y no sólo es aplicable a la muerte de una persona. Por lo tanto el proceso de duelo se realiza siempre que tiene lugar una pérdida significativa, siempre que se pierde algo que tiene valor, real o simbólico, consciente o no para quien lo pierde (Baratas, 2002).

Pangrazzi, en el año 1993, enumera una gran cantidad de tipos de pérdidas, condensadas en cinco bloques:

a.- Pérdida de la vida. Es un tipo de pérdida total, ya sea de otra persona o de la propia vida en casos de enfermedades terminales en el que la persona se enfrenta a su final.

b.- Pérdidas de aspectos de sí mismo. Son pérdidas que tienen que ver con la salud. Aquí pueden aparecer tanto pérdidas físicas, referidas a partes de nuestro cuerpo, incluidas las capacidades sensoriales, cognitivas, motoras, como psicológicas, por ejemplo la autoestima, o valores, ideales, ilusiones, etc.

c.- Pérdidas de objetos externos. Aquí aparecen pérdidas que no tienen que ver directamente con la persona propiamente dicha, y se trata de pérdidas materiales. Se incluye en este tipo de pérdidas el trabajo, la situación económica, pertenencias y objetos.

d.- Pérdidas emocionales. Como pueden ser rupturas con la pareja o amistades.

e.- Pérdidas ligadas con el desarrollo. Se refiere a pérdidas relacionadas al propio ciclo vital normal, como puede ser el paso por las distintas etapas o edades, infancia, adolescencia, juventud, menopausia, vejez, etc.

2.4.2.- Algunos Modelos para Comprender el Duelo.

Sigmund Freud, autor de “Duelo y Melancolía”, creó un modelo de duelo muy directamente inspirado por la depresión, la melancolía, y en el cual las relaciones con los demás, con los “objetos”, son el elemento fundamental de la pérdida que se experimenta con el duelo, es decir, cuando se pierde afectivamente algo o a alguien significativo, se pierde una parte del yo, del mundo interno, de la estructura personal (Tizón, 2004).

Otro modelo es el de la teoría del vínculo de Bowlby, Esta teoría describe el desarrollo psicoemocional sano en el ser humano. La persona desarrolla de forma instintiva vínculos (apegos). El mantenimiento de un vínculo se experimenta como fuente de seguridad y dicha (Bowlby, 1993).

La meta de la conducta de apego es mantener un vínculo afectivo. Cuando tales vínculos se ven amenazados o rotos, se suscitan intensas reacciones emocionales.

Parkes ha sido otro estudioso del tema con su teoría de constructos personales, sugiriendo que la experiencia de duelo da lugar a grandes cambios en el espacio vital del individuo. La persona establece vínculos afectivos con los elementos de su espacio vital y la vivencia como propios. En el duelo, el individuo debe renunciar a los constructos acerca del mundo que incluía al fallecido y a él mismo en relación al fallecido, y por lo tanto, ha de desarrollar un nuevo esquema de constructos acerca del mundo acorde a sus nuevas circunstancias vitales (Cabodevilla, 2003).

Diversos autores (Bowlby, Parkes, Engel; Sanders), han definido distintas fases o etapas que con algunos matices se pueden apreciar elementos comunes. Estas fases son un proceso y no secuencias o etapas fijas, de tal manera que no reproduce un corte claro entre una y otra fase, y existen fluctuaciones entre ellas. Estas fases son las siguientes:

a.- **Fase de aturdimiento o etapa de shock.** Es como un sentimiento de incredulidad; hay un gran desconcierto. La persona puede funcionar como si nada hubiera sucedido. Otros, en cambio, se paralizan y permanecen

inmóviles e inaccesibles. En esta fase se experimenta sobre todo pena y dolor. El shock es un mecanismo protector, da a las personas tiempo y oportunidad de abordar la información recibida, es una especie de evitación de la realidad.

b.- **Fase de anhelo y búsqueda.** Marcada por la urgencia de encontrar, recobrar y reunirse con la persona difunta, en la medida en que se va tomando conciencia de la pérdida, se va produciendo la asimilación de la nueva situación. La persona puede aparecer inquieta e irritable. Esa agresividad a veces se puede volver hacia sí mismo en forma de autorreproches, pérdida de la seguridad y autoestima.

c.- **Fase de desorganización y desesperación.** En este periodo que atraviesa el deudo son marcados los sentimientos depresivos y la falta de ilusión por la vida. Se experimenta una tristeza profunda, que puede ir acompañada de accesos de llanto incontrolado. La persona se siente vacía y con una gran soledad. Se experimenta apatía, tristeza y desinterés.

d.- **Fase de reorganización.** Se van adaptando nuevos patrones de vida sin el fallecido, y se van poniendo en funcionamiento todos los recursos de la persona. El deudo comienza a establecer nuevos vínculos.

El conocer las manifestaciones y las fases del duelo tienen una utilidad práctica, si entendemos que las fases son un esquema orientativo y no rígido, que puede guiar a la hora de saber en qué situación se encuentra la persona en su proceso de duelo. El psiquismo, por su propia dinámica interna se cura a sí mismo, pero esto ocurre sólo si se enfrenta el dolor en vez de negarlo.

2.4.3.- Vivencias de la Persona en Duelo.

En general en todos los duelos existirán muchas características comunes, puesto que parten de una información básica heredada y en íntima relación con la supervivencia del ser humano. Sin embargo, la experiencia, el aprendizaje, la personalidad, y otra serie de factores externos, como pueden ser otros vínculos, moldearán de forma individual la respuesta de duelo en cada individuo. Las manifestaciones de duelo no son universales, generalizables, sino que vienen mediadas por la cultura en las que sucede.

De las manifestaciones externas del Duelo, señala Tizón, no puede deducirse la intensidad del dolor privado. Las vivencias más comunes en para este autor son (Lizarraga S; Ayarra M; Cabodevilla; 2005):

a.- **Dimensión Física.** Se refiere a las molestias físicas que pueden aparecer a la persona en duelo. Sequedad de boca, dolor o sensación de “vacío” en el estómago, alteraciones del hábito intestinal, opresión en el pecho, opresión en la garganta, hipersensibilidad a los ruidos, disnea, palpitaciones, falta de energía, tensión muscular, inquietud, alteraciones del sueño, pérdida del apetito, pérdida de peso, mareos. Algunas investigaciones han demostrado que las situaciones de estrés están íntimamente relacionadas con la inmunodepresión y, por tanto, el organismo humano es más vulnerable a enfermar.

b.- **Dimensión Emocional.** Los estados de ánimo pueden variar y manifestarse con distintas intensidades. Los más habituales son: sentimientos de tristeza, enfado, rabia, culpa, miedo, ansiedad, soledad, desamparo e impotencia, añoranza y anhelo, cansancio existencial, desesperanza, abatimiento, alivio y liberación, sensación de abandono, amargura y sentimiento de venganza.

c.- **Dimensión Cognitiva.** Se refiere a lo mental. Dificultad para concentrarse, confusión, embotamiento mental, falta de interés por las cosas, ideas repetitivas, generalmente relacionadas con el difunto, sensaciones de presencia, olvidos frecuentes.

d.- **Dimensión Conductual.** Se refiere a cambios que se perciben en la forma de comportarse con respecto al patrón previo. Aislamiento social, hiperactividad o inactividad, conductas de búsqueda, llanto, aumento del consumo de tabaco, alcohol, psicofármacos u otras drogas.

e.- **Dimensión Social.** Resentimiento hacia los demás, aislamiento social.

f.- **Dimensión Espiritual.** Se replantean las propias creencias y la idea de trascendencia. Se formulan preguntas sobre el sentido de la muerte y de la vida.

2.4.4.- Enfermedad como Duelo.

Ante la pérdida de la salud, se pasa por un duelo que etimológicamente (en el origen de la palabra) significa “dolor”. Es un proceso

natural que la mente realiza desde que dicha pérdida se prevé y que concluye cuando la persona se puede reintegrar a su vida cotidiana, asumiendo que lo perdido ya no está y que sólo está en el recuerdo. Aunque a este proceso se le suele relacionar con la pérdida de personas queridas, también puede ser una reacción ante la pérdida de la salud.

De acuerdo con la teoría de la Dra. Elisabeth Kübler Ross, médico psiquiatra de origen suizo y especialista en el tratamiento de pacientes con diversos padecimientos, se describen cinco diferentes etapas o formas de reaccionar ante un duelo por las cuales con seguridad atravesará de una forma u otra. Las etapas son: negación, ira, regateo, depresión y aceptación.

a.- **Negación y Aislamiento.** Esta etapa va de la mano con el aislamiento. Es la primera reacción que comúnmente se experimenta, incluyendo la negación del hecho. *“Yo no estoy enferma”, “El médico se equivocó”, “Esos resultados médicos no son los míos”.*

b.- **Ira.** Una vez superada la negación, el enojo es una reacción normal ante la situación que no se puede controlar y que da una sensación de vulnerabilidad. El enojo será desplazado y tal vez se proyectará hacia los familiares o bien, al equipo médico que está cerca del individuo. Es importante que todas las personas cercanas, conozcan y se preparen para recibir hostilidades y agresiones que vienen con esta etapa. Pero también se debe explicar que el enojo no está dirigido de manera intencional hacia los demás. Esta ira es parte del duelo.

c.- **Pacto.** La persona intentará negociar durante este periodo. Tal vez sea una etapa en la que pactará con Dios o con el destino. Buscará la manera de intercambiar una cosa por otra, por ejemplo: *“Si acepto el tratamiento me curaré, si yo sigo todas las indicaciones de mi médico, me pondré bien”.*

d.- **Depresión.** Este período es uno de los más complicados pues afecta de muchas maneras tanto física, como emocionalmente.

Puede presentarse en dos formas:

- Reactiva: se siente aflicción por las cosas y pérdidas (recursos económicos, empleo, salud, etc.).
- Preparatoria: se cree que puede perder todo lo que tiene, incluyendo a los que ama.

e.- **Aceptación.** Es cuando el individuo acepta el hecho inevitable de su enfermedad e intenta comprender la etapa que está enfrentando. Esta última fase tiene que ver con la asimilación del padecimiento, lo que permite entenderlo y entonces, en lugar de preocuparse se empieza a ocupar. En este momento no hay negación, ni enojo, ni depresión, lo que se experimenta es la adaptación a la situación actual, que si bien no se puede cambiar, sí se puede mejorar.

Es importante hacer una distinción entre tristeza y duelo. La primera de ellas es un sentimiento propio de la condición humana, y su sola presencia no es suficiente para establecer el diagnóstico de depresión, y menos si ésta obedece a situaciones adversas.

El duelo es una reacción ante una pérdida significativa. La duración y expresión del duelo “normal” varía entre los diferentes grupos culturales. La presencia prolongada (más de seis meses) de síntomas como: insomnio (alteración del sueño), pérdida del apetito, sentimientos de culpa, irritabilidad (enojarse demasiado) y dificultades en el desempeño social y laboral, junto a otros síntomas, puede indicar la existencia de un probable trastorno depresivo.

Se debe tomar en cuenta que la depresión también disminuye las defensas del cuerpo (el sistema inmunológico) y agrava los síntomas del padecimiento. Es en este momento cuando se vuelve vital la ayuda psicológica o psiquiátrica.

2.5.- CUARTO EJE TEMÁTICO: GESTIÓN HOSPITALARIA

2.5.1.- Gestión Hospitalaria.

El nuevo modelo de gestión hospitalaria se fundamenta en el Modelo de Atención Integral en Salud (Minsal, 2005). Este modelo da cuenta de los cambios sociales, culturales, epidemiológicos y demográficos de la población chilena.

El quehacer sanitario definido en el modelo de atención se basa en un equipo de salud multidisciplinario y de liderazgo horizontal. La formación y competencias de este equipo son acordes al nuevo perfil epidemiológico, a la gestión en red y con habilidades de liderazgo y trabajo en equipo.

El rol de los hospitales en el modelo de atención, es la contribución de una manera concordante al modelo, a la resolución de problemas requeridos desde la red asistencial, en base al tipo de actividades, nivel de complejidad y especialidades que la propia red le ha definido, en atención abierta y cerrada, incluida la atención de urgencia. Los establecimientos hospitalarios separan su actividad en ambulatoria y cerrada, debiendo tender progresivamente a la ambulatorización de los procesos clínicos.

2.5.2.- El nuevo contexto para la gestión de los establecimientos hospitalarios.

La actual legislación propugna un modelo de organización hospitalaria, eficaz y eficiente, capaz de responder a las prioridades sanitarias definidas por la autoridad a través de su red asistencial, a los requerimientos de sus usuarios, y configurada como un sistema vivo y abierto, claramente influido por y proyectado a los valores de las personas que componen la organización y su entorno.

Los establecimientos hospitalarios, en adelante “los establecimientos”, son organizaciones de servicios que cumplen una función social esencial. Necesitan desarrollar una gestión que, escuchando y comprendiendo los fenómenos que conforman su entorno, sepan identificar y proyectarse a las necesidades de sus usuarios, adaptarse a las características, flujo, ritmo y evolución de la demanda de las comunidades, especialmente en el sector

sanitario, donde desde la red asistencial, se exige respuestas concordantes con el modelo de atención, crecientemente flexibles, oportunas, efectivas y eficientes.

Los establecimientos deben estar en permanente adecuación con relación a:

a.- las cambiantes necesidades de salud de las personas y las comunidades, las que estarán expresadas en los requerimientos de la red asistencial, particularmente a través del Régimen de Garantías en Salud y, especialmente en la necesidad de atender los requerimientos originados en la comunidad, canalizados por la atención primaria;

b.- las cambiantes expectativas y culturas de los usuarios de los servicios;

c.- las nuevas tecnologías tanto clínicas como de gestión;

d.- los nuevos modelos de organización y gestión de los sistemas de salud;

e.- las nuevas formas de financiamiento; y

f.- las cambiantes aspiraciones de desarrollo personal y de aporte creativo de los miembros de la organización.

La concentración de profesionales con alta calificación, la cultura del equipo de salud, la dinámica de la relación entre demanda (necesidades) y oferta (servicios) de atención de salud, la alta diversidad de funciones clínicas, industriales y administrativas que se efectúan en un establecimiento, lo hacen una de las organizaciones más complejas en el ámbito de los prestadores de servicios. Por ello, los procesos de cambio requieren de grandes inversiones de energía: creatividad, capacidad, recursos, tiempo y perseverancia.

2.5.3.- El Nuevo Modelo: Organización Hospitalaria y Gestión Estratégica.

Un establecimiento hospitalario es una organización con algunas particularidades. Hoy día se acepta que una organización cualquiera es el conjunto de personas que la conforman, que interactúan para el logro de determinados objetivos, que se expresan en resultados. Esta definición no es menor puesto que hasta hace algunos años, se identificaba la organización con la estructura más que con las personas que la constituyen.

Las declaraciones fundamentales se sitúan en el plano estratégico de la institución, o dicho de otro modo en la capacidad de la organización de pensar estratégicamente, estableciendo las condiciones esenciales que dan sentido a los vínculos y al trabajo que las personas efectúan y originando identidad y resultados coherentes con dicha identidad.

Habitualmente estas declaraciones fundamentales se incorporan a la “Misión” y también se establece la “Visión”. Esta última es una imagen de largo plazo de lo que la institución quiere llegar a ser. Esta visión es importante, en la medida que sea compartida, puesto que identifica a las personas y las compromete en la búsqueda de esa imagen.

La existencia de una “visión” genera un norte estratégico, que permite identificar un horizonte institucional; una brecha entre lo que es actualmente la organización y lo que define su visión; una tensión para cerrar esa brecha a través de la definición de metas y objetivos estratégicos que definan los caminos para llegar, desde la situación actual, a la deseada.

La planificación estratégica hospitalaria, es el proceso colectivo de definición de metas de corto, mediano y largo plazo para alcanzar objetivos estratégicos que permitan cumplir con la misión y hacer realidad la visión institucional, tomando en cuenta el entorno y los diversos actores que actúan sobre la misma realidad. Para el logro de dichas metas se deben definir los recursos que se requerirán, los plazos y los responsables de la ejecución, y los indicadores y mecanismos de evaluación y control para hacer seguimiento de lo planificado.

Más importante que contar formalmente con documentos de planeación estratégica, es el haberlos generado en procesos participativos que generen metas viables, modificaciones en la cultura institucional y con el

resultado de haber involucrado a las personas en el logro de objetivos colectivos.

El segundo componente de la interacción en una organización es la estructura y responde a la necesidad de organizarse para cumplir los objetivos. Se establecen los roles que se requieren y cómo se organizan los recursos. Surge entonces el organigrama cada vez más dinámico en la medida que se ajusta a objetivos, y los cargos que también se van definiendo en torno a competencias y responsabilidades requeridas para esos mismos objetivos. Se estructuran los procesos y se establecen los sistemas de apoyo. Estrictamente son los resultados buscados para el cumplimiento de los objetivos, los que deben determinar la organización necesaria para ello.

El tercer componente de esta interacción es la práctica real, que está influida por los dos anteriores pero también por otros aspectos relevantes en cualquier organización: el cómo se hacen en realidad las cosas, las normas no escritas que están en la práctica diaria, el cómo se resuelven los conflictos; en suma, por la cultura de la organización.

Los conceptos aquí definidos son aplicables para cualquier organización y también para un establecimiento hospitalario. Lo que hace al establecimiento diferente y complejo radica por una parte en el tipo de servicio que se otorga, y por otra en las características del que provee el servicio.

Los productos y servicios hospitalarios son el conjunto de actividades o procesos destinados a satisfacer las necesidades o expectativas de cuidados, de atención y de información. En realidad un establecimiento provee o “produce” múltiples servicios pero los más característicos son aquellos demandados directamente por el usuario externo, es decir aquellos que dicen relación con el diagnóstico y las indicaciones terapéuticas, incluyendo la gestión de los cuidados. Lo central en un hospital es la relación equipo de salud–usuario que deriva en la indicación de terapias, eventualmente de exámenes y hospitalización que provee una especial intensidad en la gestión de los cuidados.

En un establecimiento, son los profesionales que están en contacto con los pacientes, los que en forma generalmente autónoma y descentralizada toman decisiones sobre qué hacer a los pacientes y esas decisiones tienen repercusiones institucionales relevantes y también costos. El profesional clínico *“no sólo dirige las expectativas, sino que también crea el servicio, induce la demanda de prestaciones o productos intermedios, dentro del propio centro o hacia el exterior”* (Delfi Cosialls i Pueyo, 2000), generando o determinando las acciones y por tanto los gastos para la institución.

Una de las estrategias fallidas para introducir control de gestión en la práctica clínica hospitalaria, fue la incorporación de directivos del área administrativa, separados de los equipos clínicos, que no lograron llegar a interactuar o a convencer a éstos de la necesidad de racionalizar sus prácticas; por lo tanto, no produjeron los efectos esperados de otorgar un mejor servicio y controlar los costos. Lo anterior sólo se logra si se involucra a los que de verdad toman las decisiones que determinan las diferentes acciones hospitalarias, a través de administración con sentido clínico y con énfasis en el impacto sanitario.

La práctica clínica es entonces fundamental de analizar para la implementación de un modelo de gestión y ésta también ha sufrido sustanciales modificaciones. En efecto, la total autonomía clínica llevó a una alta variabilidad de prácticas, agudizada por la amplia disponibilidad tecnológica actual. Por otra parte, la variabilidad clínica es fruto de desconocer el aprendizaje y la investigación que provienen de análisis basados en evidencias. Ello ha comenzado a ser cuestionado por los propios usuarios, que disponen hoy de gran información.

A nivel institucional también se busca una disminución de la variabilidad, que permita incrementar la efectividad y eficiencia de las acciones y mejorar la planificación.

Este es el fundamento de la nueva tendencia de “gestión clínica”, que busca devolver a los clínicos la responsabilidad no sólo clínica sino también de la mezcla y uso de los diferentes recursos, con la conducción global del

proceso, haciéndose responsable no sólo del paciente particular sino del conjunto de ellos.

2.5.4.- Gestión Estratégica y Cambio Institucional.

En el cambio institucional se implican valores, personas, cultura y capacidad gerencial; se recibe influencias de condicionantes internos y externos; se enfrenta resistencia y obstáculos; ante tal complejidad, para definir el hospital del mañana se requiere de:

a.- un proceso permanente de escucha (información) y reflexión (retroalimentación);

b.- un pensamiento y propuesta estratégica compartida (sentido o razón de ser);

c.- un liderazgo que conduzca el cambio;

d.- un plan compartido (participación organizada y corresponsable); y

e.- una nueva competencia en la organización para «aprender a cambiar o aprender a aprender» (cultura de aprendizaje institucional).

Los elementos de complejidad planteados se integran y abordan mediante el pensamiento estratégico que es la tarea intencionada por medio de la cual la organización llega a las definiciones de nivel superior o «marco» que la guiarán hacia sus objetivos, en la forma en que intentará relacionarse con el ambiente y asignar los recursos para su acción. Para que los cambios se produzcan, junto a una visión de futuro, se requiere de personas capaces de orientar, catalizar y sistematizar dichos cambios. En los establecimientos públicos, se ha identificado como básico contar con los conocimientos y habilidades, con el apoyo político, con la capacidad de comunicar, comprometer, hacer responsable y evaluar el proceso por parte de los líderes de la organización.

Los establecimientos deben desarrollar una gestión que, escuchando y comprendiendo los fenómenos que conforman el entorno de la organización,

sepan identificar y proyectarse a las necesidades de la red y sus usuarios, quienes exigen respuestas crecientemente flexibles, oportunas, efectivas y eficientes.

Es así, que los establecimientos necesitan desarrollar la capacidad estratégica para cambiar intencionada y continuamente; por lo tanto, lo crítico para la construcción del establecimiento del mañana es la habilidad para aprender a cambiar, o lo que es lo mismo: la capacidad institucional para aprender a escuchar, comprender, adaptarse y desarrollarse.

El cambio institucional implica procesos y éstos fundamentalmente corresponden a cambios culturales o paradigmáticos que no son anecdóticos sino profundos a nivel de los campos cognitivos, actitudinales y de las normas sociales, los cuales tienen la premisa de que sólo de manera consciente y voluntaria las personas modificarán su comportamiento.

En el cambio institucional están implicados valores, personas, cultura y liderazgo; se recibe influencias de condicionantes internos y externos; se enfrenta resistencia y obstáculos; hay luchas de poder entre los distintos grupos internos y externos involucrados o afectados que modulan los avances y retrocesos, como también hay aciertos y errores en tácticas o estrategias, a los que hay que estar dispuesto a encontrarse en el camino del cambio.

A través de un proceso estratégico, el equipo directivo puede elaborar planes y metas específicas para mantener la ruta en la “gestión del cambio”; ante las eventualidades y los imprevistos, hacer la evaluación de riesgos y poder evaluar y señalar los resultados para ir retroalimentando y modulando el ritmo del proceso. Cerrar brechas o avanzar hacia la realización de la imagen deseada implica decisiones estratégicas, que modifican en alguna forma la naturaleza de la organización. Constituyen oportunidades para el cambio de situaciones como la introducción de un nuevo servicio, la ampliación de la cobertura, la adopción de nuevas formas de atención. Estas decisiones pueden plantear tareas de envergadura a la organización, pues repercuten sobre muchas de las funciones y rutinas anteriores; por ejemplo, las relaciones con nuevos usuarios, las prácticas y relaciones con los

proveedores, la asignación de recursos, las habilidades y conocimientos de trabajadores, las relaciones informales.

El desafío impostergable de este tiempo es avanzar a la excelencia institucional en salud pública; se espera avanzar sistemática y consistentemente a establecimientos hospitalarios de clase mundial hacia fines de la presente década.

2.5.5.- La Gestión de los Cuidados.

La gestión de los cuidados es un aspecto clave de la calidad de la atención de los usuarios. Implica la continuidad de la atención, desde su ingreso desde la comunidad hasta su reinserción a ésta. En esta continuidad no sólo está la responsabilidad de los profesionales de la salud de aplicar las indicaciones del equipo de salud, particularmente las médicas, vigilar y acompañar al usuario, o de velar por que se le practique una determinada cantidad de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, con arreglo a ciertos estándares y en cumplimiento de determinadas normas, sino que también la integración de dichos cuidados asistenciales a otros ámbitos tales como la satisfacción de necesidades psíquicas y sociales del usuario, la coordinación con los diversos actores que intervienen, la gestión de los recursos involucrados, particularmente de los recursos humanos.

En la gestión de los cuidados, se dice está el “corazón” de los procesos asistenciales. El profesional médico está algunos minutos con el usuario, pero son otros profesionales y técnicos, quienes no reducen su accionar a un mero cumplimiento de “instrucciones médicas”, sino que por lo contrario agregan parte medular del proceso asistencial completo. Siendo parte tan importante de los procesos productivos, se han relevado a través de la creación de unidades, departamentos o coordinadores de la “gestión de los cuidados” generalmente a cargo de enfermería, coordinado los procesos productivos asistenciales, en el contexto de lo que el propio establecimiento defina en su estructura interna para la organización del proceso de producción asistencial. La constitución de dichas unidades o departamentos debe ser una decisión estratégica con el objeto de facilitar la marcha del establecimiento como un ente integrado y flexible capaz de superar los compartimentos estancos. Asimismo, al mismo tiempo que facilitar la

integración, debe también facilitar el funcionamiento de los distintos servicios como centros de responsabilidad.

La gestión clínica de cuidados pretende garantizar que los servicios y técnicas que realiza enfermería, otros profesionales de la salud y el personal técnico a su cargo estén respaldados por los resultados de la investigación y la experiencia; pretende también conseguir que los servicios que se prestan y la idoneidad de los procedimientos que se utilizan, sean los que generen el máximo beneficio para el paciente y la comunidad; y asegurar que todos los cuidados se presten con la mayor calidad y los recursos adecuados para el mejor costo-beneficio. La gestión de cuidados debe estar racionalmente organizada y en línea con el plan estratégico del establecimiento y la red que lo contiene.

La reforma de la salud considera la gestión de los cuidados entre las estrategias indispensables con que deben contar los servicios de salud y los establecimientos de atención cerrada y ambulatoria, incorporándolas en los manuales de organización de los establecimientos. Esto implica, que en la planificación estratégica de los establecimientos deben haber metas específicas en el ámbito de la gestión de los cuidados, así también, el establecimiento debe definir la forma en que los cuidados se sitúa en los procesos productivos desde el punto de vista organizacional, tanto al nivel de los centros de responsabilidad, como en la estructura que el hospital defina para la coordinación del área asistencial.

Los cuidados y por tanto la gestión de cuidados puede requerir de diversas “intensidades” de recursos puestos a disposición del paciente para la prevención, diagnóstico, curación rehabilitación y/o cuidados paliativos. En todos ellos participan profesionales y técnicos. Estos cuidados pueden ser ambulatorios en una consulta externa, un pabellón o un box de procedimiento. En la hospitalización, la gestión de cuidados es intensiva y las más de las veces la responsabilidad recae en la enfermera. Puede referirse a una hospitalización domiciliaria o una hospitalización de larga estadía donde el profesional encargado organizará los recursos disponibles. En todos estos casos estos profesionales tienen responsabilidad profesional y autonomía en la organización de los cuidados, siendo el equipo de salud el que determina la “intensidad” requerida, para un usuario concreto, por ejemplo al indicar una

hospitalización, procedimiento o terapia específica. No hay que olvidar que no son las camas las “complejas”; “intermedias” o “básicas”, sino que son personas, usuarios de servicios de atención, que en un determinado momento requerirán de distintos niveles de intensidad de los cuidados, y es la organización la que debe girar en torno a la satisfacción eficaz y eficiente de dichas necesidades de soporte.

The page features a decorative graphic consisting of three blue circles of varying sizes, each with a lighter blue ring around its center. These circles are arranged along a diagonal line that runs from the top-left towards the bottom-right. The circles are positioned in the upper right, middle right, and bottom right areas of the page.

CAPÍTULO III

PLAN DE TRABAJO

3.1.- Fundamentación Metodológica de Intervención Profesional Reflexiva en Trabajo Social.

La metodología utilizada para la elaboración del presente seminario de título, se fundamenta en los planteamientos esgrimidos por la intervención profesional reflexiva elaborada por **Patricia Castañeda Meneses**, Trabajadora Social, Doctora en Ciencias de la Educación, Académica e Investigadora de la Escuela de Trabajo Social Universidad de Valparaíso, y **Ana María Salamé Coulon**, Trabajadora Social, Doctora en Ciencias de la Educación, Académica e Investigadora del Departamento de Trabajo Social. Universidad de La Frontera.

Esta propuesta metodológica se diseña, monitorea y sistematiza a partir de las experiencias de intervención profesional apoyadas en el ciclo tecnológico en conjunto con la necesidad de profundizar los procesos de reflexión profesional respecto de la intervención.

La práctica como oportunidad de reflexión profesional dentro del conocimiento profesional es una categoría que refiere al saber teórico y práctico. Diversos autores sientan las bases para la presente metodología.

Según Zurita (en CINDA 2000:37-41), es a contar de la década de 1980 que comienza a desarrollarse una nueva forma de concebir el desarrollo profesional, a través de la valorización de la práctica como espacio de aprendizaje y reflexión en las cuales los colectivos profesionales están involucrados. La idea central, es que las prácticas son concebidas como dominios relativamente cerrados, que proveen los significados con los cuales los individuos comprenden y otorgan legitimidad a lo que hacen en ellas; y por otro lado, comprenden y proyectan significados sobre lo que viene de fuera de ellas (conocimiento experto, tecnología, entre otros). En esta perspectiva, las prácticas son entendidas como saberes activos que operan como interpretaciones y comprensiones a través de las cuales se constituyen nuevos aprendizajes que permiten replantear los desempeños e incorporar innovaciones al quehacer profesional.

Por su parte, Rojas (1999:80) reconoce la práctica como una entidad de saber, en donde la memorización de conocimientos, la amplificación del razonamiento y el aumento de la capacidad procedimental, son mediatizados por el desempeño permitiendo la explicitación de los métodos y lógicas

subyacentes y haciendo posible, por tanto, la comprensión e intelección de los mismos. Se sitúa, entonces, a la práctica en el corazón de toda transformación que apunte a la producción de nuevas representaciones, de nuevas comprensiones que permitan reestructurar los modos de pensar y de actuar vigentes, a partir de la sistematización y reflexión de las experiencias reales. Aprender los aprendizajes y reflexiones generadas desde la práctica permite enriquecer las oportunidades de desarrollo disciplinario y de generación de conocimientos en los contextos de las profesiones.

Perrenoud (1994:25-31) plantea que la profesionalización está directamente relacionada con una práctica reflexiva que exige la capacidad de hacer evolucionar los actos profesionales y de completar el saber y el saber hacer en la medida de la experiencia y de los problemas que ella plantea. Un práctico reflexivo es alguien que no se contenta con lo aprendido en la institución educativa ni en sus primeros años de práctica, sino que pone constantemente en relación su oficio con sus objetivos, sus pasos, sus evidencias y sus saberes. Entra en una curva sin fin de perfeccionamiento, porque teoriza su práctica solo, o de preferencia en el seno de un equipo. Se hace preguntas, intenta comprender sus fracasos, se proyecta al futuro, prevé hacer las cosas de otro modo la próxima vez, se da objetivos más claros, explicita sus expectativas o sus pasos. La práctica reflexiva es un trabajo que exige un método y demanda una formación. Deviene en una paradójica rutina del cambio.

Para Schön (1998:183-247) el conocimiento reflexivo generado desde la práctica permite modelar lo desconocido de acuerdo a lo conocido y reestructurar las preguntas, las acciones y las propuestas en torno a los cambios que resultan inesperados y que son también productos de la acción. En la verdadera reflexión desde la acción, el hacer y el pensar son complementarios. El hacer prolonga el pensamiento en los exámenes, los pasos y los sondeos de la acción experimental y la reflexión se nutre del hacer y los resultados. Cada uno alimenta al otro y cada uno fija los límites del otro. Es el resultado sorprendente de la acción, el que desencadena la reflexión, y es la producción de una acción satisfactoria lo que lleva la reflexión a una conclusión temporal.

Complementariamente, para Maturana (1994:215-218) un o una profesional es el resultado de una formación universitaria capaz de generar

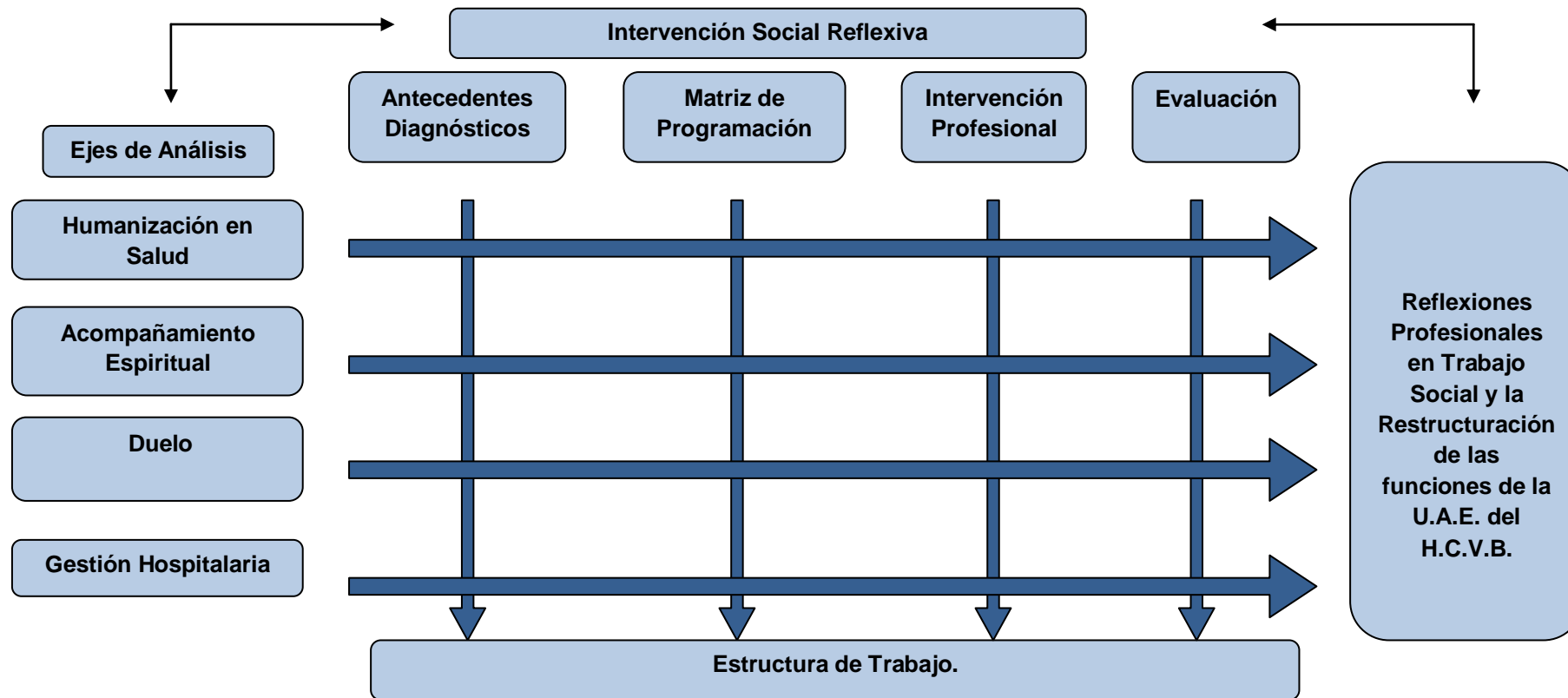
una práctica de continua ampliación de su capacidad en los dominios de acción y reflexión que potencia la apertura hacia una continua transformación de la acción mediante la reflexión. Motiva, entonces, una práctica profesional que resguarde en forma cotidiana la ocurrencia de espacios de acción y reflexión que permitan el permanente desarrollo disciplinario. Para el autor, la tarea universitaria corresponde, entonces, a la formación de profesionales con dominio o señorío en la acción, en la reflexión y en la responsabilidad ética que adquieren en los distintos campos disciplinarios que desarrollan.

Revisar estos planteamientos desde el referente profesional, implica asumir una perspectiva renovada para la intervención de Trabajo Social, resignificando sus alcances. Se espera, entonces, que la práctica trascienda su dimensión instrumental y avance hacia una dimensión comprensiva basada en la reflexión de su propia dinámica. Lo anterior haría posible el desarrollo de procesos de interpretación y de análisis profesional que construyan, desde la especificidad de la experiencia, nuevos aprendizajes que contribuyan al desarrollo del contexto disciplinario que Trabajo Social demanda.

A partir de los planteamientos presentados, se propone la configuración de una *Intervención Profesional Reflexiva*, en donde los aprendizajes generados por el colectivo desde sus prácticas y ámbitos de desempeño reales, sostengan procesos reflexivos que contribuyan en forma significativa al avance disciplinario desde su propia dinámica cotidiana.

3.2. Estructura de Trabajo.

- **Objetivo General de Intervención:** “Desarrollar un proceso de intervención profesional reflexiva para Trabajo Social en la reestructuración de las funciones de la Unidad de Acompañamiento Espiritual (U.A.E) del Hospital Carlos Van Buren (H.C.V.B), con el objeto de fortalecer la atención integral del paciente, mediante estrategias de gestión y socialización”.
- **Flujo Metodológico de la Intervención Profesional.**



3.3.- Antecedentes Diagnósticos.

El siguiente apartado tiene por objeto llevar a cabo un proceso de Intervención Social Reflexiva, mediante un proceso diagnóstico que permitirá conocer las características de los colectivos. A través de los ejes conceptuales se obtendrá una aproximación de la realidad dada, que permita visualizar los elementos asociados a la reestructuración de las funciones de la Unidad de Acompañamiento Espiritual Hospital Carlos Van Buren

En el presente capítulo se presentarán un resumen de las características de los diferentes colectivos a intervenir, siendo estos: a) El equipo de salud. Identificando dentro de cada unidad al Médico Jefe, Enfermeros/as y técnicos paramédicos. b) El voluntariado, c) comité, y d) pacientes de atención cerrada y sus familias, según el desarrollo de las fases establecidas.

Junto con ello, se detalla mediante un esquema a las diferentes unidades del H.C.V.B., con sus jefaturas correspondientes, tanto de las torres médica como torre quirúrgica, y de los otros servicios pertinentes para el proceso.

Este esquema de organización se presenta de forma explicativa, lo que ayuda a comprender de mejor forma como los 4 ejes temáticos se vinculan entre sí y como además se presentan en la institución, dando sustento al Diagnóstico y a la Intervención, siendo ellos los principales vinculados a la solicitud, gestión y entrega de acompañamiento espiritual.

3.4.- Características Diagnósticas de los Colectivos del proceso de Intervención.

Colectivos a Intervenir	Caracterización de los Colectivos a Intervenir.
-Equipo de Salud	<p>El Equipo de Salud con el cual se trabajará en la Intervención constará principalmente del Médico Jefe, Enfermeras/os y Paramédicos, ya que son ellos quienes están en contacto directo y permanente con pacientes de atención cerrada y sus familias, resolviendo las necesidades de salud, personales y espirituales; cumpliendo dicha labor las 24 horas del día en diversos turnos . Se discriminará a otros funcionarios por no cumplir con los aspectos anteriormente señalados.</p> <p>La “Gestión del Cuidado de enfermería”²⁵, entendida esta como el ejercicio profesional de la enfermera sustentada en su disciplina, asegura la continuidad de la atención y se sustenta en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución. Su fin último es ofrecer a los usuarios los mejores resultados posibles en la práctica diaria, acorde con la información científica disponible. Los servicios profesionales de la enfermera comprenden la gestión del cuidado en lo relativo a promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y a la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico, además de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente. Todo lo anterior enriquecido con la participación de otras disciplinas que ofrecen respuestas a los problemas de salud de la población, dándoles el carácter multidisciplinario al proceso de atención de salud de acuerdo a las necesidades del individuo, familia y/o comunidad.</p>

²⁵ NORMA GENERAL ADMINISTRATIVA N° 19, “GESTION DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCION CERRADA, EXENTA N° 1127, SANTIAGO, 14.12.2007, SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES.

1.- Médico Jefe:

Dentro de sus funciones se encuentran las siguientes: Organizar, dirigir, programar, controlar y evaluar la atención médica del servicio, en conformidad con los programas y normas establecidas, en conjunto con los Jefes de Turno y Médicos de turno del servicio.

2.-Enfermero/a Supervisor/a:

Dentro de las funciones de la Enfermera Supervisora se encuentran: Planificar, dirigir, coordinar y controlar el cumplimiento de las funciones de enfermería, con el fin de lograr los objetivos generales de la Institución. También son labor de la Supervisora. Organizar, coordinar y supervisar el conjunto de actividades del Servicio a su cargo, de manera de mantener los mejores estándares de calidad en la atención de enfermería según las políticas generales de la Institución. Otras funciones son seleccionar y mantener al personal capacitado para cumplir las funciones y tareas asignadas, así como coordinarse con otros Supervisores, coordinadores y autoridades según corresponda.

3.- Enfermeras/os:

Su tarea consiste en programar, ejecutar y evaluar las actividades administrativas y asistenciales de las enfermeras de turno y técnicos paramédicos de su unidad, con el objeto de dar una atención de excelencia, además de llevar a la práctica las actividades asistenciales, administrativas y educativas que protejan y recuperen la salud de los pacientes que ingresan a su unidad, manteniendo una comunicación asertiva con sus pares, colaboradores y familia.

4.- Técnicos Paramédicos.

Dentro de las funciones que tienen los Técnicos Paramédicos se encuentra: Brindar la atención directa de enfermería,

	<p>programada por la Enfermera, en forma oportuna, segura, amable, resguardando siempre la integridad de cada paciente.</p> <p>Realizar funciones administrativas manteniendo el stock de ropas y material de esterilización asignados al piso; cuidar y mantener los equipos y carros de procedimientos existentes en el Servicio.</p>
-Comité	<p>Según la Resolución Exenta del Hospital Carlos Van Buren, N° 4928 del año 2010, se constituye el Comité de la Unidad de Acompañamiento Espiritual, el que en sus inicios consideraba a 6 funcionarios. A comienzos de año 2012 solo 3 de ellos continuaban cumpliendo sus funciones como integrantes de la Unidad.</p> <p>Podrán ser integrantes del comité de Acompañamiento Espiritual, Directivos y Funcionarios. Las funciones que tienen designadas son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">a.- Colaborar al Encargado en materias relativas al funcionamiento de la U.A.E.b.- Proponer y participar en la elaboración de programas y desarrollo de actividades definidas.c.- Asistir a reuniones programadas.d.- Colaborar en la evaluación trimestral de las actividades realizadas.e.- Elaborar en conjunto con la/el Encargada(o) de la U.A.E. el Plan Anual de Actividades.f.- Conocer y aplicar los lineamientos ministeriales que orientan la labor de la U.A.E. del establecimiento.g.- Uno de sus integrantes, designado por el encargado/a, ejercerá el rol de Secretario/a de la unidad durante el tiempo que no

	se cuente con el recurso humano específico.
-Voluntariado	<p>El voluntariado es quien realiza asistencia religiosa y acompañamiento espiritual, considerando dentro de sus actividades las siguientes: Visitar al enfermo y a su familia, acercarse y detenerse a su lado, respetando sus creencias y su ritmo, ofreciéndole el gesto oportuno y la palabra adecuada que estimula, anima e interpela; asesorar en los problemas éticos, especialmente a las personas más necesitadas y desasistidos del establecimiento, compartiendo sus limitaciones, creando y promoviendo lazos de solidaridad afectiva y efectiva en torno a ellos.²⁶</p> <p>Organizaciones Religiosas:</p> <p>Las Organizaciones Religiosas podrán prestar asistencia religiosa a quienes profesen su misma religión, a través de ministros de culto, sacerdotes, rabinos, pastores, diáconos, etc., quienes deberán informar tal calidad antes las unidades de acompañamiento espiritual.</p> <p>La unidad de acompañamiento espiritual otorgó a aquellos que prestaban asistencia religiosa en la comuna de Valparaíso, una credencial cuyo uso era exigido durante su permanencia en el recinto.</p> <p>En el año 2010, la Unidad de Acompañamiento Espiritual del Hospital Carlos Van Buren, realizó un catastro de Representantes de Credos Religiosos, proceso en el que se entregaron alrededor de 30 credenciales, principalmente a la Iglesia Católica y a diversas organizaciones de la Iglesia Evangélica.</p>

²⁶ Orientaciones técnicas para la implementación de la Unidad de Acompañamiento Espiritual en los establecimientos de la red asistencial pública de salud, Ministerio de Salud, Secretaria de Redes Asistenciales.

	<p>Voluntariado de Damas de Color:</p> <p>Está conformada por 298 voluntarias y voluntarios, mayoritariamente mujeres, quienes se agrupan en 14 organizaciones.</p> <p>Su objetivo principal es:</p> <ul style="list-style-type: none">• Atender y ayudar con dedicación al enfermo tanto hospitalizado como ambulatorio, a su familia, a su entorno.• Canalizar y/o realizar aportes económicos, materiales al usuario y al hospital, para suplir necesidades básicas de abrigo, higiene y/o transporte.• Complementar la atención que entregan los profesionales de salud del hospital, aportando acompañamiento e información a los usuarios que lo requieran, en los respectivos servicios que se atienden y/o donde sea necesario.• Capacitarnos anualmente en Comunicación y nociones básicas de Primeros Auxilios, con el objeto de tener mayores herramientas para ofrecer un mejor trato al enfermo y su familia.
<p>-Pacientes y familia</p>	<p>Los paciente de atención cerrada u hospitalizados ingresan al hospital mediante dos vías: Urgencia y programado. El paciente debe presentarse en el Departamento de Admisión con la orden de hospitalización emitida por el médico. El paciente también lleva consigo las prescripciones médicas básicas para iniciar su tratamiento en cuanto se interne. El personal de admisión realiza el trámite administrativo de ingreso (el establecido en la institución) y lo traslada al servicio que le corresponda. Cuando el ingreso es de urgencia, generalmente es el familiar quien asiste al Departamento de Admisión. En estos casos es importante que la enfermera (o) de urgencias notifique a Admisión y a Hospitalización sobre el ingreso y las condiciones del paciente.</p>

3.5.- Caracterización de Equipos y estructura hospitalaria vinculada a la gestión de Unidad de Acompañamiento Espiritual: Resumen por Torre, Unidad, Médico Jefe, Enfermera/o Supervisor/a y Damas de Color.

A partir de la información entregada en el apartado anterior se puede realizar el siguiente cuadro resumen que contiene datos pertinentes para el presente diagnóstico y posterior intervención, asociado a la división por unidades, tanto de la Torre Médica, como de la Torre Quirúrgica, además de la identificación de Médico Jefe por Unidad, Enfermera Supervisora y el Voluntariado presente en cada uno de los pisos.

- **Torre Quirúrgica.**

Piso 2 Neonatología	Médico Jefe: Matrona Supervisora: Cecilia Guerra.
Piso 3 Maternidad y ginecología obstétrica	Médico Jefe: Matrona Supervisora: Marcela Sepúlveda Presidenta Damas de Amarillo: Sra. Cecilia Salazar.
Piso 4 Unidad de Cuidados Intensivos	Médico Jefe: Enfermera Supervisora: Soledad Montes. Presidenta Damas de Beige: Sra. Roza Pino.
Piso 4 Unidad de Cuidados Intermedios (UCIM)	Médico Jefe UCIM: Sr. Leónidas Quintana. Enfermera Supervisora UCIM: Sra. Patricia Villegas.
Piso 5 Mediana Complejidad Quirúrgica	Médico Jefe: Sr. José Vignolo. Enfermera Supervisora: Ana María Barros. Presidenta Damas de Clisac: Sra. Lastenia Báez.
Piso 6 Pabellón	Médico Jefe: St. Octavio Arriagada. Enfermera Supervisora: Bélgica Cancino.

- **Torre Médica**

Piso 1 Unidad de Emergencia Adulto.	Médico Jefe: Sra. Gloria Fuentes. Enfermera Supervisora: Sr. José Gómez. Presidenta Damas de Azul: Sra. Patricia Peña.
Piso 2 Dirección del Hospital	

Piso 3 Pensionado Neurocirugía	Médico Jefe Pensionado: Sr. Danilo Jara. Médico Jefe Neurocirugía: Sr. Leónidas Quintana. Enfermera Supervisora: Sra. Mirta Garate. Presidenta Damas de Beige:
Piso 4 Mediana Complejidad Médica.	Médico Jefe Neurología: Sr. Juan Eurolo Montesinos. Médico Jefe Urología: Sr. Guillermo Matriland. Enfermera Supervisora: Sra. Ivonne Ottey. Presidenta Damas de Blanco: Sra. Erna Flandes.
Piso 5 Cirugía infantil Traumatología infantil	Médico Jefe: Sr. Leonardo Roussoski. Enfermera Supervisora: Sra. Janeth Gonzales. Presidenta Voluntariado Maranatha: Ximena Vera.
Piso 6 Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) Neurología Pediátrica.	Médico Jefe Ucip: Sr. Tomas Montesinos. Médico Jefe Pediatría: Sr. José Atalah. Enfermera Supervisora Ucip: Sra. Alejandra Ramírez. Enfermera Supervisora Neurología Pediátrica.: Ángela Topp. Presidenta Damas de Verde:
Piso 7 Baja Complejidad Medica	Médico Jefe: Sr. Marco Carvajal. Enfermero Supervisor: Miguel Moraga Presidenta Damas de Rozado: Sra. Sonia Gondré.

- **Otros Servicios**

Oncología	Médico Jefe: Enfermera Supervisora: Presidenta Damas de Verde: Sra. Ana María Orteli.
Oftalmología	Médico Jefe: Manuel León Enfermera Supervisora: Sra. Enriqueta Balados. Presidenta Damas de Ladrillo: Sra. Trinidad Silva.
Diálisis	Médico Jefe: Enfermera Supervisora: Presidenta Damas de Gris: Sra. Carmen Rojas.
Unidad Emergencia infantil	Médico Jefe: Verónica Correa Enfermera Supervisora: Ana María Orellana

➤ **Primer Eje de Análisis: Humanización en Salud.**

El primer eje temático a diagnosticar es la humanización en salud, a partir de definiciones teóricas de Ángel Brusco y José Carlos Bermejo, las que serán asociadas a los programas ministeriales de humanización actualmente vigentes en el Hospital:

- Ángel Brusco define este concepto como: "... hacer la realidad sanitaria **más digna** del hombre, mejorando la **calidad humana** al servicio del enfermo."

Desde este primer concepto y en virtud de la calidad humana, se puede generar la siguiente pregunta: ¿Cómo el H.C.V.B. hace la realidad más digna del usuario? Para responder lo anterior se deben contrastar las diferentes estrategias emanadas desde la Reforma Sanitaria y ver su implementación en la realidad del Hospital.

Para lograr una realidad sanitaria más digna la institución desarrolla una propuesta orientada a una atención integral, que mejore la calidad de vida de las personas, familias y a comunidades. En este marco, se integran en el hospital los siguientes programas:

- El **Hospital Amigo**²⁷ asegura a sus usuarios y familias una atención de excelencia y apunta a satisfacer el máximo de sus necesidades, ya sean estas individuales y/o familiares. En este sentido este programa prioriza la apertura de los hospitales a la familia, permitiendo el acompañamiento del paciente aliviando la tensión que provoca el ingreso a un hospital, en pos de una mejora en la atención.



Foto 1: Sala de Espera, 5° Piso, Unidad de Mediana Complejidad Quirúrgica, Torre Quirúrgica, Hospital Carlos Van Buren.

El Hospital Carlos Van Buren, se alinea con este programa de tal manera que hace efectivo el acompañamiento de los familiares al paciente

²⁷ <http://ssvalparaiso.redsalud.gob.cl/url/item/8ed2acdc3f55bb65e04001011e0103e2.pdf>

en un tiempo determinado de 6 horas, repartidos en dos bloques. En cada unidad o servicio existe el apoyo de guardias, que junto con resguardar el orden y la seguridad del hospital, regulan el ingreso de un familiar o persona significativa, quien recibe una tarjeta que le permite estar con el paciente. Durante este período se pueden turnar distintos acompañantes, familiares y amigos, coordinándose entre ellos para el traspaso de la tarjeta. De esta manera el familiar responsable organiza y coordina el ingreso del resto de la familia y sus amistades.

Asociado a lo anterior, cada hospital debe generar un instructivo señalando claramente a los visitantes el horario y los límites en que se encuadra la visita; además de especificar los lugares de acceso, los servicios higiénicos, el ingreso de alimentos, medicamentos, y o utensilios para los pacientes hospitalizados. Sin embargo, esto sólo se da en algunas unidades como; Pediatría, Mediana Complejidad y Neurocirugía, entre otras, ya que se encuentran organizados respecto a la entrega de información a los pacientes y sus familias.

- **Carta de Derechos y Deberes²⁸**, que se formula al no aprobarse la ley de derechos y deberes, que es una de los 5 pilares que contemplaba la reforma sanitaria que consistía en la relación entre prestadores y las personas. Ésta carta se debe encontrar en lugares visibles dentro de los centros de salud y consta de 11 derechos del paciente y 8 deberes.

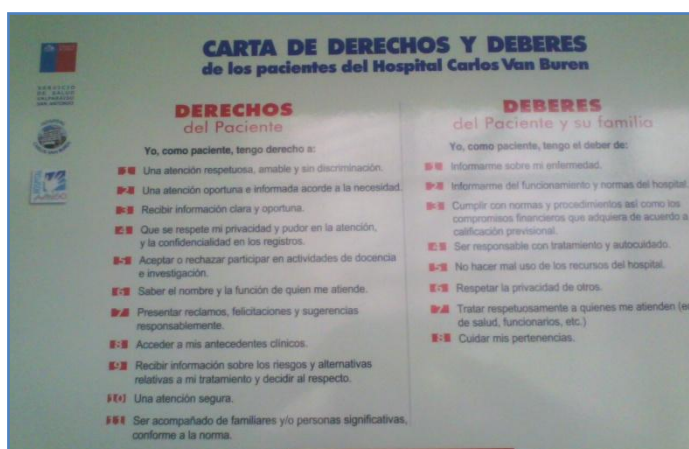


Foto 2: Carta de Derechos y Deberes, ubicada en el Consultorio Adosado de Especialidades, Hospital Carlos Van Buren.

El Hospital Van Buren plasma ésta carta (foto 2) en algunos lugares estratégicos. Sin embargo, en los pisos de hospitalización no se encuentra

visible lo que genera el desconocimiento del paciente y de sus familiares respecto a sus deberes y sus derechos.

La forma como se entrega esta información depende de la organización por piso, en algunos casos mediante dípticos, trípticos o información mural, y muchas veces no se profundiza en la totalidad de los derechos de los mismos, priorizando los deberes. Lo anterior claramente no se encuentra en todas las unidades, debido a que hay diversos matices relacionados al actuar de cada jefatura de unidad.

A pesar de lo señalado anteriormente, es posible pesquisar las siguientes situaciones que requieren mejorar para resguardar plenamente la condición de Derechos y Deberes.

<p>DERECHO DEL PACIENTE: -Una atención oportuna e informada acorde a la necesidad.</p>	<p>PISO: N° 7, Torre Médica. -Unidad: Baja Complejidad Médica</p>
<p>SITUACION DETECTADA: Los pacientes declaran que los médicos escriben los datos pertinentes durante sus rondas y que realizan los procedimientos clínicos adecuados, pero que no siempre se les informa de su diagnóstico en forma oportuna, sintiéndose entonces, que no son parte del proceso ni protagonistas de su tratamiento o recuperación.</p>	
<p>DERECHO DEL PACIENTE: -Una información clara y oportuna</p>	<p>PISO: N ° 4, Torre Médica. -Unidad: Mediana Complejidad Médica</p>
<p>SITUACIÓN DETECTADA: Algunas damas del voluntariado, declaran que en muchas ocasiones los pacientes les solicitan que les avisen a sus familiares cuando son dados de alta o trasladados a otra unidad. Lo anterior es un proceder erróneo, ya que el equipo clínico a cargo de la unidad debe ser el responsable de esta labor.</p>	
<p>DERECHO DEL PACIENTE: -Una atención respetuosa, amable y sin discriminación.</p>	<p>PISO: Pasillo del piso (-) 1, Torre Médica. -Unidad: Anatomía Patológica.</p>
<p>SITUACIÓN DETECTADA: Al momento de fallecer una persona en el hospital, su cuerpo es trasladado a Anatomía Patológica (Morgue). Los familiares realizan los trámites y documentación correspondiente a la defunción, en la oficina encargada de esta función, para luego esperar a su ser querido en el pasillo del piso (-) 1 de la Torre Médica. Sólo existe una banca en el pasillo, situación indigna para una familia doliente a la espera de su familiar.</p>	



Foto 3 y 4: Pasillo, Piso (-) 1, Anatomía Patológica (Morgue), Torre Médica, Hospital Carlos Van Buren.

Lo anterior, indica que en algunos contextos existe aún un modelo paternalista en el actuar clínico de la institución, el cual se centra en la enfermedad y en donde el médico es el experto sanitario que decide que se debe o no hacer. Por consiguiente, no se hace partícipe al paciente del proceso. En otras ocasiones también, la dignidad de la persona se ve postergada ya que se pierde el énfasis en la calidad humana, priorizando el procedimiento médico en desmedro de la integridad del paciente y sus familias.

En el caso de que una persona perciba que se han vulnerado sus derechos, podrá reclamar ante el mismo recinto de salud donde se está atendiendo, el que deberá contar con personal especialmente habilitado para este efecto, y accediendo a un sistema de registro y respuesta escrita de los reclamos planteados. La Unidad de Atención a las Personas (U.A.P.) es la encargada de recibir las opiniones, reclamos y sugerencias dentro la institución mediante la Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias (O.I.R.S.).

- **Hospital Se Pone a Punto**²⁹, es un programa que se genera desde el Ministerio de Salud y se integra recientemente a los recintos hospitalarios con mayor complejidad a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales en cada región. Este programa ofrece la renovación de salas de espera, baños, aseo, pintura de fachadas, instalación de áreas verdes, juegos infantiles, y mejoramiento de señalización de los recintos asistenciales. En el Hospital Carlos Van Buren, este programa introduce entonces a dos funcionarios ubicados en las salas de espera del usuario, en específico uno ubicado en la Unidad de Emergencia Adulto (U.E.A.) y otro en la entrada del Consultorio Adosado de Especialidades (C.A.E.) para entregar

²⁹ <http://www.hospitalaria.cl/portada/noticias/nacional/23-programa-mi-hospital-se-pone-a-punto-tiene-avance-del-70.html>

información y responder las dudas que surjan desde el usuario. Respecto a sus funciones, la orientación es fundamental para generar una mejor fluidez en la atención y asimismo cercanía con las personas. También, cumple con la reducción significativa de la tensión y ansiedad ante la espera e incertidumbre, lo que se considera un aporte en la mejora de la satisfacción usuaria.

Por otra parte, se observa que estos funcionarios no manejan la información idónea respecto al funcionamiento de otro programa de humanización como es la Unidad de Acompañamiento Espiritual (U.A.E.) del establecimiento. Se reconoce que si bien no es una solicitud recurrente, se ha requerido ocasionalmente orientación respecto al tema.



Foto 5: Programa Hospital Se Pone a Punto, Orientador Unidad de Emergencia Adulto, Hospital Carlos Van Buren.

- Según Bermejo: "... humanizar significa hacer referencia al hombre en todo aquello que sirve para fomentar y proteger la salud, cuidar las enfermedades, **asegurar un ambiente que favorezca la vida sana y armónica a nivel físico, emocional, social y espiritual.**"

En concordancia con la definición dada, y según la visión desde el Ministerio de Salud se señala que en el área hospitalaria es importante considerar al paciente como persona en todas sus dimensiones, y que éste a su vez, perciba al equipo de salud como alguien cercano. En este marco conceptual y con el fin de lograr una atención integral y acorde con el Modelo Biopsicosocial/Espiritual, es que el Ministerio de Salud a través de la reforma crea:

- **Unidad de Acompañamiento Espiritual (U.A.E.).** Coordina y gestiona el acompañamiento espiritual o religioso en los recintos

hospitalarios, para satisfacer las necesidades del paciente, familiar o funcionario que lo requiera³⁰.

En la realidad del hospital existe un evidente desconocimiento de la existencia de la U.A.E. dentro de la institución, tanto por parte de los pacientes y familias, como el equipo clínico, por la predominancia del Modelo Biomédico. Por lo mismo, es que existe una falencia importante en la entrega de acompañamiento espiritual ante un requerimiento del paciente hospitalizado. Por otra parte, muchas veces depende de quien se encuentre a cargo del servicio para gestionarlo y permitirlo. Además, la unidad en el hospital, si bien existe por Resolución Exenta N° 1944 del 2010, esta no se encuentra en funcionamiento.

➤ **Segundo Eje de Análisis: Acompañamiento Espiritual.**

El segundo eje temático a diagnosticar es Acompañamiento Espiritual. Primero que todo, se explicará que existen conceptos que están vinculados al acompañamiento espiritual como el de **espiritualidad y religión**. El desarrollo y análisis de éstos, permitirá un mayor entendimiento de cómo el este tipo de acompañamiento se lleva a cabo en un contexto hospitalario. Luego, y para efectos teóricos, se hará una breve distinción entre **acompañamiento espiritual** y asistencia religiosa. Para efectos prácticos estos conceptos se entenderán de manera similar o complementaria y como además ésta realidad práctica se plasma dentro de la institución.

Junto con lo anterior, se analizará como las **Unidades de Acompañamiento Espiritual (U.A.E.)** se vinculan a esta temática dentro de los recintos hospitalarios y como, en la realidad del Hospital Carlos Van Buren (H.C.V.B), se canaliza el funcionamiento de esta entidad.

Como punto de partida, la **espiritualidad** desde una visión general, puede ser entendida como el vínculo entre el ser humano y Dios o entre el ser humano y una divinidad. Por otra parte, **la religión** se puede asociar al nexo que permite desarrollar esta relación.

Para profundizar en ambas generalidades, primero se expondrán sus definiciones:

- **Espiritualidad:** según la Doctora española Maribel Rodríguez, sería un concepto más amplio que el de la religiosidad y suele relacionarse con la búsqueda de trascendencia, con la esperanza, propósito y

³⁰ Reglamento N° 94 del 2007, Ministerio de Salud.

sentido de la vida o con los aspectos inmateriales de la existencia, como el tener relaciones armónicas o conexión con uno mismo, con otros, con la naturaleza, con Dios o con una realidad superior”

Ahora bien, los pacientes hospitalizados, en su situación de enfermo y receptor de intervenciones médicas, muchas veces se sienten vulnerables ante la complejidad de su condición de salud, generando en ellos un sin número de incertidumbres y dudas. Surge entonces, una búsqueda del sentido de la vida (muchas veces también sobre el sentido de la muerte), la búsqueda de un reencuentro con familiares y la necesidad de conciliar ciertos aspectos aun no resueltos con ellos, y junto con ello, muchas veces nace la búsqueda de una cercanía con Dios, con su creencia o su divinidad.

De la misma forma, los familiares de los pacientes hospitalizados sufren un proceso similar, teniendo también la necesidad de encontrar fuerza, sentido, explicaciones, etc., a través de una conexión con una realidad superior.

Por otra la parte, la **religión**, se entenderá no sólo como las creencias, costumbres, tradiciones y ritos de una agrupación social, sino que también, implica experiencias individuales. Ahora bien, uno de los exponentes más importantes de la sociología señala lo siguiente:

- **Religión** según E. Durkheim: “Es un sistema de **creencias y prácticas** relativas a las cosas sagradas, que unen en una sola comunidad-moral, llamada **Iglesia**, a todos aquellos que se adhieren a ellas. La idea de religión es inseparable de la Iglesia, deja claro que la religión sería una cosa eminentemente **colectiva**”.

La mayoría de los pacientes y/o sus familias, se identifican y son parte de una comunidad religiosa. Y es esa religión quien cubre, satisface y da respuestas a esas necesidades espirituales que surgen desde su condición de enfermo.

Asociado a lo anterior, en Chile existen diversas religiones con diferentes creencias y prácticas. De ellas, la religión católica tiene mayor predominancia en el país ya que según diversos estudios cuenta con un 70% del total de la población, por lo tanto es considerada como el colectivo religioso más numeroso.³¹

³¹ Censo 2002. Chile.

- **Religión: Contexto Hospital Carlos Van Buren.**

La predominancia señalada también se refleja dentro del H.C.V.B., ya que históricamente, desde sus inicios, la religión católica ha estado directamente relacionada a ella. Un hito que lo ejemplifica, es que desde su fundación en el año 1772, hasta el año 1822, estuvo en manos de una administración católica. De hecho su nombre en este período fue hospital “San Juan de Dios” y el nombre de su primer administrador es el “hermano hospitalario de San Juan de Dios” Fray José Zenteno.

En la actualidad se encuentra aun una marcada influencia de ésta religión en el establecimiento. Según el siguiente detalle fotográfico se demuestra como este predominio se visualiza. En el frontis del hospital se encuentra la imagen de una virgen (Foto 1), además, se identifica claramente que en la parte posterior del hospital existe una capilla y un convento aledaño a la Torre Quirúrgica (foto 2). Puntualmente, dentro de las unidades del hospital existe una marcada simbología católica y altares, tanto en salas como los pasillos (foto 3). Las demás religiones no cuentan con las mismas facilidades.



Foto 1: Virgen ubicada en el Frontis del Hospital Carlos Van Buren.



**Foto 2: Capilla y Convento detrás del H.C.V.B. Imagen desde Unidad de Pabellón, 7°
Piso Torre Quirúrgica.**



Foto 3: Pasillo del 5 ° Piso, Torre Quirúrgica, Hospital Carlos Van Buren.

- **Actividades religiosas dentro del H.C.V.B.**

Como se señalaba anteriormente, cada religión cuenta con ritos, costumbres y festividades propias. Dentro del hospital estas actividades se realizan también con un predominio católico, considerado y aceptado por la mayoría de los funcionarios como una realidad más del hospital.

A continuación se señalan algunas actividades religiosas en la institución.

- **Iglesia Católica:** Esta religión lleva a cabo una mayor cantidad de iniciativas religiosas en un periodo anual, respecto a otras religiones. Según el siguiente detalle se señalan las principales entre ritos y celebraciones:

a.- Ritos: Bautismo, Unción de los enfermos, Comunión.

b.- Celebraciones: Navidad, Semana Santa, Día de la virgen.

Los ritos y celebraciones muchas veces se generaban a partir de una solicitud emanada por algunos funcionarios de las diversas unidades del hospital.

Esta solicitud sucede cada vez con menos frecuencia, y paulatinamente se tiende a respetar la diversidad de otros credos.

- **Otras religiones:** se considera que las demás religiones tienen una baja cantidad de actividades, esto por reserva del hospital no por falta de iniciativas, siendo invitados sólo a una actividad de carácter ecuménico asociado al Día del Enfermo a efectuarse en día 15 de Septiembre de cada año.

Existe un prejuicio desde los funcionarios hacia otras religiones tales como evangélicas, testigos de Jehová y mormones, lo que genera que se

delimite su ingreso y tránsito dentro del hospital y por ende, se dificulte la realización de sus actividades como organización y asimismo, el acompañamiento espiritual.

Algunos de estos de estos prejuicios son:

- Que son muy bulliciosos.
- Imponen su credo y hacen proselitismo religioso.
- Que relacionan la enfermedad con el pecado.
- Entre otras.

- **Acompañamiento Espiritual.**

Para la persona, el estar hospitalizado, separado de la familia y en un ambiente desconocido, genera incertidumbre tanto en niños y como en adultos por igual, en su estadía y en su proceso de recuperación. Es por ello que se provoca la necesidad del paciente no tan sólo de un bienestar biológico sino que también, de un equilibrio y estabilidad entre lo físico, psíquico, social y espiritual.

Ahora bien, en virtud de lo anterior la forma de cubrir la necesidad espiritual se logra a partir de asistencia religiosa y acompañamiento espiritual.

- La **asistencia religiosa** permite llevar los ritos que se realicen en organizaciones religiosas al lugar en donde se encuentre la persona, en este caso en recintos hospitalarios. En este mismo sentido, si un paciente requiere de una palabra o estar en compañía de su representante de credo, hablamos de **Acompañamiento Espiritual**. El representante de Credo o Ministro de Culto se entiende como quien realiza el nexo entre la persona y su Dios o divinidad. Cabe destacar que cada uno de los términos definidos se puede dar en conjunto o en separado.
- **Realidad del Acompañamiento Espiritual en el H.C.V.B.**

En la realidad Hospitalaria, la forma en que se entrega el acompañamiento espiritual se da de dos formas. Primero, antes de las normativas ministeriales vigentes, estas acciones se realizaban de manera **voluntaria y espontánea**, sin petición previa, lo que involucraba muchas veces proselitismo religioso. Quienes realizaban estas acciones eran en parte, personas voluntarias y/o representantes de credo de diversas

religiones. Segundo, a través de la gestión de **Unidades de Acompañamiento Espiritual en recintos hospitalarios**, cuyas acciones nacen a partir del requerimiento o solicitud del paciente hospitalizado.

A continuación se detallaran ambas formas de entrega de Asistencia Religiosa y/o Acompañamiento Espiritual dentro de la realidad del Hospital Carlos Van Buren.

- **De forma espontánea y voluntaria:** Sin previa regulación el acompañamiento espiritual que se realizaba a las personas, se daba, principalmente por dos vías. Primero, las damas de color o voluntariado (Foto 4), localizadas por piso, dentro de sus funciones también se encontraban el realizar acompañamiento espiritual a quien lo necesitara.



Foto 4: Damas de Color, 5° Piso, Mediana Complejidad Quirúrgica, Torre Quirúrgica, H.C.V.B

Ejemplos de sus funciones como damas de color que involucran acompañamiento espiritual son: el rezo del rosario, una palabra de aliento desde su credo, contención, etc.

- La otra forma, es que diversos **representantes de credo o ministros de culto** realizaban rondas esporádicas por las unidades del hospital, cubriendo las necesidades espirituales sin solicitud previa, lo que generaba incomodidad en las personas que no compartían su credo, interrupciones en los procedimientos clínicos propios del servicio y finalmente molestias en algunos funcionarios.

- **Unidad de Acompañamiento Espiritual.**

En el año 2007, en concordancia con el enfoque de salud integral, a las metas de humanización y a la realidad de los recintos asistenciales de salud, es que se hace necesario implementar **Unidades de Acompañamiento Espiritual** en recintos hospitalarios, con el objetivo de coordinar, gestionar y facilitar la asistencia religiosa.

En el año 2010, el hospital se adhiere a este programa ministerial creando la U.A.E. bajo Resolución Exenta N° 1944 y de igual forma la conformación de un comité N° 4928 y de estipulación del encargado de la unidad (Foto 5 y 6).

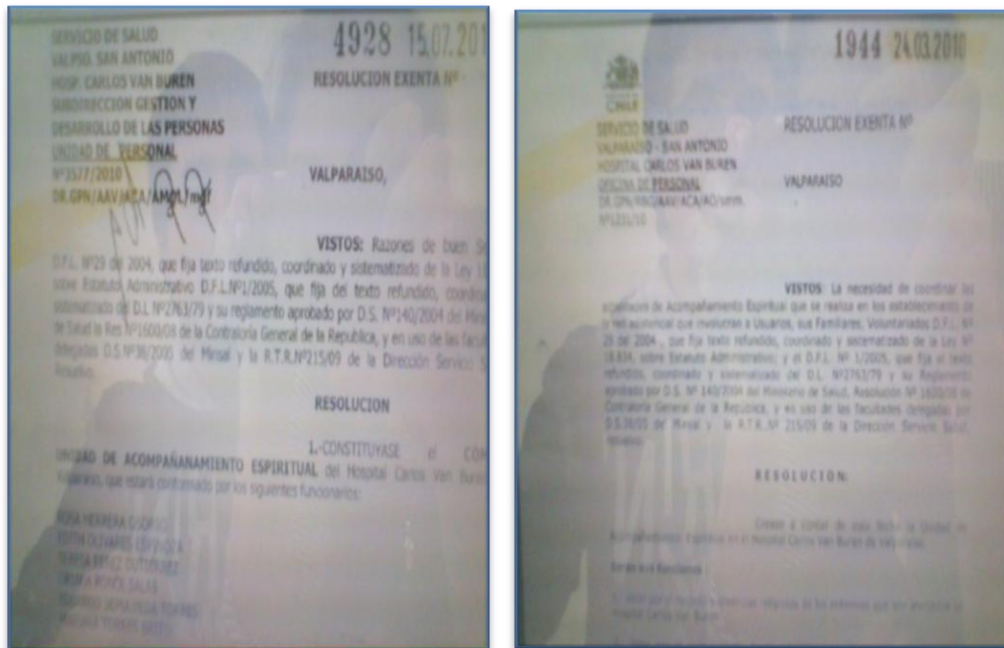


Foto 5 y Foto 6: Resolución Exenta N° 1944 y Resolución Exenta N° 4928.

A continuación se detalla la forma de entrega de acompañamiento espiritual y asistencia religiosa luego de la incorporación de la unidad a la institución.

- **Unidad de Acompañamiento Espiritual del H.C.V.B:** Creada la unidad se hace un catastro limitado de representantes de credos religiosos sólo de algunas organizaciones religiosas, a los cuales se les entrega una credencial desde la institución para realizar asistencia religiosa. Esta credencial los facultaba con cierta libertad para el ingreso al hospital, lo que generó en algunas unidades cierta molestia, ya que los funcionarios no sabían cómo intervenir en diversas ocasiones en que el ingreso de estos representantes no se alineaba con el normal funcionamiento del servicio.

Si bien, existe un reglamento³² que fija la forma y condiciones en que se llevará a cabo el acceso de representantes de credo o ministros de culto a los establecimientos asistenciales del sistema nacional del servicio de salud con el objeto de prestar asistencia religiosa, quienes están vinculados a esta labor no se encuentran informados y por otra parte los servicios clínicos y los pacientes tampoco. Es por ello que al generarse la necesidad de un

³² Reglamento sobre Asistencia Religiosa en Recintos Hospitalarios Numero 94 del 2007.

paciente, la desinformación señalada provoca un mal funcionamiento en la entrega de acompañamiento espiritual. Por lo tanto, se considera que la labor de la U.A.E. es primordial para coordinar la información de todos los colectivos involucrados.

Cabe preguntarse **¿Si el Acompañamiento Espiritual es un realidad regulada desde el Ministerio de Salud, es prioridad en el hospital?**

La respuesta pasa por una supremacía del modelo biomédico, no dando espacio a otras alternativas complementarias a la sanación. La unidad es un **tema desconocido** para gran parte de los funcionarios del hospital y asimismo, la dimensión espiritual es un tema no necesario para el proceder clínico. Se desconocen las políticas públicas relacionadas a la temática, las cuales regulan su entrega. Muchas veces para el equipo de salud es un tema molesto, invasivo e incomodo, lo que dificulta su implementación, las iniciativas de mejora e inclusión, y junto con ello los intentos de quienes trabajan en avanzar hacia una atención de salud de manera integral.

Se suma a ello que el hospital desde su directiva se priorizan otras temáticas o programas que no abordan la dimensión espiritual, lo cual se evidencia ante el no cumplimiento de lo estipulado en el Reglamento 94 del año 2007, como se detalla en lo siguiente:

- a) Caso omiso ante la entrega de infraestructura de una sala multiconfesional.
- b) No existe un lugar físico para el funcionamiento de la Unidad de Acompañamiento Espiritual.
- c) No se estipula en ficha de ingreso del paciente su credo y si requiere Acompañamiento Espiritual y/o Asistencia Religiosa.
- d) No existe recurso humano disponible como secretaria.

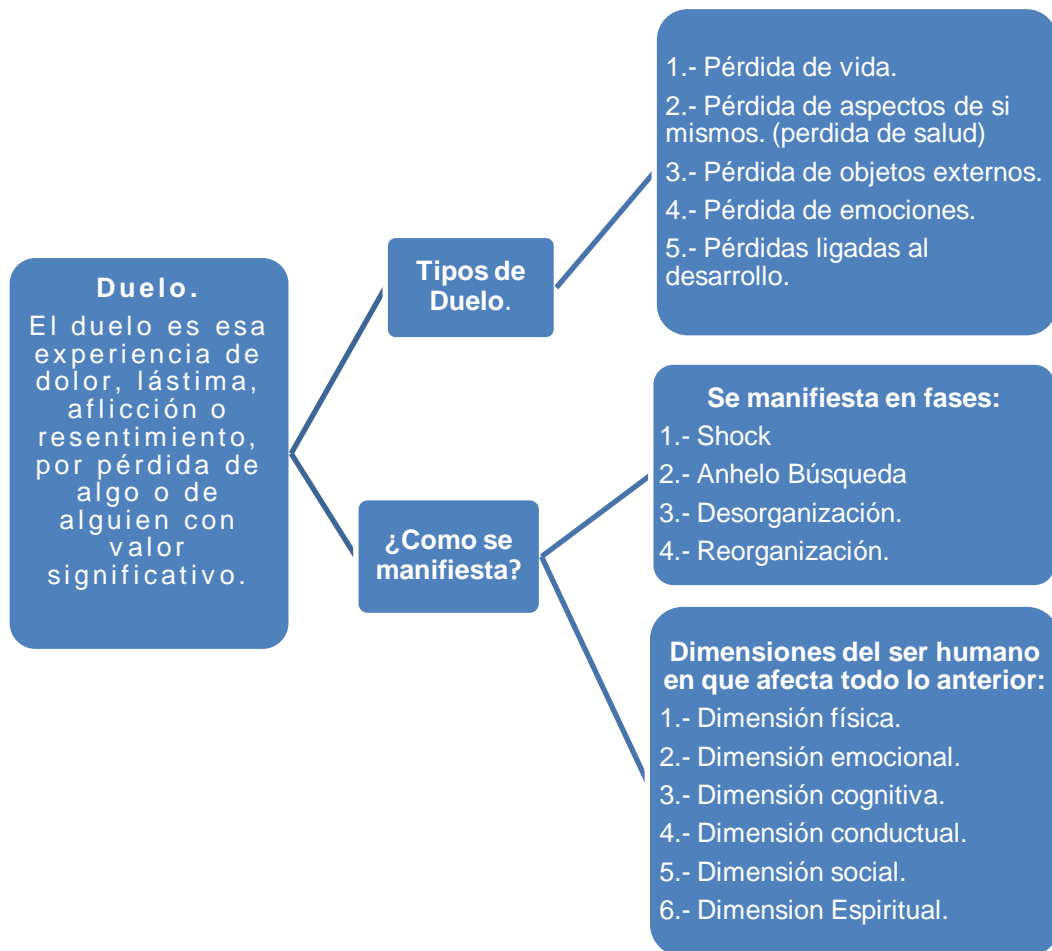
➤ **Tercer Eje de Análisis: Duelo.**

El tercer eje a diagnosticar es el Eje Temático de Duelo. En una primera instancia se esquematizará el concepto de Duelo, se identificarán diversos tipos de duelo y la forma en que estos se pueden manifestar, tanto en fases como en sus diferentes dimensiones. Lo anterior se expondrá de manera introductoria y general para luego profundizar en el concepto de duelo asociado a la **pérdida de vida** y a la enfermedad como duelo relacionado a la **pérdida de salud**.

En una segunda parte, se desarrollaran los conceptos que se visualizan con mayor relevancia en la **realidad** de los pacientes hospitalizados, sus familiares y funcionarios dentro del Hospital Carlos Van Buren.

- **Esquema del Duelo.**

El duelo es provocado por una experiencia que es la pérdida de alguien o algo significativo, en la persona. Esta pérdida puede tener diferentes formas de intensidad según el valor y la inversión afectiva que la persona le atribuye. El siguiente esquema resume a partir del concepto de duelo, los tipos de duelo y como éste se manifiesta. De estas últimas, se indican también las dimensiones en que esto afecta.



- **Realidad del H.C.V.B.**

Según el esquema del punto anterior, se identifican diferentes tipos de duelo por pérdidas. A partir de esto, se dará énfasis en el duelo por **Pérdida de vida** y por **Pérdida de Aspectos de sí mismos**, este último relacionado con la pérdida de salud. Ambos conceptos son los más visualizados dentro de la realidad hospitalaria.

- **Pérdida de vida:** Es un tipo de pérdida total, ya sea de otra persona o de la propia vida en casos de enfermedades terminales en el que la persona se enfrenta a su final.

A partir de esta definición, la pérdida de la vida es parte de las situaciones de la realidad hospitalaria. Las **causas** por las que llega un paciente a la institución son diversas y las **formas** en las que ingresa pueden ser hospitalización programada o urgencia. Esta última, conlleva una posibilidad mayor de muerte debido a las complicaciones que puede presentar el paciente al entrar a la unidad. Respecto a la complejidad de la persona al ingresar a urgencia se clasifica de 4 formas, que se presentarán a continuación:

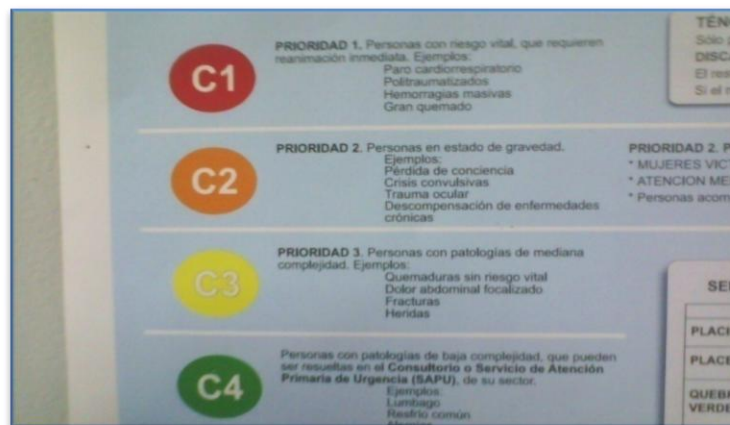


Foto 1: Señalética que indica complejidad de ingreso, dentro de la Unidad de Emergencia Adulto en el H.C.V.B.

Este detalle determina la prioridad de la atención según gravedad, siendo las primeras dos clasificaciones (**C1 Y C2**) de mayor urgencia. La clasificación **C1** es prioridad, e identifica a personas con riesgo vital que requieran reanimación inmediata, como por ejemplo paro cardiopulmonar, politraumatizados, hemorragias masivas y gran quemado, entre otras. La clasificación **C2** determina a las personas que ingresan en estado de gravedad como por ejemplo pérdida de conciencia, crisis convulsivas, trauma ocular, descompensación por enfermedades crónicas, etc.

Estas situaciones pueden ser posible causa de muerte, y se considera que es en la Unidad de Emergencia (foto 2 y 3), donde se provoca en mayor medida la primera fase de duelo denominada: “**Fase de aturdimiento o etapa de shock**”. En esta situación la familia tiene un sentimiento de incredulidad y desconcierto, con una gran carga de pena y dolor ante el diagnóstico de un ser querido. El shock es un mecanismo protector y da a las personas tiempo y oportunidad de abordar de mejor manera la información recibida.



Foto 2 y 3: Unidad Emergencia Adulto.

La defunción de un paciente también puede darse al estar hospitalizado, principalmente en las unidades de mayor complejidad dentro del hospital. De forma similar en que la familia sufre de esta situación, los funcionarios también se ven afectados ya que muchas veces se logran generar lazos o vínculos afectivos con los pacientes al convivir un tiempo considerable durante los cuidados asociados a su enfermedad. Los funcionarios también se ven afectados ante la pérdida de un compañero de trabajo.

Las relaciones de apoyo entre colegas y profesionales de la salud son importantes para la provisión de cuidados emocionales y físicos al paciente enfermo terminal y a la familia.



Foto 4 y 5: Funcionarios del equipo clínico trabajando en sus labores cotidianas dentro del hospital.

Los familiares, luego del fallecimiento de su ser querido deben realizar una serie de trámites para certificar la muerte y concretar su entrega para la

posterior ceremonia fúnebre. El lugar físico donde los familiares ven por primera vez al fallecido es en la Unidad de Anatomía Patológica (morgue).

En esta unidad se presenta una situación indigna de humanización como se nombró en el eje diagnóstico anterior. Muchas veces, el proceso de duelo provoca una serie de consecuencias en diferentes dimensiones de los familiares del difunto, como desmayos, descompensaciones, tristeza, rabia, miedo, etc., que se producen en los pasillos del hospital, muchas veces sin una contención, sin un lugar adecuado de recogimiento, privacidad y de descanso durante la espera. La institución, no cubre estas necesidades del familiar doliente durante este proceso, por lo tanto se considera que existe un gran vacío ante la preocupación de velar por este requerimiento sin nadie que además, se haga cargo.



Foto 6: Puerta y pasillo de unidad de Anatomía Patológica.

Foto 7: Lugar de salida y de entrega de féretro fúnebre a familiares. Se ubica el acceso al vehículo encargado de retirar el ataúd del hospital.

Otra forma de duelo identificada dentro del hospital es el **Duelo por Pérdida de Aspectos de sí mismos**.

- **Duelo por Pérdida de Aspectos de sí mismos:** Son pérdidas que tienen que ver con la salud. Aquí pueden aparecer tanto pérdidas físicas, referidas a partes de nuestro cuerpo, incluidas las capacidades sensoriales, cognitivas, motoras, como psicológicas, por ejemplo la autoestima, o valores, ideales, ilusiones, etc.

El paciente que está hospitalizado, al encontrarse en un lugar desconocido, con personas desconocidas provoca incertidumbre y además, si se suma a ello un estado de salud deteriorado, puede o no generar un

duelo por pérdida de salud. En caso de que se genere duelo, puede darse en mayor medida en las unidades de mayor complejidad como U.C.I., UCIM., U.CIP., Pabellón, Cirugía Infantil, Neurocirugía, etc.

Dentro de las complejidades que se nombran anteriormente, existen también enfermedades crónicas y terminales que se dan sobretodo en la Unidad de Diálisis y de Oncología, en las cuales, el duelo se manifiesta de manera recurrente en los pacientes que requieren de estos servicios. Lo anterior varía según la experiencia, aprendizaje, la personalidad y otra serie de factores externos que afecten a cada uno de ellos.

La doctora Kubber Ross describe 5 etapas o formas de reaccionar ante un duelo por enfermedad por las cuales con seguridad atravesará de una u otra forma.

- **Negación y Aislamiento.** Esta etapa genera que el paciente ante la información de su diagnóstico se exprese de las siguientes formas: *“Yo no estoy enferma”, “El médico se equivocó”, “Esos resultados médicos no son los míos”,* etc.
- **Ira.** Una vez superada la negación, el enojo es una reacción normal ante la situación. El enojo tal vez se proyectará hacia el mismo, sus familiares, al equipo médico, Dios o Ser Superior.
- **Pacto.** Intentará negociar durante este periodo. Tal vez sea una etapa en la que pactará con Dios o con destino.
- **Depresión.** Este periodo es uno de los más complicados pues afecta de muchas maneras tanto física, como emocionalmente.
- **Aceptación.** Esta última fase tiene que ver con la asimilación del padecimiento, lo que permite entenderlo y entonces en lugar de preocuparse se empieza a ocupar. En este momento no hay negación, ni enojo, ni depresión, lo que se experimenta es la adaptación a la situación actual, que si bien no se puede cambiar, sí se puede mejorar.

Todos los pacientes que pueden sufrir un duelo podrían pasar por estas etapas más o menos de forma cíclica. De no pasar por la última etapa de **Aceptación** se puede generar en la persona un Duelo Patológico, que significa que persistan o se intensifiquen los síntomas que pueden llevar a la persona o al familiar a detener su vida laboral, social, académica, orgánica, etc.

Dentro de la realidad del hospital, en específico en la Unidad de Diálisis, se observó que cuando un paciente es diagnosticado de Insuficiencia Renal Aguda o Crónica y que por ende, debe realizarse un Hemodiálisis, conlleva a

la persona a que acuda a la institución 3 veces por semana durante 4 horas cada vez. En una primera etapa, el paciente al enterarse que debe dializarse debido a su enfermedad crónica, sufre de cierta manera un duelo y puede pasar por las etapas mencionadas. El paciente, no tan sólo debe lidiar con su enfermedad, sino que también, al vincularse a un grupo humano que realiza este proceso junto con él, debe sobrellevar la pérdida de muchos de ellos, con los cuales se habían generado lazos de amistad, de afectividad y de ayuda.

Las diversas situaciones antes mencionadas en las cuales se puede generar un proceso de duelo, tales como; la pérdida de un ser querido y hospitalizaciones por pérdida de salud, ambas situaciones vividas como paciente, familiar o funcionario no son cubiertas, ni trabajadas por el hospital. Esto puede generar, no sólo que la aflicción física que tenga el paciente provoque el duelo, sino que también, no lograr resolver este duelo puede generar una aflicción psíquica mayor asociada al Duelo Patológico. Las dimensiones que se pueden trabajar para manejar un duelo están relacionadas entre otras, al apoyo psicológico y apoyo espiritual sobre todo en las primeras etapas de sucedido el episodio. Si estas no son cubiertas las depresiones pueden ser una gran consecuencia.

Si bien el Acompañamiento Espiritual, señalado en el eje anterior, puede ser un actor relevante de contención, escucha y apoyo en este proceso, dentro del hospital esta necesidad generada en el paciente, su familia o funcionario en mayor medida no se puede satisfacer, ya que la unidad que se ocupa de la dimensión espiritual no se encuentra en total funcionamiento y no siempre se logra un acompañamiento en el momento oportuno.

➤ **Cuarto Eje de Análisis: Gestión Hospitalaria.**

El último eje a diagnosticar es Gestión Hospitalaria. Se analizará el escenario teórico sobre la Gestión Hospitalaria, para luego llevarla a la realidad del hospital, principalmente en la Unidad de Acompañamiento Espiritual. Junto con ello, se visualizarán los conceptos claves desglosados para un mejor entendimiento de como se plasma el concepto de gestión en la institución, según las bases de un nuevo modelo de organización hospitalaria y gestión estratégica.

En un primer momento se definirán conceptos que se desprenden de gestión hospitalaria. Se entenderá entonces a los establecimientos hospitalarios, como una organización y como ésta cuenta con una estructura

y con una figura estratégica en función de la satisfacción de las necesidades del paciente o usuario.

- **Modelo de Gestión Hospitalaria.**

El nuevo modelo de gestión hospitalaria se fundamenta en el Modelo de Atención Integral en Salud³³. Este modelo da cuenta de los cambios sociales, culturales, epidemiológicos y demográficos de la población chilena. Desde ahí, que desde el nivel ministerial se implementan una serie de programas que se vinculan a satisfacer las necesidades actuales de la población chilena. De ésta forma, los Hospitales de la red de salud, son entendidos como **organizaciones complejas**, cuya gestión debe estar basada en el entorno comunitario en el cual está inserto y por ende de las **necesidades de usuarios**. Se da énfasis entonces, a la **función social** que estas instituciones cumplen como se señala en la siguiente definición de recintos hospitalarios.

Los establecimientos hospitalarios, **son organizaciones de servicios** que cumplen una función social esencial. Necesitan desarrollar una gestión que, escuchando y comprendiendo los fenómenos que conforman su entorno, sepan identificar y proyectarse a las necesidades de sus usuarios, adaptarse a las características, flujo, ritmo y evolución de la demanda de las comunidades, especialmente en el sector sanitario, donde desde la red asistencial, se exige respuestas concordantes con el modelo de atención, crecientemente flexibles, oportunas, efectivas y eficientes.

Si bien, el Hospital Carlos Van Buren es una de las organizaciones más complejas en cuanto a sus prestaciones en salud con respecto a otros hospitales. Ejemplo de ello es la Unidad de Oncología que cuenta con los equipos médicos de radioterapia más modernos de la V región. Junto con ello, desde el año 2007 el Hospital Carlos Van Buren asume la realización de trasplantes renales de la población el Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota, beneficiando equitativamente a las listas de espera de este tipo de patologías de toda la región y donde un equipo de profesionales, con especialización a nivel nacional y en el extranjero, le entregan el lugar destacado que esta Unidad ha logrado en sus extensos años de labor³⁴. Además de ello, entre otras funciones de igual complejidad, adosado al

³³ Documento Modelo de Atención Integral en Salud, Minsal 2005

³⁴

http://www.hospitalcarlosvanburen.cl/home/index.php?option=com_content&view=article&id=145:transplantes&catid=42:rokstories&Itemid=166

hospital existe un consultorio de especialidad y junto ello una unidad de Otorrino y Oftalmología.

Ahora bien, a partir de lo anterior cabe destacar la siguiente pregunta: **¿Por qué un hospital es considerado una organización y debe gestionarse de una manera estratégica?**

La siguiente definición aclara aun más ésta pregunta:

- **Organización Hospitalaria y Gestión Estratégica.**

Se dice que los establecimientos hospitalarios son organizaciones de servicio, para este efecto se entenderá organización a través de una nueva e incipiente conceptualización en la cual se incluye a las personas, más que una estructura.

- Organización: según Arturo Lom, es el **conjunto de personas que la conforman**, que interactúan para el logro de determinados objetivos, que se expresan en resultados.

Primero es necesario un **plano estratégico de la institución**, estableciendo las condiciones esenciales que dan sentido a los vínculos y al trabajo que las personas efectúan y originando identidad y resultados coherentes con dicha identidad.

Para ello se debe contar con los siguientes elementos fundamentales:

- **La planificación estratégica hospitalaria**, es el **proceso colectivo** de definición de **metas** de corto, mediano y largo plazo para alcanzar **objetivos** estratégicos que permitan **cumplir con la misión y hacer realidad la visión institucional**, tomando en cuenta el entorno y los diversos actores que actúan sobre la misma realidad.

Para el logro de objetivos en la planificación estratégica es importante los procesos sean participativos para que se generen metas viables, modificaciones en la cultura institucional y con el resultado de haber involucrado a las personas en el logro de objetivos colectivos.

Siguiendo la idea anterior, el hospital como organización cuenta con las siguientes estrategias asociadas a su gestión como lo es la **misión y la visión** de la institución, que se vinculan directamente a su planificación. Esto

hace referencia a la definición de metas y a la estructura de funcionamiento. Esta última, vinculada a los **roles** y a su **organigrama**.

A continuación se declara la misión y la visión de la institución:

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

- **Visión** «Queremos ser reconocidos como una institución de excelencia, innovadora, asistencial y docente, líder en especialidades de alta complejidad, **comprometida con sus usuarios, la familia y la sociedad**»

La gestión hospitalaria actual señala que el accionar de los recintos hospitalarios debe estar en función de los usuarios, familia y sociedad tal como declara la visión del hospital. Es pertinente destacar que la visión es la proyección a largo plazo de cómo el hospital quiere llegar a ser. En este sentido estar comprometido con ellos equivale ver a la salud de manera integral incluido la dimensión espiritual, y puede ser que a nivel de equipo clínico esto no se cumpla, ya que las necesidades de espiritualidad muchas veces son dejadas a nivel secundario o simplemente son obviadas desde su accionar.

Dentro de la organización es de suma importancia la forma en que se maneja el financiamiento. El hospital cuenta con el sistema de autogestión. En el 2004 se aprobó la ley de Autoridad Sanitaria, bajo la cual se han realizado varias modificaciones al sistema público de salud. Dentro de esta ley, se establece que los hospitales de mayor complejidad deberán adoptar un nuevo funcionamiento denominado: Autogestionados en Red. Esto significa que el hospital autogestionado deberá mantener un "equilibrio presupuestario", entre sus ingresos y sus gastos. Es decir, no podrá incurrir en mayores gastos de los que tenga presupuestado. La distribución depende principalmente de las prioridades que dirección tenga para la institución.

Respecto a las prioridades, la realidad de la Unidad de Acompañamiento Espiritual en el hospital, denota falta de compromiso y respaldo, lo cual dificulta cumplir con el objetivo de ésta, vinculado a gestionar y facilitar el

acompañamiento espiritual y religioso a los pacientes, familiares y funcionarios del hospital que lo soliciten.

Continuando con la línea de la organización, el organigrama es primordial para consolidar una estructura. El H.C.V.B. estipula una forma de ordenamiento basado en 6 subdirecciones que por organigrama se desprenden luego de la figura del Director. Es importante señalar que la Unidad de Acompañamiento Espiritual depende de la Unidad de Servicio Social, y ésta a su vez de la Subdirección Gestión Asistencial. Sin embargo, en la figura la U.A.E. no figura como unidad. El detalle es el siguiente:

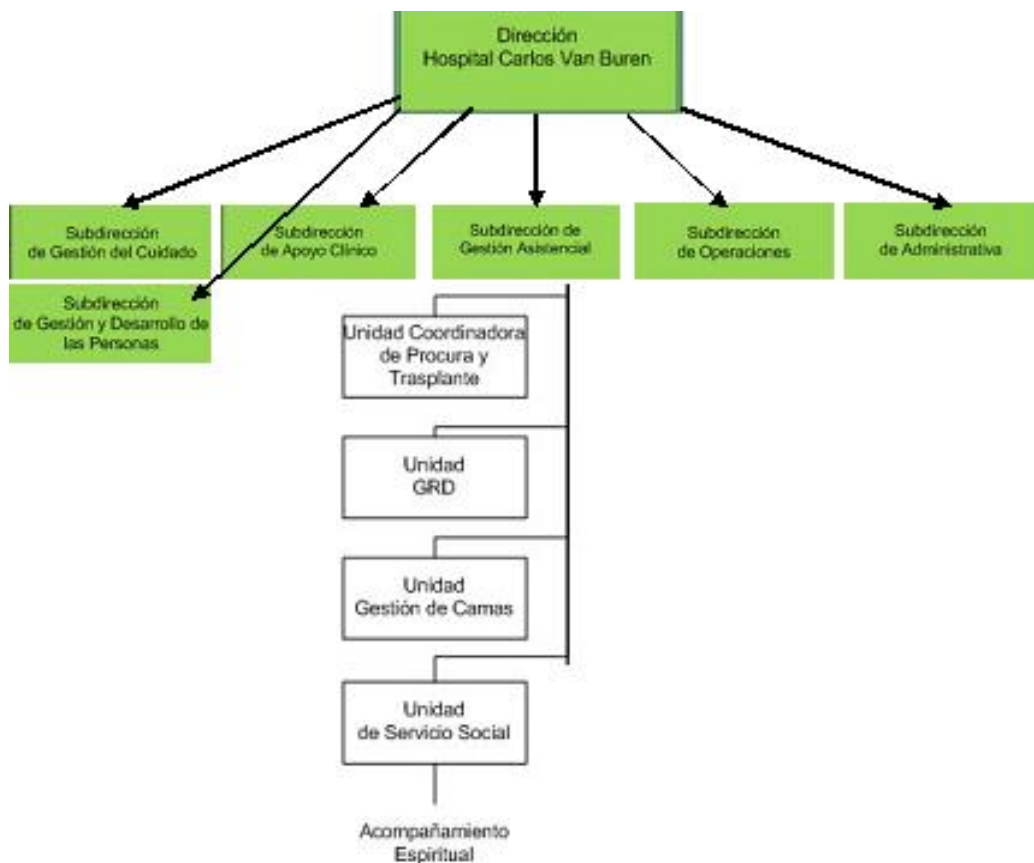


Figura 1: Organigrama del H.C.V.B. con énfasis en la estructura pertinente a la U.A.E.

La red asistencial, visualiza la necesidad espiritual de las personas y las incorpora dentro de la organización hospitalaria cubriendo en teoría las necesidades del usuario y las demandas de las comunidades. Es así que se integra el Acompañamiento Espiritual en la institución, sin que se refleje su ejecución en la realidad de la institución. El Ministerio de Salud genera Orientaciones Técnicas para la implementación de éstas unidades, es ahí cuando el H.C.V.B., en específico la Unidad de Servicio Social, elabora la unidad a través de su gestión, sin encontrarse en la totalidad de su funcionamiento.

De esta forma, y según se señala en las Orientaciones Técnicas, se estipula que su implementación como unidad debe contar en la institución con un lugar físico de funcionamiento, personal administrativo a cargo de la unidad y un lugar multiconfesional para la realización de acompañamiento espiritual. El establecimiento no se hace cargo en la totalidad de lo señalado debido a que no se cuenta ni con infraestructura ni con la totalidad de un personal a cargo de ésta labor. No se gestiona entonces, ni tampoco se toma en cuenta la prioridad de la dimensión espiritual.

Si no son tomadas en cuenta las necesidades de los usuarios, siendo éstas trascendentes para la ejecución de una gestión que permita el trabajo cercano de la institución con sus usuarios, no permite el logro de un trabajo que cubra la realidad de las personas, ni tampoco el logro de una atención integral.

Ahora bien, dentro de la práctica del establecimiento, cada servicio realiza sus actividades en función de la satisfacción de las necesidades del paciente. Estas funciones están asociadas a la forma en que está estructurado el hospital según las metas estipuladas estratégicamente y en base a una atención adecuada al usuario. Desde aquí se pueden asociar una serie de situaciones que se vinculan en específico desde la gestión que se lleva a cabo como hospital a la Unidad de Acompañamiento Espiritual, quien gestiona en teoría el acompañamiento espiritual en virtud a la necesidad del paciente, familia y/o funcionario.

- **Situación 1:**

La relación equipo de salud con los usuarios relacionada a la gestión de acompañamiento espiritual dentro del hospital se dan de manera diferente en cada servicio, debido a que cada una de ellas toma las decisiones de este proceder de manera diferente. Cabe destacar que de cierta manera, cada unidad mantiene sus propios procedimientos, ya que se observa una cierta descentralización y autonomía.

- **Situación 2:**

Una de las estrategias fallidas en el sistema de salud público, es la incorporación de directivos del área administrativa los cuales velan por prioridades, muchas veces, diferentes a las necesidades propias del paciente. En virtud de esto se señala que el acompañamiento espiritual no es prioridad en el hospital puesto que no se la ha otorgado un lugar físico de funcionamiento ni un lugar multiconfesional donde esta forma de acompañamiento se pueda realizar de la forma óptima al paciente. Por lo

mismo tampoco se le ha estipulado un personal que cumpla las funciones específicas de la unidad como lo es el cargo de secretaria. Todo lo anterior asociado a los establecido desde el Minsal tanto en Orientaciones Técnicas como el Reglamento 94. Lo anterior puede generarse también debido a que la profesión del director del hospital es Ingeniero Comercial. Sin embargo, dentro de las palabras que señalan dentro del apartado virtual del Director, en la página de internet del hospital, se estipula lo siguiente:

*“Una de las principales prioridades de la labor de todo hospital es avanzar en materia de calidad y mejorar la atención de salud, poniendo énfasis en la satisfacción de la **comunidad**. Este es el motor que mueve a esta administración, que busca las mejoras necesarias, donde la **gestión** y el impulso para el progreso de infraestructura, siguen el mismo camino. El objetivo es marcar una senda que materialice el acercamiento con los pacientes, con una atención oportuna, información y desarrollo”.*

- **Situación 3:**

Cuando la gestión estratégica señala lo denominado como “**Cambio institucional**” se asocia a “el hospital de mañana”, a la búsqueda y logro de la excelencia institucional en salud pública. Dentro del hospital se puede observar un cierto rechazo por parte del equipo clínico ante la incorporación de la dimensión espiritual en su proceder. Se considera que no es un tema importante dentro de sus labores y no se asocia a un programa emanado desde el ministerio tampoco. De esta forma, la gestión de los cuidados asociado al equipo de enfermería, quien presta servicios diarios al paciente, no logra satisfacer en la totalidad las necesidades del paciente cuando no vincular a la U.A.E. como parte de la gestión hospitalaria. Se señala que reconocer el funcionamiento de otros servicios de la institución en virtud de la atención al paciente beneficia directamente a la satisfacción de estas necesidades y de cierta manera, las diferentes unidades no lo hacen. De esta forma se puede concluir que el cambio institucional relacionado a integrar la dimensión espiritual se ve difuso y difícil de lograr.

3.4.- Matriz de Programación.

A partir de la necesidad de la institución de cumplir con los lineamientos asociados a las Metas de Humanización de la Atención de Salud, establecidos desde el Ministerio de Salud, el equipo seminarista concretará una Intervención Profesional en la comunidad interna del Hospital Carlos Van Buren (H.C.V.B) de Valparaíso.

Objetivo General de Intervención.	Indicadores	Medios de Verificación.
<p>“Desarrollar un proceso de intervención profesional reflexiva para Trabajo Social en la reestructuración de las funciones de la Unidad de Acompañamiento Espiritual del Hospital Carlos Van Buren con el objeto de fortalecer la atención integral del paciente, mediante estrategias de gestión y socialización”.</p>	<p>Al término del proceso de intervención se obtendrá:</p> <p>1.- Un equipo conformado por: un comité integrado por funcionarios y un voluntariado para la U.A.E. del H.C.V.B.</p> <p>2.- Que los colectivos estén socializados con el procedimiento de entrega de acompañamiento espiritual en el H.C.V.B.</p> <p>3.- Normativo Interno de Funcionamiento de la U.A.E. del H.C.V.B.</p>	<p>1.- Registro de Intervención por Actividad.</p> <p>2.- Registro Fotográfico.</p> <p>3.- Documentos de apoyo gráfico.</p> <p>4.- Normativo y Flujograma autorizado y firmado por el Director del H.C.V.B.</p> <p>5.- Registros de Sugerencias y Opiniones de los Colectivos.</p>

3.5.- Matriz de Programación por Fases.

Fase 1	Objetivos Específicos	Indicador de Logro	Medios de Verificación	Recursos.
<p style="text-align: center;">Socialización sobre acompañamiento espiritual a los colectivos.</p>	<p>“Desarrollar un proceso socioeducativo con los diversos colectivos sobre la Unidad de Acompañamiento Espiritual en el H.CV.B.”</p>	<p>1.- Realización de Charlas y Entrega de Informativos a los diferentes colectivos acerca de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La U.A.E., y su funcionamiento en el H.C.V.B. -El rol que cumple cada colectivo en la entrega de acompañamiento espiritual. - Normativo y Flujograma de la U.A.E. en el H.C.V.B. <p>2.- Gestión de Capacitación impartida por el Doctor José</p>	<p>1.- Registros de Intervención.</p> <p>2.- Registro Fotográfico.</p> <p>3.- Registro de Asistencia a reuniones.</p> <p>4.- Tríptico.</p> <p>5- Afiches y Folletos.</p> <p>6.- Power Point.</p>	<p>1.- Recursos Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Equipo Seminarista. -Supervisora Institucional. -Supervisora académica. -Equipo de Salud -Pacientes/usuario -Doctor Alvear. <p>2.- Recursos Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Material Fungible. -Impresora. -Fotocopias. -Data Show.

		Alvear sobre humanización en salud y acompañamiento espiritual, destinada al equipo de salud del H.C.V.B.		3.- Infraestructura: -Dependencias del H.C.V.B. -Comuna de Valparaíso.
Fase 2	Objetivos Específicos	Indicador	Medios de Verificación	Recursos.
Regularización Administrativa para la reestructuración de las funciones de la U.A.E.	“Elaborar un diseño de entrega de acompañamiento espiritual desde la U.A.E. de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud, según realidad del H.C.V.B.”	1.-Sistematización de sugerencias y opiniones de médicos jefe, enfermeras/os supervisoras/res y un técnico paramédico por unidad del H.C.V.B, respeto al normativo interno de la U.A.E., 2.- Un Normativo Interno de la U.A.E. del H.C.V.B. rediseñado, según el Reglamento N° 94 y la realidad del hospital.	1.-Registros de Intervención. 2.- Registro Fotográfico. 3.- Registro de Asistencia a Reuniones. 4.- El Documento de Normativo autorizado y firmado por el Director	1.- Recursos Humanos: -Equipo Seminarista. -Supervisora Institucional. -Supervisora Académica. -Director. 2.- Recursos Materiales: -Material Fungible. -Impresora. -Fotocopias. -Data Show.

		<p>3.- Un diseño de Flujo que señale la ruta de entrega de acompañamiento espiritual a los pacientes.</p> <p>4.- Realización de un Catastro Actualizado de Representantes de Credos Religiosos de la comuna de Valparaíso.</p>	<p>del H.C.V.B.</p> <p>5.- El Documento oficial del Flujograma diseñado y aprobado por las diferentes unidades o servicios participantes de su elaboración.</p> <p>6.- Instrumento de aplicación de sugerencias y opiniones.</p> <p>7.-Sistematización de Sugerencias y Opiniones.</p> <p>8.- Catastro de Iglesias, Ministros de Culto y medio de contacto.</p>	<p>3.- Infraestructura:</p> <p>-Dependencias del H.C.V.B.</p>
--	--	--	---	---

Fase 3	Objetivos Específicos	Indicador	Medios de Verificación	Recursos.
<p>Organización de los colectivos para la reestructuración de las funciones de la U.A.E.</p>	<p>“Coordinar la conformación del equipo de trabajo, según los diversos colectivos, para la reestructuración de las funciones U.A.E.”</p>	<p>1.- Actividad de convocatoria destinada a las damas de color del H.C.V.B. para conformar el voluntariado de la U.A.E.</p> <p>2.- Realización de 7 sesiones de grupo con el voluntariado y se capacitaran en 4 temáticas: - Acompañamiento Espiritual. - Duelo. - Normativo. - Atención y Trato a Usuarios.</p> <p>3.- Actividad de convocatoria destinada a los funcionarios</p>	<p>1.- Registro de Intervención.</p> <p>2.- Registro Fotográfico.</p> <p>3.- Registro Asistencia a Reuniones.</p> <p>4.- Registro de Interesados.</p> <p>5.- Registro de Representantes de Credos Religiosos.</p> <p>6.- Power Point</p>	<p>1.- Recursos Humanos: -Equipo Seminarista. -Supervisora Institucional. -Supervisora Académica. -Voluntariado. -Comité.</p> <p>2.- Recursos Materiales: -Material Fungible. -Impresora. -Fotocopias. -Data Show.</p> <p>3.- Infraestructura:</p>

		<p>del H.C.V.B. para sumar integrantes al comité de la U.A.E. llegando a un máximo de 5/7 integrantes.</p> <p>4.- Realización de reuniones mensuales con el comité, para designar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Determinar funciones específicas de cada integrante.- Programación de actividades anuales. <p>5.- Conformar el voluntariado compuesto por Representantes de Credos Religiosos de la comuna de Valparaíso para realizar Acompañamiento Espiritual en el H.C.V.B.</p>		<p>-Dependencias del H.C.V.B.</p>
--	--	---	--	-----------------------------------

3.6.- Tabla Gantt.

Meses	Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre			
Fase/Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Fase 1 Socialización sobre acompañamiento espiritual a los colectivos.																				
Fase 2 Regularización Administrativa para la reestructuración de las funciones de la U.A.E.																				
Fase 3 Organización de los colectivos en función de la reestructuración de las funciones de la U.A.E.																				

Simbología:

Tiempo Programado.
Tiempo de Holgura.

3.7.- Repertorio de Técnicas de Intervención:

Estrategias.	Técnicas.
❖ Socioeducativa	<ul style="list-style-type: none">• Presentación.• Difusión.
❖ Socioreflexiva	<ul style="list-style-type: none">• Atención y escucha.• Empatía y respeto.
❖ Socioinformativa	<ul style="list-style-type: none">• Exposición.• Reflexión.
❖ Organización y Coordinación.	<ul style="list-style-type: none">• Entrevista.• Encuesta.• Grupo de discusión.• Refuerzo.• Lluvia de ideas.• Asignación de tareas.• Video educativo.• Análisis y discusión.• Material educativo.

The page features a decorative graphic consisting of three blue circles of varying sizes, each with a lighter blue ring around its center. These circles are arranged along a diagonal line that runs from the top-left towards the bottom-right. The circles are positioned in the upper and lower right areas of the page.

CAPÍTULO IV

INTERVENCIÓN PROFESIONAL

Consideraciones Preliminares

En esta capítulo se plasmarán las acciones realizadas por el equipo seminarista en la consecución de los objetivos declarados anteriormente. Visualizados para trabajarlos en una planificación que refleja el diagnóstico el cual plasma la realidad de la institución respecto al acompañamiento espiritual y a la requerimientos del hospital en esta temática.

La intervención se desglosa en tres fases, que ordenan la programación los cuales son equivalentes a un objetivo específico, las fases señaladas son las siguientes;

Fase 1: Socialización sobre acompañamiento espiritual a los colectivos.

Fase 2: Regularización Administrativa para la reestructuración de las funciones de la U.A.E.

Fase 3: Organización de los colectivos en función de la reestructuración de las funciones de la U.A.E.

A partir de lo anterior, en cada una las actividades para la consecución de los objetivos señalados en cada fase, se analizarán los ejes elaborados en el marco referencia, según la pertinencia que estos tengan en cada actividad.

Todo lo anterior está en relación con un fin más amplio, asociado a introducir efectivamente algún cambio en la institución, a partir de la reestructuración de la U.A.E para su funcionamiento en la entrega de acompañamiento espiritual al paciente, familiar o funcionario que lo solicite.

REGISTROS PRIMERA FASE DE INTERVENCIÓN

***“Socialización sobre acompañamiento espiritual a
los COLECTIVOS”***

4.1.- Registro Primera Fase de Intervención.

Socialización sobre acompañamiento espiritual a los colectivos.

- **Objetivo específico fase 1:**

“Desarrollar un proceso socioeducativo con los diversos colectivos sobre la Unidad de Acompañamiento Espiritual en el H.CV.B.”

- **Planificación**

Actividad	Objetivo de la actividad	Tiempo/Lugar	Estrategias	Recursos	Indicador	Medios de verificación
Gestión para la realización de Charlas informativas y educativas.	Coordinar con enfermeras (os) supervisoras de cada Unidad, Charlas informativas y educativas sobre el funcionamiento de la	5 minutos por coordinación aproximadamente	-Organización y Coordinación	1.-Humanos: -Equipo Seminarista. -Enfermera Supervisora de la	Al termino del proceso se tendrán las fechas de las reuniones y/o mail de coordinación de estas, según las siguientes unidades: 1.-Torre Quirúrgica: Piso 2: Neonatología.	-Mail -Fecha de reunión

	U.A.E. del H.C.V.B en sus reuniones mensuales.	Lugar	Técnicas	Unidad.	Piso 3: Maternidad/Ginecología Obstétrica Piso 4: UCIM, UCI Piso 5: MCQ. Piso 6: -Pabellón. 2.- Torre Médica. Piso 3: Pensionado, Neurología. Piso 4: MCM. Piso 5: Traumatología Infantil, Cirugía Infantil. Piso 6: UCIP. 3.-Servicio Oncología 4.- unidad de Otorrino/ oftalmo.	
		-Unidades de la Torre Médica y Torre Quirúrgica del H.C.V.B. -Servicio de Oncología. -Unidad de otorrino y oftalmo.	-Presentación. -Atención y escucha. -Empatía y respeto.			

• **Crónicas de Intervención Profesional**

<p>1.- Antecedentes generales</p> <p>Nombre de la actividad:</p> <p>Fecha:</p> <p>Nº de la Actividad:</p> <p>Fase:</p> <p>Hora de Inicio:</p> <p>Hora de Terminación:</p> <p>Lugar:</p>	<p>Coordinación de Reuniones por Unidad.</p> <p>31 de Mayo y 1 de Junio de 2012.</p> <p>1.</p> <p>Socialización sobre acompañamiento espiritual a los colectivos.</p> <p>10.00 hrs.</p> <p>14.00 hrs.</p> <p>H.C.V.B.</p>
<p>2.- Participantes</p> <p>Responsables.</p>	<p>Enfermera (o) supervisora (o) por Unidad.</p> <p>Equipo Seminarista.</p>
<p>3.- Síntesis de la actividad</p> <p>Lugar</p> <p>Torre Quirúrgica.</p> <p>-Piso 2 Neonatología</p> <p>-Piso 3 Maternidad y ginecología obstétrica</p> <p>-Piso 4</p> <p>Unidad de Cuidados Intermedios</p> <p>-Piso 5</p> <p>Mediana Complejidad Quirúrgica</p> <p>-Piso 6</p> <p>Pabellón Medica</p> <p>Torre Médica.</p> <p>-Piso 3</p> <p>Pensionado y Neurología</p>	<p>Fechas de Reuniones.</p> <p>Matrona Supervisora: Cecilia Guerra.</p> <p>No se realizan reuniones, solo estrategia de socialización a través de tríptico.</p> <p>Matrona Supervisora: Marcela Sepúlveda.</p> <p>No se realizan reuniones, solo estrategia de socialización a través de tríptico.</p> <p>Enfermera Supervisora: Soledad Montes.</p> <p>Coordinar vía mail durante el mes de Junio.</p> <p>Enfermera Supervisora: Patricia Villegas.</p> <p>Reunión, Viernes 22 de Junio a las 9:00am.</p> <p>Enfermera Supervisora: Ana María Barros.</p> <p>Reunión, Miércoles 6 de Junio a las 9:00am.</p> <p>Enfermera Supervisora: Bélgica Cancino.</p> <p>Reunión, Viernes 29 de Junio a las 08.30 hrs.</p> <p>Enfermera Supervisora: Mirta Garate.</p> <p>Reunión, Jueves 7 de Junio a las 10:30. Con Enfermeras.</p> <p>Reunión, Viernes 8 de Junio a las 10:30. Con Paramédicos.</p> <p>Las fechas anteriores quedan suspendidas en una primera instancia.</p> <p>Se reprograma a la fecha siguiente:</p> <p>Reunión, Miércoles 13 de Junio a las 10.00 hrs.</p>

<p>-Piso 4 Mediana Complejidad Médica.</p> <p>-Piso 5 Cirugía infantil Traumatología infantil</p> <p>-Piso 6 Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos</p> <p>-Piso 6 Neurología</p> <p>-Piso 7 Baja Complejidad Medica</p>	<p>Enfermera Supervisora: Ivonne Ottey. Coordinar vía mail durante el mes de Junio.</p> <p>Enfermera Supervisora: Janeth Gonzales. Reunión, Miércoles 20 de Junio a las 08.45 hrs.</p> <p>Enfermera Supervisora: Alejandra Ramírez. Reunión Martes 5 de Junio a las 9:00am</p> <p>Enfermera Supervisora: Ángela Topp. Reunión, coordinar por mail durante el mes de Junio.</p> <p>Enfermero Supervisor: Miguel Moraga Coordinar vía mail durante el mes de Junio.</p>
<p>4.- Análisis por Eje. -Humanización.</p> <p>-Acompañamiento Espiritual.</p> <p>-Duelo como Pérdida de Salud.</p> <p>-Gestión Hospitalaria.</p>	<p>No se utiliza este eje.</p> <p>No se utiliza este eje.</p> <p>No se utiliza este eje.</p> <p>En un establecimiento son los profesionales los que están en contacto con los pacientes, los que en forma generalmente autónoma y descentralizada toman decisiones sobre qué hacer a los pacientes y esas decisiones tienen repercusiones institucionales. En este sentido, las coordinaciones realizadas se harán directamente con la supervisora jefe para luego transmitir la información al resto del equipo de salud, principalmente enfermeras y paramédicos, y así cumplir el objetivo de concretar actividades de socialización en función de la reestructuración de la U.A.E.</p>
<p>5.- Juicio Profesional.</p>	<p>Se considera de manera positiva las coordinaciones realizadas ya que se en todas las unidades se dio una respuesta favorable. En las unidades las cuales ya tenían una reunión programada se logró la concreción de un momento dentro de esta, para la realización de la actividad. Las reuniones no programadas se planifican vía mail.</p>

6.- Medio de Verificación.

Mail de coordinación desde Servicio Social a mail institucional de cada Enfermeras/os Supervisores:

Estimados Enfermeras/os Supervisores:

Junto con saludar, el equipo seminarista de la Unidad de Acompañamiento Espiritual subscribe este mail para solicitar la próxima fecha de reunión de equipo de salud de su unidad para coordinar la charla socioeducativa e informativa de la U.A.E. del H.C.V.B.

De antemano muchas gracias por su cooperación.

• **Planificación.**

Actividad	Objetivo de la actividad	Descripción de la actividad	Tiempo	Estrategias	Recursos	Indicador	Medios de verificación
Charlas informativas y educativas	Informar el funcionamiento de la U.A.E. al equipo de salud del H.C.V.B. en las reuniones mensuales de cada unidad.	Se describirá de acuerdo a los siguientes momentos: 1.-Presentación: El equipo seminarista se presenta y se explica de manera breve el objetivo de la actividad. 2.-Desarrollo de la Actividad: Se hace entrega de tríptico de la U.A.E. y luego se realiza la charla informativa del funcionamiento de la misma. Posteriormente se explica el normativo interno de la U.A.E. y se recogen opiniones y	15 minutos por reunión aproximadamente.	-Socioeducativa -Socioinformativa	1.-Humanos: -Equipo Seminarista. -Enfermera Supervisora de la Unidad. -Enfermeras por Unidad. -Paramédicos por Unidad. 2.-Materiales:	Al termino del proceso de deberá realizar charlas de socialización a de siguientes unidades:	- Registro fotográfico -Registro de intervención -Presentación Power point
			Lugar	Técnicas	-Enfermera Supervisora de la Unidad. -Enfermeras por Unidad. -Paramédicos por Unidad. 2.-Materiales:	1.-Torre Quirúrgica: Piso 4: UCIM, UCI. Piso 5: MCQ. Piso 6: Pabellón. 2.- Torre Médica. Piso 3: Pensionado, Neurología. Piso 4: MCM.	
			-Unidades de la Torre Medica y Torre Quirúrgica del H.C.V.B. -Servicio de oncología	-Presentación. -Difusión. -Atención y escucha. -Empatía y			

		<p>sugerencias para incorporarlas en dicho documento.</p> <p>3.-Finalización: El equipo seminarista se despide y se solicita que las sugerencias y opiniones que realice el equipo de salud luego de la reunión se las hagan llegar a la enfermera supervisora.</p>	-Unidad de otorrino/ oftalmo.	respeto.	<p>-Tríptico.</p> <p>-Papelógrafo.</p> <p>-Power Point.</p>	<p>Piso 5: Traumatología Infantil, Cirugía Infantil.</p> <p>Piso 6: UCIP.</p> <p>3-Servicio de oncología</p> <p>4.- Unidad de otorrino/ oftalmo.</p>	
--	--	---	-------------------------------	----------	---	--	--

- **Crónicas de Intervención Profesional.**


1.- Antecedentes generales: Nombre de la actividad: Fecha: N° de la Actividad: Fase: Hora de Inicio: Hora de Terminó: Lugar:	Charlas informativas y educativas. 05 de Junio 2012. 1 "Socialización sobre acompañamiento espiritual a los colectivos". 09.10. hrs. 09.25 hrs. 6° piso. Torre Médica, UCIP. del H.C.V.B.
2.- Responsables. Número de Participantes.	Equipo Seminarista. -7 enfermeras.
3.- Temáticas tratadas en la actividad.	-Unidad de Acompañamiento Espiritual desde su contexto legal, su objetivo y funciones dentro del H.C.V.B. -Presentación de la propuesta de Normativo Interno de la U.A.E. del H.C.V.B. -Sugerencia de la realidad de la unidad con respecto al acompañamiento espiritual para incorporar al normativo.
4.- Síntesis de la Actividad.	El equipo seminarista al llegar a la unidad es invitado a la Sala de Descanso de las enfermeras en donde realizan sus reuniones mensuales. Luego de ello, comienza la presentación la cual, a falta de un Data Show se realiza mediante un Papelógrafo Explicativo en donde se expone el funcionamiento de la U.A.E. y la propuesta del Normativo Interno. La presentación dura aprox. 10 minutos, posteriormente se logra una retroalimentación en donde las enfermeras compartieron opiniones respecto a la realidad de su unidad y resolvieron dudas respecto a la temática. Para finalizar se entrega el tríptico, un copia del normativo y Registro de Sugerencias, este último se retira durante la jornada de la tarde.
5.- Análisis de Ejes Temáticos. -Humanización.	Para introducir nuestra temática se comienza explicando como la Humanización en la atención en salud se comienza

<p>-Acompañamiento Espiritual.</p> <p>-Duelo como Perdida de Salud.</p> <p>-Gestión Hospitalaria.</p>	<p>a incrementar con la incorporación del modelo integral y como se incorpora la dimensión espiritual en la conceptualización de salud a partir de la reforma.</p> <p>Se aborda esta temática desde lo estipulado por el Minsal, complementando a su vez la importancia de la espiritualidad en la persona durante una enfermedad, un sufrimiento, una muerte, ya que se considera que en este proceso se expresa la necesidad de búsqueda del sentido de la vida y la trascendencia.</p> <p>Se comenta que tanto la enfermedad como la situación de hospitalización pueden generar un duelo, que es esa experiencia de dolor, lástima, aflicción o resentimiento que se manifiesta de diferentes maneras, con ocasión de la pérdida de algo o de alguien con valor significativo.</p> <p>Se explica que junto con la importancia de contar formalmente con documentos de planificación para el logro de nuestros objetivos, es preciso generar procesos participativos tales como levantamiento sugerencias según la realidad del equipo de salud dentro de la institución, para generar metas viables y modificaciones en la cultura institucional con el respaldo de haber involucrado a las personas en el logro de objetivos colectivos.</p>
<p>6.- Juicio Profesional.</p>	<p>La experiencia de esta primera actividad se considera de manera positiva en cuanto a lo siguiente:</p> <p>-Tiempo: Se logra realizar la socialización en el tiempo planificado ya que en la presentación se ocuparon 15 minutos.</p> <p>-Técnicas: Se obtiene una retroalimentación significativa de parte de las enfermeras, asociada a su aporte y a la cantidad de preguntas sobre temáticas tratadas, por lo tanto se considera que las técnicas ocupadas de Atención y escucha y de Empatía y respeto se utilizaron de forma óptima. Asimismo, la técnica de la Charla ocupada durante la presentación fue la mejor manera de entregar el material educativo, considerando que se busca la Difusión del funcionamiento de la U.A.E. para lograr su reestructuración. En resumen, las técnicas ocupadas son eficaces ya que se logra el objetivo de la actividad.</p>


7.- Medio de Verificación.




<p>1.- Antecedentes generales: Nombre de la actividad: Fecha: N° de la Actividad: Fase: Hora de Inicio: Hora de Terminó: Lugar:</p>	<p>Charlas informativas y educativas. 13 de Junio 2012. 5 “Socialización sobre acompañamiento espiritual a los colectivos”. 10.00 hrs. 10.15 hrs. 3° piso. Torre Médica, Pensionado y Neurocirugía del H.C.V.B.</p>
<p>2.- Número de Participantes. Responsables.</p>	<p>- 1 Enfermera Supervisora. - 4 enfermeras. - Equipo Seminarista.</p>
<p>4.- Síntesis de la Actividad.</p>	<p>El equipo seminarista llega a la Oficina de la Enfermera Supervisora Mirta Garate a la hora indicada, incorporándose a su sesión de trabajo con 3 enfermeras. La exposición comienza ocupando el Papelógrafo confeccionado, profundizando en las temáticas planificadas, para luego tratar en específico la importancia de sus sugerencias desde la realidad de su unidad para la construcción del normativo. Estas últimas se logran registrar en el Documento “Registro de Sugerencias” en el momento. Para finalizar se entrega el tríptico de la U.A.E. y una copia de la propuesta de normativo a la Enfermera Supervisora, indicando que ante cualquier eventualidad relacionada con acompañamiento espiritual, esta sea derivada a la unidad.</p>

<p>2.- Número de Participantes.</p> <p>Responsables.</p>	<p>- 7 funcionarios, entre paramédicos y enfermeras.</p> <p>- Asistente Social, Gabriela Vílchez.</p> <p>- Equipo Seminarista.</p>
<p>4.- Síntesis de la Actividad.</p>	<p>El equipo seminarista es acompañado por la asistente social a cargo de la unidad, Srta. Gabriela Vílchez. Al llegar a la sala de reunión, la enfermera supervisora hace un llamado a las enfermeras y paramédicos disponibles en turno y salientes de turno. Una vez reunidos se procede a realizar la charla incorporando en la presentación una breve explicación de la Ley de Derechos y Deberes del Paciente la cual regirá desde el 1 de Octubre. Al término de esta se procede a recibir consultas y sugerencias de la realidad del piso. Antes de despedirse la enfermera jefe solicita una nueva presentación por coordinar, a los funcionarios que no asistieron a la realizada.</p>
<p>5.- Juicio Profesional.</p>	<p>La experiencia de esta actividad se considera de manera positiva en cuanto al tiempo programado ya que en la presentación se ocuparon 20 minutos.</p> <p>Se logró difundir la información y se obtuvo una retroalimentación de la realidad de la unidad.</p> <p>Hubo un alto nivel de participación asociada a los aportes y a la cantidad de preguntas sobre las temáticas tratadas. En esta actividad se observa la buena recepción de parte de los funcionarios lo que se demuestra mediante la solicitud de realizar la misma charla a la misma unidad.</p>
<p>6.- Medio de Verificación.</p>	 <p>The photograph shows a group of approximately ten healthcare professionals, including nurses and social workers, seated in a circle in a meeting room. They are holding informational materials, including a prominent yellow folder. The setting appears to be a professional office environment with large windows in the background.</p>

<p>1.- Antecedentes generales: Nombre de la actividad: Fecha: N° de la Actividad: Fase: Hora de Inicio: Hora de Terminó: Lugar:</p>	<p>Charlas informativas y educativas. 20 de Junio 2012. 7 “Socialización sobre acompañamiento espiritual a los colectivos”. 10.30 hrs. 11.00 hrs. Unidad de Diálisis del H.C.V.B.</p>
<p>2.- Número de Participantes. Responsables.</p>	<p>- Enfermera Supervisora - 3 enfermeras. - Asistente Social, Carolina Gálvez. - Equipo Seminarista.</p>
<p>4.- Síntesis de la Actividad.</p>	<p>El equipo seminarista es acompañado por la asistente social a cargo de la unidad, Srta. Carolin Gálvez para conocer la realidad de la unidad y los funcionarios a cargo con el fin de coordinar mediante la enfermera supervisora la posibilidad de realizar una charla dentro de sus reuniones mensuales. Durante la conversación surge la posibilidad de realizar la charla en ese mismo instante. El equipo seminarista acoge positivamente su petición realizando la charla en el momento ya que se contaba con los materiales apropiados como el Papelógrafo, trípticos, propuesta de normativo. Luego de realizar la charla, surgen dudas con respecto al proceder como unidad, expresando como trabaja su unidad asociada a dos grupos de 10 pacientes durante la semana, los cuales se ven muy afectados cuando uno de ellos muere, por lo que concluyen que sería pertinente el acompañamiento espiritual en dichas contingencias. Como sugerencia de las enfermeras presentes surge la idea de incorporar al comité un psicólogo con el fin de lograr un equipo multidisciplinario, y también, la iniciativa de realizar capacitaciones en las diferentes temáticas del acompañamiento espiritual.</p>
<p>5.- Juicio Profesional.</p>	<p>Aun cuando el equipo seminarista acogió una contingencia de la realización inmediata de una charla, ésta resultó de manera favorable logrando los objetivos de socialización, ya</p>

	<p>que se propone informar a la mayor cantidad de funcionarios sobre el funcionamiento de la U.A.E. y asimismo lograr captar las diversas necesidades según los diferentes servicios.</p>
<p>6.- Medio de Verificación.</p>	


<p>1.- Antecedentes generales: Nombre de la actividad: Fecha: Nº de la Actividad: Fase: Hora de Inicio: Hora de Terminó: Lugar:</p>	<p>Charlas informativas y educativas. 27 de Junio 2012. 8 “Socialización sobre acompañamiento espiritual a los colectivos”. 08.30 hrs. 08.45 hrs. Unidad de Mediana Complejidad Médica del H.C.V.B.</p>
<p>2.- Número de Participantes. Responsables.</p>	<p>- Enfermera Supervisora - 13 personas, entre enfermeras/os y paramédicos. - Equipo Seminarista.</p>
<p>4.- Síntesis de la Actividad.</p>	<p>El equipo seminarista se presenta a la hora acordada y mientras se espera la llegada del personal convocado el equipo se prepara para exponer. El tiempo determinado por la enfermera es de 10 minutos para la presentación de la U.A.E. debido a la gran cantidad de temáticas que se esperaban tratar en la reunión. Para optimizar el tiempo dado, mientras un integrante explica y socializa sobre la unidad, el otro entrega el material informativo (tríptico y Flyer). Los puntos relevantes tratados fueron el contexto legal de la U.A.E. y el contexto real para crear el Normativo Interno dentro del hospital y luego se explica el flujo en que</p>

	<p>debe darse el acompañamiento espiritual. Para finalizar se da paso a una ronda de preguntas en donde se resuelven dudas y consultas. La enfermera supervisora aporta y concuerda con la normativa propuesta entregando ejemplos de la realidad de su unidad.</p>
<p>5.- Juicio Profesional.</p>	<p>En función del acotado tiempo otorgado la charla cumple con el objetivo de dar a conocer la U.A.E. y seguir socializando los diferentes servicios del hospital, cumpliendo además con el tiempo dado. Se logró una retroalimentación por parte de los funcionarios, lo cual se plasma en su participación al momento de realizar preguntas.</p>
<p>6.- Medio de Verificación.</p>	

<p>1.- Antecedentes generales: Nombre de la actividad: Fecha: Nº de la Actividad: Fase: Hora de Inicio: Hora de Terminó: Lugar:</p>	<p>Charlas informativas y educativas. 29 de Junio 2012. 9 “Socialización sobre acompañamiento espiritual a los colectivos”. 08.00 hrs. 08.30 hrs. Unidad de Pabellón del H.C.V.B.</p>
<p>2.- Número de Participantes. Responsables.</p>	<p>- Enfermera Supervisora - 27 personas, entre enfermeras/os y paramédicos. - Equipo Seminarista.</p>
<p>4.- Síntesis de la Actividad.</p>	<p>La enfermera supervisora solicita la convocatoria de funcionarios a las 8 de la mañana debido a la contingencia dada en la unidad. La reunión comienza a las 08.10 en la</p>

	<p>espera de que llegue la mayor cantidad de funcionarios del servicio. La enfermera supervisora comienza dando una introducción previa a la charla socioeducativa donde da énfasis en lo importante de las nuevas leyes vigentes como la Ley de Derechos y Deberes y de la Normativa que rige en el hospital. En este sentido, dicha introducción refuerza el interés en los participantes sobre las temáticas a tratar. De esta forma el equipo seminarista expone de que consta la U.A.E., el contexto legal que la sustenta, el contexto de la realidad del hospital para integrar en el normativo interno y como debiese ser el flujo del acompañamiento espiritual dentro del hospital. Para finalizar, se da pie a la ronda de preguntas.</p>
5.- Juicio Profesional.	<p>La presentación se realizó en el tiempo planificado, pero esta vez, la ronda de preguntas, dudas y consultas se dilató un poco más debido a la gran convocatoria de funcionarios y su alta participación. La charla fue eficaz ya que se logró socializar los objetivos y funciones de la U.A.E. y eficiente ya que en un tiempo acotado se socializó a un gran número de personas de este servicio.</p>
6.- Medio de Verificación.	<p>No se logró obtener Registro Fotográfico.</p>

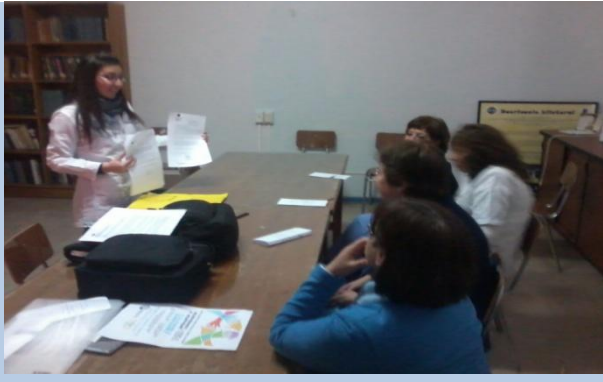
1.- Antecedentes generales: Nombre de la actividad: Fecha: N° de la Actividad: Fase: Hora de Inicio: Hora de Terminación: Lugar:	<p>Charlas informativas y educativas. 4 de julio de 2012. 10 "Socialización sobre acompañamiento espiritual a los colectivos". 08.45 hrs. 09.00 hrs. Unidad de Otorrino/Oftalmología del H.C.V.B.</p>
2.- Número de Participantes. Responsables.	<p>- Enfermera Supervisora - 8 personas, entre enfermeras/os y paramédicos. - Equipo Seminarista.</p>

<p>4.- Síntesis de la Actividad.</p>	<p>El equipo seminarista se presentó a la hora indicada, sin embargo hubo una espera de 15 minutos mientras se presentaban los funcionarios convocados. Se comienza la charla socioeducativa y se explican temáticas sobre la U.A.E. como el contexto legal, la importancia del contexto real del hospital para lograr un normativo interno y como sería el flujo de acompañamiento espiritual. La unidad de otorrino y oftalmología, se encuentra apartado de la torre médica y quirúrgica del hospital, y posee características distintas, ya que solo se encuentran usuarios con diagnósticos y patologías referentes a esta unidad. Es por aquello que se les da la oportunidad que comenten la realidad del servicio, en relación al requerimiento de acompañamiento espiritual en esa área. A partir de esa instancia es posible resolver dudas y consultas del proceder al momento de que se genere una solicitud de un paciente o familiar.</p> <p>El equipo entrega el apoyo informativo (tríptico) y se les invita a ser parte del comité de la unidad de acompañamiento espiritual.</p> <p>Para finalizar la enfermera supervisora solicita al equipo seminarista que realicen la charla informativa a un segundo grupo de funcionarios, la cual se programo para el miércoles 11 de julio del 2012, a la misma hora y lugar.</p>
<p>5.- Juicio Profesional.</p>	<p>Si bien hubo un retraso de 15 minutos, en la espera de la convocatoria de los funcionarios a la sala de reunión, se logran a cabalidad la socialización de las temáticas planificadas, alcanzando una gran participación por parte del grupo. Se consigue obtener una realidad de la unidad e otorrino y oftalmología, y una próxima charla a un segundo grupo.</p>
<p>6.- Medio de Verificación.</p>	

<p>1.- Antecedentes generales: Nombre de la actividad: Fecha: N° de la Actividad: Fase: Hora de Inicio: Hora de Terminó: Lugar:</p>	<p>Charlas informativas y educativas. 6 de julio de 2012. 11 “Socialización sobre acompañamiento espiritual a los colectivos”. 08.45 hrs. 09.00 hrs. Unidad de UCIM del H.C.V.B.</p>
<p>2.-Número de Participantes Responsables.</p>	<p>- Enfermera Supervisora - 13 personas, entre enfermeras/os y paramédicos. - Equipo Seminarista.</p>
<p>4.- Síntesis de la Actividad.</p>	<p>El equipo semifinalista se presenta a la unidad de cuidados de mediana intensidad. El equipo clínico se encontraba en una reunión mensual en el cual se planificaron diversas temáticas a tratar, siendo una de ellas la realización de la charla informativa de la U.A.E. Luego de un receso de una temática a otra, el equipo aguarda para luego exponer. La charla comienza explicando el contexto legal de la U.A.E, donde está ubicada dentro del hospital, el contexto real y como sus dudas y consultas quedaran resueltas he integradas en un normativo interno pronto a sancionar, también se explica cómo debiese ser el flujo de acompañamiento espiritual dentro del hospital. Luego se da una instancia de dudas y consultas, donde se pudo resolver interrogantes tales como donde se ubica y quien compone la unidad. Se explica ante las dudas del contexto histórico de la unidad, en específico, las actividades realizadas, los integrantes que la conformaban y el trabajo que a partir de lo anterior se espera lograr. Para finalizar se invita a participar del comité de funcionarios de la unidad.</p>
<p>5.- Juicio Profesional.</p>	<p>La charla cumple a cabalidad las temáticas planificadas. El tiempo ocupado se extiende unos minutos dada la cantidad de preguntas formuladas por los funcionarios y apreciaciones</p>

	<p>dadas desde su contexto como unidad. Lo anterior se considera de suma importancia en la intervención puesto que el recabar sugerencias desde las diferentes unidades sirve para incorporarlas en la estructuración del normativo interno de la U.A.E.</p>
<p>6.- Medio de Verificación.</p>	

<p>1.-Antecedentes generales: Nombre de la actividad: Fecha: N° de la Actividad: Fase: Hora de Inicio: Hora de Terminó: Lugar:</p>	<p>Charlas informativas y educativas. 11 de julio de 2012. 12 “Socialización sobre acompañamiento espiritual a los colectivos”. 08.45 hrs. 09.00 hrs. Unidad de Otorrino y Oftalmología del H.C.V.B.</p>
<p>2.-Número de Participantes Responsables.</p>	<p>- 4 paramédicos. - Equipo Seminarista.</p>
<p>4.- Síntesis de la Actividad.</p>	<p>La planificación de la segunda charla a los funcionarios aun no socializados de la unidad de otorrino y oftalmología, era a las 8:45 am. Al presentarse el equipo seminarista en la sala de reuniones, ésta se encontraba ocupada. A partir de esta contingencia es que el equipo coordina con la enfermera supervisora la opción de comunicarse vía telefónica para realizar la charla luego del término de la reunión que ocupaba el salón. A las 10 de la mañana se concreta la realización de la charla planificada, la sala de reuniones tenía disponible un data show para realizar la presentación vía diapositivas pero esto no se pudo llevar a cabo por una no compatibilidad de los</p>

	<p>equipos, por lo cual se realiza la charla con los materiales disponibles siendo estos el Papelógrafo y los trípticos. De esta forma se comienza la exposición, se tratan los temas planificados generando una gran recepción, finalizando en una conversación grupal de la realidad de su unidad.</p>
<p>5.- Juicio Profesional.</p>	<p>Aun cuando la cantidad de personas presentes en la charla fue reducida, hubo también un cambio en el horario de la charla y no funcionó la presentación en power point, se logra de todas formas realizar la socialización de la U.A.E. y además se obtiene una gran retroalimentación por parte de los funcionarios identificando una gran empatía con el equipo. Se genera por lo mismo una gran cantidad de preguntas y apreciaciones personales de los presentes desde sus experiencias en la unidad.</p>
<p>6.- Medio de Verificación.</p>	

<p>1.- Antecedentes generales: Nombre de la actividad: Fecha: Nº de la Actividad: Fase: Hora de Inicio: Hora de Terminó: Lugar:</p>	<p>Charlas informativas y educativas. 23 de julio de 2012. 13 “Socialización sobre acompañamiento espiritual a los colectivos”. 09.00 hrs. 09.15 hrs. Sala de Capacitación Hospital Van Buren. Charla destinada a Unidad de Emergencia Adulto (U.E.I) del H.C.V.B.</p>
<p>2.- Número de Participantes.</p>	<p>- Enfermero Supervisor - 10 personas: Enfermeras y Paramédicos.</p>

<p>Responsables.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Asistente Social Srta. Lidia Parra. - Equipo Seminarista.
<p>4.- Síntesis de la Actividad.</p>	<p>En el mes de Junio se había realizado el primer contacto con el enfermero supervisor para realizar la charla. Ésta, se concreta en la fecha indicada y se destina un período breve de presentación puesto que dentro de la reunión se tratarían temas propios de la unidad. El equipo llega a la hora indicada y realiza la presentación de las temáticas planificadas mediante data show. Durante la actividad se explica primero, en qué consiste la unidad, y como este mismo proceso de socialización permitió reflejar cómo se manifiesta el acompañamiento espiritual en las diferentes unidades del hospital. Se da énfasis en que a partir de estas actividades se levantan opiniones, dudas y sugerencias que fueron incorporadas en una propuesta de normativo interno de la U.A.E. Ésta propuesta se pudo presentar en la charla permitiendo desarrollar una retroalimentación con la realidad de la Unidad de Emergencia Adulto y se resuelven dudas vinculadas a la labor de cada funcionario, ya que es ésta unidad en la que se puede solicitar en mayor medida acompañamiento espiritual dada la complejidad de ingreso del paciente.</p>
<p>5.- Juicio Profesional.</p>	<p>Esta charla es considerada dentro de las más importantes dada la complejidad con la que el paciente ingresa al hospital y por lo mismo es relevante contar con la oportunidad de socializar a sus funcionarios sobre la U.A.E. para poder responder a las necesidades del paciente cuando éstos soliciten acompañamiento. Hubo gran participación por parte de los asistentes, permitiendo resolver sus dudas y consultas. La cantidad de personas en la charla fue aumentando, dado que la contingencia misma de la unidad no permitía que estuviesen todos a la misma hora, sin embargo se logró contar con un total de 12 personas. Se logra el objetivo en la hora acordada y en los tiempos adecuados.</p>

6.- Medio de
Verificación




- **Planificación**

Actividad.	Objetivo de la Actividad	Fecha	Estrategias	Participantes	Indicador	Medio de Verificación
Gestión para una Jornada de Humanización.	Gestionar con el Dr. Alvear una Jornada de Humanización en el H.C.V.B.	07 de Junio de 2012	Organización y Coordinación	Doctor José Alvear Equipo Seminarista	Al término de esta actividad, se obtendrán los contactos pertinentes con el doctor Alvear para realizar la jornada planificada en el mes de septiembre.	Registro de Crónica. Registro Fotográfico. Datos de Contacto.
		Lugar	Técnicas			
		Jornada de Buen Trato Hospital San Martín de Quillota	Presentación Atención y Escucha.			

• **Crónicas de Intervención Profesional.**

<p>1.- Antecedentes generales: Nombre de la actividad: Fecha: Fase: Hora de Inicio: Hora de Término: Lugar:</p>	<p>“Participación en Jornada de Buen Trato Hospital San Martin de Quillota, impartida por el Dr. Alvear”.</p> <p>07 de Junio de 2012.</p> <p>Socialización sobre acompañamiento espiritual a los colectivos.</p> <p>10.00 hrs.</p> <p>13.15 hrs.</p> <p>Sala de Conferencias del Hospital San Martin de Quillota.</p>
<p>2.- Participantes.</p>	<p>- Equipo Seminarista de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso.</p> <p>- Doctor José Alvear, Encargado de Unidad de Acompañamiento Espiritual del Ministerio de Salud.</p>
<p>3.- Síntesis de la actividad.</p>	<p>Previa coordinación con Asistente Social, Luis Vergara, encargado de la Unidad de Participación Social y de la Unidad de Acompañamiento Espiritual del Hospital San Martin de Quillota, se concreta la posibilidad de participar en la Jornada de Buen Trato a efectuarse por el Doctor Alvear, en la fecha, hora indicada. De esta forma se logra participar de dicha actividad logrando durante el desarrollo de ésta, el contacto con el Doctor y una respuesta positiva ante la propuesta de realizar la misma Jornada en el Hospital Carlos Van Buren. Luego de ello se intercambia mail y teléfono de contacto, con el propósito de coordinar una fecha para ejecutar dicha actividad.</p>
<p>4.- Análisis por Eje.</p> <p>- Humanización</p> <p>- Acompañamiento Espiritual</p>	<p>La Jornada realizada en el Hospital San Martin tuvo como objetivo de trabajo el Buen Trato como un medio de Humanización en salud, profundizando conceptos como el autocuidado y el cuidado psicoespiritual de los enfermos como a familiares y funcionarios en el trabajo habitual.</p> <p>Dentro de la Jornada, uno de los ejes principal señalados en la presentación del Dr. Alvear fue tanto el concepto de Salud Biológica como Salud Biográfica, entendidas estas como; “los seres humanos, son tanto biología (insertos en el espacio</p>


<p>-Duelo como Perdida de Salud.</p> <p>- Gestión Hospitalaria</p>	<p>material, parte de un mundo físico), como biografía (insertos en una dimensión temporal, una historia de vida). Se prefiere hoy, cada vez mas hablar de “espiritualidad y medicina”, viendo en ella una dimensión más amplia que implica un bienestar integral, paz, serenidad, el sentido de ser querido.</p> <p>En complemento a la exposición presenciada, es que también se señala la oportunidad de un Diplomado en Humanización en Trato al Usuario cuyos Módulos de trabajo son los siguientes: Humanización en Salud, Elaboración del Duelo, Relación de ayuda en Salud y Herramientas de Gestión. El Dr. Alvear le da énfasis a conocer las etapas del duelo desarrollando la importancia de generar competencias para identificar la negación, el desapego, el duelo anticipado, el duelo crónico, entre otros.</p> <p>El nuevo modelo de gestión hospitalaria se fundamenta en el Modelo de Atención Integral en Salud. Este modelo da cuenta de los cambios sociales, culturales, epidemiológicos y demográficos de la población chilena. En este sentido la gestión realizada cuenta con una doble misión, primero, obtener conocimiento desde una mirada ministerial sobre este modelo que incluye el Buen Trato, y segundo, coordinar la realización de esta misma actividad en el H.C.V.B. como estrategia de socialización.</p>
<p>5.- Juicio Profesional.</p>	<p>Se considera esta actividad de manera positiva ya que logra una buena recepción de la propuesta por parte del Doctor Alvear. De esta forma, se sientan las bases de la Jornada Planificada por parte del equipo seminarista estimada durante el proceso de Intervención.</p>
<p>6.- Medio de Verificación.</p>	

• **Planificación.**

Actividad	Objetivo de la actividad	Descripción de la actividad	Tiempo	Estrategias	Recursos	Indicador	Medios de verificación
Socialización de la U.A.E. a las Voluntarias del H.C.V.B.	Informar de la U.A.E. sobre la U.A.E. del H.C.V.B. respecto a su Contexto Legal, Funciones y Organización.	En conjunto con la Asistente Social Jefe de la Unidad de Servicio Social, se asiste a la reunión del Concejo de Desarrollo en donde las Voluntarias se reúnen periódicamente para exponer sobre las temáticas planteadas.	20 minutos.	- Socioeducativa. - Socioinformativa.	1.- Humanos: Equipo Seminarista. Asistente Social Jefe de la Unidad de Servicio Social Voluntarias del H.C.V.B. 2.- Materiales: Fungible Power Point Tríptico.	Al término de la reunión se socializará a las voluntarias asistentes, se entregará material informativo (tríptico).	-Power Point.
			Lugar	Técnicas			
			Auditorio H.C.V.B.	-Presentación. -Atención y escucha -Exposición. -Material educativo.			

• **Crónicas de Intervención Profesional**

<p>1.- Antecedentes generales: Nombre de la actividad: Fase: Fecha: Hora de Inicio: Hora de Término: Lugar:</p>	<p>Charla de la U.A.E. a las Voluntarias de Color del H.C.V.B. Socialización sobre Acompañamiento Espiritual a los colectivos. 29 de Mayo de 2012. 15.00 hrs. 16.00 hrs. Auditorio, H.C.V.B.</p>
<p>2.- Participantes. Responsables.</p>	<p>-Voluntariado del H.C.V.B. -Asistente Social, Jefe de Servicio Social, H.C.V.B. -Equipo Seminarista de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso.</p>
<p>3.- Síntesis de la actividad.</p>	<p>El equipo seminarista se dirige a la hora indicada incorporándose a la reunión de las voluntarias. Luego cuando se indica el momento, se inicia la presentación en donde se tratan temáticas como el contexto legal que enmarca el acompañamiento espiritual dentro de los hospitales, las funciones de la U.A.E., quienes la integran, etc. Luego se realiza una ronda de preguntas y se resuelven dudas.</p>
<p>4.- Análisis por Eje. - Humanización - Acompañamiento Espiritual: - Gestión Hospitalaria</p>	<p>Se aborda este eje dando énfasis en que parte de la atención integral al paciente en la humanización de la misma, es el acompañamiento espiritual. Se explica la dimensión espiritual dentro del concepto de salud. Se explica como la U.A.E. se preocupa de la entrega de acompañamiento espiritual a los pacientes que lo requieran, a sus familias y a funcionarios, ya que esta dimensión es importante durante el proceso de hospitalización, ya que muchas veces se requiere de una conexión con un ser superior. De esta forma un representante de credo religioso cumple el rol de nexo entre la persona que lo requiere y su divinidad. Se explica como la U.A.E. gestiona y facilita la entrega de acompañamiento espiritual a la persona que lo requiera, y se</p>

	<p>identifican los desafíos para lograr esta gestión incorporando la colaboración de diversos colectivos incluyendo a las voluntarias.</p>
<p>5.- Juicio Profesional.</p>	<p>La presentación se logra de manera efectiva, en los tiempos adecuados, con una convocatoria suficiente y una participación oportuna y activa que genera una retroalimentación lo cual se evidencia por la gran cantidad de preguntas al final de la charla</p>
<p>6.- Medios de Verificación.</p>	

REGISTROS SEGUNDA FASE DE INTERVENCIÓN

***“Regularización Administrativa para la
Reestructuración de las Funciones de la U.A.E.”***

4.2.- Segunda Fase

Regularización Administrativa para la Reestructuración de las funciones de la U.A.E.

- **Objetivo específico fase 2:**

“Elaborar un diseño de entrega de acompañamiento espiritual desde la U.A.E. de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud, según realidad del H.C.V.B.”

- **Planificación**

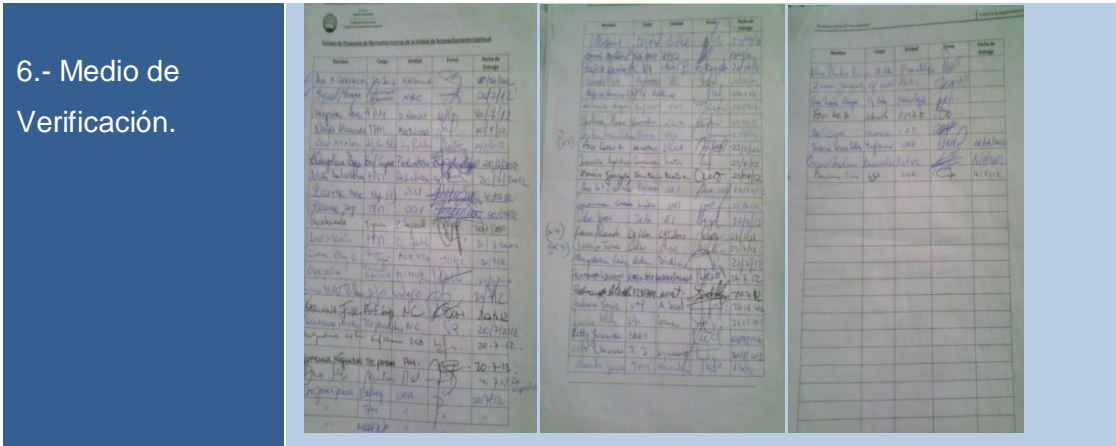
Nombre de la Actividad.	Objetivo de la Actividad	Fecha	Estrategia	Recursos	Indicador	Medio de Verificación
1.- Entrega de propuesta de Normativo Interno de la U.A.E. del H.C.V.B.	1.- Entregar Normativo Interno de la U.A.E. a Equipo de Salud para su revisión.	1.- 20 de julio al 16 de agosto de 2012.	- Socioinformativa	Humanos: -Equipo Seminarista - Médico Jefe -Enfermero (a) Supervisor (a) -Representante de Técnico Paramédico.	Al final de la actividad todas las unidades planificadas tendrán una copia de normativo. Al final de la actividad se recepcionará la devolución	-Registro de Crónica. -Registro Fotográfico. -Documento de
	2.- Solicitar la devolución del Normativo Interno de la U.A.E. a Equipo de Salud	2.- Desde el 03 al 31 de Agosto de 2012.				
		Lugar	Técnicas.			

2.- Devolución de propuesta de Normativo Interno de la U.A.E. del H.C.V.B.	revisado.	Unidades /Servicios Hospital Carlos Van Buren	-Presentación. -Empatía y Respeto	Materiales: -Fungible.	de los comentarios y sugerencias.	Entrega y Devolución Firmado.
---	-----------	---	--------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	-------------------------------

• **Crónicas de Intervención Profesional**

<p>1.- Antecedentes generales: Nombre de la actividad: Fecha: Nº de la Actividad: Fase: Hora de Inicio: Hora de Termino: Lugar:</p>	<p>Entrega de propuesta de Normativo Interno de la U.A.E. del H.C.V.B. 20 de julio al 16 de agosto de 2012. 1. Regularización administrativa para la reestructuración de las funciones de la U.A.E 10.00 hrs. 14.00 hrs. H.C.V.B.</p>
<p>2.- Participantes. Responsables.</p>	<p>- Médicos Jefes por unidad. - Enfermeras (os) supervisoras (os) por Unidad. - Representante de técnicos paramédicos por unidad. - Matrona coordinadora de maternidad. - Asistente Social de la U.A.P. - Enfermera Jefe de la U.A.P. - Jefe de Guardia. - Encargada de Relaciones Públicas. - Encargado de Administración Interna. -Equipo Seminarista.</p>
<p>3.- Síntesis de la actividad.</p>	<p>Se entrega una copia de propuesta de normativo al equipo de salud anteriormente mencionado según el siguiente detalle: 1.- Unidades de la Torre Médica. 2.- Unidades de la Torre Quirúrgica. 3.-Servicio de Oncología. 4.- Unidad de Otorrino/Oftalmología. 5.- Unidad de Atención a las Personas. 6.- Unidad de Administración Interna. 7.- Unidad de Laboratorio.</p>
<p>4.- Análisis por Eje. - Humanización</p>	<p>Lograr la recepción de la propuesta de normativo por parte del equipo de salud de las diferentes unidades significa también poder informar sobre la importancia de la dimensión</p>

<p>- Acompañamiento Espiritual.</p> <p>- Duelo como Perdida de Salud</p> <p>- Gestión Hospitalaria.</p>	<p>espiritual en conjunto con el actuar clínico. Lo anterior se sustenta además de la entrada en vigencia de la Ley de Derechos y Deberes del Paciente. Por otra parte se genera la oportunidad de que cada unidad pueda declarar en un apartado del normativo, comentarios, sugerencias y aportes vinculados al acompañamiento espiritual, en virtud de mejorar la atención al integrando de manera integral todas las dimensiones del paciente.</p> <p>A través del normativo se declara la entrega de acompañamiento espiritual, cuales son las funciones de los actores vinculados en el proceso y la regulación de las formas y condiciones en que ésta se llevará a cabo.</p> <p>No se utiliza este eje.</p> <p>La importancia de entregar el normativo según la jerarquía de cada unidad, genera la oportunidad de que los profesionales a cargo traspasen el contenido de la información a sus pares y sus subordinados, logrando de esta manera abarcar a la mayor cantidad de funcionarios posibles.</p>
<p>5.- Juicio Profesional.</p>	<p>Se produce una dificultad en la entrega de la propuesta de normativo principalmente a los médicos jefes, puesto que sus turnos son diversos y cortos. Dada esta realidad, en algunas oportunidades se tuvo que dejar el documento con la secretaria. No tan complejo fue encontrar a las enfermeras supervisora ya que se encuentran permanentemente en turno, lo que facilitó también la designación de un Técnico Paramédico para su revisión. Las situaciones mencionadas son equivalentes al tiempo de duración de ésta la entrega.</p> <p>Incluir la entrega del documento a otras unidades que no están vinculadas en la atención directa a los cuidados propios del paciente, tiene la misma importancia ya se encuentran vinculadas al proceso de entrega de acompañamiento espiritual y a su regulación.</p>

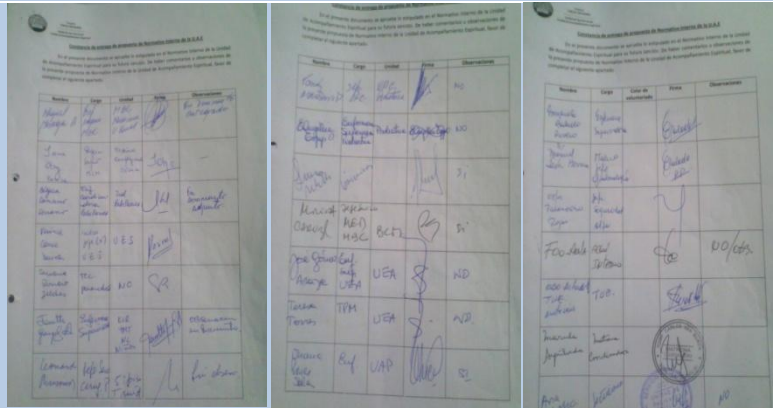


<p>1.- Antecedentes generales:</p> <p>Nombre de la actividad:</p> <p>Fecha:</p> <p>Nº de la Actividad:</p> <p>Fase:</p> <p>Hora de Inicio:</p> <p>Hora de Terminó:</p> <p>Lugar:</p>	<p>Devolución de propuesta de Normativo Interno de la U.A.E. del H.C.V.B.</p> <p>Desde el 03 al 31 de Agosto de 2012.</p> <p>1.</p> <p>Regularización administrativa para la restructuración de las funciones de la U.A.E.</p> <p>10.00 hrs.</p> <p>14.00 hrs.</p> <p>H.C.V.B.</p>
<p>2.- Participantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Médicos Jefes por unidad. -Enfermeras (os) supervisoras (os) por Unidad. -Representante de técnicos paramédicos por unidad. -Matrona coordinadora de maternidad. -Asistente Social de la U.A.P. -Enfermera Jefe de la U.A.P. -Jefe de Guardia. -Encargada de Relaciones Públicas. -Encargado de Administración Interna.
<p>Responsables.</p>	<p>-Equipo Seminarista.</p>
<p>3.- Síntesis de la actividad.</p>	<p>Se solicita la devolución de la copia de propuesta de normativo al equipo de salud anteriormente mencionado con o sin observaciones, según el siguiente detalle:</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Unidades de la Torre Médica. 2.- Unidades de la Torre Quirúrgica. 3.-Servicio de Oncología. 4.- Unidad de Otorrino/Oftalmología. 5.- Unidad de Atención a las Personas. 6.- Unidad de Administración Interna. 7.- Unidad de Laboratorio.
<p>4.- Análisis por Eje. - Humanización</p> <p>- Acompañamiento Espiritual.</p> <p>- Duelo como Perdida de Salud</p> <p>- Gestión Hospitalaria.</p>	<p>Lograr la recepción de la propuesta de normativo por parte del equipo de salud de las diferentes unidades significa también poder informar sobre la importancia de la dimensión espiritual en conjunto con el actuar clínico. Lo anterior se sustenta además de la entrada en vigencia de la Ley de Derechos y Deberes del Paciente. Por otra parte se genera la oportunidad de que cada unidad pueda declarar en un apartado del normativo, comentarios, sugerencias y aportes vinculados al acompañamiento espiritual, en virtud de mejorar la atención al integrando de manera integral todas las dimensiones del paciente.</p> <p>A través del normativo se declara la entrega de acompañamiento espiritual, cuales son las funciones de los actores vinculados en el proceso y la regulación de las formas y condiciones en que ésta se llevará a cabo.</p> <p>No se utiliza este eje.</p> <p>La importancia de entregar el normativo según la jerarquía de cada unidad, genera la oportunidad de que los profesionales a cargo traspasen el contenido de la información a sus pares y sus subordinados, logrando de esta manera abarcar a la mayor cantidad de funcionarios posibles.</p>
<p>5.- Juicio Profesional.</p>	<p>La devolución de la propuesta de normativo se complejizó por el bajo interés por parte del equipo de salud, en especial los médicos, respecto a su revisión. Se aludía el poco tiempo, la pérdida del documento y la prioridad a otras actividades. Junto con ello, vacaciones y licencias también generaban la demora del proceso y desgaste por parte del equipo seminarista al insistir reiteradas veces ante la entrega del documento en la amplitud de todas las unidades del hospital.</p>

Sin embargo, se logra que la gran mayoría de las unidades entreguen el documento y muchos de ellos, tenían integrado en esta devolución comentarios, sugerencias y aportes. Lo anterior revela entre otras cosas, la información que las unidades manejan sobre el acompañamiento espiritual, las experiencias dadas dentro su contingencia y lo idóneo de este proceder para su servicio.

6.- Medio de Verificación.



• **Planificación**

Actividad.	Objetivo de la Actividad	Fecha	Estrategias	Recursos	Indicador	Medio de Verificación
Sistematización de comentarios y sugerencias.	Incorporar Sugerencias, Comentarios y Observaciones del equipo de salud al normativo.	03 de Septiembre de 2012	Organización y Coordinación .	Humanos: Equipo Seminarista Medico Jefe, Enfermero (a) Supervisor (a) y un representante de Técnico Paramédico. Materiales: Fungible.	Al final de la actividad se obtendrá la recopilación de las observaciones, comentarios y sugerencias de la propuesta de normativo interno de la U.A.E.	Registro de Crónica. Documento de Sistematización.
		Lugar	Técnicas			
		H.C.V.B.	Asignación de Tareas			

- **Crónicas de Intervención Profesional.**

1.- Antecedentes generales: Nombre de la actividad: Fase: Fecha: Hora de Inicio: Hora de Término: Lugar:	Sistematización de comentarios y sugerencias. Regularización Administrativa para la Reestructuración de las funciones de la U.A.E. 03 de Septiembre de 2012. 10.30 hrs. 14.00 hrs. H.C.V.B.
2.- Responsables.	-Equipo Seminarista de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso.
3.- Síntesis de la actividad.	El equipo seminarista se reúne para sistematizar los comentarios y observaciones que realizaron los médicos jefes, enfermeras supervisoras, matrona coordinadora, representantes de técnicos paramédicos, jefe de los guardias, entre otros profesionales que están a cargo de unidades que se consideran como actores importantes en el proceso de entrega de acompañamiento espiritual.
4.- Análisis por Eje. - Gestión Hospitalaria	Se concreta la sistematización indicando los nombres, cargos y unidad desde donde se origina el comentario o sugerencia según la organización de cada servicio.
5.- Juicio Profesional.	Se logra de manera efectiva la realización de la actividad, ya que plasmaron los comentarios y sugerencias de todas las unidades que entregaron el documento que las obtenía, permitiendo plasmar las mismas de acuerdo a su realidad en el normativo interno de la U.A.E. que fija las formas y condiciones de cómo los representantes de credo van a realizar acompañamiento espiritual a los servicios.
6.- Medio de Verificación	Tabla 1: Sistematización de Sugerencias, Comentarios y Observaciones de Médicos Jefes, Enfermeras Supervisoras y 6.- Representantes de Técnicos Paramédicos por Unidades del Hospital Carlos Van Buren.

• **Tabla 1**

Sistematización de Sugerencias, Comentarios y Observaciones de Médicos Jefes, Enfermeras Supervisoras y 6.- Representantes de Técnicos Paramédicos por Unidades del Hospital Carlos Van Buren.		
Unidad Médica	Nombre	Sugerencia, Consulta, Comentario u Opinión.
Anatomía Patológica	Dr. Humberto Vallejo	El artículo 8 debe agregarse después del “Jefe de Servicio” o “Enfermera Supervisora o Matrona Supervisora”, lo que corresponda, ya que ellos permanecen en las unidades el mayor tiempo y no los jefes de servicio.
U.C.I.M.	Enfermera Supervisora Sr. Patricia Villegas	Por normativa de servicio (UCIM.) autoriza cada hora de visita el ingreso de 4 personas, distribuido en 1 hora, por ende, si ingresa a la hora de visita, solo podrían ingresar 3 familiares, por ello se solicita que el acompañamiento espiritual sea fuera de este horario el cual consiste en 12:30 a 13:30 hrs y de las 17:30 a 18:00 hrs sólo 2 personas.
Neurocirugía Infantil.	Enfermera Supervisora Sra. Janeth González.	Se solicita ante visita de representantes de credos religiosos; SIEMPRE; se acompañe por uno de los padres o tutores de menores hospitalizados.
Neurocirugía Infantil.	Técnico. Paramédico Sra. Susana Romero	- Especificar. El horario de estar si es urgencia. - Especificar si la tarjeta del paciente incluye para el credo el horario estipulado en cada servicio.
U.P.C.	Medico Jefe (subrogante) Sr. Cristian Lucero.	Art. 5: U.P.C. (U.C.I. y U.C.I.M.) Horario de preferencia P.M. No podrá haber horario fijo. Todo depende de la condición del paciente y las actividades de la unidad. Otros: Identificación visible y clara.
Baja Complejidad Médica	Medico Jefe Sra. Maritza Caruze	Art. 2: “se deberá consultar su credo y si desea recibir acompañamiento espiritual”. ¿Quién lo consulta?, ¿en cuál ficha, enfermería?, no corresponde a registro médico. Art. 3: ¿Cómo se entera del catastro interno de representantes de credos religiosos?
Unidad Mediana Complejidad Quirúrgica	Medico Jefe Sr. Jaime Vignolo	¿Qué instancia abastecerá los dípticos informativos a los usuarios?

<p>Unidad Mediana Complejidad Quirúrgica</p>	<p>Enfermera Supervisora Sra. Ana María Barros González.</p>	<p>Anexo Minsal para comunicar telefónicamente algún impass con estas visitas que en oportunidades han causado problemas con otros pacientes.</p>
<p>R.R.P.P.</p>	<p>Sra. Luisa Ubilla</p>	<p>El ingreso solamente puede ser por San Ignacio 725 previa comprobación del paciente que lo solicite. Se debe entregar a empresa de guardias procedimiento a utilizar.</p>
<p>Pabellón</p>	<p>Enfermera Supervisora Sra. Bélgica Cancino.</p>	<p>Art 8: considerar a enfermera o matrona supervisora o clínica a cargo de sala o unidad.</p>
<p>U.A.P.</p>	<p>Jefa de la Unidad Enfermera Sra. Oriana Ponce.</p>	<p>Sugiero utilizar módulo de atención cerrada de información a público, pacientes hospitalizados, en ventana requerimiento a familiares para dejar constancia de un determinado servicio la solicitud de visita de un pastor. Esto facilitaría las comunicaciones entre las unidades de información y los servicios clínicos eficientemente el horario hábil. Esto permitiría hacer más rápido el trámite para la autorización de ingreso al establecimiento del pastor requerido.</p>
<p>U.A.P.</p>	<p>Personal de la unidad.</p>	<p>Para poder lograr un trabajo más ordenado y eficaz sería prudente que en el sistema ordenen el lugar donde se piden los requerimientos, la enfermera informe que el paciente está autorizado para el acompañamiento espiritual.</p>
<p>Oftalmología/ Otorrino</p>	<p>Enfermera Supervisora Sra. Enriqueta Balado.</p>	<p>Dentro de la anamnesis de la enfermería resulta complicado agregar la consulta sobre el credo Religioso dado la cantidad de preguntas y datos clínicos que se le solicitan al paciente. Lo que podríamos hacer es agregar en el tríptico que se entrega al ingreso del paciente el punto que indique que si requiere asistencia religiosa o Espiritual la informe y solicite a través de la enfermera profesional.</p>
<p>Oftalmología/ Otorrino</p>	<p>Medico jefe Sr. Manuel León</p>	<p>En disposiciones generales, art. 2, estimo que consultar a todos los pacientes su credo, si desean asistencia religiosa y anotar en la ficha, solo aumenta el trabajo del personal y puede provocar molestias en algunos pacientes que pueden considerar una intromisión en sus asuntos privados.</p>

		Estimo sería mejor entregar asistencia religiosa a quien manifieste y no preguntar tanto a cada paciente.
Anatomía Patológica	Téc. Paramédico Sr. Eduardo Astudillo.	<i>"Me parece buen formato".</i>
Servicio de Guardias.	Jefe de Seguridad Alfa	Hay horario definido. Para la asistencia espiritual, ¿Qué pasa en las madrugadas? Las religiosas del hospital ¿tienen restricciones?
Maternidad	Matrona Coordinadora Srta. Marcela Sepúlveda	Me quedo la duda de cuándo un pariente solicite Acompañamiento espiritual; exactamente a qué unidad debemos recurrir. Existirá un listado oficial con las personas autorizadas, sólo podrán ingresar ellos? Si la paciente solicita un pastor X quien le otorgará la autorización?
Oncología	Enfermera Supervisora Raquel Gamboa	Art. 2: En el caso de quimioterapia con ciclos de hospitalización cada 21-28 días. Debe dejar claro que sólo consultará 1 vez. Art 2: Se registrará en ficha de enfermería??
Unidad de cuidados intensivos	Enfermera Supervisora Soledad Montes	Art 2: Me parece muy obligatorio como está estipulado, no sé si la ley lo dice. Es necesario hacerlo?? o sólo si lo manifiesta o dada su condición es importante? Art 5: Debe definirse además si los representantes de un credo no pueden andar "captando clientes", situación que ha ocurrido aquí en la UCIA. De la Infraestructura: 1.- Oficina administrativa: Como se contactará por fono? Cual? Ubicación física de la oficina? Sera ubicada prontamente?? O sólo dirigir a Servicio Social.
Unidad de Diálisis	Enfermera Supervisora Leticia Polanco	Art 2: A mí me parece que el paciente usuario debe elegir libremente y por lo tanto, expresar si requiere acompañamiento; al nacer la consulta ya se dirige una respuesta y "obliga" a la solicitud. Otras responsabilidades Definir claramente el vestuario adecuado

• **Planificación**

Actividad.	Objetivo de la Actividad	Fecha	Estrategia	Recursos	Indicador	Medio de Verificación
Normativo Interno Y Flujo de Acompañamiento Espiritual de la U.A.E.	Elaboración de Normativo Interno Y Flujo de Acompañamiento Espiritual de la U.A.E. a partir de las sugerencias recabadas del equipo de salud.	04 Y 05 de Septiembre de 2012.	Organización y coordinación.	Humanos: Equipo Seminarista Asistente Social Jefe de la Unidad de Servicio Social. Materiales: Fungible. Notebook.	Al final de la actividad se incorporaran las sugerencias y observaciones al normativo y se creara un flujo de entrega de acompañamiento espiritual.	Registro de Crónica. Documento Elaborado.
		Lugar	Técnicas.			
		Unidad de Servicio Social Hospital Carlos Van Buren	-Lluvia de Ideas. -Análisis y discusión.			

• **Crónicas de Intervención Profesional**

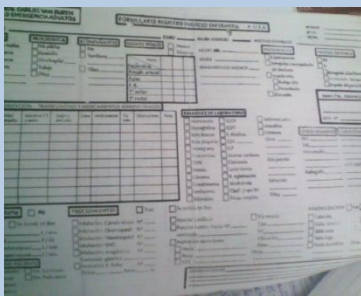

<p>1.- Antecedentes generales: Nombre de la actividad: Fase: Fecha: Hora de Inicio: Hora de Término: Lugar:</p>	<p>Normativo Interno Y Flujo de Acompañamiento Espiritual de la U.A.E. Regularización Administrativa para la Reestructuración de las funciones de la UA.E. 04 Y 05 de Septiembre de 2012. 10.00 hrs. 14.00 hrs. H.C.V.B.</p>
<p>2.- Responsables.</p>	<p>-Equipo Seminarista -Srta. Lidia Parra, Jefe Unidad de Servicio Social.</p>
<p>3.- Síntesis de la actividad.</p>	<p>Luego de que el equipo seminarista sistematizara las sugerencias, se concreta en conjunto con la jefa de la Unidad de Servicio Social cuales de ellas serán incorporadas al normativo interno final que será presentado al director del hospital. De la misma forma, se determina la concreción de un flujo de ingreso de los representantes de credo religioso y asimismo, se estipulan roles y funciones de quienes están vinculados al acompañamiento espiritual como guardias, equipo de salud, etc.</p>
<p>4.- Análisis por Eje. - Gestión Hospitalaria</p>	<p>Esta gestión comienza con las sugerencias de los servicios, luego se genera en servicio social la integración de estas en la propuesta de normativo para finalmente presentar ante el director del hospital su posterior sanción. De esta manera, esta gestión se realiza de manera jerárquica, se estipulan roles y funciones de quienes están involucrados en la entrega de acompañamiento espiritual para luego integrar todo lo anterior en la organización de la institución.</p>
<p>5.- Juicio Profesional.</p>	<p>Si bien se logro contar con la reunión final para la concreción del normativo y flujograma, dada las circunstancias propias de la unidad de servicio social, no se logró la retroalimentación esperada, sin embargo el equipo seminarista entrega los documentos elaborados.</p>
<p>6.- Medio de Verificación</p>	<p>Flujo 1: Flujo de acompañamiento espiritual: se encuentra en el apartado de anexo.</p>

- **Planificación.**

Actividad.	Objetivo de la Actividad	Fecha	Estrategia	Recursos	Indicador	Medio de Verificación
Gestión ficha de enfermería	Incorporación de credo religioso del paciente en ficha de enfermería para facilitar la entrega de acompañamiento espiritual	27 de Julio de 2012.	Organización y Coordinación.	Humanos: 1.- Equipo Seminarista. 2.- Asistente social, Jefe de la Unidad de Servicio Social. 3.- Enfermera de Unidad Gestión de Cuidado. Materiales: Fungible.	Al final de la reunión se esperan acuerdos para el ingreso del credo en la ficha de enfermería.	Registro de Crónica.
		Lugar	Técnicas.			
		Unidad Gestión del Cuidado Hospital Carlos Van Buren	-Asignación de Tareas. -Análisis y Discusión.			

• **Crónicas de Intervención Profesional**

<p>1.- Antecedentes generales: Nombre de la actividad: Fecha: Fase: Hora de Inicio: Hora de Terminación: Lugar:</p>	<p>Reunión Gestión del Cuidado H.C.V.B. 27 de Julio de 2012. Regularización administrativa para la reestructuración de las funciones de la U.A.E. 15.30. hrs. 16.00 hrs. Oficina Unidad Gestión del Cuidado H.C.V.B.</p>
<p>2.- Asistencia.</p>	<p>1. Sra. Katty Yunnissi, enfermera matrona, Gestión de Cuidados del H.C.V.B. 2. Asistente Social, Srta. Lidia Parra, Unidad de Servicio Social. Equipo Seminarista.</p>
<p>3.- Temáticas tratadas de la actividad.</p>	<p>Se señala el proceso llevado a cabo durante el año 2012 en la U.A.E. como las charlas socioeducativas en las diferentes unidades del hospital. Se presenta el Reglamento # 94 que señala la incorporación el ingreso del credo del paciente en la ficha de enfermería del paciente lo que se estipula también en el normativo interno de acompañamiento espiritual en la institución. Se discute la situación en las unidades pediátricas, concluyendo en que el acompañamiento espiritual se debe siempre realizar por un representante de credo religioso en la compañía de uno de sus padres o quien tenga el cuidado personal del niño hospitalizado.</p>
<p>4.- Análisis por Eje. -Humanización.</p>	<p>Estipular el credo del paciente en la ficha de enfermería es un cambio importante en la forma de abordar la dimensión espiritual dentro del quehacer del hospital. Del mismo modo, se genera un gran aporte en la atención integral al paciente en concordancia con la Ley de Derechos y Deberes en la cual se estipula el derecho del paciente a recibir acompañamiento espiritual de cualquier religión que éste profese haciendo más humanizada su atención.</p>

<p>-Acompañamiento Espiritual.</p> <p>-Duelo como Perdida de Salud.</p> <p>-Gestión Hospitalaria.</p>	<p>Señalar el credo del paciente al momento de su ingreso a la hospitalización es el primer paso para que al momento de solicitar acompañamiento espiritual, la institución sea capaz de facilitar a la persona la realización de sus creencias y ritos religiosos de manera similar a como las profesa durante su vida cotidiana.</p> <p>No se utiliza este eje.</p> <p>Se genera un compromiso por parte de la enfermera encargada de gestión del cuidado en incorporar el credo religioso del paciente hospitalizado en la ficha de enfermería, al igual que el compromiso por parte de la jefatura de servicio social a entregar la información sobre el acompañamiento espiritual a cada unidad del hospital.</p>
<p>5.- Juicio Profesional.</p>	<p>Luego de dos intentos previos por realizar esta reunión y ser postergada por las contingencias presentadas por la enfermera encargada de gestión del cuidado, se logra realizar con éxito.</p> <p>Concretar un acuerdo entre ambas jefaturas, es de gran importancia para la consecución del objetivo de incorporar el credo del paciente, como está estipulado en el reglamento N° 94 permitiendo una atención más integral al paciente.</p>
<p>6.- Medio de Verificación.</p>	<p>Ficha de enfermería:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;">   </div>

REGISTROS TERCERA FASE DE INTERVENCIÓN

***“Organización de los Colectivos para la
Reestructuración de las funciones de la U.A.E.”***

4.3.- Tercera Fase

Organización de los Colectivos para la Reestructuración de las funciones de la U.A.E.

- **Objetivo Especifico de la Fase 3:**

“Coordinar la conformación del equipo de trabajo, según los diversos colectivos, para la reestructuración de las funciones de la U.A.E.”

- **Planificación**

Actividad.	Objetivo de la Actividad	Fecha	Estrategias	Recursos	Indicador	Medio de Verificación
Poster y Flyer para un equipo de trabajo.	Entrega de poster y Flyer por Unidad del H.C.V.B. para integrar a funcionarios al comité de la U.A.E y voluntarios al voluntariado de acompañamiento espiritual	-22 de Junio de 2012 -25 de Junio de 20120	Socioinformativa	Humanos: Enfermeras y Enfermeras Supervisoras por Unidad. Técnicos Paramédicos. Damas de Color. Materiales: Poster y Flyer.	Al término de la actividad se obtendrá la integración de integrantes al voluntariado y al comité.	El registro de personas interesadas en participar.
		Lugar	Técnicas.			
		-Torre Quirúrgica. -Torre Médica. -Servicio de Oncología. -Unidad de Otorrino y Oftalmología	-Difusión. -Atención y Escucha.			

• **Crónicas de Intervención Profesional**

<p>1.- Antecedentes generales: Nombre de la actividad: Fase: Fecha: Hora de Inicio: Hora de Término: Lugar:</p>	<p>Poster y Flayer para un equipo de trabajo. Organización con los colectivos para la reestructuración de las funciones de la U.A.E. 22 de Junio y 25 de Junio de 2012. 10.30 hrs. 13.00 hrs. Torre Quirúrgica y Torre Médica, H.C.V.B.</p>
<p>2.- Participantes. Responsables.</p>	<p>-Enfermeras y Enfermeras Supervisoras por Unidad. -Técnicos Paramédicos. -Damas de Color. -Equipo Seminarista de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso.</p>
<p>3.- Síntesis de la actividad.</p>	<p>El equipo seminarista se dirige a cada piso en el H.C.V.B. y solicita a la enfermera supervisora por unidad la autorización para plasmar el poster y en conjunto identificar un lugar estratégico e idóneo con el objetivo de que la mayor cantidad de funcionarios pueda verlo. Como referencia a estos lugares se encuentran: murales informativos de los servicios, mamparas de vidrio de tránsito concurrido, etc. Junto con ello se entrega un Flayer de apoyo al poster a diversos funcionarios que se encuentre disponibles.</p>
<p>4.- Análisis por Eje. - Humanización -Acompañamiento Espiritual -Duelo como Perdida de Salud. - Gestión Hospitalaria</p>	<p>No se ocupa. No se ocupa. No se ocupa. Se procede a pedir autorización a la enfermera supervisora para la realización de la actividad.</p>
<p>5.- Juicio Profesional.</p>	<p>Se logra de manera efectiva la realización de la actividad, ya que plasmaron los poster en las diversas unidades.</p>

6.- Medio de Verificación.



• **Planificación**

Actividad.	Objetivo de la Actividad	Fecha	Estrategias	Recurso	Indicador	Medio de Verificación.
Sesiones para un Voluntariado de la U.A.E.	Realizar 7 sesiones socioeducativas de acompañamiento espiritual, duelo, normativo interno de la U.A.E. y atención y trato al usuario	04 de Junio de 2012 hasta 09 de Julio de 2012.	Socioeducativas Socioreflexiva	Humanos: Damas de Color. Equipo Seminarista. Materiales: Fungible. Power Point. Data Show. Fotocopia.	Al final de las sesiones se lograra que el equipo de voluntariado de la U.A.E. se capacite en las temáticas planificadas.	Registro de Crónica Registro Fotográfico.
		lugar	Técnicas.			
		Auditorio del H.C.V.B.	Atención y escucha. Empatía y respeto. Exposición y reflexión.			

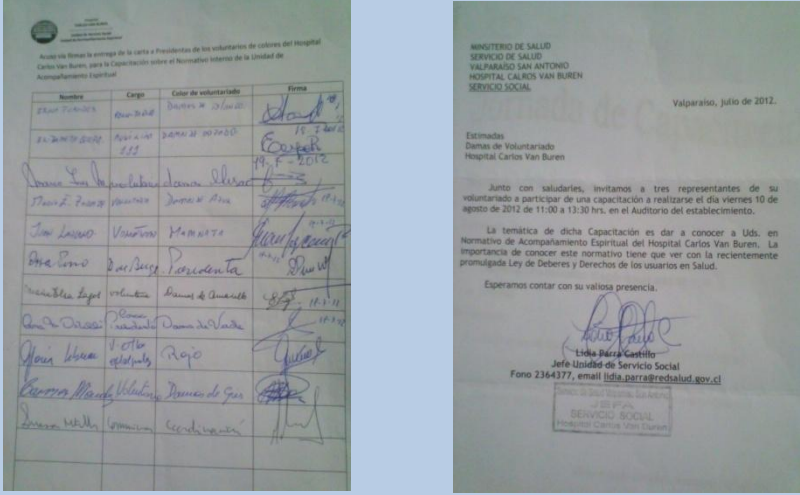
- ❖ Por motivos de la aprobación de la nueva ley de Derechos y Deberes del Paciente en el cual se respeta el acompañamiento espiritual a los pacientes hospitalizados y su familia, es que se genera un sistema nacional de acreditación de ministros de culto (SNAM) para la realización de acompañamiento espiritual y/o asistencia religiosa desplazando de ese rol a las voluntarias.
- ❖ Lo anterior, provoca que se elabore sólo una capacitación de las temáticas planteadas en la primera planificación, dando énfasis en que su labor como voluntarias sea enfocada en la contención ante la espera de un representante de credo religioso.

• **Planificación.**

Actividad.	Objetivo de la Actividad	Fecha	Estrategias	Recursos	Indicador	Medios de Verificación.
Invitación para capacitación a voluntarias de color.	Entregar a todas las presidentas de las congregaciones de voluntariado de color una invitación para ellas y tres de sus voluntarias.	18 y 19 de Julio de 2012.	Organización y coordinación	Humanos: Damas de Color. Equipo Seminarista. Materiales: Fungible. Carta de invitación.	Al final de la Jornada se obtendrá que todas las presidentas del voluntariado del H.C.V.B. estén informadas sobre la Jornada.	Registro de Crónica.
		Lugar	Técnicas.			Registro de Firmas
		Dependencias del H.C.V.B.	Empatía y respeto.			Carta de Invitación.

• **Crónicas de Intervención Profesional**

<p>1.- Antecedentes generales: Nombre de la actividad: Fecha: N° de la Actividad: Fase: Hora de Inicio: Hora de Terminación: Lugar:</p>	<p>Entrega de carta de invitación. 18 y 19 de Julio de 2012. 1. Organización de los Colectivos para la Reestructuración de las funciones de la U.A.E. 10.00 hrs. 14.00 hrs. H.C.V.B.</p>
<p>2.- Participantes. Responsables.</p>	<p>-Presidentas cada organización de voluntariado de color del H.C.V.B. -Equipo Seminarista.</p>
<p>3.- Síntesis de la actividad.</p>	<p>Entrega de carta de invitación a la jornada de capacitación a las presidentas de cada voluntariado de color.</p> <p>-Damas de Azul: Unidad emergencia adulto. -Damas Oftalmología: Unidad de otorrino y oftalmología -Damas de Rosado: Unidad Baja complejidad médica -Damas de Clisac: Unidad mediana complejidad quirúrgica. -Voluntariado Maranatha: Unidad cirugía infantil traumatología infantil -Damas de Beige: Unidad de pensionado y neurocirugía./UPC -Damas de Amarillo: Unidad de maternidad -Damas de Verde: Unidad de oncología./ UCIP -Damas de Gris: Unidad de diálisis -Damas de Blanco: Unidad mediana complejidad médica</p>
<p>4.- Análisis por Eje. - Gestión Hospitalaria.</p>	<p>Se utiliza la estructura organizativa de los voluntariados de color, para la entrega de la carta de invitación, en la cual cada presidenta debe designar a tres personas de su organización para que asista a la jornada de capacitación del normativo de la U.A.E del H.C.V.B y de duelo.</p>

<p>5.- Juicio Profesional.</p>	<p>Se logra la entrega de cartas de invitación a la totalidad de los grupos de voluntariados del hospital, en un periodo de dos días ya que el voluntariado siempre se encuentra durante la mañana en sus respectivas unidades. Se considera que la recepción de la invitación fue de manera positiva, debido que al momento de la entrega de la carta se demostró gran interés y disposición en participar.</p>
<p>6.- Medio de Verificación.</p>	

• **Planificación.**

Actividad	Objetivo de la Actividad	Fecha	Estrategias	Recurso	Indicador	Medio de Verificación.
Capacitación para voluntarias de color del H.C.V.B.	Realizar una jornada de capacitación para las voluntarias de en las temáticas de; Normativo interno de la U.A.E. Y duelo.	18 y 19 de Julio de 2012.	-Socio educativa -Socia reflexiva.	Humanos: Damas de Color. Asistente social jefe de la unidad de S. Social. Psicóloga Vivean Lyng. Equipo Seminarista. Materiales: Fungible. Carta de invitación.	Al final de la Jornada se obtendrá que las voluntarias estén capacitadas en las temáticas planificadas.	Registro Fotográfico. Pauta de Temas de la Jornada.
		lugar	Técnicas.			
		Auditorio del H.C.V.B.	Empatía y respeto. Reflexiones			

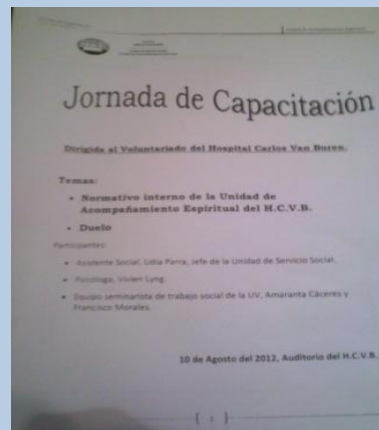
• **Crónicas de Intervención Profesional**

<p>1.- Antecedentes generales: Nombre de la actividad: Fecha: Fase: Hora de Inicio: Hora de Termino: Lugar:</p>	<p>Capacitación a voluntariado del H.C.V.B. 10 de Agosto 2012. “Organización de los Colectivos para la Reestructuración de las funciones de la U.A.E.” 11:00. hrs. 13:30 hrs. Auditorio del H.C.V.B.</p>
<p>2.- Número de Participantes. Responsables.</p>	<p>-20 voluntarias de color. -Asistente Social Lidia Parra. -Psicóloga Vivien Lyng. -Equipo Seminarista.</p>
<p>3.- Temáticas tratadas en la actividad.</p>	<p>1.- Normativo interno de acompañamiento espiritual del H.C.V.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicación de los 8 artículos, sobre las formas y condiciones como se entrega acompañamiento espiritual. • Quienes componen la unidad de acompañamiento espiritual y sus funciones. • Formas de gestionar acompañamiento espiritual. <p>2.- Duelo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipos de duelo • Etapas de duelo. • Formas de expresión en la persona. • Duelo normal y patológico.
<p>4.- Síntesis de la Actividad.</p>	<p>Esta jornada se lleva acabo unos 15 minutos más tarde de lo planificado por problemas técnicos para la presentación. Dando la oportunidad de que las personas que llegaron más tarde se incluyeran a ésta. Comienza la presentación la asistente social a cargo de la unidad de acompañamiento espiritual y jefa de unidad de servicio social, quien da una introducción de la U.A.E del hospital, para luego desglosar el normativo, explicando</p>

<p>-Duelo</p> <p>-Gestión Hospitalaria.</p>	<p>En la segunda parte de la jornada se explican ciertos matices del duelo sus etapas y formas de expresión en las personas, identificando periodos más o menos estables que adecuan, identifican y diferencian los parámetros de un duelo normal de un duelo patológico. La psicóloga que realiza la exposición estructura su presentación en cuatro ejes explicativos: 1.- las malas noticias, 2.- la intervención en crisis, 3.- la muerte y 4.- el duelo.</p> <p>Cada organización de voluntariado tiene su propia estructura, de la cual se desprenden cargos, roles y funciones. De las cuales se pueden destacar una presidenta, una secretaria, tesorera,</p> <p>etc. La estructura anteriormente nombrada tiene relación con cada voluntariado de color y también con el conglomerado total de ellas dentro del hospital.</p> <p>Se considera que los voluntariados de color son un gran aporte de la gestión en la entrega de acompañamiento espiritual, dadas las competencias que tienen dentro de su estructura y función. Y considerando la facilidad de ingreso a las diferentes unidades del hospital es importante tener una coordinación estratégica, entre la U.A.E y el voluntariado, En concordancia con los lineamientos establecidos tanto en la misión como visión del hospital.</p>
<p>6.- Juicio Profesional.</p>	<p>La experiencia de esta jornada de capacitación se considera de manera positiva ya que cumple el objetivo de informar y socializar a las voluntarias sobre la U.A.E y duelo.</p> <p>La jornada se realizo con treinta minutos de extensión debido a las contingencias de la presentación virtual y por la gran cantidad de preguntas.</p> <p>La participación se considera positiva ya que muchas personas aportaron exponiendo sus propias experiencias, y también la resolución de dudas.</p> <p>Esto evidencio muchas situaciones en las cuales las voluntarias debían resolver contingencias que no eran de sus competencias. Lo que se considera como una falta de clarificación de ciertas funciones tanto del voluntariado</p>

como del equipo de salud. Ejemplo de ello, es el uso de las funciones de las damas de color, para informar mediante vía telefónica algunas situaciones del paciente como su alta o traslado.

7.- Medio de Verificación.

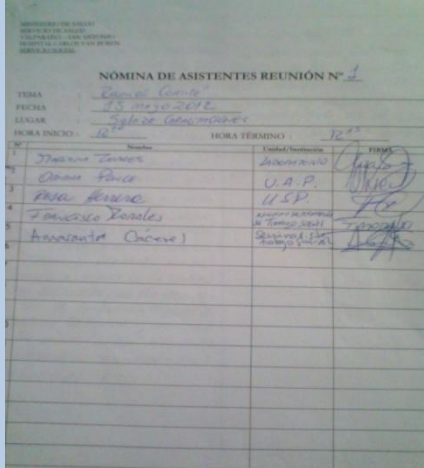


• **Planificación**

Actividad	Objetivo de la actividad	Descripción de la actividad	Tiempo	Estrategias	Recursos	Indicador	Medios de Verificación.
Reuniones con el Comité de la U.A.E.	Conformar el Comité de Funcionarios de la U.A.E. y sus líneas de trabajo para su reestructuración dentro del H.C.V.B.	<p>Reunión Técnica con el actual Comité de la U.A.E.</p> <p>Presentación del equipo de trabajo y los objetivos de intervención en la reestructuración de la U.A.E. en el H.C.V.B.</p> <p>Dar a conocer los avances de socialización de la unidad dentro del hospital e idear un plan de trabajo como Comité de la U.A.E. del H.C.V.B.</p> <p>Incluir a nuevos integrantes al Comité y estructurar el plan de trabajo como Comité de la U.A.E. del H.C.V.B.</p>	45 minutos por reunión aproximadamente.	<p>-Socioinformativa.</p> <p>-Socioreflexiva</p>	<p>1.-Humanos:</p> <p>-Equipo Seminarista.</p> <p>-Enfermera Supervisora de la Unidad.</p> <p>-Enfermeras por Unidad.</p> <p>-Paramédicos por Unidad.</p> <p>2.-Materiales:</p> <p>-Tríptico.</p> <p>-Papelógrafo.</p> <p>-Power Point.</p>	<p>Al término del proceso de intervención de habrán realizado 4 reuniones, una equivalente a cada mes.</p> <p>Al finalizar las reuniones se habrá conformado un comité de entre 5 o 7 personas.</p>	<p>-Lista de Asistencia.</p> <p>-Registro Fotográfico.</p>
			lugar	Técnicas			<p>Sala de Capacitaciones del H.C.V.B.</p> <p>-Presentación.</p> <p>-Atención y escucha.</p> <p>-Empatía y respeto.</p> <p>-Material educativo.</p> <p>-Reflexión</p>

• **Crónicas de Intervención Profesional**

<p>1.- Antecedentes generales: Nombre de la actividad: Fecha: N° de la Actividad: Fase: Hora de Inicio: Hora de Terminación: Lugar:</p>	<p>Reuniones Mensuales con Comité de la U.A.E. 15 de Mayo de 2012. 1. "Organización de los Colectivos para la Reestructuración de las funciones de la U.A.E." 12.00. hrs. 12.45 hrs. Sala de Reuniones del H.C.V.B.</p>
<p>2.- Asistencia. Responsables.</p>	<p>- Enfermera, Roza Herrera, Salud del Personal. - Químico Farmacéutico, Mariana Torres, Laboratorio. - Enfermera, Oriana Ponce Salas, Unidad de Atención a las Personas. - Asistente Social, Lidia Parra, Unidad de Servicio Social. Equipo Seminarista.</p>
<p>3.- Temáticas tratadas de la actividad.</p>	<p>En un primer momento el equipo seminarista se presenta al Comité, señalando lo realizado a la fecha y los objetivos planteados en la intervención. Se concreta una reunión mensual todos los segundos jueves de cada mes a las 12 horas, previa confirmación de asistencia y lugar.</p>
<p>4.- Análisis por Eje. -Humanización -Acompañamiento Espiritual -Duelo como Pérdida de Salud</p>	<p>El comité compuesto por funcionarios cumple la función desde la U.A.E. de trabajar y elaborar estrategias para llevar a cabo el acompañamiento espiritual y así cumplir y aportar con las metas de humanización establecidas por el Minsal en el H.C.V.B. El Comité profundizó el trabajo anterior de la unidad como: pasantías, un primer catastro de representantes de credos religiosos del año 2010, la creación del logo, etc. No se utiliza este eje.</p>

<p>- Gestión Hospitalaria</p>	<p>Se destinaron fechas mensuales de reuniones como equipo con el fin de concretar nuevas estrategias de trabajo, objetivos estratégicos de trabajo a corto y mediano plazo y la mantención de un contacto permanente.</p>
<p>5.- Juicio Profesional.</p>	<p>Esta primera reunión es primordial para generar lazos y elaborar estrategias de trabajo siendo un primer paso la reestructuración de la U.A.E. Es relevante la profundización de las actividades realizadas en el proceso dándonos aproximaciones primordiales para nuestro actual trabajo de intervención en la unidad. Se considera como lograda esa actividad ya que asistieron las 3 integrantes aun vigentes del comité según Resolución Exenta 4928 del 2010.</p>
<p>6.- Medio de Verificación.</p>	<p>Lista de Asistencia.</p> 

<p>1.- Antecedentes generales: Nombre de la actividad: Fecha: N° de la Actividad: Fase: Hora de Inicio: Hora de Terminó: Lugar:</p>	<p>Reuniones Mensuales con Comité de la U.A.E. 22 de Junio de 2012. 2. "Organización de los Colectivos para la Reestructuración de las funciones de la U.A.E." 12.00. hrs. 12.45 hrs. Oficina de la Unidad de Servicio Social del H.C.V.B.</p>
<p>2.- Asistencia.</p>	<p>- Químico Farmacéutico, Mariana Torres, Laboratorio. - Enfermera, Oriana Ponce Salas, Unidad de Atención a</p>

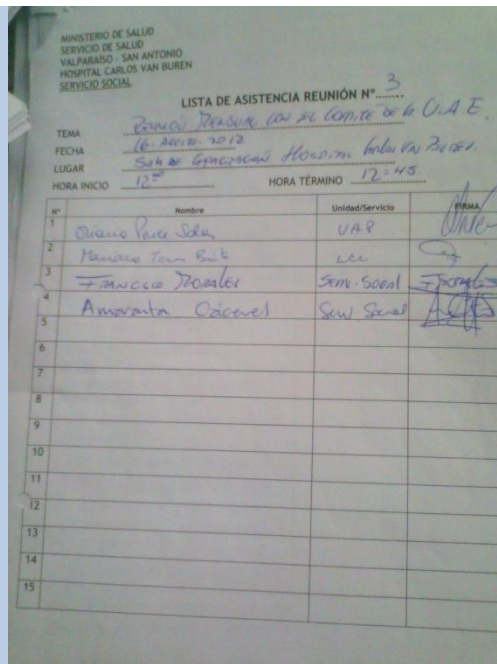
<p>Responsables.</p>	<p>las Personas. - Equipo Seminarista.</p>
<p>3.- Temáticas tratadas de la actividad.</p>	<p>En una primera instancia se informa sobre el trabajo de intervención sobre socialización de la unidad de acompañamiento espiritual al equipo de salud de las torres medica y quirúrgica, se les presento al comité el material de apoyo para este proceso, lo que corresponde a una pancarta informativa equivalente al power point y un tríptico sobre la U.A.E del hospital.</p> <p>Luego se señalan las estrategias de convocatorias para incorporar nuevos integrantes al comité y al voluntariado de la U.A.E. Se presenta un flyer y un poster para este objetivo, los cuales serán entregados y repartidos en lugares estratégicos dentro del hospital.</p> <p>El equipo seminarista comenta la realidad de las unidades de Diálisis y Anatomía patológica, con el fin de evidenciar las situaciones de duelo que pueden presentar los pacientes y familiares que requieren de esos servicios.</p> <p>Se menciona la idea incorporar Credo y si desea Acompañamiento Espiritual en la Ficha del Paciente. Y se solicitan estrategias para lograr este objetivo.</p> <p>Por último se declaran las actividades futuras planificadas por el equipo seminarista, estas son:</p> <p>Jornada de capacitación sobre humanización llevada a cabo por el Doctor José Alvear quien es el encargado de la Unidad de Acompañamiento espiritual en el MINSAL.</p> <p>Capacitación al voluntariado</p> <p>Elaboración de un normativo interno de acompañamiento espiritual del H.C.V.B. y un Flujograma.</p> <p>Socializar a los pacientes sobre la U.A.E del hospital.</p> <p>Reunión con representantes de credos religiosos.</p>
<p>4.- Análisis por Eje. - Humanización</p>	<p>El comité aporta en el objetivo de trabajar y elaborar estrategias para llevar a cabo el acompañamiento espiritual y así aportar con las metas de humanización establecidas por el Minsal en el H.C.V.B. es por ello que las temáticas tratadas en esta oportunidad fueron el trabajo del equipo por Humanizar al equipo de salud socializando la dimensión espiritual del paciente.</p>

<p>- Acompañamiento Espiritual.</p> <p>- Duelo como Perdida de Salud.</p> <p>-Gestión Hospitalaria</p>	<p>El Comité ideó estrategias para incorporar el credo del paciente y si desea acompañamiento espiritual dentro de la ficha de ENFERMERIA.</p> <p>Se trabajó la realidad de anatomía patológica, en donde los familiares reciben a su fallecido. Comenzando a vivir el duelo por pérdida de una persona significativa, lo que involucra en esta primera instancia, vivir en muchas ocasiones la fase de shock, en esas situaciones los familiares expresan sus sentimientos y emociones en donde el paramédico de la morgue encargado de preparar al difunto, también contiene y acompaña a el familiar doliente.</p> <p>Se da una retroalimentación desde el comité para concretar de manera más eficaz las actividades futuras para la restructuración de la U.A.E por parte del equipo seminarista.</p>
<p>5.- Juicio Profesional.</p>	<p>La reunión con el comité estaba planeada para realizarse en la sala de capacitaciones del hospital, la cual por motivos de descoordinación ante la petición de esta sala, se tuvo que llevar a cabo en la Unidad de Servicio Social, en un espacio reducido. No pudieron asistir la totalidad de las personas convocadas, aun así se logra realizar la reunión.</p> <p>Se considera que las personas que integran el comité, tiene gran disposición y compromiso en su labor dentro de esta unidad, esto se manifiesta en el interés por colaborar en las actividades del equipo seminarista. Por este mismo motivo es que se encuentran conectadas e informadas sobre las últimas actualizaciones respecto al acompañamiento espiritual. Es así como una de las integrantes informa sobre una conversación que sostuvo con el doctor José Alvear en donde de manera preliminar señala la incorporación a nivel nacional de una credencial para los representantes de credos, los cuales con el uso de esta podrán realizar acompañamiento espiritual en los recintos hospitalarios.</p> <p>Lo anterior puede generar un cambio en el proceder de la intervención profesional del equipo seminarista.</p>

<p>6.- Medio de Verificación</p>	<p>Lista de Asistencia.</p>
<p>1.- Antecedentes generales: Nombre de la actividad: Fecha: N° de la Actividad: Fase: Hora de Inicio: Hora de Terminó: Lugar:</p>	<p>Reuniones Mensuales con Comité de la U.A.E. 16 de Agosto de 2012. 3. “Organización de los Colectivos para la Reestructuración de las funciones de la U.A.E.” 12.00. hrs. 12.45 hrs. Sala de capacitación del H.C.V.B.</p>
<p>2.- Asistencia. Responsables.</p>	<p>- Químico Farmacéutico, Mariana Torres, Laboratorio. - Enfermera, Oriana Ponce Salas, Unidad de Atención a las Personas. -Equipo Seminarista.</p>
<p>3.- Temáticas tratadas de la actividad.</p>	<p>Se tratan temáticas asociadas al sistema de acreditación de representantes de credos religioso. Se presenta el ordinario N° 1703 del 7 de junio del 2012, en el cual se firma un convenio entre el Ministerio Secretaria General de Gobierno, el Ministerio Secretaria General de la presidencia y el Ministerio de salud. Para un sistema de acreditación de ministros de culto a nivel nacional (SNAM). Se concreta la posibilidad de incluir en la próxima reunión del comité ha funcionarios interesados en participar. Estos son: 1.- Técnico paramédico de la unidad de diálisis. 2.-Funcionaria de la Unidad de archivo. 3.- Matrona de la Unidad de Neonatología. Se informa sobre el proceso de socialización y de la incorporación de comentarios y sugerencias desde la realidad de las diversas unidades del hospital, para la elaboración final del normativo interno de la U.A.E. Se comentan las principales dudas desde el equipo de salud, dentro de las cuales se encuentran la incorporación del credo del paciente en la ficha de enfermería y de las maneras en como ingresa el representante de credos</p>

	<p>religiosos a las unidades de la institución.</p>
<p>4.- Análisis por Eje. - Acompañamiento Espiritual.</p> <p>- Gestión Hospitalaria.</p>	<p>Se explica al Comité la Acreditación Nacional de Ministros de Culto lo que trae consigo una serie de funciones emanadas desde las secretarías señaladas y asimismo el Minsal. Este último, debe velar por el cumplimiento del Reglamento 94 de Asistencia Religiosa, asesor a las Unidades de Acompañamiento Espiritual y en especial, la Ley N° 20.584 que regula los Derechos y Deberes que tienen las personas. Con respecto a las secretarías, la de la Presidencia debe emitir una credencial que identifique al Ministro de Culto y la de gobierno debe difundir y desarrollar el SNAM.</p> <p>La incorporación de nuevos integrantes al Comité se alinea con las iniciativas vinculadas a la búsqueda de un cambio institucional que incorpore y tenga presente dentro de sus labores clínicas a la dimensión espiritual.</p>
<p>5.- Juicio Profesional.</p>	<p>Esta reunión se debió haber realizado durante el mes de Julio, pero por motivos de Duelo de una de los integrantes del Comité se tuvo que postergar. La inasistencia de una de las integrantes fue debido a una intervención quirúrgica.</p> <p>La reunión se efectuó a la hora indicada y en la sala solicitada.</p> <p>Existe preocupación por parte del comité a que las personas a integrarse, no cumplan las responsabilidades que tienen que ver con la asistencia y participación, ya que en otras oportunidades, otros funcionarios al momento de integrarse al comité y de pertenecer a éste mediante resolución, estos se desvinculan de las actividades y de las reuniones mensuales.</p>

6.- Medio de Verificación.



1.- Antecedentes generales:

Nombre de la actividad:

Reuniones Mensuales con Comité de la U.A.E.

Fecha:

29 de Agosto de 2012.

N° de la Actividad:

4.

Fase:

“Organización de los Colectivos para la Reestructuración de las funciones de la U.A.E.”

Hora de Inicio:

12.00. hrs.

Hora de Terminó:

13.15 hrs.

Lugar:

Sala de capacitación del H.C.V.B.

2.- Asistencia.

- Enfermera, Roza Herrera, Salud del Personal.
- Químico Farmacéutico, Mariana Torres, Laboratorio.
- Enfermera, Oriana Ponce Salas, Unidad de Atención a las Personas.

Responsables.

-Equipo Seminarista.

3.- Temáticas tratadas de la actividad.

Se elabora carta para solicitar autorización a los respectivos jefes de los funcionarios interesados en participar en el comité.

Se revisa en conjunto con el comité la sistematización de sugerencias incorporadas en la propuesta final de normativo interno del H.C.V.B, emanadas de los médicos jefes, el enfermero/a supervisor/a y un representante de técnico paramédico de las diversas unidades del hospital.

	<p>Junto con ello se revisa también la sistematización de catastro de representante de credos religiosos de la comuna de Valparaíso, elaborada por el equipo seminarista.</p> <p>Se acuerda que la jefa de servicio social designe a una coordinadora del comité para gestionar mensualmente las reuniones, el comité propone que la persona indicada es el químico farmacéutico Sra. Mariana Torres.</p> <p>Se acuerda la mejor forma de realizar instructivos para la continua socialización de acompañamiento espiritual, como un derecho, principalmente a pacientes hospitalizados y familias. Considerando la manera más idónea un poster informativo, diseñado por el equipo seminarista.</p> <p>Se concretan identificar claramente tres vías de entradas para los representantes de credos religiosos, siendo estas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- San Ignacio #725. 2.- Hontaneda #2560. 3.- Calle Blas Cuevas # 964. <p>Estas direcciones corresponden a la entrada principal del hospital, la entrada del Servicio de Oncología y la entrada de la Unidad de Otorrino/Oftalmología respectivamente.</p> <p>Se expone la desvinculación del el equipo seminarista en este proceso de restructuración de la unidad de acompañamiento espiritual del H.C.V.B.</p>
<p>4.- Análisis por Eje. - Humanización y Acompañamiento Espiritual</p> <p>- Gestión Hospitalaria</p>	<p>Se trabaja la idea de elabora y plasmar un poster en la totalidad del hospital, que de énfasis en el derecho de las personas en recibir acompañamiento espiritual según el credo que profese durante su hospitalización y así acercarse a una atención integral y mas humanizada.</p> <p>En conjunto se elabora la carta informativa a los respectivos jefes de las personas interesadas en integra el comité. Se elabora las estrategias del flujo de entradas de los representantes por las tres vías anteriormente mencionadas, y como los guardias deben incorporar esta información dentro de sus funciones.</p>
<p>5.- Juicio Profesional.</p>	<p>La convocatoria que consistía en presentar a los tres nuevos funcionarios al comité, no se logra, por motivos propios de las contingencias de sus unidades que no</p>

permitieron su asistencia.

Se anuncia la futura desvinculación de una de las antiguas integrantes del comité por motivo de jubilación, esta persona es la Enfermera de la Unidad de atención a las personas Sra. Oriana Ponce.

El comité agradece la gestión realizada por el equipo seminarista al anunciar la desvinculación del proceso de intervención

6.- Medio de Verificación.



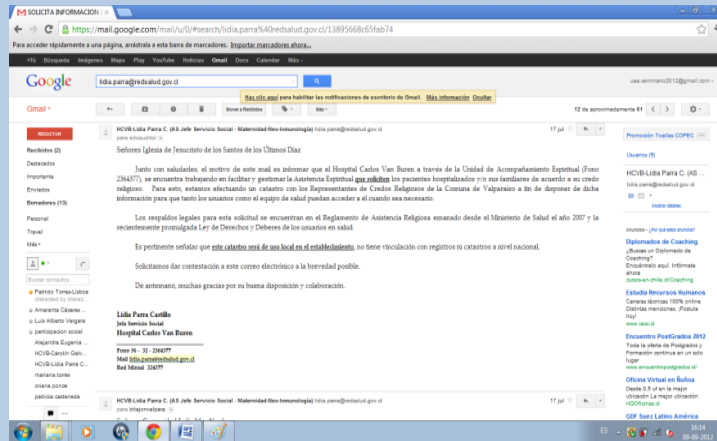
• **Planificación**

Actividad	Objetivo de la actividad	Descripción de la actividad	Tiempo	Estrategias	Recursos	Indicador	Medios de Verificación
Antecedentes de Representantes de Credos.	Recopilación de Antecedentes de los diversos Representantes de Credos Religiosos de la comuna de Valparaíso.	<p>Recopilar antecedentes en los registros existentes en la U.A.E.</p> <p>Realizar un primer contacto vía telefónica y vía mail.</p> <p>Recabar antecedentes en terreno de las diferentes organizaciones religiosas de la comuna de Valparaíso.</p>	Desde Junio al 07 de Septiembre.	Socioinformativa	<p>1.-Humanos:</p> <p>-Equipo Seminarista.</p> <p>Representantes de Credos Religiosos.</p> <p>2.-Materiales:</p> <p>Fungible.</p>	Al final de ese proceso se obtendrán los antecedentes que permitan hacer un catastro por organización religiosa.	<p>Registro Fotográfico.</p> <p>Mail enviados.</p>
			Lugar	Técnicas			
			Unidad de Servicio Social	Presentación.			
			Comuna de Valparaíso	Atención y escucha.			
				Empatía y respeto.			

• **Crónicas de Intervención Profesional**

<p>1.- Antecedentes generales: Nombre de la actividad: Fecha: N° de la Actividad: Fase:</p>	<p>Mail y Contacto Telefónico para Registro de representantes de Credos de la comuna de Valparaíso. Junio de 2012. 1. “Organización de los Colectivos para la Reestructuración de las funciones de la U.A.E.”</p>
<p>2.- Responsables.</p>	<p>Equipo Seminarista. Asistente social, Lidia Parra.</p>
<p>3.- Síntesis de la actividad.</p>	<p>Organizaciones religiosas Previa investigación en los antiguos registros de representantes elaborado en los procesos anteriores de la U.A.E de la institución, más las la búsqueda virtual de información de contacto, se logra el primer nexo vía mail y telefónica con las siguientes organizaciones religiosas. -Testigos de Jehová -Mormones -Comunidad Judía -Iglesia de Dios, evangélica.</p>
<p>4.- Análisis por Eje. - Gestión Hospitalaria.</p>	<p>Se usan los medios disponibles desde el hospital, para contactar a los representantes de cada organización religiosa, con el fin de obtener información de contacto para elaborar el registro de representantes de credos, y lograr así la gestión desde el hospital para entregar acompañamiento espiritual.</p>
<p>5.- Juicio Profesional.</p>	<p>Se considera de manera dificultosa la obtención de la información, dado lo impersonal de los medios ocupados, por lo que se considera continuar con el registro de manera directa y presencial.</p>

6.- Medio de Verificación.



<p>1.- Antecedentes generales: Nombre de la actividad: Fecha: N° de la Actividad: Fase: Hora de Inicio: Hora de Terminó: Lugar:</p>	<p>Búsqueda en terreno para el Registro de representantes de credos de la comuna de Valparaíso. 21 y 22 de Agosto de 2012. 2. “Organización de los Colectivos para la Reestructuración de las funciones de la U.A.E.” 10.00 hrs. 16.00 hrs. H.C.V.B.</p>
<p>2.- Responsables.</p>	<p>Equipo Seminarista.</p>
<p>3.- Síntesis de la actividad.</p>	<p>El equipo seminarista se dirige a terreno con el fin de recabar datos sobre los representantes de las diversas organizaciones religiosas de la comuna de Valparaíso, Se les informa del sistema de acreditación nacional para el ingreso de los ministros de culto a los recintos hospitalarios, si ya estaban informados se les solicita la nomina de quienes participaron en la acreditación.</p>

	Organización Religiosa	Contacto
	Hare Krishna	Ecuador 2, Cerro Cárcel.
	Iglesia Católica	Chacabuco #1701
	Iglesia Dios es Amor	Condell 1459, 3° Piso.
	Iglesia Adventista Séptimo Día	Avenida Brasil 1857
	Iglesia de Dios Mensajeros de Jesucristo	Avenida Argentina 322, A.
	Iglesia Anglicana San Pablo	Pilcomayo 566, Cerro Concepción.
	Iglesia Asamblea de Dios	Blanco 1180
	Iglesia Evangélica Bautista	Pedro Montt 2590.
	Iglesia Evangélica Pentecostal	Retamo 721
	Iglesia Luterana de la República de Chile	Levartes 610, Playa Ancha
	Iglesia Fe Apostólica Pentecostal	Clave 447 Barrio Puerto.
	Iglesia Metodista de Valparaíso	Simón Bolívar 443
	Iglesia Metodista Pentecostal	Av. Pacifico 835, Playa Ancha.
	Iglesia Ministerio de Fe	Almirante Barroso 543. Almendral.
	Iglesia Misionera Pentecostés.	San Martin 524, Barrio Puerto
	Iglesia Presbiteriana Unión Church	Condell 502, Almendral.
<p>4.- Análisis por Eje. - Gestión Hospitalaria</p>	<p>El equipo seminarista en representación del hospital tiene por finalidad la obtención de la mayor cantidad de antecedentes de representantes de credos religiosos, para lograr contactarlos en caso de que un paciente hospitalizado de la institución requiriera de sus labores religiosas y/o espirituales.</p>	
<p>5.- Juicio Profesional.</p>	<p>Dependiendo el credo es la dificultad de contactarse con ellos para el logro del objetivo.</p> <p>Las iglesias de organizaciones evangélicas, tiene diversos horarios para realizar sus cultos, lo que genera obstáculos para contactarlos. Del mismo modo se genera una dificultad para encontrarlas, debido a que existen diversas iglesias evangélicas según sus diferentes ritos y creencias.</p> <p>Al contrario la iglesia católica, desde el obispado mantiene un horario fijo de atención al público general lo que hace más expedito el proceso de contacto.</p>	

6.- Medio de Verificación.



• **Planificación**

Actividad.	Objetivo de la Actividad	Fecha	Estrategias	Recurso	Indicador	Medio de Verificación.
Reunión en Intendencia	Coordinar en la Intendencia la entrega de antecedentes de los Representantes de Credos Religiosos ya acreditados.	27 de Agosto y 07 de Septiembre de 2012.	Organización y Coordinación .	Humanos: Equipo Seminarista Coordinadora de la OIRS. Srta. Gracia Pizarro. Materiales: Carta de Presentación Tríptico.	Se espera que al final de la actividad se logre la obtención de los datos de las personas acreditadas a la fecha.	Registro de Crónica Registro Fotográfico. Mail con Antecedentes Personales de los Representantes de Credo.
		lugar	Técnicas.			
		Piso 16, Oficina OIRS, Subsecretaria General de Gobierno, Intendencia de Valparaíso.	Atención y escucha. Empatía y respeto.			

- **Crónicas de Intervención Profesional**

<p>1.- Antecedentes generales: Nombre de la actividad: Fecha: N° de la Actividad: Fase: Hora de Inicio: Hora de Terminó: Lugar:</p>	<p>Reunión con, Subsecretaria General de Gobierno de Valparaíso, para el Registro de Representantes de credos de la comuna de Valparaíso. 27de Agosto y 7 de Septiembre de 2012. 3. "Organización de los Colectivos para la Reestructuración de las funciones de la U.A.E." 10.00 hrs. 10.30 hrs. Intendencia de Valparaíso, Piso 16.</p>
<p>2.- Responsables.</p>	<p>Equipo Seminarista.</p>
<p>3.- Síntesis de la actividad.</p>	<p>El equipo seminarista coordina, previo contacto telefónico, con la coordinadora de la OIRS de la Subsecretaria General de Gobierno ubicada en la Intendencia de Valparaíso, para esclarecer el proceso de Acreditación de Ministros de Culto de la Comunidad de Valparaíso y solicitar los antecedentes de los representantes que ya se han registrado. Desde esta coordinación se obtiene algunas de las personas que están en proceso de acreditación lo cual posteriormente será integrado en el catastro interno de representantes de credos en el H.C.V.B. Se establece mantener el contacto para un segundo proceso de acreditación a efectuarse a partir del mes de Septiembre.</p>
<p>4.- Análisis por Eje. - Gestión Hospitalaria</p>	<p>El equipo seminarista en representación del hospital tiene por finalidad la obtención de la mayor cantidad de antecedentes de representantes de credos religiosos, para lograr contactarlos en caso de que un pacientes hospitalizado de la institución requiriera de sus labores religiosos y/o espirituales.</p>
<p>5.- Juicio Profesional.</p>	<p>Este contacto es primordial para identificar a los representantes con credencial que podrían entrar a los recintos hospitales a realizar acompañamiento espiritual. A partir de esto se puede completar el catastro elaborado por el equipo seminarista.</p>

6.- Medio de Verificación.



ANEXOS

PRODUCTOS DE LA INTERVENCIÓN

PRESENTACIÓN

A continuación se presentan los productos obtenidos por el equipo seminarista durante el proceso de intervención llevado a cabo durante el presente año en el Hospital Carlos Van Buren.

- Los productos obtenidos en la intervención, correspondiente a la primera fase de “Socialización sobre acompañamiento espiritual a los colectivos”, fueron los siguientes:

1.- **Tríptico informativo:** elaborado en función de socializar a la mayor parte de los colectivos de trabajo, el cual tuvo gran importancia principalmente en charlas socioeducativas, ya que éste contenía información relevante asociada a la Unidad de Acompañamiento Espiritual y sus funciones, su Contexto Legal y al Flujo de Acompañamiento Espiritual dentro del H.C.V.B.

- Los productos obtenidos en la intervención, correspondiente a la segunda fase de “Regularización Administrativa para la reestructuración de las funciones de la U.A.E.” fueron los siguientes:

1. **Normativo Interno de la Unidad de Acompañamiento Espiritual del H.C.V.B.:** con la incorporación de sugerencias recabadas desde el Equipo de Salud.

2.- **Diseño de Flujo:** de Acompañamiento Espiritual dentro del H.C.V.B.

3.- **Catastro de Representantes de Credos Religioso:** por Iglesia y con su respectivo medio de contacto.



- Los productos obtenidos en la intervención, correspondiente a la tercera fase de “Organización de los colectivos para la reestructuración de las funciones de la U.A.E.”, fueron los siguientes:

1.- Poster de Convocatoria: tuvo como función convocar a funcionarios y a voluntariado integrarse a la U.A.E. del H.C.V.B.


➤ **Presentación de los Productos.**

- Productos fase “Socialización sobre acompañamiento espiritual a los colectivos”.

1.- Tríptico.

<p>Flujo de Acompañamiento Espiritual:</p> <p>1.- Pacientes/Familiares y/o Funcionarios: Solicita Acompañamiento Espiritual.</p> <p>2.- Equipo de Salud: Gestiona Acompañamiento Espiritual:</p> <p>a) El paciente puede entrega datos de su representante de credo, si no lo tiene...</p> <p>b) Consultar el registro de representante de credos que se encuentra en cada unidad. Mientras tanto, o...</p> <p>c) En su defecto buscar a las voluntarias de color.</p> <p>d) Por último llamara a la U.A.E.</p> <p>3.- Representantes de Credos Religiosos: Cumple reglamentación sobre asistencia religiosa, se rige por el normativo interno del H.C.V.B y entrega acompañamiento espiritual.</p> <p>4.- Guardias: Verifican la credencial Nacional de representantes de Credos religiosos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guardia de entrada: Ante la solicitud de un representante de credo religioso se confirma vía telefónica con la unidad en que se encuentre en paciente. • Guardia de cada Unidad: Avisa al personal a cargo de la unidad la llegada del representante. Apoyo en situaciones problemáticas. 	<p>Información de Contacto:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>• Unidad de Servicio Social, Jefe Srta. Lidia Parra.</p> </div> <p>Fono: 2364377. Fono Secretaria: 2364378. Mail: lidia.parra@redsalud.gov.cl</p> 	 <p>Unidad de Acompañamiento Espiritual</p> <hr style="border: 1px solid green;"/> <p>Hospital Carlos Van Buren</p> <hr style="border: 1px solid green;"/> <p style="text-align: right;">2012</p>
---	--	---

Tríptico: Lado Externo.

<p>Actualmente en el marco de la Reforma de Salud en Chile, se establece una nueva definición del concepto de Salud, entendiéndose ésta como:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0; text-align: center;"> <p><i>"el estado de completo bienestar físico, mental, social y espiritual".</i></p> </div> <p>Desde el Enfoque de Salud Integral, en el concepto de Buen Trato a los usuarios, se ha incorporado la dimensión espiritual, con un carácter respetuoso y ecuménico.</p> <p>Lo anterior, asociado a las Metas de Humanización de la atención de salud definidas por el Ministerio de Salud.</p> 	<p style="text-align: center;">Contexto Legal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constitución Política del Estado de Chile (Art. 19 N°6). • Normas sobre la Constitución Jurídica de las Iglesias y Organizaciones Religiosas N° 19.638 (Ley de Culto) (Art. 6 inciso c). • Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud (Art. 34 Decreto N° 140, año 2004). • Reglamento sobre Asistencia Religiosa en Recintos Hospitalarios, N° 94 de 2008. • Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud. <p>Este reglamento N° 94, fija la forma y condiciones en que se llevará a cabo el acceso a diversos representantes de credos religiosos, a los establecimientos asistenciales del sistema nacional del sistema de salud, con el objeto de prestar asistencia religioso de su propia confesión al interior de dichos recintos.</p>	<p>¿Qué es la Unidad de Acompañamiento Espiritual (U.A.E)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es la Unidad que gestiona y facilita el otorgamiento de Asistencia Religiosa y Espiritual a los Pacientes Hospitalizados o de Atención Cerrada, sus Familiares y Funcionarios que lo soliciten. <p>¿Cuáles son las Funciones de la U.A.E?</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>a) Velar por el respeto y creencias religiosas de los usuarios.</p> <p>b) Coordinar las actividades de los Voluntarios de Credos Religiosos al interior del Hospital.</p> <p>c) Mantener una relación con los demás Servicios para entregar de manera oportuna el acompañamiento espiritual.</p> <p>d) Reglamentar horarios y forms en que los Voluntariados realicen Acompañamiento Espiritual.</p> </div>
--	---	--

Tríptico: Lado Interno.

- Productos fase de “Regularización Administrativa para la reestructuración de las funciones de la U.A.E.”.

1.- Normativo Interno de la U.A.E. del H.C.V.B. con sugerencias del equipo de salud incorporadas.



Hospital CARLOS VAN BUREN
Unidad de Servicio Social
Unidad de Acompañamiento Espiritual

REGLAMENTO DE LA UNIDAD DE ACOMPAÑAMIENTO ESPIRITUAL

HOSPITAL CARLOS VAN BUREN.

I. CONTEXTO NORMATIVO.

El Marco jurídico que regula a la Unidad de Acompañamiento Espiritual es el siguiente:

a) Ley de Culto:

La Ley 19.638 del año 1999, cuyo organismo es el Ministerio del Interior, conocida como “Ley de Culto” es el primer antecedente jurídico que permite la inclusión de ministros de culto y fe en los recintos hospitalarios. Esta ley establece normas sobre la constitución jurídica de las iglesias y organizaciones religiosas.

b) Decreto Supremo 829:

El 23 de Septiembre del año 2005, crea en la División de Gestión de la Red Asistencial de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, del Ministerio de Salud, una “Unidad de Acompañamiento Espiritual”, y establece las labores a cumplir de dicha unidad.

c) Reglamento sobre Asistencia Religiosa en Recintos Hospitalarios.

El 17 de septiembre del año 2008 se publica en el Diario Oficial N° 94 del Ministerio de Salud, el cual aprueba el Reglamento sobre Asistencia Religiosa en Recintos Hospitalarios.

d) Resolución Exenta N° 1944 del 24.03.2010.

Creación de la Unidad de Acompañamiento Espiritual en el Hospital Carlos Van Buren.

e) Resolución Exenta N° 4928 del 15.07.2010.

Constitución del Comité de la Unidad de Acompañamiento Espiritual en el Hospital Carlos Van Buren.

(1)

II. DISPOSICIONES GENERALES.

El presente Reglamento fija la forma y condiciones en que se otorgará Acompañamiento Espiritual y/o Asistencia Religiosa a los **usuarios hospitalizados** del Hospital Carlos Van Buren que lo soliciten.

Art. 1. Toda persona internada en el Hospital Carlos Van Buren tiene derecho a profesar la creencia religiosa que libremente ha elegido o no profesar ninguna, asimismo, a manifestar dicha circunstancia libremente o abstenerse de hacerlo sin que pueda ser coaccionado a actuar en un sentido contrario al que ha elegido a tal respecto.

Art. 2. En el momento del ingreso del usuario a la Unidad de Hospitalización se le deberá consultar su credo y si desea recibir Acompañamiento Espiritual y/o Asistencia Religiosa durante su estadía, esta información deberá ser registrada en la ficha de enfermería. Si estuviese impedido de manifestarlo, se consultará al familiar responsable o representante que lo acompaña. En el caso de los niños, se deberá contar con la autorización de sus padres o tutor legal.

Art. 3. El equipo de salud tratante podrá sugerir Acompañamiento Espiritual y/o Asistencia Religiosa para aquellos pacientes que consideren necesario.

El establecimiento deberá informar a los usuarios hospitalizados y sus familiares sobre la posibilidad de recibir Acompañamiento espiritual, a través de la publicación en diarios murales y entrega de folletos informativos.

Cuando el equipo de salud de la unidad o Área de Hospitalización detecte que un usuario o sus familiares requieren de acompañamiento espiritual, pero no tengan una preferencia por un representante de credo o por una fe determinada, podrá consultar el catastro interno de representantes de credos religiosos que el usuario o su familia solicite, o dirigirse a la U.A.E. para solicitar la presencia del **voluntariado** de acompañamiento espiritual.

Art. 4. El Acompañamiento Espiritual y/o Asistencia Religiosa al interior del Hospital Carlos Van Buren, podrá ser realizada por el voluntariado de la Unidad de Acompañamiento Espiritual y por Representantes de los Credos Religiosos. **En ambos casos el Acompañamiento Espiritual y/o Asistencia Religiosa se realiza exclusivamente al usuario que lo requiera.**

En las unidades pediátricas las visitas de representantes de credos religiosos **SIEMPRE** debe ser acompañada por uno de los padres o quien tenga el cuidado personal de niños/as hospitalizados.

La Unidad de Acompañamiento Espiritual mantendrá actualizado el registro de representantes de credos religiosos legalmente reconocidos en el país, vale decir, que tenga personalidad jurídica, siendo de su responsabilidad proporcionarla a las Unidades que requieran su utilización.

Las personas que realicen Acompañamiento Espiritual deben tener siempre una conducta que no perturbe el normal funcionamiento de cada Unidad, respetando no interferir con

procedimientos que deban efectuarse a los usuarios que comparten la habitación. Esto implica utilizar un volumen bajo de voz, no utilizar velas, inciensos, ni instrumentos musicales. Deberá permanecer de pie o sentado junto al usuario. No podrá realizar sermones, predicas, o discursos en voz alta dirigidos a toda la sala.

La entrega de estampas religiosas, libros, folletos u otros objetos de divulgación religiosa, sólo podrá entregarse al usuario y sus familiares, cuando hubieran expresado su voluntad de recibirlos.

Art. 5. El horario será siempre cuando el usuario lo solicite, acorde a su situación clínica. Se considerará un tiempo máximo de 15 minutos para su realización.

Ingresará solo un representante de credo religioso por usuario.

El Acompañamiento Espiritual y/o Asistencia Religiosa se realizará de preferencia en forma individual, pero puede ser en forma colectiva en un lugar especialmente habilitado, si el médico tratante autoriza el desplazamiento del o los usuarios.

En la Unidad de Neonatología, en el caso de que los padres soliciten de las acciones de U.A.E. este se realizará fuera de dicha Unidad debido al restringido acceso que este tiene. En caso de bautizo sólo participarán los padres y un representante del credo religioso.

En la Unidad de Cuidados Intermedios (U.C.I.M.) el representante de credo religioso podrá ingresar **fuera** de los siguientes horarios: 12:30 a 13:30 hrs. y 17:30 a 18:00 hrs. Los horarios señalados son de exclusividad para el ingreso de visitas y familiares.

En las siguientes unidades: U.P.C. (U.C.I. y U.C.I.M.) el horario de acompañamiento espiritual y/o asistencia religiosa, que no involucre una urgencia, será de preferencia P.M.

Art. 6. Se autorizará el ingreso al establecimiento a los representantes de los credos religiosos, señalados en el artículo 4, que porten visiblemente la credencial de su organización entregada oficialmente mediante el sistema de acreditación a nivel nacional, identificándose al guardia y/o funcionario de informaciones, indicando el nombre del usuario a quien viene a asistir. Guardias y/o Funcionarios de Informaciones confirmarán telefónicamente con el Servicio Clínico o Área de Hospitalización que el usuario haya realizado una solicitud de asistencia religiosa. Luego de esos pasos el representante del credo religioso podrá ingresar al establecimiento. Ese procedimiento es válido para días hábiles y festivos.

El ingreso de representantes de credo será solamente por las siguientes vías, según la unidad o servicio en donde surja la solicitud o requerimiento: Entrada principal del hospital ubicada en calle San Ignacio # 725, por la entrada del Servicio de Oncológica ubicada en calle Hontaneda # 2560 y por entrada de la Unidad Otorrino/Oftalmología ubicada en calle Blas Cuevas # 964.

Art. 7. Si algún credo religioso, pacientes, sus familias o funcionarios desean realizar alguna actividad grupal o colectiva deberá solicitar autorización por escrito al encargado de la U.A.E, exponiendo el propósito de la actividad, la fecha, el tiempo y metodología

Encargado/a de la Unidad analizará la petición en conjunto con el Comité, realizará las consultas a los estamentos clínicos o directivos que estén implicados. La decisión será comunicada telefónicamente y por escrito por el/la encargada/o de la U.A.E. o quien designe **señalando la forma y horarios en los que se llevará a cabo.**

Art. 8. El Jefe de cada Servicio, enfermera supervisora, matrona supervisora o personal a cargo de sala, podrá solicitar a los representantes de credos religiosos el abandono de la Unidad, cuando no cumpla con alguna normativa contenida en este documento, y en caso de que el usuario tenga una descompensación y se deba realizar algún procedimiento de emergencia.

III. DEL FUNCIONAMIENTO DE LA U.A.E.

Art. 9. La Unidad de Acompañamiento Espiritual estará conformada por un/a encargado y un comité. El comité podrá ser integrado sólo por funcionarios del establecimiento.

DESCRIPCION DE FUNCIONES.

1.- DEL ENCARGADO DE LA U.A.E.

La Unidad de Acompañamiento Espiritual (U.A.E) del Hospital Carlos Van Buren dependerá administrativamente de la Unidad de Servicio Social.

Dicha Jefatura supervisará el cumplimiento de funciones de la Unidad y sus integrantes, el nombramiento será responsabilidad del Director del Establecimiento, tendrá asignada las siguientes funciones:

- a.- Procurar el funcionamiento de la U.A.E. de acuerdo a Normativo Interno de Acompañamiento Espiritual del Hospital Carlos Van Buren.
- b.- Mantener informada a la Jefatura respecto a la realización, implementación y evaluación del plan de trabajo y actividades no programadas.
- c.- Vincular la U.A.E. con la Dirección y Unidades del hospital de acuerdo a lo programado o a solicitud de estos.
- d.- Promover y ejecutar plan de trabajo anual de la U.A.E. en las diferentes unidades o servicios del Hospital Carlos Van Buren.
- e.- Evaluación constante del cumplimiento del Plan de Trabajo, abordaje de contingencias y propuestas.
- f.- Presidir el Comité de Acompañamiento Espiritual, programar y dirigir reuniones periódicas.
- g.- Evaluar periódicamente con el comité las actividades ejecutadas.

h.- Promover y coordinar capacitación sobre acompañamiento espiritual a representantes de credos religiosos, al comité de acompañamiento espiritual, al personal de salud y al voluntariado. Orientado a fortalecer la humanización del trato en salud.

i.- Supervisar el orden y mantenimiento del lugar multiconfesional cuando se cuente con él.

j.- Velar por el cumplimiento de las funciones de secretaria de la U.A.E.

k.- Mantener coordinación con la U.A.E. del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio y con el Ministerio de Salud.

2. DE LA SECRETARIA DE LA U.A.E.:

Dependerá administrativamente de la o el Encargado de la U.A.E. y sus funciones serán:

a.- Tener destinado un horario de atención semanal a representantes de credos religiosos u otro que desee recibir información de la U.A.E.

b.- Realizar trabajo administrativo de la unidad, tales como atender al público, recibir y contestar los correos electrónicos, atender las llamadas telefónicas y mantener un sistema de archivo.

c.- Mantener una nómina actualizada de los credos religiosos legalmente reconocidos en el país.

d.- Coordinar con unidades clínicas para concretar la visita de un representante del credo religioso al usuario.

e.- Se pondrá a disposición del Encargado de la U.A.E. para otras funciones que éste le encomiende.

f.- Dar orientación a aquellos representantes de credos religiosos o a quienes lo soliciten de acuerdo a la normativa de la U.A.E. del Hospital Carlos Van Buren.

g.- Mantener actualizada una calendarización de actividades autorizadas de los diversos grupos religiosos.

h.- En caso de no contar con el recurso humano de secretaria, esta función la ejercerá un integrante del comité designado por el encargado de la unidad.

3. COMITÉ DE ACOMPAÑAMIENTO ESPIRITUAL.

Podrán ser integrantes del comité de Acompañamiento Espiritual, Directivos y Funcionarios. Las funciones que tienen designadas son las siguientes:

a.- Colaborar al Encargado en materias relativas al funcionamiento de la U.A.E.

b.- Proponer y participar en la elaboración de programas y desarrollo de actividades

- d.- Colaborar en la evaluación trimestral de las actividades realizadas.
- e.- Elaborar en conjunto con la/el Encargada(o) de la U.A.E. el Plan Anual de Actividades.
- f.- Conocer y aplicar los lineamientos ministeriales que orientan la labor de la U.A.E. del establecimiento.
- g.- Uno de sus integrantes, designado por el encargado/a, ejercerá el rol de Secretario/a de la unidad durante el tiempo que no se cuente con el recurso humano específico.

4. VOLUNTARIADO DE ACOMPAÑAMIENTO ESPIRITUAL.

- a.- Estará compuesto por representantes activos de algún credo religioso oficialmente reconocido en el país.
- b.- Sus integrantes estarán identificados en un catastro a disposición en la U.A.E. y que cuente con su Credencial de Acreditación Nacional de Representantes de Credos Religiosos.
- c.- Podrán otorgar asistencia espiritual a quien se los solicite formalmente a través de la U.A.E., respetando el normativo interno, o desde las áreas de hospitalización.

DE LA INFRAESTRUCTURA.

1. OFICINA ADMINISTRATIVA.

La U.A.E. contará con una oficina donde se mantengan sus archivos, se desarrollen labores administrativas y se realice atención a público. Será el lugar de permanencia de la secretaría.

En caso de que no se cuente con la oficina, dichas labores se realizarán en la Unidad de Servicio Social.

2. SALA ECUMENICA O MULTICONFESIONAL.

- a.- Cumplir con lo indicado en el Reglamento de Asistencia Religiosa en Recintos Hospitalarios N° 94 del 17.09.2008.
- b.- En un primer período, la sala ecuménica de la U.A.E. funcionará de lunes a viernes entre las 8.30 y 13.30 horas, y entre las 14.30 y 17.00 horas.

OTRAS RESPONSABILIDADES.

DE REPRESENTANTES DE CREDOS RELIGIOSOS.

- a.- Entregarán Acompañamiento Espiritual, sólo al usuario que lo solicite.
- b.- Realizarán acompañamiento espiritual respetando el credo religioso de los usuarios **(referencia artículo 3).**

c.- Deberán portar su credencial Nacional al momento de entrar a una sala de hospitalizados y además utilizarán un vestuario adecuado.

d.- Informarse sobre la normativa que regula la asistencia religiosa en el Hospital Carlos Van Buren.

e.- Visitarán a los usuarios hospitalizados que requieran acompañamiento espiritual con autorización del Enfermero/a Supervisor/a de la Unidad, o en su efecto del enfermero/a de sala, de acuerdo al horario y tiempo establecido **(referencia artículo 5)**.

f.- Estar dispuestos a recibir capacitación en acompañamiento espiritual y en otros temas afines.

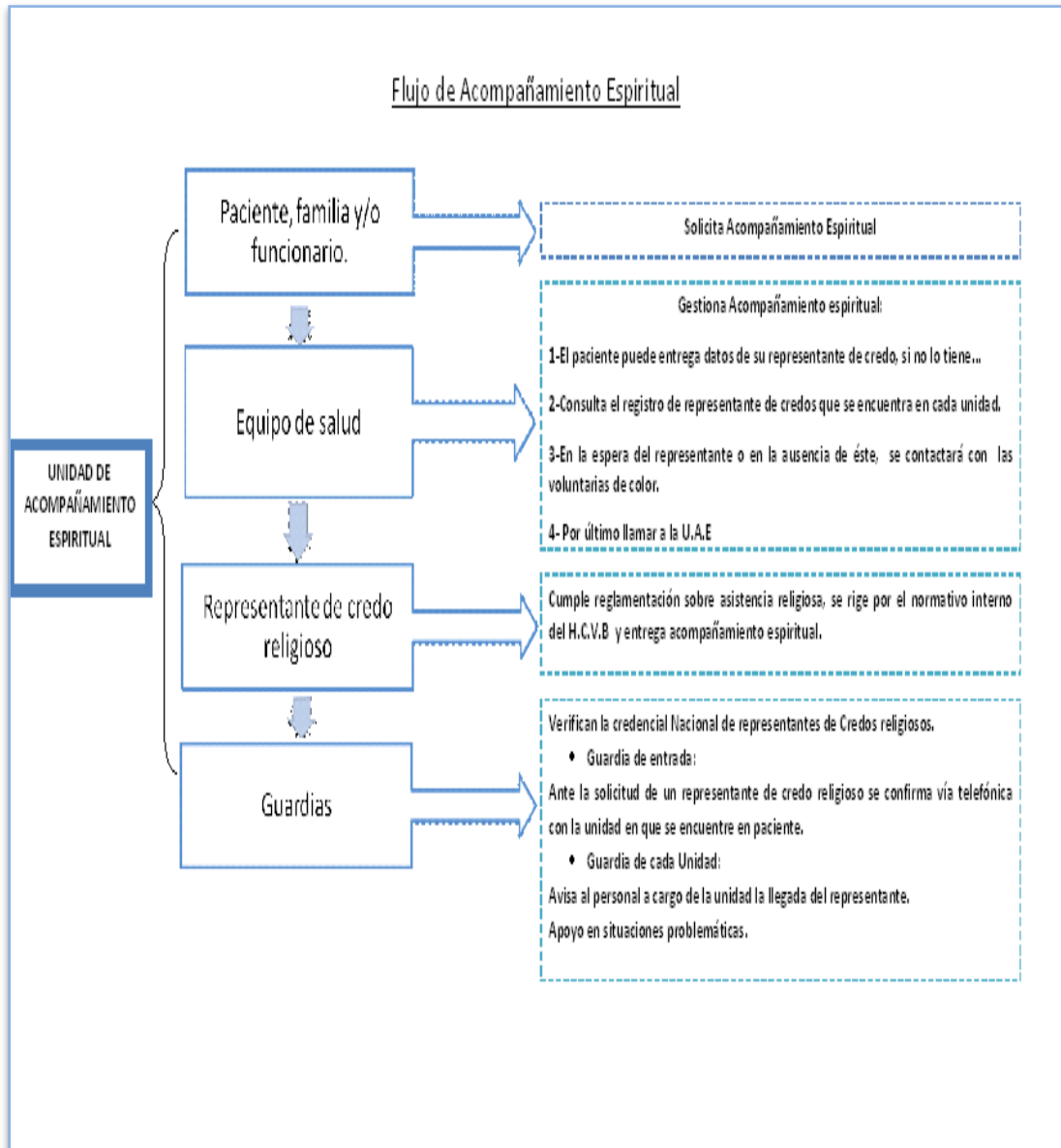
g.- Respetar las recomendaciones sanitarias: lavados de manos, no acudir cuando estén enfermos, no llevar alimentos prohibidos, uso de delantales protectores.

h.- Presentar siempre una conducta que no perturbe el normal funcionamiento de las unidades y servicios, respetando sus horarios y procedimientos.

i.- No interferir en procedimientos que deban efectuarse a los usuarios que comparten la habitación. **(referencia artículo 4)**.

Valparaíso, 2012.

2.- Diseño de Flujo de Acompañamiento Espiritual dentro del H.C.V.B.



3.- Catastro de Representantes (sólo se presentará la matriz por resguardo de los datos personales de cada representante).

Registro de Representantes de Credos Religiosos.

I.- Iglesia Católica.

Nombre	Cargo	Rut	Dirección de la Institución.	Teléfono de contacto.
-16 personas sacerdotes. - 23 representantes de clero. - 12 diáconos. - 5 religiosas. - 45 servidores de la eucaristía	- Sacerdote - Clero - Diacono - Religiosas - servidores de la eucaristía			

II.- Iglesias Evangélicas.

- Iglesia de Dios.

Nombre	Cargo	Rut	Dirección de la Institución.	Teléfono de contacto.
3 representantes				

- Iglesia de Dios es Amor.

Nombre	Cargo	Rut	Dirección de la Institución.	Teléfono de contacto.
6 representantes				

- Iglesia de Dios Mensajeros de Jesucristo.

Nombre	Cargo	Rut	Dirección de la Institución.	Teléfono de contacto.
1 representante				

- Iglesia Asamblea de Dios.

Nombre	Cargo	Rut	Dirección de la Institución.	Teléfono de contacto.
1 representante				

- Iglesia Fe Apostólica Pentecostal.

Nombre	Cargo	Rut	Dirección de la Institución.	Teléfono de contacto.
1 representantes				

- Iglesia Evangélica Bautista.

Nombre	Cargo	Rut	Dirección de la Institución.	Teléfono de contacto.
1 representante				

- Iglesia Evangélica Pentecostal.

Nombre	Cargo	Rut	Dirección de la Institución.	Teléfono de contacto.
3 representantes				

- Iglesia Evangélica el Sembrador.

Nombre	Cargo	Rut	Dirección de la Institución.	Teléfono de contacto.
6 representantes				

- Iglesia Universal del reino de Dios.

Nombre	Cargo	Rut	Dirección de la Institución.	Teléfono de contacto.
4 representantes				

- Iglesia Misionera pentecostés templo "Viento Recio"

Nombre	Cargo	Rut	Dirección de la Institución.	Teléfono de contacto.
1 representantes				

- Iglesia Evangélica Ministerio Evangelístico Reino Unido de Dios.

Nombre	Cargo	Rut	Dirección de la Institución.	Teléfono de contacto.
5 representantes				

- Iglesia Misionera Pentecostés.

Nombre	Cargo	Rut	Dirección de la Institución.	Teléfono de contacto.
2 representantes				

- Iglesia Adventista del Séptimo día.

Nombre	Cargo	Rut	Dirección de la Institución.	Teléfono de contacto.
1 representante				

- Iglesia Cristiana Bautista, una fe, un señor, un bautismo.

Nombre	Cargo	Rut	Dirección de la Institución.	Teléfono de contacto.
1 representantes				

- Iglesia Alianza Cristiana y Misionera Chile

Nombre	Cargo	Rut	Dirección de la Institución.	Teléfono de contacto.
1 representantes				

- Corporación Iglesia Evangélica Presbiterana, Presberito Filadelfia

Nombre	Cargo	Rut	Dirección de la Institución.	Teléfono de contacto.
1 representantes				

- Unión de Iglesias Bautistas de Chile

Nombre	Cargo	Rut	Dirección de la Institución.	Teléfono de contacto.
1 representante				

- Iglesia Evangélica Metodista Pentecostal Nacional

Nombre	Cargo	Rut	Dirección de la Institución.	Teléfono de contacto.
1 representante				

- Iglesia Visión Pentecostés

Nombre	Cargo	Rut	Dirección de la Institución.	Teléfono de contacto.
1 representante				

- Iglesia Biblia abierta Misión Sudamericana en Chile

Nombre	Cargo	Rut	Dirección de la Institución.	Teléfono de contacto.
1 representantes				

- Iglesia de Dios Ministerio nada es imposible para Dios

Nombre	Cargo	Rut	Dirección de la Institución.	Teléfono de contacto.
1 representantes				

- Iglesia Pentecostal de Chile

Nombre	Cargo	Rut	Dirección de la Institución.	Teléfono de contacto.
4 representantes				

- Iglesia evangélica Pentecostal del Jaser

Nombre	Cargo	Rut	Dirección de la Institución.	Teléfono de contacto.
1 representante				

- Iglesia Congregación Cristiana Visión de Reino.

Nombre	Cargo	Rut	Dirección de la Institución.	Teléfono de contacto.
3 representante				

- Iglesia Cristiana Pentecostal

Nombre	Cargo	Rut	Dirección de la Institución.	Teléfono de contacto.
3 representante				

- Iglesia Evangélica Pentecostal Chile para Cristo

Nombre	Cargo	Rut	Dirección de la Institución.	Teléfono de contacto.
1 representante				

III.- Comunidad Judía

Nombre	Cargo	Correo Electrónico	Teléfono de contacto.
2 representantes			

IV.- Iglesia Testigos de Jehová

Nombre	Cargo	Rut	Dirección de la Institución.	Teléfono de contacto.
12 representantes				

V.- Comunidad Hare Khrishna

Nombre	Rut	Dirección de la Institución.	Correo Electrónico	Teléfono de contacto.
1 representante				

VI.- Iglesia de Jesucristo de los Santos de Últimos Días

Nombre	Cargo	Rut	Dirección de la Institución.	Teléfono de contacto.
7 representantes				

- Productos fase de “Organización de los colectivos para la reestructuración de las funciones de la U.A.E.”.

1.- Poster de Convocatoria.



Juntos podemos darle una mano a quien lo necesita

**ACOMPAÑANOS
A ACOMPAÑAR** | Unidad de
Acompañamiento
Espiritual

**¡ TU PUEDES!
PARTICIPAR!**

- Si eres funcionario del hospital
puedes ser parte del Comité de la
U.A.E.

- Si eres voluntario en el hospital,
puedes integrarte al voluntariado de
Acompañamiento Espiritual.

Ser parte de nuestra Unidad significa facilitar y gestionar el acompañamiento espiritual desde cualquier confesión a quien lo requiera; paciente, su familia y/o funcionarios.

¡SE PARTE DE NUESTRO EQUIPO!

Contacto: lidia.parra@redsalud.gov.cl // Fono Unidad: 2364377



The page features a decorative graphic consisting of three blue circles of varying sizes, each with a lighter blue ring around its center. These circles are arranged along a diagonal line that runs from the top-left towards the bottom-right. The largest circle is at the top, a medium one in the middle, and a large one at the bottom right corner. The background is white with thin blue lines extending from the top-left and bottom-right corners towards the center.

CAPÍTULO V

EVALUACIÓN PROFESIONAL

Consideraciones Preliminares:

La etapa de evaluación se desarrolla conforme a las decisiones metodológicas previstas en la etapa de programación para organizar la intervención profesional que se realizó en la unidad de acompañamiento espiritual del Hospital Carlos Van Buren, con el fin de reestructurar sus funciones y permitir la entrega de acompañamiento espiritual a los pacientes, familiares y funcionarios que lo soliciten.

En una primera instancia se visualizará cuáles fueron los resultados obtenidos, a partir de lo planificado, según el objetivo general, los objetivos específicos y los objetivos contenidos en cada actividad de la intervención. Junto con ello se especificarán los elementos que facilitaron y obstaculizaron el proceso, teniendo en consideración que hubo cambios importantes desde el Ministerio de Salud asociados a la aprobación de la Ley de Derechos y Deberes que enmarcaba algunos ribetes de nuestra temática, por lo cual ante la contingencia el equipo seminarista tuvo que optar por otras vías para la consecución de las metas.

Finalmente se analizarán los aspectos operativos en el proceso, lo cual se relaciona con los recursos ocupados, los tiempos utilizados en el proceso en virtud de la consecución de estos, y los aspectos ambientales.

Lo importante de lograr una buena evaluación es su relevancia en la siguiente etapa de Reflexiones Profesionales, ya que todo el nuevo conocimiento que se logre emerger será incorporado.

5.1.-Evaluación según Fases de Intervención.

La presente evaluación se basará en la siguiente matriz, la cual se analizará de forma cualitativa a través de un juicio evaluativo.

Logrado	Se logra de forma óptima el desarrollo de las actividades planificadas
Medianamente Logrado	Se logra de forma parcial el desarrollo de las actividades planificadas.
No logrado	No se logra el desarrollo de las actividades planificadas.

Fase 1	Objetivo Especifico	Indicador	Medio de Verificación	Nivel de Cumplimiento
Socialización sobre acompañamiento espiritual a los colectivos.	“Desarrollar un proceso socioeducativo con los diversos colectivos sobre la Unidad de Acompañamiento Espiritual en el H.CV.B.”	<p>1.- Realización de Charlas y Entrega de Informativos a los diferentes colectivos acerca de:</p> <p>-La U.A.E., y su funcionamiento en el H.C.V.B.</p> <p>-El rol que cumple cada colectivo en la entrega de acompañamiento espiritual.</p> <p>- Normativo y Flujograma de la U.A.E. en el H.C.V.B.</p> <p>2.- Gestión de Capacitación impartida por el Doctor José Alvear sobre humanización en salud y acompañamiento espiritual, destinada al equipo de salud del H.C.V.B.</p>	<p>1.- Registros de Intervención.</p> <p>2.- Registro Fotográfico.</p> <p>3.- Tríptico.</p> <p>4- Afiches y Folletos.</p> <p>5.- Power Point.</p>	Medianamente Logrado.

**Juicio
Evaluativo**

La primera fase de intervención realizada por el equipo seminarista tiene por objetivo socializar la U.A.E. a los colectivos. Los colectivos identificados en un primer momento son los siguientes:

1.- pacientes y familiares. 2.- equipo de salud. 3.- voluntariado. 4.- comité

Según lo anterior, los 3 primeros necesitaban informarse sobre el funcionamiento de la U.A.E. dentro del Institución, el contexto legal que la sustenta, y los desafíos pendientes. En este sentido, este objetivo se considera medianamente logrado debido a que el colectivo de pacientes y familiares no se alcanzó a socializar durante el proceso de intervención ya que los documentos elaborados para informar y socioeducar no se logran plasmar en la institución. El motivo surge de la prioridad de informar al equipo de salud de todas las unidades del hospital sobre las temáticas señaladas, para así poder atender las demandas o requerimientos de acompañamiento espiritual que surjan del paciente o familiares. Por otra parte, también se logra informar al voluntariado de damas de color de la institución sobre la U.A.E.

Otro indicador para este primer objetivo era la realización de una charla de humanización por parte del doctor Alvear, quien se encuentra a cargo de la U.A.E. a nivel ministerial. Si bien, esta actividad en una primera instancia se gestiona y coordina para su realización, esta jornada no se lleva a cabo debido a prioridades institucionales.

Facilitadores:

Durante el proceso de intervención se promulga la Ley 20.584 de Derechos y Deberes del Paciente la cual en el Título II, párrafo 3, artículo 6 declara que toda persona que lo solicite tiene derecho a recibir, oportunamente y en conformidad a la ley, consejería y asistencia religiosa o espiritual. Estos lineamientos dan sustento al proceso de intervención.

Obstaculizadores:

Una de las dificultades que obstaculizaron el proceso de socialización al equipo de salud fue que cada unidad tenía diversos tiempos en las cuales realizaban reuniones ya que el equipo seminarista solicitaba realizar en esa instancia las charlas.

Por otra parte, una vez programada las charlas, muchas veces por contingencia de la unidad estas se volvían a programar dilatando el tiempo de la programación.

Además, el tiempo dado para las charlas siempre fue reducido, autorizando al equipo seminarista a realizarlas de manera acotada, debido a las demás temáticas a tratar dentro de cada unidad las cuales eran de mayor prioridad.

Fase 2	Objetivo Especifico	Indicador	Medio de Verificación	Nivel de Cumplimiento
Regularización Administrativa para la reestructuración de las funciones de la U.A.E.	“Elaborar un diseño de entrega de acompañamiento espiritual desde la U.A.E. de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud, según realidad del H.C.V.B.”	<p>1.- Sistematización de sugerencias y opiniones de médicos jefe, enfermeras supervisoras y un técnico paramédico por unidad del H.C.V.B, respeto al normativo interno de la U.A.E.</p> <p>2.- Un Normativo Interno de la U.A.E. del H.C.V.B. rediseñado, según el Reglamento N° 94 y la realidad del hospital.</p> <p>3.- Un diseño de Flujo que señale la ruta de entrega de acompañamiento espiritual a los pacientes.</p> <p>4.- Realización de un Catastro Actualizado de Representantes de Credo Religiosos de la comuna de Valparaíso.</p>	<p>1.- Registros de Intervención.</p> <p>2.- Registro Fotográfico.</p> <p>3.- Registro de Asistencia a Reuniones.</p> <p>4.- El Documento de Normativo autorizado y firmado por el Director del H.C.V.B.</p> <p>5.- El Documento oficial del Flujograma diseñado y aprobado por las diferentes unidades o servicios participantes de su elaboración.</p> <p>6.- Instrumento de aplicación de sugerencias y opiniones.</p> <p>7.- Sistematización de Sugerencias y Opiniones.</p> <p>8.- Catastro de Iglesias, Ministros de Culto y medio de contacto.</p>	LOGRADO

Juicio Evaluativo	<p>En la segunda fase de intervención se cumple con el objetivo planteado a través de los indicadores propuestos. En un primer momento se entregan los normativos los cuales son devueltos, muchos con sugerencias y opiniones que son incorporadas a la propuesta de normativo de la UA.E. el cual plasma la realidad del hospital, Junto ello, se sientan las bases para diseñar un flujo en el cual se identifica la trayectoria de entrega de acompañamiento espiritual.</p> <p>Por otra parte, se actualizan y se incorporan diversos representantes de credos religiosos de la comuna de Valparaíso en un registro elaborado por el equipo seminarista.</p> <p>En síntesis, la regularización administrativa realizada durante la intervención sustenta el que se haga efectivo la entrega de una oportuna atención asociada al acompañamiento espiritual, identificando cada actor en este proceder y su función.</p> <p>Facilitadores:</p> <p>Un punto importante a considerar que el equipo seminarista era el principal responsable en la elaboración de las actividades administrativas como la sistematización, normativo, flujo y catastro (anteriormente nombrados en el indicador), sin depender de otros actores para su ejecución.</p> <p>Obstaculizadores:</p> <p>A pesar de que se realizaron todos los elementos operativos, algunos de estos quedaron en la espera de la autorización y firma por parte del director del hospital al término de la intervención, por motivos propios de la contingencia y prioridades de la Unidad de Servicio Social.</p>
--------------------------	---

Fase 3	Objetivo Especifico	Indicador	Medio de Verificación	Nivel de Cumplimiento
<p>Organización de los colectivos para la reestructuración de las funciones de la U.A.E.</p>	<p>“Coordinar la conformación del equipo de trabajo, según los diversos colectivos, para la reestructuración de la funciones de la U.A.E.”</p>	<p>1.- Actividad de convocatoria destinada a las damas de color del H.C.V.B. para conformar el voluntariado de la U.A.E.</p> <p>2.- Realización de 7 sesiones de grupo con el voluntariado y se capacitaran en 4 temáticas: - Acompañamiento Espiritual. - Duelo. - Normativo. - Atención y Trato a Usuarios.</p> <p>3.- Actividad de convocatoria destinada a los funcionarios del H.C.V.B. para sumar integrantes al comité de la U.A.E. llegando a un máximo de 5/7 integrantes.</p> <p>4.- Realización de reuniones mensuales con el comité, para designar: - Determinar funciones específicas de cada integrante. - Programación de actividades anuales.</p> <p>5.- Conformar el voluntariado compuesto por Representantes de Credo Religioso de la comuna de Valparaíso para realizar Acompañamiento Espiritual en el H.C.V.B.</p>	<p>1.- Registro de Intervención. 2.- Registro Fotográfico. 3.- Registro Asistencia a Reuniones. 4.- Registro de Interesados. 5.- Registro de Representantes de Credos Religiosos. 6.- Power point</p>	<p>MEDIANAMENTE LOGRADO</p>

**Juicio
Evaluativo**

A partir de los diferentes colectivos, se intentó conformar un equipo de trabajo en función de las actividades de la U.A.E.

Considerando que la U.A.E. no cuenta con lugar físico y recursos humanos para su funcionamiento y gestión de entrega de acompañamiento espiritual es que se planificó la conformación de un equipo de trabajo a partir de los algunos de los colectivos.

En una primera instancia se proyectó conformar un voluntariado de la U.A.E. desde las damas de color del hospital, destinando 7 sesiones para ello. No se logra concretar esta

actividad debido a que desde el Ministerio de Salud llega un comunicado de un nuevo Sistema Nacional de Acreditación de Ministros de Culto (SNAM) el cual indica que solo los que porten esta identificación pueden realizar acompañamiento espiritual. Es por ello que el equipo seminarista reformula su intervención logrando capacitar a una parte del total de las organizaciones de voluntariado en una Jornada en la cual se trabajaron dos partes de las temáticas planificadas en un principio, cambiando el enfoque del voluntariado de damas de color desde la realización de acompañamiento espiritual a contener y apoyar.

Finalmente, las actividades de convocatoria fueron realizadas, las reuniones mensuales con el comité se cumplieron con periodicidad, y se logra la identificación y datos personales actualizados de diversos representantes de credo religioso de la comuna de Valparaíso.

Facilitadores:

Se identificó que las personas vinculadas al acompañamiento espiritual desde el comité mantienen una motivación intrínseca, demostrando rigurosidad y responsabilidad en las reuniones mensuales, mas aun en colaborar con el equipo seminarista.

Obstaculizadores:

El hecho de que durante el proceso haya surgido una nueva normativa como el SNAM, dificultó la conformación del voluntariado de la U.A.E. los cuales en un primer momento fueron, un grupo desde las damas de color y los representantes de credo religioso. Debido a lo anterior, el equipo seminarista tuvo que reformular sus lineamientos de intervención desvinculando las damas de color por no estar dentro del SNAM y esperando durante un tiempo considerable la clarificación de las funciones desde entidades superiores en relación al presente convenio entre la Subsecretaría de Gobierno, la Subsecretaría de la Presidencia y el Minsal. Estas entidades tenían como objeto regularizar y formalizar un registro nacional de representantes de credos religiosos en paralelo al trabajo que ya realizaba el equipo seminarista a nivel comunal.

5.2.-Evaluación de Objetivo General.

Objetivo General	Indicador	Medio de Verificación	Nivel de Cumplimiento
<p>“Desarrollar un proceso de intervención profesional reflexiva para Trabajo Social en la reestructuración de las funciones de la Unidad de Acompañamiento Espiritual del Hospital Carlos Van Buren con el objeto de fortalecer la atención integral del paciente, mediante estrategias de gestión y socialización”.</p>	<p>Al término del proceso de intervención se obtendrá:</p> <p>1.- Un equipo conformado por: un comité integrado por funcionarios y un voluntariado para la U.A.E. del H.C.V.B.</p> <p>2.- Que los colectivos estén socializados con el procedimiento de entrega de acompañamiento espiritual en el H.C.V.B.</p> <p>3.- Normativo Interno de Funcionamiento de la U.A.E. del H.C.V.B.</p>	<p>1.- Registro de Intervención por Actividad.</p> <p>2.- Registro Fotográfico.</p> <p>3.- Documentos de apoyo grafico.</p> <p>4.- Normativo y Flujograma autorizado y firmado por el Director del H.C.V.B.</p> <p>5.- Registros de Sugerencias y Opiniones de los Colectivos.</p>	<p>MEDIANAMENTE LOGRADO</p>

<p>Juicio Evaluativo</p>	<p>El objetivo general de intervención se considera como Medianamente Logrado, debido a que dos de sus fases se logran parcialmente y una en su totalidad. Sin embargo, con las actividades realizadas se sientan las bases para que se gestione desde los diversos colectivos la entrega de acompañamiento espiritual a quien lo solicite. De esta forma, se queda pendiente su formalización a través de la firma de aprobación desde dirección del hospital.</p> <p>En síntesis, se obtiene entonces el logro de los indicadores propuestos, un comité funcionando con la concreción de reuniones mensuales y junto con ello 3 funcionarios interesados en integrarse a este equipo de trabajo. Junto con ello, se consigue un voluntariado de representantes de credos religiosos con sus datos personal para gestionar acompañamiento espiritual.</p> <p>Se socializa gran parte del equipo de salud del hospital sobre la entrega de acompañamiento espiritual y su labor dentro de esta acción, para</p>
---------------------------------	---

finalizar con un Normativo Interno que integra los comentarios y sugerencias de las diversas unidades de la institución fijando las formas y condiciones en que se entrega el acompañamiento espiritual dentro de la realidad del H.C.V.B.

Facilitadores:

La promulgación de la Ley de Derechos y Deberes del Paciente le da las facultades al usuario hospitalizado de requerir acompañamiento espiritual y el hospital debe ser

capaz de satisfacer ese requerimiento. De esta forma, al ser ley, el trabajo realizado por el equipo seminarista se encuadra y se sustenta no sólo como una necesidad sino como un derecho.

Obstaculizadores:

Se identifica que en el actuar clínico de la institución predomina fuertemente el Modelo Biomédico en desmedro a todas actividades tendientes a incorporar la dimensión espiritual en virtud de la atención humanizada e integral enmarcada en un Modelo Biopsicosocial y espiritual.

Junto con ello, otro obstaculizador, la gran carga laboral de la Unidad de Servicio Social, repercute en la baja prioridad de las actividades de la U.A.E. lo que dificultó la intervención del equipo seminarista.

De la misma manera, la dirección del hospital no se ha hecho cargo de incorporar el lugar físico para la U.A.E. y no ha destinado un lugar multiconfesional para el acompañamiento espiritual. Además, la institución no se hace cargo de los lineamientos y normativas generadas desde el MINSAL.

5.3.-Evaluación de las Actividades.

Actividades de la Fase N° 1

“Socialización sobre acompañamiento espiritual a los colectivos”

Actividad 1	Objetivo de la Actividad	Indicadores	Juicio Evaluativo.
Gestión para la realización de Charlas informativas y educativas.	Coordinar con enfermeras (os) supervisoras de cada Unidad, Charlas informativas y educativas sobre el funcionamiento de la U.A.E. del H.C.V.B en sus reuniones mensuales.	Al término del proceso se tendrán las fechas de las reuniones y/o mail de coordinación de estas, según las diferentes unidades del hospital.	MEDIANAMENTE LOGRADO De las 16 unidades planificadas para la realización de charlas de concretan 11 coordinaciones. La unidad de maternidad y ginecología no realiza reuniones mensuales. En las demás no hubo no se finiquito una fecha por contingencias propias de cada unidad.
Actividad 2	Objetivo de la Actividad	Indicadores	Juicio Evaluativo.
Charlas informativas y educativas.	Informar el funcionamiento de la U.A.E. al equipo de salud del H.C.V.B. en las reuniones mensuales de cada unidad.	Al término del proceso de deberá realizar charlas de socialización a la totalidad de las unidades planificadas del H.C.V.B.	MEDIANAMENTE LOGRADO. De las 13 unidades planificadas previa coordinación, se realizan 10 charlas. En servicio de Oncología y en la U.C.I. si bien se coordinó una instancia, nunca se concretó una fecha.
Actividad 3	Objetivo de la Actividad	Indicadores	Juicio Evaluativo.
Gestión para una Jornada de Humanización.	Gestionar con el Dr. Alvear una Jornada de Humanización en el H.C.V.B.	Al término de esta actividad, se obtendrán los contactos pertinentes con el doctor Alvear para realizar la jornada planificada en el mes de septiembre.	LOGRADO. Se considera esta actividad como Logrado debido a que se obtienen los datos de contacto y se concreta una fecha tentativa en septiembre.
Actividad 4	Objetivo de la Actividad	Indicadores	Juicio Evaluativo.
Socialización de la U.A.E. a las Voluntarias del H.C.V.B.	Informar de la U.A.E. sobre la U.A.E. del H.C.V.B. respecto a su Contexto Legal, Funciones y Organización.	Al término de la reunión se socializará a las voluntarias asistentes, se entregará material informativo (tríptico).	LOGRADO Se realiza la presentación de la U.A.E., se tratan los temas planificados y se entrega tríptico informativo.

Actividades de la Fase N° 2

“Regularización Administrativa para la Reestructuración de las funciones de la U.A.E.”

Actividad 1	Objetivo de la Actividad	Indicadores	Juicio Evaluativo.
<p>1.- Entrega de propuesta de Normativo Interno de la U.A.E. del H.C.V.B.</p> <p>2.- Devolución de propuesta de Normativo Interno de la U.A.E. del H.C.V.B.</p>	<p>1.- Entregar Normativo Interno de la U.A.E. a Equipo de Salud y otros servicios para su revisión.</p> <p>2.- Solicitar la devolución del Normativo Interno de la U.A.E. a Equipo de Salud y otros servicios, revisado y con sugerencias.</p>	<p>Al final de la actividad todas las unidades planificadas tendrán una copia de normativo. Al final de la actividad se recepcionará la devolución de los comentarios y sugerencias.</p>	<p>LOGRADO</p> <p>De las 50 Propuestas de Normativos planificados para entregar a cada unidad se lograron entregar 63, junto con cumplir lo planificado, el equipo abarco otros servicios considerados pertinentes.</p> <p>LOGRADO</p> <p>Se devuelven 30 propuestas de normativos de los cuales 20 estaban con sugerencias.</p>
Actividad 2	Objetivo de la Actividad	Indicadores	Juicio Evaluativo.
<p>Sistematización de comentarios y sugerencias.</p>	<p>Incorporar Sugerencias, Comentarios y Observaciones del equipo de salud al normativo.</p>	<p>Al final de la actividad se obtendrá la recopilación de las observaciones, comentarios y sugerencias de la propuesta de normativo interno de la U.A.E</p>	<p>LOGRADO</p> <p>Se logra sistematizar a los 20 comentarios y sugerencias de las diferentes unidades y servicios a los cuales se les entregó la propuesta de normativo.</p>
Actividad 3	Objetivo de la Actividad	Indicadores	Juicio Evaluativo.
<p>Normativo Interno Y Flujo de Acompañamiento Espiritual de la U.A.E.</p>	<p>Elaboración de Normativo Interno Y Flujo de Acompañamiento Espiritual de la U.A.E. a partir de las sugerencias recabadas del equipo de salud.</p>	<p>Al final de la actividad se incorporaran las sugerencias y observaciones al normativo y se creará un flujo de entrega de acompañamiento espiritual</p>	<p>LOGRADO</p> <p>Al final de la intervención se logra elaborar una última propuesta de normativo interno con las sugerencias de las unidades incorporadas y también se logra crear un diseño de flujo de entrega de acompañamiento espiritual.</p>
Actividad 4	Objetivo de la Actividad	Indicadores	Juicio Evaluativo.
<p>Gestión ficha de enfermería</p>	<p>Incorporación de credo religioso del paciente en ficha de enfermería para facilitar la entrega de acompañamiento espiritual</p>	<p>Al final de la reunión se esperan acuerdos para el ingreso del credo en la ficha de enfermería.</p>	<p>LOGRADO</p> <p>Al final de la reunión se crean acuerdos por parte de Gestión del Cuidado de realizar las acciones pertinentes para el ingreso del credo del paciente a la ficha de enfermería.</p>

Actividades de la Fase N° 3

“Organización de los Colectivos para la Reestructuración de las funciones de la U.A.E.”

Actividad 1	Objetivo de la Actividad	Indicadores	Juicio Evaluativo.
Poster y Flayer para un equipo de trabajo.	Entrega de poster y Flayer por Unidad del H.C.V.B. para integrar a funcionarios al comité de la U.A.E y voluntarios de las damas de color al voluntariado de acompañamiento espiritual	Al término de la actividad se obtendrá la integración de integrantes al voluntariado y al comité de la U.A.E.	<p>MEDIANAMENTE LOGRADO</p> <p>La actividad destinada al voluntariado de las Damas de Color se modificó debido a lineamientos ministeriales que no permitía realizar acompañamiento espiritual al voluntariado debido a la falta de acreditación.</p> <p>Por otra parte hubo 3 funcionarios interesados en participar del comité a partir de la convocatoria realizada los cuales pertenecían a las siguientes unidades: 1.-Diálisis. 2.- Archivo 3.- Maternidad.</p>
Actividad 2	Objetivo de la Actividad	Indicadores	Juicio Evaluativo.
Sesiones para un Voluntariado de la U.A.E.	Realizar 7 sesiones socioeducativas de acompañamiento espiritual, duelo, normativo interno de la U.A.E. y atención y trato al usuario	Al final de las sesiones se lograra que el equipo de voluntariado de las Damas de Color de la U.A.E. se capacite en las temáticas planificadas	<p>NO LOGRADO.</p> <p>Esta actividad no se logra llevar a cabo por 2 motivos. El primero tiene relación en un comienzo por la poca convocatoria por parte de las Damas de Color del H.C.V.B. y segundo, durante el proceso hubo un cambio Ministerial sobre quienes realizan acompañamiento espiritual sacando de esta labor a las voluntarias.</p>
Actividad 3	Objetivo de la Actividad	Indicadores	Juicio Evaluativo.
Invitación para capacitación el voluntariado de Damas de Color.	Entregar a todas las presidentas de las congregaciones de voluntariado de color del H.C.V.B. una carta de invitación para ellas y tres de sus integrantes.	Al final de la Jornada se obtendrá que todas las presidentas del voluntariado del H.C.V.B. estén informadas sobre la Jornada mediante la carta.	<p>LOGRADO</p> <p>Se logra entregar la carta de invitación a todas las presidentas del voluntariado de damas de color.</p>
Actividad 4	Objetivo de la Actividad	Indicadores	Juicio Evaluativo.

Capacitación para voluntarias de color del H.C.V.B.	Realizar una jornada de capacitación para las voluntarias de color en las temáticas de Normativo interno de la U.A.E. Y duelo.	Al final de la Jornada se obtendrá que las voluntarias estén capacitadas en las temáticas planificadas.	LOGRADO Esta actividad se considera Lograda debido ya que participan en la Jornada 20 personas de las diferentes voluntariados de las Damas de Color.
Actividad 5	Objetivo de la Actividad	Indicadores	Juicio Evaluativo.
Reuniones con el Comité de la U.A.E.	Conformar el Comité de Funcionarios de la U.A.E. y sus líneas de trabajo para su reestructuración dentro del H.C.V.B.	Al término del proceso de intervención de habrán realizado 4 reuniones, una equivalente a cada mes. Al finalizar las reuniones se habrá conformado un comité de entre 5 o 7 personas.	MEDIANAMENTE LOGRADO. Por una parte se lograron realizar las 4 reuniones planificadas con el Comité. También se logró identificar a 3 personas interesadas en participar del Comité, pero en la última reunión en la cual se integrarían, por diversos motivos propios de sus unidades no pudieron asistir.
Actividad 6	Objetivo de la Actividad	Indicadores	Juicio Evaluativo.
Antecedentes de Representantes de Credos.	Recopilación de Antecedentes de los diversos Representantes de Credos Religiosos de la comuna de Valparaíso.	Al final de ese proceso se obtendrán los antecedentes que permitan hacer un catastro de gran parte de las diversas organizaciones religiosas de la Comuna de Valparaíso.	LOGRADO Se logra identificar y conseguir los datos para realizar el contacto de diversos credos de la comuna de Valparaíso. Se integran entonces al catastro Representantes de Credo de las siguientes religiones: 1.- Iglesia Católica. 2.- Diversas ramas de la Iglesia Evangélica. 3.- Testigos de Jehová. 4.- Mormones. 5.- Hare Khrishna.
Actividad 7	Objetivo de la Actividad	Indicadores	Juicio Evaluativo.
Reunión en Intendencia	Coordinar en la Intendencia la entrega de antecedentes de los Representantes de Credos Religiosos ya acreditados.	Se espera que al final de la actividad se logre la obtención de los datos de las personas acreditadas a la fecha.	LOGRADO Posterior a la coordinación realizada, desde la Secretaria de Gobierno se facilitan los antecedentes de los representantes de credo registrados en una primera parte de este proceso de acreditación. De esta manera se logra la obtención de datos principalmente de la rama evangélica. Luego estos antecedentes se integran al catastro.

A continuación se presenta la evaluación de los aspectos operativos correspondientes a lo siguiente:

5.4.-Evaluación de recursos

5.4.1.-Recursos Humanos:

Para la realización de la intervención profesional el equipo seminarista contó con el apoyo de la Jefa de Unidad de Servicio Social Sra. Lidia Parra, quien además es la encargada de la Unidad de Acompañamiento Espiritual. Se destaca también la contribución del equipo de asistentes sociales de la unidad quienes a partir de su conocimiento del funcionamiento de hospital, en específico de las unidades de las cuales cada una se encuentra a cargo, aportaron con información pertinente y con una presentación formal con los (as) jefes de cada servicio durante la intervención.

Por otra parte se contó con la colaboración de la secretaria de la Unidad de Servicio Social, quien recibió llamadas de contacto y proporcionó información importante para la gestión realizada durante el proceso.

Otra profesional importante en cuanto a su disposición a trabajar con la intervención realizada, fue la psicóloga Sra. Vivien Lyng, quien aportó conocimientos sobre Duelo, para la confección del marco teórico y para la Jornada de Capacitación a las Voluntarias de Color.

En relación a la etapa de ejecución se trabajó con los diversos colectivos, siendo estos; equipo de salud, voluntarias de color, integrantes del comité y diversos representantes de credos religiosos de la comuna de Valparaíso. Se considera que gran parte de ellos sostuvo una actitud de colaboración y disposición.

En la etapa final, se contactó con la Subsecretaria General de Gobierno en la Intendencia de Valparaíso, cuya coordinadora de la OIRS de dicha entidad, Srta. Gracia Pizarro, facilitó información importante para nuestra labor.

5.4.2.-Recursos Materiales.

Respecto al recurso material, se contó en la Unidad de Servicio Social, con la facilidad de impresiones, llamados telefónicos, computadores y

material fungible. Dentro de la institución existía la posibilidad de contar con fotocopias, ya que existe una sección encargada de ello. Lo anterior permitió al equipo seminarista elaborar y multiplicar el material de apoyo a la intervención como trípticos, dípticos, flyer, poster, propuesta de normativo, entre otros.

En algunas dependencias del hospital se contaba con data show para la realización de charlas informativas. En el caso de que no contar con este elemento, se confeccionó un recurso visual para su concreción siendo esto una pancarta informativa.

En síntesis, los recursos mencionados fueron favorables principalmente para la difusión y entrega de información pertinente en la intervención.

5.4.3.-Recursos Financieros.

No se contó con recursos financieros, ya que la institución no los proporciona. Esto dificultó el perfeccionamiento del material elaborado, ya que en diversas ocasiones el equipo seminarista tuvo que utilizar recursos propios para la consecución de sus objetivos.

5.4.4.-Recursos Ambientales.

La institución cuenta con espacios destinados a reuniones como el Auditorio, Sala de Reuniones/Capacitaciones, y dentro de la Unidad de Servicio Social, existía por parte de las asistentes sociales la facilidad de ocupar sus oficinas y computadores.

Por otro lado, las diversas características propias de cada unidad facilitó u obstaculizó el trabajo realizado, esto se provoca principalmente debido al nivel de complejidad que presentan ciertas unidades dificultando el acercamiento de la intervención.

Junto con lo anterior muchas unidades también marcaban en su actuar clínico el modelo biomédico, considerando baja importancia a la dimensión espiritual.

5.5.-Evaluación del Tiempo:

Para la evaluación del tiempo, se consideraran 3 categorías:

5.5.1.- Relación Tiempo programado y Tiempo Real.

La primera fase de “Socialización sobre acompañamiento espiritual a los colectivos” se programó hasta el mes de Agosto, lo cual permitió socializar a gran parte de los colectivos en el tiempo establecido, sin embargo no se alcanzó a informar a los pacientes y a sus familias sobre acompañamiento espiritual dentro del H.C.V.B. El motivo de lo anterior se relaciona a las prioridades establecidas para el equipo seminarista desde la Unidad de Servicio Social asociadas a socializar al equipo de salud en una primera instancia. Esto significó adecuarse a los tiempos de cada servicio lo que trajo consigo un retraso y muchas veces una reprogramación de las actividades planificadas, lo que equivale a no lograr en los plazos programados la totalidad de los colectivos.

La segunda fase de “Regularización Administrativa para la reestructuración de la U.A.E.” se había programado hasta el mes de Julio. Esta fase requirió más tiempo para su realización, ya que las actividades se realizaron hasta el mes de septiembre. Si bien, se logra la mayoría de lo planificado, faltó lograr la firma del director ante el normativo interno de la U.A.E. y del flujo de acompañamiento espiritual. Para concluir, un motivo importante asociado a los tiempos establecidos fue el Sistema de Acreditación Nacional de Representantes de Credos (SNAM) ya que también trajo consigo una adecuación de la intervención y un retraso en la ejecución de los tiempos de las actividades vinculadas principalmente a la gestión, mientras las entidades superiores a partir del Minsal y el Servicio de Salud Valparaíso/San Antonio clarificaban tanto la información como sus funciones respecto al SNAM.

La tercera fase de: “Organización con los colectivos en función de la reestructuración de la U.A.E” se programó hasta la segunda semana de Agosto y el tiempo real se extendió hasta la segunda semana de septiembre, también por motivos del SNAM.

5.5.2.-Tiempo por Actividad:

En lo general los tiempos planificados para las actividades se cumplen a cabalidad. Ejemplo de ello son los tiempos dados por parte de cada unidad de 15 a 20 minutos aproximadamente para las charlas de socialización, lo cual fue un tiempo estandarizado para todas las unidades. De mismo modo, los 45 minutos aproximados destinados para las reuniones con el comité siempre se mantuvo en el margen a cumplir.

Por otra parte, las actividades planificadas para realizar gestiones mayoritariamente sobrepasaban los tiempos planificados, ya que se tenía que contar con la disponibilidad de los tiempos de otras personas para la concreción de estas. Respecto al trabajo con el equipo de salud, las contingencia de cada unidad dificultaba el contacto con cada una de las jefaturas, con los funcionarios del hospital en general, otros servicios, etc., ya que ellos muchas veces no estaban disponibles o había que esperar su atención, lo que produjo tiempos ocupados en espera y por ende su demora en la intervención. Además, en la devolución de los normativos dispuestos a la revisión del equipo de salud, también hubo mucho tiempo de demora y por lo mismo un retraso en la ejecución.

5.5.3.-Tiempo de intervención.

El tiempo de la intervención fue insuficiente, principalmente por los tiempos de disponibilidad hospitalaria y de su realidad misma, lo que generó que el equipo seminarista se adecuara a los tiempos de las unidades y del equipo de salud para la consecución de los objetivos planificados.

5.5.4-Tabla Gantt.

Meses	Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre			
Fase/Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Fase 1 Socialización sobre acompañamiento espiritual a los colectivos					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Fase 2 Regularización Administrativa para la reestructuración de las funciones de la U.A.E.					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Fase 3 Organización de los colectivos para la reestructuración de las funciones de la U.A.E.					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				

Simbología:

Tiempo Programado.
Tiempo de Holgura.
Tiempo Real.
X

5.6.-Estrategias de intervención

Total de estrategias	Estrategias utilizadas	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Socioeducativa ❖ Socioreflexiva ❖ Socioinformativa ❖ Organización y Coordinación. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Socioeducativa ❖ Socioreflexiva ❖ Socioinformativa ❖ Organización y Coordinación. 	<p>Se utilizaron todas las estrategias, principalmente la socio informativa, socio educativa y de organización y coordinación. Ya que para lograr la restructuración de la U.A.E, era preciso informar de las temáticas involucradas a los colectivos pertinentes, y realizar las gestiones oportunas a través de la última estrategia mencionada.</p>

5.7.-Técnicas de intervención

Total de técnicas	Técnicas utilizadas	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> • Presentación. • Difusión. • Atención y escucha. • Empatía y respeto. • Exposición. • Reflexión. • Entrevista • Encuesta. • Grupo de discusión • Refuerzo. • Lluvia de ideas. • Asignación de tareas • Video educativo. • Análisis y discusión. • Material educativo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación. • Difusión. • Atención y escucha. • Empatía y respeto. • Exposición. • Reflexión. • Lluvia de ideas. • Asignación de tareas • Análisis y discusión. • Material educativo. 	<p>En función de la restructuración de la U.A.E, la socialización fue primordial ante la necesidad de informar a la mayor cantidad de colectivos. Para ello se utilizó en mayor medida la presentación del equipo y la unidad, difundir y exponer las temáticas a trabajar, siempre con empatía y respeto considerando las diversas posturas y creencias religiosas.</p> <p>Lo anterior, en complemento con la totalidad de las otras técnicas, durante el proceso de intervención.</p>

The page features a decorative design with three blue circles of varying sizes, each composed of concentric layers of different shades of blue. These circles are arranged along a diagonal line that runs from the top-left towards the bottom-right. The largest circle is at the top, a medium one in the middle, and a large one at the bottom right. The background is white with thin blue lines extending from the top-left corner.

CAPÍTULO VI

REFLEXIONES PROFESIONALES

6.1.- Reflexiones Profesionales: Eje Humanización en Salud.

Actualmente en el marco de la salud en Chile, se utiliza el término salud definido por la OPS como: **“El estado de completo bienestar físico, mental, social y espiritual”**, en concordancia con el enfoque integral y las metas de humanización de la atención definidas por el Minsal a partir de la reforma.

Según lo definido, es que en el área hospitalaria es importante considerar al paciente como persona en todas sus dimensiones, y para dar respuesta a lo anterior es que la reforma incorpora el modelo biopsicosocial en la atención terciaria. El H.C.V.B tiene como misión entregar una atención oportuna y de calidad a su comunidad. Y la visión es el compromiso con sus usuarios, la familia y sociedad.

Considerando la estructura teórica señalada y en contraste con la realidad observada en la intervención profesional, fue posible conocer que existen situaciones en desmedro de esto, entre otras cosas por falta de prioridad, lo que puede repercutir negativamente en la humanización en salud.

- **Insuficiente humanización en función de la atención integral.**

Existen lineamientos ministeriales que abordan la humanización en los recintos hospitalarios, algunas de ellas son; el trato humanizado, hospital amigo, carta de derechos y deberes del paciente, etc., de las cuales el hospital se adhiere. Sin embargo, aun cuando ha habido un gran avance, aun existen brechas entre lo ideal y lo real, ya que en su implementación la atención humanizada no se cumple a cabalidad por diversos motivos.

Uno de ellos son las prioridades de la administración del hospital, ya que se da mayor énfasis a la ausencia de afecciones y enfermedades y a la reducción de costos. Esto provoca falta de información y sensibilización en los funcionarios, como por ejemplo el equipo de salud en perjuicio de los pacientes y familias, en las temáticas de humanización.

“Dentro de lo que son las políticas que se muestran donde están todos los protocolos de actuación, en la realidad lo que se hace es nada, no se construye, no se ceden espacios, no se da un lugar, la humanización no es una prioridad, y no hay presupuesto tampoco para eso.” Psicóloga clínica Servicio de Oncología, H.C.V.B.

Otro de los aspectos que también está relacionada a la falta de prioridad en la humanización es la infraestructura para ello, ya que no se encuentran algunas instalaciones idóneas como por ejemplo sobre fallecimientos y asistencia espiritual.

“En el hospital no hay una sala donde se le diga a la gente que su familiar se murió, se le dice en el pasillo o en la sala de espera frente a todo el mundo, de ahí para delante de que estamos hablando.” Psicóloga Clínica Servicio de Oncología, H.C.V.B.

Otra de las situaciones que ejemplifican la insuficiente humanización en el trato de las personas, tiene que ver con las instalaciones de Anatomía Patológica, en donde al momento de que los familiares retiran a sus fallecidos, esto se realiza en un lugar inadecuado ya que este es un pasillo concurrido del hospital, angosto, en donde sólo hay una banca, y muchas veces se juntan más de una familia doliente durante la espera.

“No hay prioridad, o sea soy yo el que me enfrento a la familia. El servicio entrega los certificados de defunción, pero directamente soy yo quien entrega al fallecido, ¿o sea, que es lo que pasa? No hay prioridad en el sentido de dar la posibilidad o la comodidad a la gente. Como persona, como ser humano me pongo en el lugar de las familias.” Técnico Paramédico Servicio de Anatomía Patológica (Morgue).

Dentro del servicio las instalaciones tampoco son las adecuadas, por lo reducido del espacio, el que cuenta con tres segmentos, el primero que se conecta con el pasillo interno del hospital con la capacidad de dos camillas, el segundo donde se realiza la higiene del fallecido y el tercero para la entrega del ataúd, la cual se encuentra conectado hacia una salida externa al hospital.

Si bien cuenta con una incomodidad para el funcionario que trabaja en esta unidad, para los familiares también se presenta como una condición deshumanizante, ya que muchas veces son ellos quienes acceden a estas instalaciones, con el fin de vestir a sus familiares fallecidos.

“Dentro del servicio caben tres camillas, muchas veces para movilizarme he tenido que pasar por encima de estas, también no hay una buena ventilación ni los implementos de seguridad adecuado”. Técnico Paramédico Servicio de Anatomía Patológica (Morgue).



Foto 1: Segunda Sección, Higiene del Fallecido, Unidad de Anatomía Patológica (Morgue).

Otros de los motivos que evidencia una insuficiente humanización en la institución es la preponderancia del modelo biomédico ante el biopsicosocial espiritual. Esto se asocia a la falta de profesionales dedicados a la atención al paciente en las áreas psicológicas, sociales, y espirituales, los cuales no dan abasto a las necesidades de la gran demanda de atención en la institución.

“En el hospital hay una disminución de la deuda y hay mejores cifras. Pero también hay disminución de profesionales, sobre todo los que se preocupan de la parte humanista del paciente, la parte Psico socia no es prioridad” Psicóloga clínica Servicio de oncología, H.C.V.B.

“Todas las patologías Auge las veía yo, porque no había otra persona. Una sola psicóloga para las patologías Auge no daba abasto. Ahora que no estoy yo no hay nadie. Antiguamente había preocupación. Ahora no les interesa, ni como hospital ni desde las políticas públicas ya no son prioridad”. Psicóloga clínica Servicio de Oncología, H.C.V.B.

Esta situación se pudo evidenciar dentro del proceso de intervención, ya que en este caso, el médico es uno de los funcionarios más alejados de las temáticas de humanización y por ende del enfoque biopsicosocial. Ejemplo de ello, es la reticencia ante la incorporación del credo del paciente en la ficha de enfermería, ya que dentro de las actividades de intervención asociadas a la formalización del normativo de la U.A.E. se pudo observar dicha postura.

“En disposiciones generales, art. 2, estimo que consultar a todos los pacientes su credo, si desean asistencia religiosa y anotar en la ficha, solo aumenta el trabajo del personal y puede provocar molestias en algunos pacientes que pueden considerar una intromisión en sus asuntos privados”.

Estimo que sería mejor entregar asistencia religiosa a quien lo manifieste, y no preguntar tanto a cada paciente”. Médico Jefe, Unidad de Otorrino/Oftalmología

- **Aspectos favorables en vías de una mejor Humanización en la Atención en Salud.**

Durante el proceso de intervención se coincide con dos aspectos importantes que aportan a las metas de humanización y que resultaron favorables para las iniciativas del equipo seminarista.

La primera de ellas es la promulgación de la Ley 20.584 de Derechos y Deberes de los Pacientes del 8 de mayo de 2012, la cual entra en vigencia en el mes de Octubre del mismo año. Esta ley sustenta aspectos como el

derecho a la información clara y oportuna, el trato digno y compañía y asistencia espiritual.

Con respecto a esta nueva ley es que dentro del Hospital Carlos Van Buren se realizan capacitaciones a funcionarios dando énfasis dentro de éstas, la existencia de la Unidad de Acompañamiento Espiritual en favor del manejo de información y de poder satisfacer requerimientos del paciente en esta área.

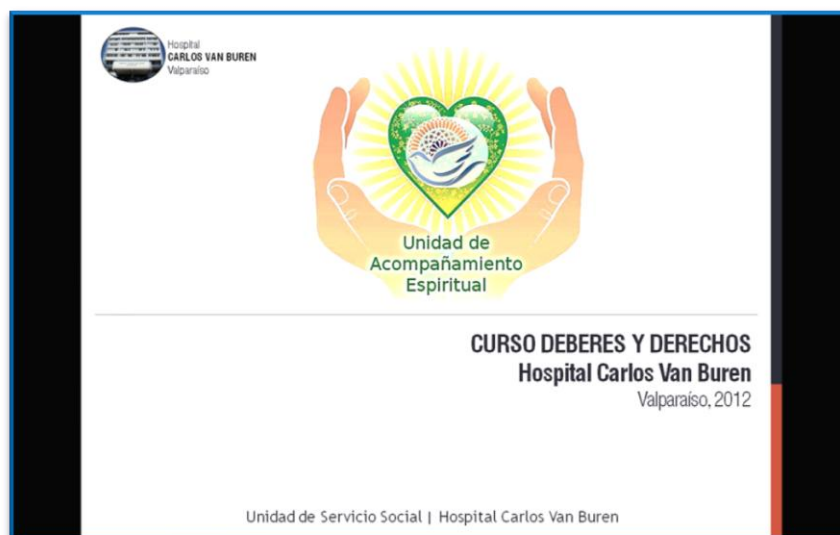


Foto 2: Power Point, Curso de Derechos y Deberes, H.C.V.B.

El proceso de acreditación que experimentaba el hospital asociado a la autogestión de las instituciones de la red asistencial, permitió llevar a cabo muchas de las actividades planificadas por el equipo seminarista. Si bien el proceso intervención no tenía mayor pertinencia en esta acreditación, se pudo observar que las diferentes unidades, con el fin de regular actividades y contar con la mayor información posible, manifestaban una buena disposición y apertura a que, por ejemplo, se realizaran charlas socioeducativas.

6.2.- Reflexiones Profesionales: Eje Acompañamiento Espiritual.

El acompañamiento espiritual dentro de los recintos hospitalarios de la red asistencial se respalda en un contexto legal en el cual se estipula el derecho de las personas, en este caso los pacientes, a recibirlo. Dentro de este contexto legal, existe la Ley 19.638, llamada Ley de Culto, el Reglamento sobre Asistencia Religiosa en Recintos Hospitalarios N° 94 y resoluciones exentas generadas dentro del Hospital Carlos Van Buren que crean la Unidad de Acompañamiento Espiritual (U.A.E.) dentro de la institución.

Cabe destacar que el objetivo de la U.A.E. es gestionar y facilitar el otorgamiento de asistencia religiosa y espiritual a los pacientes hospitalizados, familiares y funcionarios. Este objetivo es de difícil cumplimiento, ya que en una primera instancia no se cuenta con un lugar físico de la unidad, tal como lo estipula el Reglamento N° 94 capítulo 4, artículo 15. Asimismo, el recinto hospitalario debiese contar con un lugar multiconfesional tal como señala este mismo reglamento en el capítulo 3, artículo 9 y tampoco se contaba con ello. De esta forma, la intervención tuvo bastantes dificultades asociadas al tema, en donde se tuvo que generar diversas estrategias para lograr el objetivo de la unidad antes mencionado.

“La parte psicosocial no es prioridad. Lo espiritual tampoco, si se parte de que no hay ni siquiera una sala multiconfesional. No se ceden espacios, nada”.
Psicóloga clínica Servicio de oncología, H.C.V.B.

- **Invisibilización de la Dimensión Espiritual.**

Durante el proceso de trabajo del equipo seminarista, se observó en el actuar clínico una invisibilización de la parte espiritual, siendo poco relevante en esta actividad. Si bien, existen lineamientos establecidos desde el Minsal, que integran la dimensión espiritual, esta temática es una de las menos consideradas dentro la institución.

“Absolutamente se debe tener una atención biopsicosocial y espiritual, ya que existen desde los lineamientos de la ONU. Claramente el hombre tiene dimensiones y existen derechos fundamentales como tal. Lograr que en cada unidad existiese psicólogo, asistente social y un orientador libre de credo sería lo óptimo. Este último, que sea ecuménico y que ayude a la orientación espiritual.” Psicóloga clínica Servicio de oncología, H.C.V.B.

Otro de los factores observados, sobre todo en las primeras instancias de la intervención y que generan una invisibilización, fue la falta de conocimiento y de información desde la comunidad hospitalaria sobre las temáticas asociadas a los respaldos legales que sustentan el acompañamiento espiritual y tampoco de la existencia de una unidad que tuviese dentro su labor esta dimensión dentro de la institución.

En esta primera parte de la intervención se realizó una encuesta a funcionarios de dos unidades del hospital, primero por motivo de necesidad institucional y segundo a modo de generar las estrategias iniciales y pertinentes de intervención. La información obtenida desde ahí, señaló que 15 de 16 personas encuestadas en la Unidad de Mediana Complejidad Quirúrgica y Unidad de Cuidados Intermedios, no se encontraba informada de la existencia de la U.A.E. en el hospital.

Lo anterior ayudó a comprender que la socialización sería parte importante y la más significativa de los objetivos de trabajo estipulados.

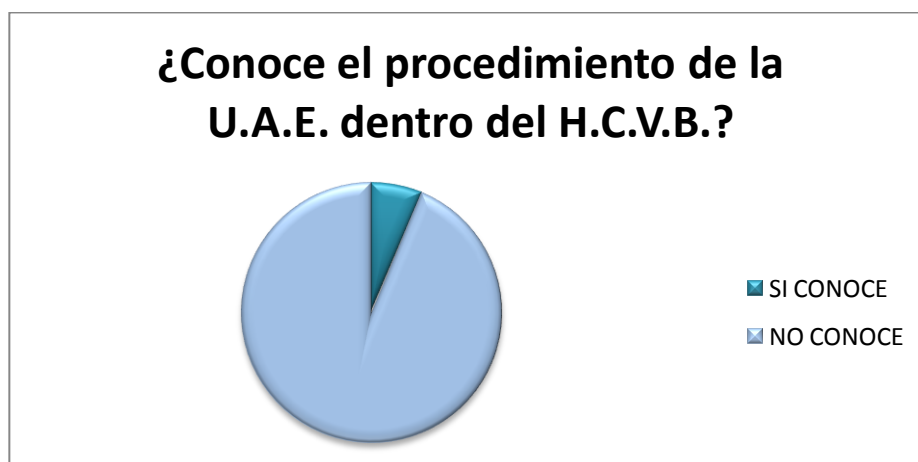


Gráfico: Demuestra falta de conocimiento por parte de los funcionarios de dos unidades ante el proceder de la U.A.E. en el H.C.V.B.

Lo anterior trajo consigo la inquietud de conocer la realidad de otros hospitales con respecto al trabajo realizado en esta temática, descubriendo que dentro de la realidad de los hospitales del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, estos se encuentran mucho más atrasados que el H.C.V.B. considerando que muchos de ellos no cuentan con Unidades de Acompañamiento Espiritual.

Siguiendo la línea de desinformación señalada en el apartado anterior, y según el aprendizaje generado a partir de la intervención, se puede señalar que la implementación de una política pública asociada a la temática espiritual puede que profundice aun más en las actividades y conciencia de los funcionarios en esta dimensión. Se hace referencia a la futura ejecución de la Ley de Derechos y Deberes del Paciente, pudiendo de esta forma que los funcionarios le den más importancia a la parte espiritual en la atención, ya que con la intervención realizada se hizo conciencia de que existe.

“La gente no está concientizada ni sociabilizada con el acompañamiento ni la asistencia espiritual. No se ve como una necesidad, porque es importante que las cosas que se implementan tengan un sustento político”, Asistente Social, Unidad de Servicio Social, H.C.V.B.

- **Prejuicios a Organizaciones Religiosas.**

Una de los aspectos que llamó más la atención al equipo seminarista, es el prejuicio que aun se sostiene desde ciertos funcionarios con respecto a algunas organizaciones religiosas. Lo anterior por apreciaciones personales, que van en desmedro del derecho del paciente, ya que muchas veces se vetaban ciertas religiones.

“Los evangélicos son bulliciosos. ...Hay que regular para que el acompañamiento espiritual no interfiera con otros pacientes”

“Los evangélicos hablan cosas de la muerte a los pacientes. Solo deberían permitir a las hermanas”.

“Existe mucho catolicismo. Otros credos se han coartado por bulliciosos. Esta parte sería importante de regular”.

Enfermeras v Paramédicos. U.C.I.M v M.C.Q.. H.C.V.B.

Estas apreciaciones se observaron desde el comienzo de la intervención, por lo que socioeducar sobre las temáticas es importante para derribar mitos y poder trabajar a favor de las personas.

Uno de los aprendizajes dados en este eje es que las aéreas tanto psicológica y social tienen que darse espacios dentro de la acción clínica, sobretodo la parte espiritual, que tiene además en contra, la falta de sensibilización por parte de los funcionarios del hospital.

Lo anterior, también se encuadra en que estas dimensiones humanistas se trabajan desde lo cualitativo, lo que produce muchas veces dificultad de obtener datos concretos sobre qué es lo que busca el hospital, ya que es más fácil evaluar sobre lo cuantitativo.

“La incorporación de otros ámbitos aparte de las funciones médicas, en la atención del paciente no tiene cabida. Hay servicios que están más concientizados con la atención psicosocial que otra. Si vas a pediatría, hay muchos factores que hacen que la atención psicosocial sea preponderante, desde el tema que significa tener a un niño maltratado en el hospital, en este caso hay un montón de lineamientos que generan que este paciente sea atendido de manera integral, pero hay otros servicios como es oncología, donde la atención psicosocial no está incorporada al paciente, por lo tanto el psicólogo y el asistente social se debe crear un espacio, porque no es que se dé.... Es por eso que los intentos por sensibilizar este espacio son importantes para ganarse un lugar. Por lo mismo, la parte espiritual queda mucha más de lado, aun así es un tema que está empezando a tomar importancia, por lo mismo se han generado algunas políticas que se han visto en la tv, donde el presidente incluye la comunidad evangélica ampliando esta cobertura hacia los medios. Se puede identificar entonces que es una temática que se está conversando y visualizando, sin embargo cuando no hay eso no existe nada.”Asistente social, Unidad de Servicio Social, H.C.V.B.

- **Avances en la dimensión espiritual.**

Uno de los avances más significativos en esta dimensión fue la Ley de Derechos y Deberes del paciente, que en uno de sus artículos declara lo siguiente:

Compañía y asistencia espiritual

Toda persona tiene derecho a la compañía de familiares y amigos cercanos en su hospitalización y con ocasión de prestaciones ambulatorias. También pueden recibir oportunamente consejería y asistencia religiosa o espiritual.

En los territorios con alta concentración de población indígena se deberá aplicar un modelo de salud intercultural con facilitadores interculturales y señalización en el idioma del pueblo originario y asistencia religiosa propia de su cultura.

Ley 20.584, de Derechos y Deberes del Paciente.

Aun cuando la intervención no transcurrió en paralelo a la ejecución de esta ley, de cierta manera su promulgación sentó las bases de la socialización y socioeducación realizada, con la proyección de que cuando esta ley se lleve a cabo, el trabajo y la retroalimentación realizada en el hospital por el equipo obtenga sus frutos en virtud de una atención espiritual al paciente, gestionado y facilitando de manera más rápida y oportuna desde los diferentes actores involucrados en la temática.

Los aportes de parte del voluntariado de damas de color dentro del hospital, fueron relevantes dentro de la intervención, desde su misma vocación por ayudar y desde su experiencia, ya que durante años ellas realizaron esta labor de manera espontánea. Si bien, estas organizaciones no son parte del organigrama del hospital propiamente tal, su entrega y disposición a través de sus actividades a favor de los pacientes, fueron y serán de suma importancia ante la entrega de información en diferentes ámbitos como lo es el acompañamiento espiritual. Lo anterior a su vez, se considera un aporte al trato humanizado que requiere el paciente entregando su apoyo y cercanía.



Foto 3: Voluntaria Dama de Azul, Unidad de Emergencia Adulto del H.C.V.B. ayudando a la gestión del equipo seminarista.

6.3.- Reflexiones Profesionales: Eje Duelo.

Este eje fue el que menos se trabajó desde el equipo seminarista, ya que no lo sustenta ninguna ley. Sin embargo, es una de las temáticas en donde más se requiere Acompañamiento Espiritual, ya que el paciente presenta duelo muchas veces por la pérdida de salud, también cuando un familiar o un funcionario sufre la pérdida de un ser querido.

Existen diferentes formas en que se genera duelo en las personas, sobretodo en la situación de hospitalización. Dependiendo de la gravedad del paciente se puede provocar en mayor medida un duelo y la necesidad de compañía y apoyo. Se pudo observar que en las unidades de mayor complejidad se generaba un mayor requerimiento de Acompañamiento Espiritual y/o Asistencia Religiosa debido a lo anterior.

No existe una preocupación por parte del hospital para atender esta temática y tampoco se encuentra el personal idóneo para que atienda esta necesidad.

Las unidades que más llamaron la atención al equipo seminarista fueron la Unidad de Diálisis y sobre todo la Unidad de Anatomía Patológica.

En la Unidad de Diálisis, se produce una gran necesidad de cubrir el duelo; primero, cuando el paciente se entera que padece la enfermedad crónica y de riesgo vital, debiendo adaptarse a esta nueva condición; segundo, es importante lo que significa para su rutina diaria adecuarse a asistir 3 veces por semana al hospital por jornadas prolongadas y; tercero, luego de generar lazos afectivos con el grupo humano que se encuentran en la misma situación, muchas veces se sufre la pérdida de algunos de ellos. Todo lo anterior puede provocar un duelo tanto en los pacientes como en los funcionarios, de los cuales nadie se hace cargo en el hospital.

Otro punto importante visualizado fue que no existe un autocuidado para los funcionarios que sufren duelo. En este sentido cuando esto ocurre por pérdida significativa, cuando fallece un compañero de trabajo o de un paciente con el cual estuvieron vinculados por largo tiempo, en donde se genera un vínculo afectivo que nace con una relación de día a día, quedando un vacío en este aspecto.

Al no existir una preocupación por el duelo dentro del hospital, todas las necesidades se cubren de manera espontánea como lo es el caso de la Unidad de Anatomía Patológica.

“Aquí algunas familias llegan descompensadas, otras que ya saben el proceso, es diferente. Una persona que tiene un protocolo de una enfermedad que va siguiendo un camino es distinto a una persona que se muere repentinamente. Son diferentes las reacciones de las personas. A veces, no es necesario decir palabras de aliento, yo muchas veces me quedo al lado de ellos y me pongo en su situación. A veces, tan sólo que sientan mi brazo a su lado ya se sienten apoyados.” Técnico paramédico Servicio de anatomía patológica (Morgue)

Se pudo conocer en gran medida la realidad existente en esta unidad, asociada de manera importante al duelo que presentan las familias ante la pérdida de un familiar. En este servicio trabaja sólo un técnico paramédico, en un horario extendido y sin apoyo de ningún tipo dado el desgaste físico, mental y espiritual que requiere llevar a cabo esa labor. Este funcionario es quien entrega al fallecido y a su vez entrega apoyo y contención en los momentos de más dolor de las familias.

Se evidencia que en varias ocasiones se encontraba más de una familia en las puertas de la morgue con las emociones expuestas sin que nadie se preocupe por esa necesidad de contención y en su mínima medida de un lugar adecuado ante la espera de la entrega de su pariente.

“En el año 2010 hice un sondeo entre 80 y 90 personas fallecidas mensuales, en el 2012 no he hecho, pero voy hacer un recuento, para saber si ha bajado la tasa de mortalidad. Toda persona que llega acá al servicio, sea un recién nacido, un niño, un adolescente, un adulto o un adulto mayor, no importa la índole, el hecho de ingresar aquí ya pertenece a una estadística, esto es por que falleció aquí independiente de las circunstancias enfermedad, suicidio, homicidio, acá falleció, acá permanece el tiempo correspondiente y luego se va al servicio médico lega si es pertinente.” Técnico paramédico Servicio de Anatomía Patológica (Morgue).

En la parte posterior de la unidad, se encuentra una salida externa al hospital en donde se retiran los cuerpos y ocurre la desvinculación del trabajo del hospital. Es en este lugar, también existe necesidad de generar más confort en el momento de dolor, ya que como se percibe en la foto, no hay lugares para sentarse adecuadamente ni un techo en caso de lluvia.



Foto 4: Parte Posterior de la Unidad de Anatomía Patológica, en donde se entrega al fallecido y se produce la desvinculación con el hospital.

En síntesis, la preocupación del hospital no tiene que ver con Duelo, ni del paciente, ni de las familias, ni de los funcionarios, quienes están constantemente expuestos a sufrir pérdidas significativas. Los funcionarios son quienes están de forma permanente en el establecimiento y por lo mismo deberían contar con herramientas de autocuidado generadas desde sus servicios dentro del hospital.

“El duelo para los pacientes y sus familias no es prioridad, para un ingeniero comercial la prioridad es reducir costos, metas, cifras, gasto público, disminuir deudas, pero a nadie le interesa el duelo.” Psicóloga clínica Servicio de oncología, H.C.V.B.

6.4.- Reflexiones Profesionales: Eje de Gestión Hospitalaria.

En el hospital existe una clara preocupación por los antecedentes cuantitativos y por lo mismo, todas las evaluaciones parten de esa base. De esta forma la institución delimita en gran medida el uso de recursos, y por lo mismo, acota sus prestaciones. Si bien, el equipo seminarista no profundizó en esta temática, y tampoco estuvo dentro de sus líneas programáticas visualizarlo, claramente, dentro de las políticas de la nueva administración de gobierno existe un énfasis en cuadrar cifras, disminuir deudas, cumplir metas y elaborar estadísticas, lo cual se considera como lo correcto en función de la buena administración de los recursos. Sin embargo, si se puede observar que este énfasis repercute en las iniciativas que abordan la humanización y por ende la dimensión espiritual. De esta forma, la intervención del equipo seminarista también tuvo obstaculizadores que se relacionan a lo anterior.

“La política debe tener una ejecución que se pueda ir evaluando en el tiempo y que hayan indicadores sobren los cuales haya que dar cuenta, en la parte espiritual no hay una consignación de datos y en la medida que el acompañamiento espiritual sea una política que no registre datos y no haya una imposición para registrarlo, esta política queda en manos de quien este más o menos sensibilizado con el tema. La sensibilización debe venir desde arriba con la creación de políticas de gobierno. Asistente social, Unidad de Servicio Social, H.C.V.B.

Una de las estrategias fallidas para introducir control de gestión en la práctica clínica hospitalaria, fue la incorporación de directivos del área administrativa, separados de los equipos clínicos, que no lograron llegar a interactuar o a convencer a éstos de la necesidad de racionalizar sus prácticas; por lo tanto, no produjeron los efectos esperados de otorgar un mejor servicio y controlar los costos. Lo anterior sólo se logra si se involucra a los que de verdad toman las decisiones que determinan las diferentes acciones hospitalarias, a través de administración con sentido clínico y con énfasis en el impacto sanitario.

“El director anterior daba énfasis en la parte subjetiva de la enfermedad. La parte más humanista se trataba. ...Un ingeniero comercial no se preocupa de eso. Tiene que ver con el modelo administrativo del gobierno. Independencia de la creencia ideológica. Lo objetivo es que hay un director ingeniero comercial. Ahora el enfoque es racional, metas cifras, gastos, número de pacientes, porcentajes, tiempo de atención.” Psicóloga clínica Servicio de oncología, H.C.V.B.

La gestión clínica, debería contar personal de la salud que aporte en visualizar la realidad hospitalaria, ya que son ellos quienes están en contacto directo con el paciente y reconocer de mejor forma las necesidades y prioridades en las cuales inyectar recursos, no tan sólo generando efectos en lo cuantitativo sino que también en lo cualitativo las que pueden ser fructíferas en la atención integral.

“Cuando las evaluaciones son cuantitativas y lo cualitativo está absolutamente denostado y no está validado, ¿Dónde se concentra la gestión? En eso, si uno se va en los lineamientos de más arriba en los organismos internacionales como el banco mundial quienes financian. Todas las evaluaciones se basan en el costo beneficio y son cuantitativas. Por lo tanto el enfoque psicosocial tiene otras evaluaciones que a nadie le importa, porque no son importantes a nivel directivo, ...que deben dar cuenta a otras instancias superiores, ...ya que existe una dependencia jerárquica y depende de los recursos que existen para invertir”. Asistente social, Unidad de Servicio Social, H.C.V.B.

Para el logro de metas se deben definir los recursos que se requerirán, los plazos y los responsables de la ejecución, y los indicadores y mecanismos de evaluación y control para hacer seguimiento de lo planificado. La dimensión espiritual no posee indicadores ni medios de evolución cuantitativa no son parte de ninguna prioridad en la administración del hospital.

“Lo que interesa es que sea rentable... Y desde este punto de vista, que a corto y a mediano plazo el tema psicosocial espiritual se pueda integrar, tiene que haber un cambio en la mirada, ...aun así al instaurar el tema, siempre se debe ligar a un aspecto rentable. Cabe preguntarse... ¿Qué tanto importa en el bienestar del paciente que se mejore luego y desocupe la cama? O que le den atención espiritual,... a no ser que se pueda generar un indicador cuantitativo en este tema,...porque no es el giro del negocio”. Asistente social, Unidad de Servicio Social, H.C.V.B.

Siguiendo la línea anterior, uno de los aprendizajes más significativos encontrados fue que los profesionales de las áreas humanistas tiene gran preocupación por aportar en esta dimensión, y dada su formación profesional y su experticia en metodologías cualitativas, pueden ser de gran colaboración en profundizar y concientizar en profesionales con otra formación, lo importante que es un atención en salud de manera integral que incorpore todas las dimensiones del ser humano.

“La temática de acompañamiento espiritual depende de la jefatura de trabajo social, y depende de esta jefatura como se debe expandir el tema. El hecho que se generen tesis, o trabajo en el área, el querer levantar información y sensibilizar a las unidades ya es un aporte, debe pasar mucho tiempo para que esta temáticas sean parte de la institución. Como por ejemplo, ¿cuánto tiempo pasó para que los niños que están en incubadoras cuenten con apego temprano en las unidades de neonatología?”. Asistente social, Unidad de Servicio Social, H.C.V.B.

En conjunto con la reflexión anterior, los trabajadores sociales tienen las competencias en el manejo de aspectos cualitativos que son tan importantes como los cuantitativos dentro de una institución, es por ello que se considera que el acompañamiento espiritual está en manos correctas al depender de la Unidad de Servicio Social. Además, si se considera que la

parte espiritual es un gran necesidad y que no se prioriza en el hospital, es un gran desafío en virtud de las necesidades del paciente.

“Trabajo social debe aportar en este tema de lo que es importante y no es valorado, considerando que es una tremenda necesidad, pero desde lo que se ve desde la gestión del hospital es muy poco.” Asistente social, Unidad de Servicio Social, H.C.V.B.

- **Gestión de Acompañamiento Espiritual.**

Considerando que el acompañamiento espiritual no tiene tanta cabida en las prioridades del hospital, la gestión de la entrega de la misma, en virtud del requerimiento o solicitud del paciente, antes era nula y engorrosa. Mediante la intervención realizada se logró la concreción de aspectos como normativos interno, flujograma, catastro de representantes de credo, quedando solamente pendiente la formalización de estos protocolos, debido a los tiempos de las administraciones jerárquicas de la institución. De esta forma, a partir de las charlas socioeducativas realizadas se aportó de sobremanera a que los funcionarios conocieran las diversas temáticas de acompañamiento espiritual, cual es rol que cumplen ellos en esta gestión y a reconocer la dimensión espiritual como una parte importante en la atención integral del paciente.

Como aprendizaje, se considera que la mejor forma de lograr un cambio institucional es educar e informar a los actores involucrados en la temática, tanto en la implementación de lineamientos desde la política pública, como en directrices internas de la institución. De esta forma se logra hacer parte a cada funcionario, se profundiza cada tema en conjunto y junto con ello, de una manera presencial es desde donde se pueden obtener también una retroalimentación más satisfactoria que apunte siempre a la mejora de su labor desde lo que ellos mismos pueden aportar. Cada funcionario conoce el servicio o su propia actividad de manera profunda, y puede sugerir desde la práctica aspectos pendientes más relevantes que lo que está escrito en un papel.

“Existían entre 12 y 15 patologías para incluir al auge, como la obesidad mórbida..., con el cambio de gobierno no entraron más. En esta última administración se han disminuido cifras así como la deuda en el hospital. Pero por eso mismo, en oncología, el paciente se atiende solo en una primera línea de tratamiento. Esta línea es la más básica y la más barata. De necesitar más líneas según patologías deben pagar o hacerse lo que sigue afuera endeudarse. Antes se intentaba gestionar más partes del tratamiento. Ahora el hospital ofrece eso,...si no le gusta se puede ir. El médico tampoco se preocupa por otras líneas de tratamiento, solo se preocupa de la primera, y nadie se compromete a estimar más o sugerir más. Existe entonces pugna ética entre los médicos oncólogos porque si bien esto se exige, cada profesional tiene el debate entre si soy médico o funcionario primero.”
Psicóloga clínica Servicio de oncología, H.C.V.B.

Por otra parte, cabe destacar que el rol que cumplen las damas de color en la gestión dentro de la intervención ha sido uno de los colectivos más relevantes, ya que están en cierta medida involucradas con la gestión y entrega de acompañamiento espiritual. En una primera instancia las damas de color estaban consideradas como parte del voluntariado del U.A.E., pero durante el proceso surgió un convenio entre la Secretaría General de la Presidencia, la Secretaría General de Gobierno y el Minsal, en el cual acordaban que quienes realizaban acompañamiento espiritual en los recintos hospitalarios sólo lo realizarían representantes de credos religiosos con identificación nacional, dejando de lado a esta labor al voluntariado del color del hospital. Sin embargo el aporte realizado por esta organización ha sido relevante en el proceso, ya que son ellas quienes muchas veces contienen a familiares en proceso de duelo, conocen el funcionamiento de la institución y realizan actividades que aportan a la humanización, dignidad y confort del paciente. La gestión, entonces, de las damas de color, ha sido y seguirá siendo un gran colaborador en la contribución de la entrega de acompañamiento espiritual al paciente y a los familiares de éste.



Foto 5: Damas de Color en sus actividades dentro del H.C.V.B.

- **Sistema Nacional de Acreditación: Ministros de Culto (SNAM).**

Durante el proceso de intervención, que tenía dentro de sus actividades el registro de representantes de credos religiosos de la comuna de Valparaíso, surgió el S.N.A.M. que consistía en una acreditación a nivel nacional de los representantes de credos. Al generarse este sistema, la información llegó a las unidades de participación social de cada hospital, de esta forma el equipo seminarista participó de un reunión en el Servicio de Salud Valparaíso San Antonio en donde fueron citados todos los encargados de acompañamiento espiritual de dicha jurisdicción o en ausencia de éste el encargado de participación social. En esta reunión se intentaron resolver dudas ante la información recibida, sin obtener las respuestas que clarificaran las funciones y los pasos a seguir ante este nuevo lineamiento. Ante esta incertidumbre, se investiga y se contacta con la persona encargada de esta acreditación en la región.

De esta forma el equipo se dirige a la Oficina de la Subsecretaría General de la Presidencia ubicada en la Intendencia de Valparaíso, en donde se estaban recibiendo todos los antecedentes de los ministros de culto para su acreditación. Desde ahí se obtienen los datos de contacto pertinentes de cada persona registrada por organización religiosa, los cuales en conjunto con los obtenidos en terreno por el equipo, se conforma dicho catastro y se logra entregar al final del proceso de intervención, como producto, en el H.C.V.B. Su fin es que éste pueda ser utilizado en cada unidad para la gestión de acompañamiento espiritual al paciente que lo solicite según la religión a la cual pertenezca.

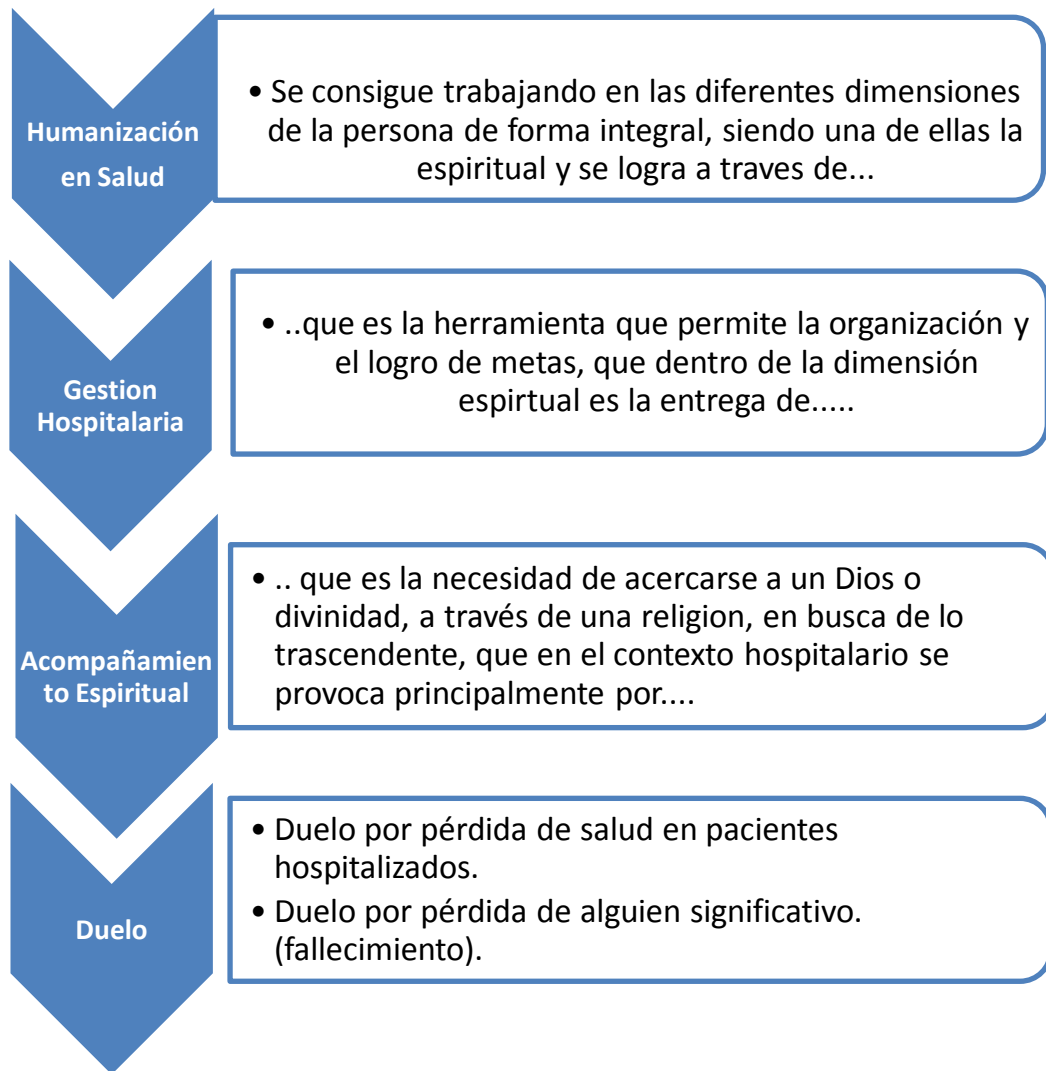
Cabe destacar que los cambios de estrategias utilizados por el equipo seminarista fueron los idóneos a las contingencias presentadas, ya que a partir de esta modificación a nivel nacional, trajo consigo un trabajo de forma paralela para el logro del objetivo principal que era contar con un registro completo de representantes de la comuna de Valparaíso para la entrega de acompañamiento espiritual.

- **Reflexión Final.**

Se concluye en que todos los ejes utilizados fueron los correctos, ya que si bien unos tienen más preponderancia que otros, todos están relacionados. El eje de humanización en salud es el que enmarca a todos los demás, ya que trabaja de forma integral con las dimensiones del ser humano como la física, psicológica, social y espiritual. Con respecto a esta última dimensión dentro de los recintos hospitalarios se encuentran las unidades de acompañamiento espiritual, las cuales a través de su gestión aportan en la entrega asistencia religiosa y/o espiritual cuando un paciente o familiar lo solicite. Las causas principales por las que se requiere este servicio se provoca muchas veces por la presencia de un Duelo, principalmente en dos situaciones; la primera, la pérdida de salud ante un paciente que se encuentra hospitalizado o la pérdida de un ser querido que lo puede presentar tanto familiares del fallecido como también los funcionarios. Se considera que una pérdida significativa adquiere gran importancia en el requerimiento de acompañamiento espiritual, ya que muchas veces desde ahí surge la necesidad y por ende las peticiones desde el paciente, las cuales cada hospital debe ser capaz de cubrirlas.

De esta forma la gestión también es un factor importante, ya que es una herramienta fundamental asociada al funcionamiento de cada institución, que involucra jerarquías, procesos, visión, misión, entre otras, y que le da importancia a cada objetivo que se intente llevar a cabo dentro de cualquier institución.

Esquema resumen de los ejes utilizados durante el proceso de intervención.



The page features a decorative graphic consisting of three blue circles of varying sizes, each with a lighter blue ring around its center. These circles are arranged along a diagonal line that runs from the top-left towards the bottom-right. The largest circle is at the top, a smaller one is in the middle, and another large one is at the bottom right, partially cut off by the edge of the page. The background is white with thin blue lines extending from the top-left and bottom-right corners towards the center.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

Conclusiones de la experiencia.

En este último capítulo, se presentarán las conclusiones pertinentes a las temáticas implicadas durante el proceso llevado a cabo por el equipo seminarista, y junto con ello la metodología utilizada para la intervención. Luego se visualizarán algunas de las competencias profesionales de trabajo social en el área de la salud.

Con respecto a las conclusiones temáticas se identificarán aspectos relevantes desde las fases y los ejes en función del objetivo general asociado a la reestructuración de las funciones de la Unidad de Acompañamiento Espiritual en el Hospital Carlos Van Buren.

En una segunda instancia se presentarán las conclusiones de la metodología utilizada, en relación a como ésta facilitó el proceso de intervención ante las diversas contingencias surgidas durante la ejecución, siendo algunas de ellas; tiempos hospitalarios, prioridades, e implementación de nuevos lineamientos ministeriales.

Y para finalizar, se efectuará una conclusión asociada a las competencias relacionadas al trabajo social, principalmente desde el área de salud ante una atención integral del paciente, familia, comunidad y los profesionales que interactúan en esta área.

7.1.- Conclusiones Temáticas

- **Según Fases.**

La principal temática que se trabajó, fue conseguir reestructurar el funcionamiento de Unidad de Acompañamiento Espiritual, para ello fue importante alcanzar en una primera fase de intervención la Socialización sobre acompañamiento espiritual a los colectivos. En este sentido se logró abarcar a la mayor cantidad de funcionarios de la institución para entregar información relevante, asociadas Primero: Al contexto legal que sustenta el derecho de los pacientes a recibir asistencia espiritual y religiosa mientras se encuentren en un recinto hospitalario. Segundo: El contexto legal que sienta las bases para que cada institución hospitalaria cuente con una Unidad de Acompañamiento Espiritual que gestione y facilite dicho servicio, tercero; los desafíos pendientes dentro del H.C.V.B. respecto al tema. A partir de esta actividad socioeducativa se puede concluir que fue pertinente realizarla debido a que los funcionarios, en específico el equipo de salud, no se encontraba informado sobre el derecho del paciente a solicitar acompañamiento espiritual y tampoco sobre la existencia de una Unidad de Acompañamiento Espiritual dentro de la institución. Se puede concluir que en los servicios del hospital no se da prioridad en cubrir la necesidad espiritual del paciente, sin embargo, en la actualidad se han generado políticas públicas que sustentan esta actividad. Lo anterior tiene pertinencia no sólo en el H.C.V.B. sino que también en diversas áreas de la salud a nivel nacional. Por lo tanto, esta experiencia de intervención puede ser replicada en cualquier otro hospital que tenga la iniciativa en la incorporación de esta dimensión y de generar una unidad de estas características haciéndose parte de estos lineamientos. Cabe destacar que lo primero que se debe hacer es socializar al equipo.

En su segunda instancia, la Regularización Administrativa para la reestructuración de las funciones de la U.A.E. asociada a la segunda fase de la intervención, le da sustento, una estructura y una organización para el logro eficiente de la gestión en la entrega de acompañamiento espiritual.

Es preciso concluir en esta área, que es importante contar con resoluciones formales que estipulen a nivel interno un equipo de trabajo propio de la U.A.E. con la designación de funciones. Junto con ello, regularizar un normativo interno, un flujograma y un registro de

representantes de credo resguardará lo anterior, en el sentido de que al estar internalizado en los lineamientos del hospital se puede lograr llevar a cabo. En síntesis, si estos avances no se integran o no se instauran en la institución no se puede profundizar éstas temáticas, dándole mayor importancia a la dimensión espiritual. Sin embargo, aun cuando el hospital no ha logrado incorporar un lugar físico propio para el funcionamiento de la U.A.E, se encuentra dentro de las instituciones con más avances en esta temática.

La última fase, de Organización de los colectivos en función de la reestructuración de las funciones de la U.A.E. trajo consigo contar con un equipo de trabajo en virtud de una mejor entrega de acompañamiento espiritual al paciente, ya que se logra mantener en funcionamiento al comité de la U.A.E. en base a reuniones mensuales. Junto con ello, se obtienen los contactos y datos de representantes de credos que entregan acompañamiento espiritual en hospitales y por último, se les informa al voluntariado de damas de color insertas en la institución sobre las funciones de la U.A.E. y sobre la importancia de su colaboración en la entrega de acompañamiento espiritual al paciente.

Finalmente, es preciso contar con un equipo definido dentro de la unidad siendo estos el comité de funcionarios y el voluntariado de representantes de credos religiosos para contactar en caso de un requerimiento de acompañamiento espiritual.

Los 4 colectivos identificados para llevar a cabo del proceso de intervención fueron los correctos aun cuando por motivos de tiempo el colectivo de pacientes y familias no se alcanzó a socializar.

En síntesis, se puede concluir que obtener un equipo de trabajo, incorporar lo relevante de la U.A.E. dentro de las normas del hospital y lograr una buena socialización, hace posible que se permita un óptimo funcionamiento de la unidad.

- **Conclusiones por Ejes.**

Eje de Humanización en Salud.

El primero de los ejes establecidos en el marco teórico para la intervención fue el Eje de Humanización, el cual es considerado como la

base fundamental para una atención integral al paciente en el sistema de salud, ya que abarca todas dimensiones del ser humano. La humanización enmarca a todos demás, ya que el trabajo de la totalidad de los ejes va en función de éste dentro del proceso de intervención. .

El H.C.V.B. se adhiere a los programas ministeriales que abordan la humanización en los recintos hospitalarios, sin embargo se pudo constatar dentro de las reflexiones que existe una brecha entre los que está estipulado y como se plasma en la realidad, más bien, en lo que debe ser y lo que es. Para mejorar lo anterior, la entrada en vigencia de la Ley de Derechos y Deberes del paciente sentará las bases para profundizar esta temática dentro de la institución. Se puede considerar como una oportunidad para que las áreas psicológica, social y espiritual se abran un espacio y tengan cabida dentro de las prioridades del hospital.

Eje de Acompañamiento Espiritual.

Mediante el desarrollo de la experiencia se pudo constatar que la prioridad de la atención del paciente es la atención biomédica, y que el equipo de salud no estaba al tanto de la temática espiritual, en cuanto a su contexto legal, ni tampoco que existía una Unidad que se preocupa de dicha temática dentro del hospital. Por lo tanto, la socialización fue la piedra angular de éste eje durante la intervención, identificando como un logro que gran cantidad de los funcionarios de cada unidad conozca sobre acompañamiento espiritual, siendo éstas, parte de las Torre Médica, Torre Quirúrgica, Servicio de Oncología, Unidad de Otorrino/Oftalmología, Unidad de Diálisis, unidades de apoyo, entre otras.

Dentro de ésta temática trabajada se derribaron prejuicios y ciertas consideraciones personales que vetaban algunas organizaciones religiosas que tienen pertinencia con la entrega de acompañamiento espiritual dentro de la institución, dando el derecho a recibir este servicio desde su credo o culto que profese el paciente, familiar o funcionario.

Eje de Duelo.

Este eje fue el menos intervenido durante el proceso del equipo seminarista, sin embargo, se reconoce su gran importancia dentro de las necesidades no cubiertas de los pacientes, familias y funcionarios dentro de la institución. Se pudo observar la presencia de posibles duelos tanto en

pacientes que ingresan al hospital según su complejidad, como en familiares que acompañan al paciente o aquellas que se encuentran en la situación de que su familiar ha fallecido. Asimismo esta misma situación de duelo se ve reflejada en funcionarios que tienen una experiencia asociada al fallecimiento de algún paciente con el cual generaron vínculos afectivos, pérdida de algún compañero de trabajo o duelo por la pérdida de algún familiar. Se evidencia entonces que existe una falta de autocuidado en los funcionarios considerando las concepciones y repercusiones a nivel personal y laboral de este eje.

Eje de Gestión Hospitalaria.

El equipo seminarista realizó su trabajo de intervención a través de la gestión que involucra desarrollar su proceso según una organización establecida, con jerarquías, funciones y roles definidos.

Se trabajó con enfermeras/os supervisores de cada unidad para la realización de charlas socioeducativas por servicio, se realizó una gran cantidad de gestiones y contactos con los médicos para la revisión del normativo interno de la U.A.E. con el fin de solicitar sus sugerencias.

De igual forma se hizo una gestión en la comuna de Valparaíso para recabar antecedentes de representantes de credos religiosos con el fin de elaborar un catastro sistematizado de la mayor cantidad de las diversas organizaciones religiosas. De esta forma, y en conjunto con los antecedentes dispuestos desde la Secretaria General de la Gobierno ubicada en la Intendencia de Valparaíso se logra elaborar un primer catastro de representantes de credo.

7.2.- Conclusiones Metodológicas.

En el presente seminario de título se utilizó la Intervención Profesional Reflexiva, ya que permite además de utilizar el ciclo tecnológico generar reflexiones profesionales dentro de las cuales se desprenden aprendizajes y hallazgos durante el proceso de trabajo.

Los objetivos son diseñados por fases, lo que da la posibilidad de adaptarse a tiempos y prioridades institucionales en función del objetivo general.

Como equipo seminarista, se considera que ésta metodología que les ofreció generar un proceso de análisis y reflexión en torno a fases y ejes estructurados, que al estar presentes durante todo el proceso de intervención, sirven de guía para el actuar profesional, y junto con ello sostienen y orientan el proceso.

El capítulo de reflexiones profesionales incorpora esta metodología y permite plasmar los aprendizajes de la realidad de todo el proceso de intervención.

En la intervención llevada a cabo hubo factores que obstaculizaron y facilitaron su ejecución, ya que se considera que la realidad es dinámica y surgen diversas contingencias que modifican lo planificado. No obstante lo anterior, la flexibilidad dada por la metodología permite adecuarse a ésta realidad.

Dentro de la intervención propia en el hospital surgieron diversas situaciones asociadas al tiempo hospitalario, prioridades y junto con ello, un cambio en las políticas públicas que incorporan el acompañamiento espiritual dentro de los derechos del paciente. Todo lo anterior trajo consigo adecuar actividades y modificar estrategias para el logro de los objetivos planificados.

Esta plasticidad permite que lo observado y no descrito en la ejecución de las actividades por no ser pertinente, pero que afecta el actuar profesional, se plasme en el capítulo de Reflexiones Profesionales.

De esta forma se puede concluir que la metodología utilizada resultó ser la apropiada y la más idónea, ya que ésta reflejó la experiencia profesional vivida en la intervención.

7.3.- Conclusiones Profesionales.

Dentro de área de salud y con la implementación de modelo de atención integral a partir de la actual reforma, se genera una oportunidad en la cual se puede desenvolver el trabajo social, ampliando el modelo biomédico a la integración de las dimensiones psicológica, social y espiritual, relacionado a las diversas necesidades en función de los procesos de salud y enfermedad. Es aquí donde el trabajador social puede cumplir diversos roles ya que posee una formación holística, lo que significa una reflexión, no sólo en ámbitos desde la desigualdad social y del bienestar social, sino que también relacionar estos mismos como consecuencia de las enfermedades y como factores protectores que ayuden a garantizar la salud.

Dentro de estos factores protectores encontramos la dimensión espiritual, que hace eco desde una necesidad visualizada en pacientes, familias y comunidad.

Con la incorporación y énfasis en la integralidad de las dimensiones del ser humano, que ayudan a las metas de humanización en salud, se da una oportunidad de conjugar entre el rol del trabajador social como planificador con el rol de educador. De ésta forma es pertinente trabajar para lograr así el completo bienestar físico, mental, social y espiritual según señala la OPS en su concepto de salud, permitiendo mejorar las condiciones de vida, puntualmente en el sector terciario, en donde la estadía del paciente en recintos hospitalarios muchas veces es hostil.

El trabajo social debe posicionarse dentro del área de salud como facilitador de procesos de transformación y cambio social, dirigidos a propiciar instancias en que la participación social en salud. De esta forma se genera una retroalimentación, que entregue información para la integración de las necesidades sociales que afecten la calidad de vida de la comunidad.

Cabe destacar que la institucionalidad no ha logrado incorporar este nuevo modelo lo suficiente para garantizar el pleno desarrollo de esta integralidad. Siguiendo lo anterior, el trabajo social cuenta con herramientas de apoyo para el trabajo que muchas veces el equipo de salud requiere impulsar en la puesta en marcha de políticas públicas, orientadas en beneficio de la totalidad de la dimensiones del ser humano que cada vez toman mayor relevancia para el actuar clínico.

Trabajo social es un aporte para lograr el mejor trato en base a la humanización en la atención integral en salud, en contraposición a la supremacía del modelo biomédico y en virtud del bienestar del paciente y de mejorar su calidad de vida.

The page features a decorative graphic consisting of three blue circles of varying sizes, each with a lighter blue ring around its center. These circles are arranged along a diagonal line that runs from the top-left towards the bottom-right. The largest circle is at the top, a smaller one is in the middle, and another large one is at the bottom right, partially cut off by the edge of the page. The word "BIBLIOGRAFÍA" is centered on the page in a bold, dark blue font.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

Textos:

- Agrafojo E, Manrique de Lara B. (2000). El duelo. Modelos teóricos. Reacciones normales y patológicas de duelo. En López E. Die, M. Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. Madrid, España. Ades ediciones.
- Bermejo, J. (1997). Humanizar la Salud. Madrid, España. Editorial San Pablo.
- Bowlby J. (1993). La pérdida afectiva. Barcelona, España. Editorial Paidós.
- Cabodevilla I. (1999). Vivir y morir conscientemente, Desclée de Brouwer. Bilbao, España.
- Cabodevilla I. (2003). Las reacciones de duelo, en Die, M., Psicooncología. Madrid, España. Ades ediciones.
- Delfi Cosialls i Pueyo. (2000). Gestión Clínica y Gerencial de Hospitales. Madrid, España. Ediciones Harcourt.
- Durkheim, E. (1954). Las Formas Elementales de la Vida Religiosa, Madrid, España. Editorial Akal.
- Entralgo, L. (1984). Antropología médica para clínicos. Barcelona, España. Editorial Salvat.
- Frazer, J. (1925). La rama dorada: un estudio sobre magia y religión. España. Edición abreviada.
- Gironés Bayón, C. (2007). Bioética y Humanización de la Medicina. La Habana, Cuba. Editorial Universidad Nacional de la Habana.

- Kübler-Ross, E. (1969). *Sobre la Muerte y los Moribundos*. Barcelona, España.
- Magliozzi, P. (2006). *De la Salud Biológica a la Salud Biográfica, Humanización y Salud*. Santiago, Chile. Editorial Ediciones UC.
- MINSAL, (2007). *Orientaciones Técnicas para la Implementación de las Unidades de Acompañamiento Espiritual en los Establecimientos Hospitalarios de la Red Asistencial Pública de Salud*. Editorial del Gobierno de Chile.
- Pangrazzi A. 1993. *La pérdida de un ser querido. Un viaje dentro de la vida*. Madrid, España. Editorial Paulinas.
- Thouless, R. (1936). *Introducción a la Psicología de la Religión*. Madrid, España. Ediciones Morata, 9ª. Edición.
- Tizón JL. (2004). *Pérdida, pena, duelo*. Barcelona, España. Editorial Paidós.

Artículos Electrónicos:

- Hospital Carlos Van Buren, Cuenta Publica año 2011.
http://www.hospitalcarlosvanburen.cl/home/index.php?option=com_content&view=article&id=110&Itemid=122
- Minsal, (2007). *Salud Reproductiva. Versión PDF Electrónica*.
<http://www.redsalud.gov.cl/archivos/ciclovital/saludreproductiva.pdf>
- Minsal. *Modelo de Gestión de Establecimientos Hospitalarios División de Gestión de Red Asistencial, Subsecretaria de Redes Asistenciales*.
http://www.hjnc.cl/docs/Modelo_de_gestion_de_Establecimientos_Hospitalarios.pdf
- PUC, *Revista Electrónica Ars Médica*.
http://escuela.med.puc.cl/publ/ArsMedica/ArsMedica3/03_Fonnegra.html

- Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, Trato Humanizado, Unidades de Acompañamiento Espiritual
http://ssvalparaisosanantonio.redsalud.gov.cl/url/page/ssalud/ssvalparaiso/g_participacion_ciudadana/ssvsa_participacion_ciudadana_proteccion_de_derechos_y_trato.html

Seminarios de Título:

- CASTILLO, E., GAMBOA, (2010), Sistematización de Situaciones Profesionales de Trabajo Social en la Atención Terciaria de Salud Hospital Carlos Van Buren. Valparaíso: Universidad de Valparaíso.
- Morgado, M., Duarte, V., González, K., Guerra, G. (2010). Intervención Profesional Reflexiva en Implementación de Líneas de Acción del Programa Beber Problema del Servicio de Psiquiatría del Hospital Naval Almirante Nef. Valparaíso: Universidad de Valparaíso.
- Ramírez, S. (2010). Trabajo Social y Participación Comunitaria en Salud: Intervención Profesional Reflexiva a Nivel Comunitario en el Centro de Salud Familiar el Melón, Nogales. Valparaíso: Universidad de Valparaíso

Documentos:

- Baratas M.D. (2002). El duelo: una perspectiva general, en Rev. Cuadernos de Terapia Familiar nº 51, Madrid, España.
- Cuenta Pública 2011, Hospital Carlos Van Buren.
- Cuevas K., López P. y Mancilla C. Coexistencia de los Enfoques Biomédico y Biopsicosocial en los discursos de los profesionales de la atención primaria en salud.

- Lizarraga S, Ayarra M, Cabodevilla I. (2005). Atención a la familia del paciente al final de la vida. Rev. Formación Médica Continuada en Atención Primaria.
- Minsal. (2005). Documento Modelo de Atención Integral en Salud.
- Minsal. (2007). Reglamento sobre Asistencia religiosa en recintos hospitalarios n° 94.