



UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

**Situaciones Profesionales de Trabajo Social en el
Nivel Terciario de Atención en Salud**

**Hospital Dr. Gustavo Fricke de la Comuna de Viña
del Mar**

Informe de Sistematización

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

Profesora Guía:

Ketty Cazorla Becerra

Alumnas/os Seminaristas:

Hayni Mendez Hax

Cristián Romero Torres

Roxana Vargas Elligque

2010

ÍNDICE TEMÁTICO

PRESENTACIÓN GENERAL	Pág. 10
CAPÍTULO I Contexto Institucional	Pág. 11
Presentación	Pág. 12
1. Identificación de la Institución	Pág. 13
2. Antecedentes Históricos	Pág. 14
3. Características de la Institución	Pág. 15
3.1. Objetivo	Pág. 17
3.2. Misión	Pág. 17
3.3. Visión	Pág. 17
3.4. Plan Estratégico del Hospital	Pág. 17
3.5. Recursos y Financiamiento	Pág. 20
3.6. Perfil del Usuario/a y Sujeto de Atención	Pág. 23
4. Organización Hospitalaria	Pág. 24
4.1. Estructura Organizacional	Pág. 24
4.2. Trabajo Social en Áreas del Hospital	Pág. 26
CAPÍTULO II Marco de Referencia	Pág. 29
Presentación	Pág. 30
1. Referentes Conceptuales y Teóricos en Salud	Pág. 31
1.1. Evolución del Concepto de Salud	Pág. 31
1.2. Conceptualización de Salud	Pág. 32
1.3. Modelos de Salud	Pág. 33
1.4. Niveles de Atención en Salud	Pág. 36
1.5. Niveles de Intervención Profesional en Salud	Pág. 38
2. El Sistema de Salud en Chile	Pág. 42
2.1. Antecedentes Históricos del Sistema de Salud de Chile	Pág. 42

2.2. El Sistema de Salud Chileno	Pág. 44
2.3. La Reforma de Salud en Chile	Pág. 46
3. Profesionalidad y Situaciones Profesionales	Pág. 50
3.1. Profesionalidad	Pág. 50
3.2. Situaciones Profesionales	Pág. 52
CAPÍTULO III Marco Metodológico	Pág. 54
Presentación	Pág. 55
1. Fundamentación Metodológica	Pág. 56
2. Organización Metodológica del Proceso	Pág. 57
2.1. Delimitación del Proceso de Sistematización	Pág. 57
2.2. Objetivos de la Sistematización	Pág. 60
2.3. Colectivo y Muestra	Pág. 60
2.4. Criterios de Inclusión	Pág. 61
2.5. Estrategias y Técnicas de Recolección de Información	Pág. 61
2.6. Plan de Análisis	Pág. 62
2.7. Validación de los Resultados de la Sistematización	Pág. 63
CAPÍTULO IV Sistematización de Situaciones Profesionales	Pág. 64
Presentación	Pág. 65
1. ÁMBITO DE CASO Y FAMILIA	Pág. 66
1.1. Atención de Consultas del Funcionario	Pág. 67
1.2. Visita Domiciliaria	Pág. 78
1.3. Visita Psicosocial en Sala	Pág. 86
1.4. Consulta Para Tratamiento Social	Pág. 93
1.5. Seguimiento de Casos	Pág. 107
1.6. Evaluación Diagnóstica y de Ingreso	Pág. 112
2. ÁMBITO DE GESTIÓN	Pág. 119

2.1. Programa de Inducción para los Funcionarios	Pág. 120
2.2. Gestión de Información, Reclamos, Felicitaciones y Sugerencias	Pág. 132
3. ÁMBITO DE REDES	Pág. 139
3.1. Gestión de Redes	Pág. 140
3.2. Consultoría de Salud Mental	Pág. 150
4. ÁMBITO DE GRUPO	Pág. 158
4.1. Charlas de Clima Laboral	Pág. 159
CAPÍTULO V Análisis de Situaciones Profesionales	Pág. 168
Presentación	Pág. 169
Análisis de Situaciones Profesionales	Pág. 170
CAPÍTULO VI Conclusiones y Proyecciones	Pág. 195
Presentación	Pág. 196
1. En Torno al Trabajo Social	Pág. 197
2. Conclusiones Metodológicas	Pág. 200
3. Proyecciones	Pág. 201
ANEXOS	Pág. 204
REFERENTES BIBLIOGRÁFICOS	Pág. 207

ÍNDICE FOTOGRÁFICO

CAPÍTULO I Contexto Institucional:

FOTOGRAFÍA N° 01 _____ Pág. 15

CAPÍTULO IV Sistematización de Situaciones Profesionales:

SITUACIÓN PROFESIONAL: Atención de Consultas del Funcionario:

FOTOGRAFÍA N° 02 _____ Pág. 69

FOTOGRAFÍA N° 03 _____ Pág. 72

FOTOGRAFÍA N° 04 _____ Pág. 74

SITUACIÓN PROFESIONAL: Visita Domiciliaria:

FOTOGRAFÍA N° 05 _____ Pág. 80

FOTOGRAFÍA N° 06 _____ Pág. 84

SITUACIÓN PROFESIONAL: Visita Psicosocial en Sala:

FOTOGRAFÍA N° 07 _____ Pág. 88

SITUACIÓN PROFESIONAL: Consulta Para Tratamiento Social:

FOTOGRAFÍA N° 08 _____ Pág. 96

FOTOGRAFÍA N° 09 _____ Pág. 99

FOTOGRAFÍA N° 10 _____ Pág. 101

SITUACIÓN PROFESIONAL: Seguimiento de Casos:

FOTOGRAFÍA N° 11 _____ Pág. 108

SITUACIÓN PROFESIONAL: Evaluación Diagnóstica y de Ingreso:

FOTOGRAFÍA Nº 12 _____ Pág. 114

SITUACIÓN PROFESIONAL: Programa de Inducción para los Funcionarios:

FOTOGRAFÍA Nº 13 _____ Pág. 122

FOTOGRAFÍA Nº 14 _____ Pág. 126

FOTOGRAFÍA Nº 15 _____ Pág. 127

FOTOGRAFÍA Nº 16 _____ Pág. 129

SITUACIÓN PROFESIONAL: Gestión de Información, Reclamos, Felicitaciones y Sugerencias:

FOTOGRAFÍA Nº 17 _____ Pág. 135

SITUACIÓN PROFESIONAL: Gestión de Redes:

FOTOGRAFÍA Nº 18 _____ Pág. 143

FOTOGRAFÍA Nº 19 _____ Pág. 146

SITUACIÓN PROFESIONAL: Consultoría de Salud Mental:

FOTOGRAFÍA Nº 20 _____ Pág. 152

FOTOGRAFÍA Nº 21 _____ Pág. 155

SITUACIÓN PROFESIONAL: Charlas de Clima Laboral:

FOTOGRAFÍA Nº 22 _____ Pág. 160

FOTOGRAFÍA Nº 23 _____ Pág. 164

FOTOGRAFÍA Nº 24 _____ Pág. 166

ÍNDICE DE TABLAS

CAPÍTULO I Contexto Institucional

TABLA N° 01 Datos de la Institución_____Pág. 13

TABLA N° 02 Especialidades Médicas_____Pág. 16

TABLA N° 03 Presupuesto Estimado del Hospital (Entradas)_____Pág. 21

TABLA N° 04 Presupuesto Estimado del Hospital (Gastos) _____Pág. 21

TABLA N° 05 Estructura Organizacional_____Pág. 24

TABLA N° 06 Estructura Organizacional_____Pág. 25

CAPÍTULO II Marco de Referencia

TABLA N° 07 Cuadro Comparativo Modelo Biomédico

y Biopsicosocial_____Pág. 37

TABLA N° 08 Niveles de Prevención en Salud_____Pág. 40

CAPÍTULO III Marco Metodológico

TABLA N° 09 Situaciones Profesionales Seleccionadas

por Ámbito_____Pág. 57

TABLA N° 10 Situaciones Profesionales Desarrolladas

en Unidades del Hospital_____Pág. 58

TABLA N° 11 Variables Descriptivas de una Situación

Profesional_____Pág. 62

CAPÍTULO V Análisis de Situaciones Profesionales

TABLA N° 12 Contextos de las Situaciones

Profesionales_____Pág. 170

TABLA N° 13 Finalidades de las Situaciones

Profesionales _____ Pág. 174

TABLA N° 14 Vinculación con Otros Empleos

y/o Equipos de Trabajo _____ Pág. 186

TABLA N° 15 Nivel de Autonomía y

Responsabilidad _____ Pág. 189

TABLA N° 16 Complejidades Presentes

en las Situaciones Profesionales _____ Pág. 191

CAPÍTULO VI Conclusiones y Proyecciones

TABLA N° 17 Situaciones Profesionales Surgidas

Durante el Proceso de Sistematización _____ Pág. 202

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

CAPÍTULO I Contexto Institucional

DIAGRAMA N° 01 Número Total Oferta de Camas _____ Pág. 22

CAPÍTULO IV Sistematización de Situaciones Profesionales

SITUACIÓN PROFESIONAL: Atención de Consultas del Funcionario:

DIAGRAMA N° 02 Actividades Presentes _____ Pág. 70

DIAGRAMA N° 03 Complejidades Presentes _____ Pág. 76

SITUACIÓN PROFESIONAL: Visita Domiciliaria:

DIAGRAMA N° 04 Actividades Presentes _____ Pág. 81

SITUACIÓN PROFESIONAL: Visita Psicosocial en Sala:

DIAGRAMA N° 05 Actividades Presentes _____ Pág. 89

SITUACIÓN PROFESIONAL: Consulta Para Tratamiento Social:

DIAGRAMA N° 06 Actividades Presentes _____ Pág. 97

DIAGRAMA N° 07 Complejidades Presentes _____ Pág. 104

SITUACIÓN PROFESIONAL: Seguimiento de Casos:

DIAGRAMA N° 08 Actividades Presentes _____ Pág. 109

SITUACIÓN PROFESIONAL: Evaluación Diagnóstica y de Ingreso:

DIAGRAMA N° 09 Actividades Presentes _____ Pág. 115

SITUACIÓN PROFESIONAL: Programa de Inducción para los Funcionarios:

DIAGRAMA Nº 10 Actividades Presentes _____ Pág. 124

DIAGRAMA Nº 11 Complejidades Presentes _____ Pág. 130

SITUACIÓN PROFESIONAL: Gestión de Información, Reclamos, Felicitaciones y Sugerencias:

DIAGRAMA Nº 12 Actividades Presentes _____ Pág. 136

SITUACIÓN PROFESIONAL: Gestión de Redes:

DIAGRAMA Nº 13 Actividades Presentes _____ Pág. 144

DIAGRAMA Nº 14 Complejidades Presentes _____ Pág. 148

SITUACIÓN PROFESIONAL: Consultoría de Salud Mental:

DIAGRAMA Nº 15 Actividades Presentes _____ Pág. 153

SITUACIÓN PROFESIONAL: Charlas de Clima Laboral:

DIAGRAMA Nº 16 Actividades Presentes _____ Pág. 162

PRESENTACIÓN GENERAL

El presente documento se adscribe dentro de la temática de Salud, específicamente en el Nivel Terciario de Atención en Salud. El Seminario de Título se desarrolla en el Hospital Dr. Gustavo Fricke de la comuna de Viña del Mar, el cual se constituye como una Institución Pública de Salud de vital importancia tanto en la región de Valparaíso como a nivel nacional debido a su alta especialización y complejidad en el tratamiento de diferentes especialidades médicas.

El presente Seminario de Título pretende Sistematizar de manera clara las Situaciones Profesionales de Trabajo Social desarrolladas en el Hospital, así poder levantar nuevos referentes teóricos respecto al quehacer profesional de los/las Trabajadores/as Sociales que se desempeñan en las diferentes Unidades y Programas de la Institución; información que busca contribuir de manera concreta al fortalecimiento de la Profesión.

El Seminario de Título se estructura de la siguiente manera:

En primer lugar se encuentra el Capítulo I referido al Contexto Institucional, el cual se presenta como un referente claro para poder conocer detalladamente al Hospital Dr. Gustavo Fricke; Institución en la cual se desarrolla esta experiencia de Sistematización.

Posteriormente se encuentra el Capítulo II referido al Marco de Referencia, el cual presenta los principales referentes conceptuales y teóricos que sientan las bases para el desarrollo de la Sistematización. De manera consiguiente se presenta el Capítulo III Marco Metodológico, el cual contiene los lineamientos fundamentales de la metodología utilizada.

Luego se encuentra el Capítulo IV el cual contiene la Sistematización de las Situaciones Profesionales en los Ámbitos de Caso y Familia, Gestión, Redes y Grupo. Consiguientemente se constituye el Capítulo V el cual contiene el Análisis de las Situaciones Profesionales antes Sistematizadas.

Posteriormente se presenta el Capítulo VI el cual contiene las Conclusiones y Proyecciones que elaboró el Equipo Seminarista en diferentes temas y niveles.



CAPÍTULO I

Contexto Institucional

PRESENTACIÓN

A continuación se presenta el Capítulo referente al Contexto Institucional. En el presente Capítulo se pueden encontrar los antecedentes y características fundamentales de la Institución en la cual se desarrolla la Sistematización.

El presente Capítulo se estructura de acuerdo a los siguientes contenidos:

1. Identificación de la Institución

2. Antecedentes Históricos

3. Características de la Institución

3.1. Objetivo

3.2. Misión

3.3. Visión

3.4. Plan Estratégico del Hospital Dr. Gustavo Fricke

3.5. Recursos y Financiamiento

3.6. Perfil del Usuario/a y Sujeto de Atención

4. Organización Hospitalaria

4.1. Estructura Organizacional

4.2. Trabajo Social en Áreas del Hospital

CONTEXTO INSTITUCIONAL

1. Identificación de la Institución.

Tabla N° 01.

Datos de la Institución	
Nombre de la Institución	Hospital Dr. Gustavo Fricke
Director de la Institución	Solene Naudón Díaz
Tipo de Institución	Centro de Nivel Terciario o de Alta Complejidad
Dependencia	Servicio de Salud Viña del Mar Quillota
Dirección	Av. Álvarez 1532, Esquina Simón Bolívar. Viña del Mar
Teléfonos	032 - 2577602 032 - 2577603

Fuente: Equipo Seminarista.

2. Antecedentes Históricos.

El 21 de Julio de 1878, solo dos meses después de haberse creado la Municipalidad de Viña del Mar, se inauguró el Hospicio de la nueva comuna, en terrenos donados por don José Francisco Vergara. En septiembre de 1879, el Hospicio adquirió el carácter de Enfermería, contando con 24 camas, lo que significó la construcción del Hospital de Viña del Mar, sin fecha que lo señale.

Sucesivas administraciones, aumentaron sus dependencias, hasta que el 13 de Diciembre de 1954 se inauguró el actual edificio, para satisfacción en su época, de la creciente población de Viña del Mar. Quince años más tarde, el 2 de Octubre de 1969, pasó a llevar el nombre del Doctor Gustavo Fricke, gestor de su construcción.

El 3 de Agosto de 1980, se creó el Sistema Nacional de Servicios de Salud, pasando a ser el Hospital Base del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota. En esta nueva etapa, se crearon nuevos Servicios Clínicos, se ampliaron dependencias, se habilitó atención permanente en las Unidades de Apoyo y se inició su implementación, para otorgarle carácter de alta complejidad.

El 26 de Octubre de 1991, en presencia del Presidente de la República Don Patricio Aylwin Azocar, y el Ministro de Salud, Doctor Jorge Jiménez De la Jara, se inauguró la ampliación del Hospital que permitió la creación de nuevas dependencias, incluyendo la Residencia Medica, una nueva Central de Esterilización, un servicio de Hospitalización con 110 camas, doce Pabellones y Unidades de Cuidados Intensivos. Asimismo, el 16 de Julio de 1993, el Ministro de Salud, Doctor Julio Montt M. inauguró las nuevas dependencias de la Unidad de Emergencia Infantil, cuya inversión total alcanzó la suma de \$150.000.000, para una superficie de 668 m².

Actualmente en el presente año 2010, el Ministro de Salud Jaime Mañalich confirmó la construcción del nuevo Hospital Dr. Gustavo Fricke con fondos sectoriales del Ministerio de Salud, enmarcado en la modernización del Hospital gestionada por el Gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet. Se pretende que el primer trimestre del año 2011 se comience la construcción posterior al proceso de licitación. La meta es que el Hospital Dr. Gustavo Fricke posea una mejor infraestructura y tecnología.



Fotografía N° 01 Hospital Dr. Gustavo Fricke

3. Características de la Institución.

El Hospital Dr. Gustavo Fricke es una institución Pública de Salud dependiente del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, el cual resulta ser su Hospital base. Corresponde a un centro de Nivel Terciario de Salud o de alta complejidad el cual recibe las derivaciones más complejas desde los niveles Primario y Secundario de Salud, ya que es el único que cuenta con todas las infraestructuras de apoyo y las especialidades médicas. Es el caso de Imaginología, Laboratorio Clínico, Farmacia, Unidades de Urgencias Adulto e Infantil, Banco de Sangre, Servicio de Atención Médica de Urgencia SAMU con Radiocomunicaciones; unidades de alta especialidad como Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos, Pediatría y Neonatología; Unidad de Tratamiento Intermedio Cardiovascular, Angiografía, Hemodinamia, Medicina Nuclear.

En este centro se desarrollan también una serie de programas Médicos Quirúrgicos de alta complejidad, entre las que destacan Hemodiálisis, Transplantes Cardíacos y Renales, Microcirugía, Cirugía Laparoscópica, Procedimientos Endoscópicos y Cirugía Cardíaca con Circulación Extracorpórea.

El Hospital Dr. Gustavo Fricke cuenta con las siguientes especialidades:

Tabla N° 02.

Especialidades Médicas	
1. Medicina Interna	20. Otorrino
2. Cardiología	21. Nefrología Infantil
3. Nefrología	22. Gastroenterología Infantil
4. Gastroenterología	23. Hemato Oncología Infantil
5. Reumatología	24. Endocrinología Infantil
6. Endocrinología	25. Cardiología Infantil
7. Neumología	26. Genética
8. Hematología Oncológica	27. Neonatología
9. M. Física y Rehabilitación	28. Psiquiatría Infantil
10. Cirugía Adulto	29. Parasitología
11. Cirugía Cardiovascular	30. Cirugía Maxilofacial
12. Traumatología Adulto	31. Maternidad
13. Oftalmología	32. Pediatría
14. Urología	33. Cirugía Pediátrica
15. Salud Mental	34. Nutrición Infantil
16. Anestesia	35. Neurología Infantil
17. Neurología	36. Neumología Infantil
18. Ginecología	37. Traumatología Infantil
19. Dermatología	

Fuente: Equipo Seminarista.

3.1. Objetivo.

Lograr ser un Hospital Auto Gestionado en Red, centrado en el usuario, con personal competente y motivado, de trato amable y comprometido con la Misión del Hospital Dr. Gustavo Fricke, con alto desarrollo tecnológico y que responda a las necesidades actuales y futuras, fortaleciendo la relación docente asistencial.

3.2. Misión.

Ser un establecimiento público que participa plenamente de la Red Asistencial del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, con el compromiso de entregar una atención con calidad, oportunidad, eficiencia y la mejor tecnología disponible, centrados en el enfermo y sus familias, en equilibrio con los recursos disponibles. Es el hospital de mayor complejidad del servicio, centro de referencia Regional y Nacional en especialidades definidas, además, de campo docente en las carreras de la salud y en otras disciplinas relacionadas al quehacer Hospitalario.

3.3. Visión.

Ser reconocidos como un Hospital que entregue una atención sanitaria de máxima calidad, oportuna, profesionalizada y coordinada con el resto de la Red de Salud, que persevere en la búsqueda de soluciones innovadoras constituyéndose en un modelo para el país.

3.4. Plan Estratégico del Hospital Dr. Gustavo Fricke 2006 – 2010.

Los siguientes ámbitos constituyen el Plan Estratégico del Hospital:

3.4.1. Política de Gestión de los Procesos Clínicos y de Apoyo: El modelo de gestión del hospital concibe a la organización como una cadena interrelacionada de procesos, clínicos, de apoyo clínico, de apoyo administrativo, de apoyo financiero y de apoyo operativo logístico y; que contribuyen conjuntamente a la satisfacción de los requerimientos de los usuarios del establecimiento y al cumplimiento de los compromisos de gestión con Ministerio de Salud, Servicio de Salud Viña del Mar Quillota y Fonasa. En esta perspectiva el establecimiento se concibe como un conjunto de Centros de Responsabilidad que funcionando en red administran y coordinan las distintas unidades o servicios clínicos, para desarrollar los procesos que producen aquellos servicios o productos finales requeridos por

los usuarios, con calidad técnica de acuerdo a estándares, con utilización adecuada de los recursos asignados, coordinados permanentemente con la Red Asistencial.

3.4.2. Política de Relación con los Usuarios: El Hospital basa su gestión en las necesidades de salud de sus usuarios, conciliando sus expectativas con las posibilidades reales de solución, facilitando el ejercicio pleno de sus deberes y derechos, avanzando hacia la atención integral del individuo y su familia e incorporando la participación de éstos, como un proceso en que el hospital y la comunidad asumen responsabilidades mutuas, a través de buenas prácticas de atención y de relación, con un trato digno, acogedor y amable, estimulando la participación social y el control ciudadano en salud y la gestión de la calidad que de énfasis en la evaluación de la satisfacción y gestión usuaria de manera sistemática, periódica, atingente y confiable.

3.4.3. Política de Gestión y Desarrollo de las Personas: El hospital concibe la gestión y desarrollo de las personas como un proceso fundamental, para proveer los servicios requeridos. Esto se traduce en ver a las personas como colaboradores, estableciendo metas conjuntas, orientadas a la satisfacción de los usuarios, a la misión y visión del establecimiento, y a los requerimientos del Gestor de Red. Generando un ambiente organizacional propicio para la gestión clínica y de apoyo del establecimiento; a través de facilitar el desarrollo de las potencialidades y talentos de sus trabajadores, con canales de participación efectivos, que permitan dentro de un marco de respeto, acoger todos los aportes, donde predominen estilos de liderazgo participativo y una gestión eficiente del ciclo de vida laboral. Además se estima fundamental implementar, como herramienta de gestión, el reemplazo de los funcionarios ausentes por licencias médicas o feriados legales, cuando se ponga en riesgo el funcionamiento del servicio o unidad, ajustado a la planificación presupuestaria.

3.4.4. Gestión Financiera Contable y Presupuestaria: El Hospital basa su gestión presupuestaria en el equilibrio financiero, a través de una producción planificada, con una estructura de costos conocida, con cumplimiento de protocolos y estándares de los procesos clínicos y de apoyo, realizando actividades en cantidad y complejidad sustentada en el presupuesto del establecimiento; cumpliendo las metas específicas definidas por el Ministerio de Salud en materia de gestión financiera presupuestaria.

3.4.5. De Procedimientos de Recaudación de Ingresos de Operación y otros

Ingresos: El Hospital debe desarrollar procedimientos administrativos de recaudación y cobranza de ingresos de operación, identificando precios y rentabilidad, costos de producción, análisis financiero de la producción. Busca además incrementar sus ingresos propios mediante la exploración permanente del mercado de prestaciones de salud a objeto de desarrollar nuevas alternativas de negocios o mejorar las existentes, a través de la formulación y ejecución de una estrategia comercial, como una actividad complementaria para el financiamiento del establecimiento.

3.4.6. Gestión de los Recursos Físicos e Inversiones: El Hospital concibe la gestión de los Recursos Físicos, como el proceso de apoyo que permite mantener, renovar e introducir nuevos recursos físicos al establecimiento, de servicios de logística, de seguridad industrial y del cuidado del medio ambiente y de la ejecución de las inversiones en este ámbito. La reposición y la adquisición de equipos, tecnología, e infraestructura deberá estar alineado al plan estratégico del Establecimiento, a través, de planes y programas de gestión que contemplen inversiones, mantenimiento preventivo y reparativo que posibilite la continuidad y la seguridad del funcionamiento de los recursos físicos del establecimiento.

3.4.7. Política de Auditoría: El proceso de auditoría es entendido como un mecanismo para el aprendizaje y la mejora continua para ejecutar las medidas correctivas y realizar la evaluación del cumplimiento de las normas y procedimientos establecidos. El proceso de auditoría interna del establecimiento es concebido como una herramienta que busca mejorar los procesos clínicos y de apoyo, de forma tal de detectar y detener los actos que se salen de normas y procedimientos, en todos los ámbitos del quehacer del establecimiento, con autonomía e independencia, en el marco de las directrices, políticas y normas del nivel central y del gestor de la red; a través de la ejecución de una auditoría permanente representa y conjuga las necesidades de control que establece la Evaluación de Autogestión en Red; lo dispuesto en la ley N°18.575, ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; ley N°19.937 de Autoridad Sanitaria; D.S. 140/2005, Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud; otras leyes, reglamentos o convenios sean de carácter obligatorio y está formulado sobre la base de los distintos tipos de auditorías.

3.4.8. Política de Innovación: El Hospital evalúa permanentemente la incorporación en la gestión hospitalaria de nuevos desarrollos clínicos, tecnológicos, informáticos y de conocimiento de las personas, con el fin de apoyar el crecimiento profesional y técnico y de mejorar la calidad y cantidad de servicios a los usuarios.

3.4.9. Políticas de Planificación y Control de Gestión: El proceso de control de la gestión permite a la organización orientarse y adaptarse frente a los cambios del entorno y detectar las desviaciones del Plan Estratégico. El Control de Gestión cruza toda la organización, asegurando que los resultados de las estrategias, objetivos y políticas, planes de acción y planes operacionales, se ajusten al Plan Estratégico del Establecimiento, con la finalidad de aplicar oportunamente las medidas correctivas adecuadas.

3.5. Recursos y Financiamiento.

3.5.1. Recursos Financieros.

La principal fuente de financiamiento del Hospital Dr. Gustavo Fricke corresponde a recursos asignados por el Ministerio de Salud, los cuales son derivados al Ministerio de Hacienda, que a su vez destina a los diferentes Servicios de Salud y consiguientemente a los diferentes Hospitales e Instituciones que correspondan. Por otro lado cuenta con ingresos propios e ingresos por el pago de prestaciones institucionales. El año 2005 se incorporó la fuente de financiamiento para patologías de las Garantías Explícitas de Salud GES y del Acceso Universal con Garantías Explícitas AUGE. Cabe señalar que durante el año 2009 se dio comienzo al año con un presupuesto estimado de \$36.514.837 y se finalizó con un total de gastos de \$38.804.982, lo cual habla de un Hospital que posee problemáticas en los recursos financieros.

Presupuesto Hospital Dr. Gustavo Fricke Estimado Año 2010:

Tabla N° 03.

Entradas	
Total Transferencias	\$ 34.209.472
Ingreso de Operaciones	\$ 1.153.610
Otros Ingresos	\$ 48.479
Recuperación de Prestaciones	\$ 126.901
Total Entradas	\$ 35.538.462

Fuente: Cuenta Pública Hospital Dr. Gustavo Fricke Año 2009.

Tabla N° 04.

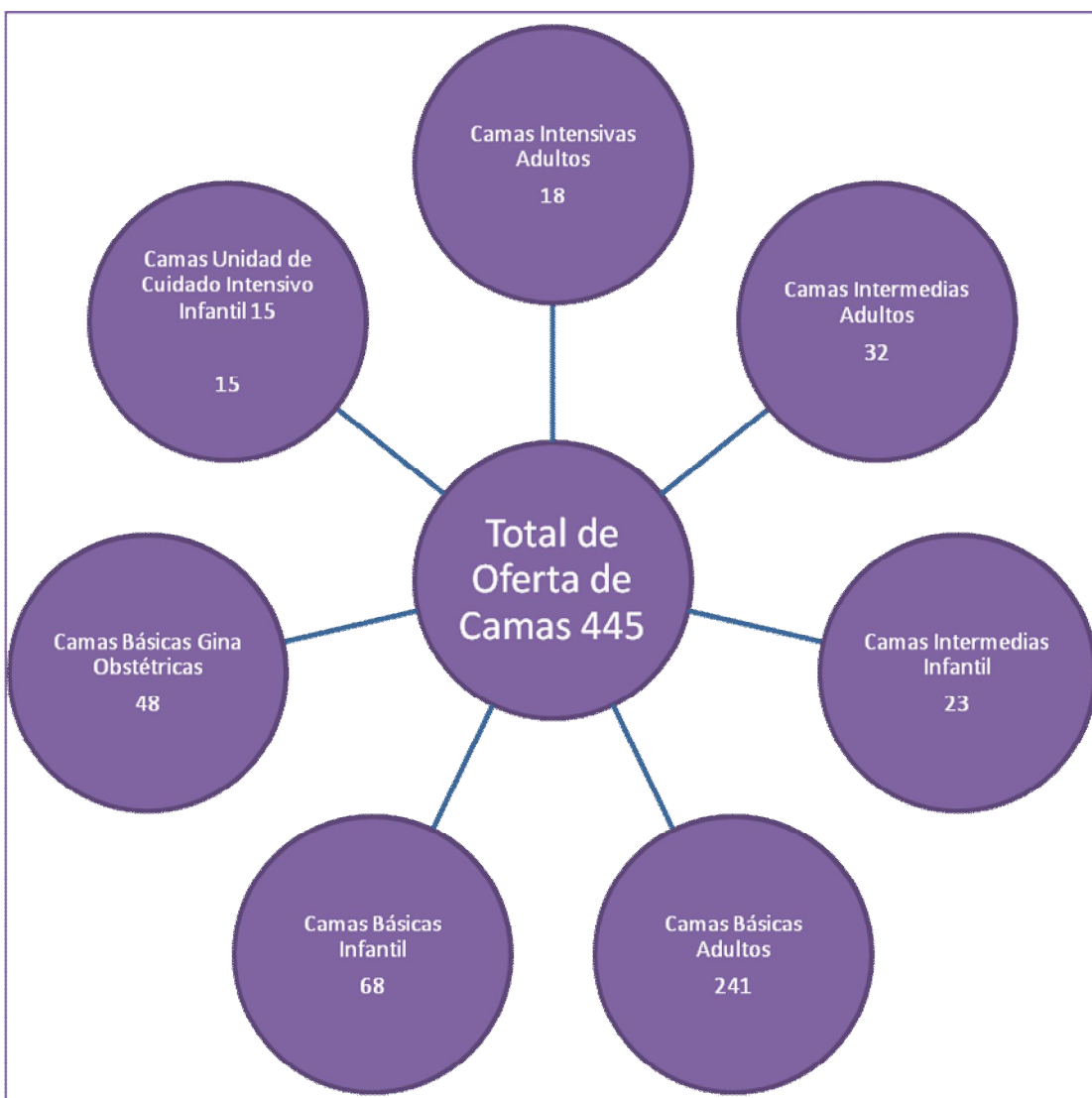
Gastos	
Personal	\$ 18.617.179
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 13.671.280
Adquisición de Activos no Financieros.	\$ 24.500
Otros Gastos	\$ 3.359.302
Total Gastos	\$ 35.562.961

Fuente: Cuenta Pública Hospital Dr. Gustavo Fricke Año 2009.

3.5.2. Recursos Materiales.

En primer lugar, cabe señalar que en un Hospital de alta complejidad un recurso material de gran importancia corresponde a la dotación de camas; recurso del Hospital Dr. Gustavo Fricke que está expresado de la siguiente manera:

Diagrama Nº 01. Número Total Oferta de Camas del Hospital Dr. Gustavo Fricke.



Fuente: Equipo Seminarista.

Por otro lado, cabe señalar que en el ámbito médico, el Hospital Dr. Gustavo Fricke cuenta con equipamientos de última generación que permiten su alta complejidad y especialización médica, como Gama Cámara en Medicina Nuclear, Angiógrafo y Workstation en Hemodinamia, equipo de Electrofisiología, Ecocardiógrafo, Test de Esfuerzo y Holter en Cardiología, dos Torres Video Endoscópicas en Gastroenterología, dos Torres de Cirugía Laparoscópicas y Facioemulsionador en Pabellones, Scanner, Ecotomógrafo Doppler Color y Mamógrafo en Radiología, Potenciales Evocados en Otorrinolaringología y Láser en Oftalmología.

3.5.3. Infraestructura.

El Hospital Dr. Gustavo Fricke cuenta con un total de 2,5 Hectáreas y 28.000 Metros Cuadrados Construidos, los cuales se distribuyen en sus cuatro edificios, que corresponden al Edificio Central, Edificio de Emergencias Infantiles, Edificio de Emergencias Adultos y Consultorio de Especialidades.

3.5.4. Recursos Humanos.

El Hospital Dr. Gustavo Fricke cuenta con una serie de recursos humanos los cuales desempeñan diferentes funciones en diferentes áreas y temáticas; los principales corresponden a Médicos, Matronas, Enfermeras, Técnicos Paramédicos, Tecnólogos Médicos, Asistentes Sociales, Psicólogos, Kinesiólogos, Nutricionistas, Educadoras de Párvulos, Ingenieros, Administradores Públicos, Administrativos y Auxiliares de Servicio.

3.6. Perfil del Usuario/a y Sujeto de Atención.

El Hospital Gustavo Fricke atiende a Usuarios/as afiliados a Fonasa, Isapres y también a particulares, los cuales ingresan al Sistema Hospitalario por demanda espontánea, derivación interna, interconsultas médicas y por derivación externa (Atención Primaria de Salud, Hospitales pertenecientes al Servicio de Salud Viña del Mar Quillota y otros).

Los/las Usuarios/as atendidos/as por el Hospital corresponden a diferentes grupos etarios, los cuales van desde el periodo de gestación hasta Adultos Mayores, los cuales se distribuyen en los diferentes Servicios y Unidades dependiendo del requerimiento clínico necesario para cada Usuario/a. Actualmente la cobertura del Hospital Dr. Gustavo Fricke asciende al número de 335.512 Usuarios/as, los cuales pertenecen mayoritariamente a la Región de Valparaíso y con características urbanas, pero cabe señalar que recibe a Usuarios/as de diferentes regiones del País, debido a su alto grado de especialidad y complejidad en la atención de problemáticas de salud.

4. Organización Hospitalaria.

4.1. Estructura Organizacional.

Actualmente el Hospital Dr. Gustavo Fricke se estructura de la siguiente manera:

Tabla Nº 05. Estructura Organizacional del Hospital Dr. Gustavo Fricke.

Consejo Directivo	Servicios Clínicos
1. Director del Establecimiento	1. Medicina Interna
2. Subdirector Médico	2. Cirugía Adultos
3. Subdirector Administrativo	3. Servicio Quirúrgico Pediátrico
4. Subdirector Gestión de Cuidado	4. Obstetricia y Ginecología
5. Jefe de Auditoría	5. Pediatría
6. Subdirector de Operaciones	6. Cirugía Cardiovascular
7. Subdirector de Recursos Humanos	7. Oftalmología
	8. Urología
	9. Traumatología Adultos
	10. Traumatología Infantil
	11. Pensionado

Fuente: Equipo Seminarista.

Tabla Nº 06. Estructura Organizacional del Hospital Dr. Gustavo Fricke.

Unidades de Apoyo Diagnostico	Unidades de Apoyo Terapéutico
<ol style="list-style-type: none"> 1. Radiología 2. Laboratorio. Clínico 3. Banco de Sangre 4. Anatomía Patológica 5. Medicina Nuclear 6. Endoscopía 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Unidades de Emergencias Adultos 2. Unidades de Emergencias Infantil 3. Unidades de Emergencias Gineco Obstétrica 4. Consultorio de Especialidades 5. Unidad de Pacientes Críticos Adultos 6. Pabellones Quirúrgicos 7. Kinesiología y Terapia Ocupacional 8. Unidad de Tratamiento Intensivo Cardiovascular 9. Unidad de Cuidados Intensivos Neonatología 10. Unidad de Pacientes Críticos Pediátrica 11. Odontología 12. Unidad de Diálisis 13. Unidad de Cirugía Mayor Ambulatorio 14. Unidad de Medicina Ambulatoria

Fuente: Equipo Seminarista.

4.2. Trabajo Social en Áreas del Hospital.

A continuación se presentan las Unidades, Servicios, Departamentos y Programas en los cuales se inserta el Trabajo Social en el Hospital Dr. Gustavo Fricke:

4.2.1. Servicio de Atención a las Personas. (Hospital Dr. Gustavo Fricke, 2008)

Pertenece a la Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias del Hospital Dr. Gustavo Fricke, y pretende de manera central incrementar la calidad global del servicio sanitario, y en específico la satisfacción del Usuario/a en el ámbito de la calidad asistencial.

Su filosofía de trabajo se basa en ser sensibles a la realidad social en la cual se trabaja, persiguiendo el fundir el Hospital con la Comunidad, ofreciendo una instancia de diálogo permanente entre el público y el establecimiento de salud, promoviendo una atención humana y personalizada, generando confianzas basadas en el profundo respeto por la persona, su sentir y pensar.

El Servicio de Atención a las Personas posee los siguientes objetivos:

- Incorporar, como herramienta de gestión, la opinión del Usuario/a respecto a su parecer sobre los diversos procesos de atención llevados a cabo por el establecimiento.
- Acoger de manera amable y personalizada al público, a través de personal seleccionado y capacitado.
- Colaborar en la satisfacción de las necesidades psicosociales de pacientes, familiares y comunidad.
- Establecer coordinaciones operativas a Nivel Intra y Extra Hospitalarios en el tema de la satisfacción Usuaría
- Aportar insumos que permitan mejorar los procesos de atención clínico administrativo.

4.2.2. Programa Chile Crece Contigo. (Chile Crece Contigo, 2010)

Es un Sistema de protección integral a la Infancia que tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños, niñas y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal, así como focalizando apoyos especiales a aquellos que presentan alguna vulnerabilidad mayor. Forma parte del Sistema Intersectorial de Protección Social y está en línea

con los compromisos asumidos por el Estado de Chile al ratificar, en 1990 la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño.

Consiste en la articulación intersectorial de iniciativas, prestaciones y programas orientados a la infancia, de manera de generar una red de apoyo para el adecuado desarrollo de los niños y niñas hasta los 4 o 5 años de edad.

4.2.3. Unidad de Servicio Social Pacientes Hospitalizados.

La Unidad se constituye como una unidad de apoyo, tanto de los Servicios Clínicos como de las Unidades de Administración; realiza apoyo a los Servicios Clínicos a través de colaborar en la recuperación de la salud integral de los pacientes y apoyo a las Unidades de Administración a través de colaborar en la optimización del uso de los recursos propios, familiares, laborales, previsionales y sociales, de las personas, del establecimiento y de la comunidad. La Unidad de Servicio Social de Pacientes Hospitalizados posee una dependencia administrativa a la Sección de Orientación Médico Estadística SOME.

La Unidad posee como objetivo central el contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las personas manteniendo y optimizando el aporte técnico especializado a través de la red social. A su vez posee los siguientes objetivos:

- Aportar al Equipo de Salud los antecedentes sociales que faciliten el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación integral del paciente hospitalizado.
- Mejorar el nivel de conocimiento de las personas de los factores de riesgo en salud, educando en el conocimiento de los recursos propios y de la red social para la superación de sus problemas.
- Desarrollar la máxima participación intersectorial fortaleciendo la coordinación con la red.

4.2.4. Departamento de Recursos Humanos.

El Departamento de Recursos Humanos realiza íntegramente las funciones de selección, contratación, formación y gestión de personas, para seguir paso a paso y tomando todos los aspectos de la evolución personal y profesional en el Hospital Dr. Gustavo Fricke. El Departamento se compone por las Unidades de Sección Registro del Personal, Oficina de Sueldos, Sección de Capacitación, Unidad de Salud Ocupacional, Unidad de Bienestar y Unidad de Clima Laboral; en estas dos últimas, se inserta el Trabajo Social.

Unidad de Bienestar: Es una Unidad dependiente en lo administrativo del Departamento de Recursos Humanos, aun cuando responde reglamentariamente ante el consejo administrativo, entidad en la que se determina todo lo relacionado al presupuesto, beneficios y actividades de bienestar.

Su Misión es colaborar en la satisfacción de las necesidades de los Funcionarios/as y Cargas Familiares, a través de un plan completo e integrado de servicios y beneficios que rebasen las actividades meramente asistenciales hacia el ámbito de lo recreativo, cultural y de apoyo, abarcando la vida personal, familiar y laboral, todo ello en el marco político y administrativo de la institución.

Unidad de Clima Laboral: La Unidad de Clima Laboral está conformada por una Trabajadora Social que trabaja para entregar las herramientas que favorezcan la calidad de vida y el bienestar integral de los Funcionarios/as del Hospital Dr. Gustavo Fricke. Aborda temáticas de Calidad de Vida, atingente a las problemáticas detectadas en base a los diagnósticos realizados para luego generando procesos e instancias que permitan favorecer el Bienestar y con ello fortalecer el desempeño de la comunidad hospitalaria del Hospital Dr. Gustavo Fricke, de esta manera generar con el Funcionario el compromiso de entregar una atención con calidad, oportunidad, eficiencia, centrados en el paciente.

4.2.5. Consultorio de Especialidades.

En el Consultorio de Especialidades se encuentra inserta la especialidad de Salud Mental, en la cual se posicionan las Unidades de Salud Mental Adulto y de Infanto Psiquiatría, en las cuales se desempeñan Trabajadores/as Sociales. Ambas Unidades están preocupadas de entregar un tratamiento integral a las diferentes patologías de Salud Mental, en temáticas como depresión, alcohol y drogas, entre otras.



CAPÍTULO II

Marco de Referencia

PRESENTACIÓN

A continuación se presenta el Capítulo referente al Marco de Referencia. En el presente Capítulo se pueden encontrar los referentes conceptuales y teóricos que sustentan la Sistematización.

El presente Capítulo se estructura de acuerdo a los siguientes contenidos:

1. Referentes Conceptuales y Teóricos en Salud

1.1. Evolución del Concepto de Salud

1.2. Conceptualización de Salud

1.3. Modelos de Salud

1.4. Niveles de Atención en Salud

1.5. Niveles de Intervención Profesional en Salud

2. El Sistema de Salud en Chile

2.1. Antecedentes Históricos del Sistema de Salud de Chile

2.2. El Sistema de Salud Chileno

2.3. La Reforma de Salud en Chile

3. Profesionalidad y Situaciones Profesionales

3.1. Profesionalidad

3.2. Situaciones Profesionales

MARCO DE REFERENCIA

1. REFERENTES CONCEPTUALES Y TEÓRICOS EN SALUD.

1.1. Evolución del Concepto de Salud.

A lo largo de la historia de la humanidad es posible visualizar la existencia constante y permanente de la causalidad o interpretación que se le otorga a la enfermedad y la salud, siendo esta última la mayor interrogante puesto se considera fundamental el saber y conocer cómo podemos mantenernos y vivir en un nivel de vida óptimo y de calidad.

El sentido de la salud ha ido evolucionando en función del momento histórico, de las culturas, del sistema social y del nivel de conocimientos. En los primeros años de la historia se mantuvo, durante un largo período de tiempo, el pensamiento primitivo (mágico-religioso), centrado en la creencia de que la enfermedad era un castigo divino, esta actitud aún se mantiene en algunos pueblos de África, Asia, Australia y América. Desde la antigüedad hasta nuestra era, se ha evolucionado y considerado diversas creencias y factores que influyen en la percepción de salud como tal.

En Egipto la interpretación sobre la génesis de la salud/enfermedad poseía un origen sobrenatural; en el cual Thot es el Dios de la medicina, y Sejmet la Diosa de la salud. De igual forma ya en esta época surgen las primeras aproximaciones de enfermedad por causas naturales. Estos pensaban que la enfermedad tiene un origen natural; aproximación relacionada con la Dietética y Alimentación Saludable.

En la Edad Media la ausencia de salud era causada principalmente por la ausencia y pérdida de medidas higiénicas privadas y públicas existentes, condiciones medioambientales deplorables en comunidades y ciudades las cuáles fueron acompañadas de grandes pandemias como la Peste y la Lepra. De esta forma es posible señalar que la enfermedad era considerada como castigo divino manteniendo de esta forma una concepción religiosa, perdiéndose la actitud científica y manteniéndose influenciados del dogmatismo religioso.

De esta forma llegamos a la época Positivista o de la Revolución Industrial; en la cual se consolida la dimensión social de la Salud, al verificarse la influencia de las condiciones de vida sobre la salud y la enfermedad. Se produce también el nacimiento de políticas sanitarias públicas para la mejora de la salud de la población además de la formulación y creación de importantes reformas legislativas con relación al entorno industrial y urbano deteriorado; un ejemplo es Edwin Chadwick quien en 1842 fue un visionario de las ciudades saludables, por sus grandes contribuciones para mejorar las condiciones sanitarias en diversas ciudades inglesas creando así la Ley Pionera de Salud Pública basada en el Saneamiento Ambiental. En Alemania por su parte Otto Von Bismarck en el año 1883 crea los Seguros Sociales, la cual corresponde a la primera Reforma de Protección Social.

1.2. Conceptualización de Salud.

La salud y la enfermedad son conceptos relativos que a lo largo de la historia han sido percibidos por la sociedad de forma distinta y siempre influida por variables sociales, culturales, económica y políticas del momento. Al hablar de salud y el concepto que a éste se le ha otorgado es posible señalar la multiplicidad de concepciones de quienes han intentado definir las o conceptualizarlas. Esto es posible de entender producto de la subjetividad de quien la define puesto puede otorgarle diversas características según estos encuentren más óptimos, acertadas o necesarios.

Es por ello que muchos autores han criticado el alto nivel de abstracción de los intentos de definición que se han dado respecto a la salud. L. Bozzini (1981) afirma que las palabras salud y enfermedad no tienen sentido si éstas no son definidas en función de una persona determinada y en un medio físico y social concreto.

La Organización Mundial de la Salud, en 1946 define Salud como *“el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*; la cual representó un cambio fundamental en la conceptualización de la salud. De igual forma cabe señalar que esta definición sufrió diversas modificaciones en los años 1947 y 1948, manteniéndose fija desde este año. Durante el año 2006 concepto de Salud se amplía a *“el estado de adaptación diferencial de un individuo al medio en donde se encuentra”*.

Desde este punto de vista, la salud contempla aristas que van más allá del estado de enfermedad a un nivel corporal, ahora también se consideran factores

importantes como el bienestar mental (psicológico y emocional), bienestar social. El enfoque biomédico paso de ser Medico Epidemiológico a un enfoque de Salud Biopsicosocial.

Milton Terris, en el año 1990 propone una modificación de la definición anterior solventando algunas de sus limitaciones, define la salud como "un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de malestar o dolencia". Posteriormente se incorpora un concepto dinámico de la salud (adaptado de Terris), en el que la salud y la enfermedad, en el plano individual, comunitario o poblacional, no son conceptos estáticos sino que existe una continuidad salud enfermedad, desde el completo estado de bienestar, tal y como lo define la OMS, al otro extremo, la muerte. Así pues, nos podemos encontrar ante multitud de estados intermedios, con mayor o menor pérdida de salud o enfermedad.

1.3. Modelos de Salud.

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

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

En el modelo Biopsicosocial los/as profesionales del sector de la salud dejan de ser los únicos expertos capaces de hacer aportes en el área, reconociendo que otros sectores y personas se encuentran habilitados para adquirir, aplicar y enseñar salud: el saber se comparte haciéndose más democrático. Emerge de esta forma la interdisciplina y el trabajo en equipo como

una necesidad y no sólo como una alternativa deseable desde el punto de vista organizacional **(MINSAL, 1993)**.

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

En el cuadro comparativo que se desarrolla a continuación, se grafican las principales diferencias entre los Modelos Biomédico y Biopsicosocial:

Tabla N° 07. Cuadro Comparativo Modelo Biomédico y Biopsicosocial. (Castañeda, Cazorla, 2006):

Comparación Según:	Modelo Biomédico	Modelo Biopsicosocial
Origen	<ul style="list-style-type: none"> -Nace en el siglo XIX (aparición del científicismo). -Se basa en una concepción patologista. -Diagnóstico Biológico. 	<ul style="list-style-type: none"> -Nace en 1970 (cuestionan el científicismo y medicalización). -Se basa en incluir científicamente el dominio humano en la experiencia de la enfermedad. -Diagnóstico biológico, pero también psicológicos y de carácter social.
Fundamentos	<ul style="list-style-type: none"> -Paradigma cartesiano, desarrollado para la investigación del mundo físico. -Conocer por el método analítico, estudiando éstos por separado. -Separación entre el observador y el objeto observado. -Relaciones de causalidad son simples y lineales. 	<ul style="list-style-type: none"> -Paradigma nace de Teoría General de Sistemas, (Von Bertalanffy): -No es posible fragmentar un fenómeno para su estudio. -El observador no es objetivo: éste es, siempre, parcial y comprometido. -La causalidad es múltiple y compleja. -Debe considerarse el contexto.

Características	<ul style="list-style-type: none"> -Se centra en enfermedades. -Curativo. -Diagnóstico biológico. -El tratamiento se basa en recursos externos al paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> -Se centra en el individuo. -Curativo y promocional -Diagnóstico biológico, emocional y social. -El tratamiento considera los recursos internos de las familias.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> -No considera causas psicológicas y sociales. -La biología no arroja significación en el paciente. -La aceptación del rol de enfermo no viene determinado por la biología. -El tratamiento biológico puede tener diversas tasas de éxito influido por variables psicosocial. -Tendencia a sub especializaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> -Requiere mantener un progreso profesional técnico y humano. -Intervenciones paralelas biomédica y biopsicosocial. (Hospitales) -Re encuadrar demandas en contra de expectativas del paciente. -Modificar estereotipos. -Formulación de una estrategia de equipo interdisciplinario.
Relación Asistencial	<ul style="list-style-type: none"> -Clasista. -Asimétrica. -Controles externos para evitar abusos. -Profesionalizada. 	<ul style="list-style-type: none"> -Temporalidad: distintos encuentros. -Contenidos: necesidades y demandas de salud.

Fuente: Apuntes Cátedra de Trabajo Social en Salud Año 2006.

1.4. Niveles de Atención en Salud. (Rozas, 2008).

Es la organización de la atención en diferentes niveles de complejidad y tiene por objetivo conjugar en forma eficiente la necesidad de cumplir con un máximo de cobertura los servicios que se presten, con la mayor calidad posible y con una misma cantidad de recursos. Tradicionalmente se distinguen cuatro niveles: **Nivel Primario, Nivel Secundario, Nivel Terciario y Nivel Cuaternario.**

1.4.1. Nivel Primario. (Máxima Cobertura, Mínima Complejidad).

Es el de mayor cobertura pero menor complejidad; está representado por las Postas y Estaciones médico rurales, los Consultorios Urbanos y Rurales y los Centros de Salud Familiar. Para lograr sus objetivos debe proyectarse a la comunidad con sus recursos, coordinarse con sus organizaciones a fin de lograr actitudes favorables para la salud y hacer que estas se involucren y confíen en el Sistema.

Su recurso humano lo constituyen entre otros: Médicos y odontólogos generales, enfermeras, matronas, nutricionistas, psicólogos, asistentes sociales, técnicos paramédicos, etc.

Sus actividades se relacionan entre otras, con: Promoción para la salud, Control de salud, Pesquisa de morbilidad, Tratamiento de morbilidad no compleja, Derivación oportuna de casos a niveles de mayor complejidad.

1.4.2. Nivel Secundario. (Menor Cobertura, Mayor Complejidad).

Su quehacer está orientado a un segmento menor de la población (menor cobertura). Recibe para diagnóstico y tratamiento las pacientes que no pueden ser resueltas en el nivel primario. Generalmente está estrechamente relacionado con los Servicios Clínicos de los Hospitales por lo que suele llamarse Consultorio Adosado de Especialidades.

Su recurso humano está representado por el especialista. Su grado de desarrollo es variable y depende del establecimiento al que está adosado y de las características propias de cada Servicio de Salud. Para su trabajo requiere de Unidades de Apoyo Diagnóstico más complejas (Laboratorio, Imaginología, Anatomía Patológica, etc.). En general no se contacta directamente con la comunidad. Se relaciona tanto con el nivel primario para devolver los casos resueltos como con el terciario cuando la complejidad así lo requiere. En la medida

que el nivel primario va siendo más eficiente este nivel debe adecuarse y diferenciarse en las especialidades o subespecialidades que sean necesarias.

1.4.3. Nivel Terciario.

Representado por los establecimientos con condiciones para realizar acciones bajo régimen de atención cerrada (hospitalización). Su nivel de cobertura es menor y se aboca a manejar solo los casos con patologías de alta complejidad. El Nivel Terciario de atención en Salud se caracteriza por su alta complejidad y cobertura reducida. Está destinado a resolver aquellos problemas que sobrepasan la capacidad resolutoria de los niveles precedentes, debiendo actuar como centro de referencia no sólo para la derivación de pacientes desde de su propia área de influencia, sino que con frecuencia tal derivación tiene carácter regional, supra regional y en oportunidades nacional. Al igual que el nivel intermedio (Nivel Secundario), a este nivel le corresponde realizar tanto acciones de tipo ambulatorio, efectuadas en los consultorios adosados de especialidades de estos hospitales, como de atención cerrada en sus diversos servicios de hospitalización.

Sus recursos humanos son los de la más alta especialización y los elementos de apoyo clínico diagnóstico y terapéutico, los de mayor complejidad técnica. El hecho de que estos establecimientos hospitalarios realicen actividades de alta complejidad, no los exime de desarrollar las funciones correspondientes al nivel secundario, ya que tienen también la responsabilidad de solucionar los problemas de frecuencia intermedia en la población a su cargo.

Los Hospitales Públicos de Chile pueden clasificarse como Hospital tipo 1, el cual es central y posee todas las especialidades, laboratorios y camas que requiere la comunidad. Trata las patologías más difíciles. El Hospital tipo 2, que presenta una menor tecnología, tamaño y especialidad, posee algunas especialidades como pediatría, cirugía, medicina interna y ginecología obstetra. Además posee laboratorios clínicos, pero aun así no se realizan todos los exámenes. Y por último, el Hospital tipo 3 y 4, los cuales son hospitales básicos con algunos especialistas, estos son dirigidos por los médicos generales de zona (médicos cirujanos otorgados por universidades chilenas tanto públicas como privadas).

1.4.4. Nivel Cuaternario. (Mínima Cobertura, Máxima Complejidad).

Está representado por las Unidades de Tratamiento Intensivo. Para su trabajo requiere de una gran concentración de recursos tanto humanos como de equipamiento, este último de gran sofisticación. Su característica es la mínima

cobertura y la máxima complejidad. Además, su grado de desarrollo es variable en los distintos Servicios de Salud del país.

1.5. Niveles de Intervención Profesional en Salud.

1.5.1. Promoción.

La Promoción de la Salud puede ser entendida como una estrategia para facilitar el mejoramiento de la calidad de vida de la población. La declaración de Yakarta ejecutada en julio de 1997, se constituye en un hito central de la promoción, transformándose en la primera de las conferencias internacionales sobre esta temática celebrada en un país en desarrollo, y que contó con la participación de privados.(Cubillos, 2006)

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

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

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

Participación Social: Es entendida como el derecho y la capacidad real que poseen las personas, para plantear sus propios puntos de vista sobre aquellos asuntos que les incumben. Implica también la intervención en la identificación de necesidades y problemas de salud, además de formar parte del diseño e implementación de soluciones. Alude igualmente a la democratización del saber, lo que conlleva el intercambio entre el conocimiento técnico y el popular, promoviendo al mismo tiempo, un proceso de concientización respecto de las causas y condicionantes de la situación de salud (Cubillos, 2006).

Acción Comunitaria: La participación social plantea como tarea impulsar y fortalecer la acción comunitaria en todos los niveles del sistema de salud. Se

promueve el compromiso y adhesión de las personas y de las organizaciones sociales, con el propósito que estos actores sociales tomen parte e influyan en las decisiones sobre los asuntos de salud que les afectan. Igualmente, se espera que estos actores se integren al análisis, planificación y promoción de la salud, junto a los equipos técnicos de diversos sectores y disciplinas que pueden aportar recursos (Humanos, Materiales y Financieros) en esta tarea. (Cubillos, 2006).

Intersectorialidad: la acción intersectorial es el trabajo coordinado de instituciones representativas de distintos sectores sociales, quienes efectúan intervenciones conjuntas destinadas a transformar la situación de salud y aportar al bienestar y calidad de vida de la población. El trabajo intersectorial demanda al sector salud no solo la iniciativa sino también la receptividad. Es necesario responder a convocatorias de otros sectores y/o contribuir a la creación de instancias y acción intersectorial, en los que se aborden los problemas de la población a través de acciones que se basen en un pensamiento Intersectorial (ser capaz de ver los problemas de diferentes ángulos), para así lograr una coordinación intersectorial (intercambio efectivo de la población, recursos, propuestas, etc.), que se concrete la implementación de proyectos intersectoriales. (Cubillos, 2006),

1.5.2. Prevención.

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

- **Prevención Primaria o Inhibición de la enfermedad antes de su aparición:** Sus objetivos se refieren a mejorar el nivel general de salud y procurar medidas de protección específicas. Por medidas de protección de accidentes y riesgos. Estas medidas afrontan factores biológicos, ambientales y de niveles de vida, áreas que contribuyen a reducir directamente la mortalidad y morbilidad.

- **Prevención Secundaria o detección temprana y tratamiento de la enfermedad:** Consiste en el diagnóstico temprano de patologías. La detección temprana del cáncer, hipertensión y otras enfermedades tratables son el objetivo de la prevención secundaria. En el caso de condiciones de morbilidad asociadas a la edad, la prevención se focaliza principalmente en detener el

avance de la discapacidad, las complicaciones y secuelas que pueden provocar.

- **Prevención terciaria o rehabilitación/recuperación del funcionamiento adecuado:** Cuando la enfermedad se manifestó con una consecuencia residual, la prevención terciaria consiste en evitar la discapacidad total una vez que se hayan estabilizado las modificaciones anatómicas y fisiológicas. El objetivo entonces, es la rehabilitación del individuo para que pueda vivir una vida satisfactoria y autosuficiente.

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

Tabla Nº 08. Niveles de Prevención en Salud. (Castañeda, 2001).

Nivel de Prevención	Acciones
Primaria	Prevenir aparición de una enfermedad aguda o crónica.
Secundaria	Detección Precoz de una enfermedad aguda o crónica.
Terciaria	Recuperación y/o Rehabilitación de una enfermedad aguda o crónica.

Fuente: Apuntes Cátedra de Trabajo Social en Salud Año 2001.

1.5.3. Recuperación o Tratamiento.

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

1.5.4. Concepto de Rehabilitación. (SEREMI de Salud, 2005).

La intervención se desarrolla cuando el daño ha generado secuelas en el paciente, y este debe ser reinsertado nuevamente al funcionamiento y/o equilibrio.

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

1.5.5. Concepto de Cuidados Paliativos. (SEREMI de Salud, 2005).

La intervención se aplica en aquellos casos en que los pacientes se encuentran en la etapa terminal del proceso de enfermedad, y deben ser intervenidos de manera integral, en conjunto con su grupo familiar, con el propósito de aliviar su dolor, al otorgarles conocimientos y herramientas para sobrellevar dicho proceso.

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

2. EL SISTEMA DE SALUD EN CHILE.

2.1. Antecedentes Históricos del Sistema de Salud de Chile. (Colegio Médico de Chile, 2003).

El sistema de salud en su aspecto formal comenzó su desarrollo a mediados de siglo XVI, como parte de las medidas de salubridad e iniciativas de atención caritativa hospitalaria de enfermos y menesterosos. En complemento, la dimensión informal o comunitaria del sistema de salud es la medicina o atención de salud tradicional. Está estrechamente ligada a la historia y cultura de los pueblos, y su existencia no sólo es previa al desarrollo formal del sistema de salud, sino que mantiene una vigencia actual complementaria.

El desarrollo del sistema de salud ha sido paulatino, cotidiano y multidimensional. Sin embargo, para efectos de una descripción sintética, es posible identificar cinco períodos históricos en el desarrollo del sistema (formal) de salud, aunque hay sobreposición de elementos entre ellos:

2.1.1. Período de Servicios Locales de Salud. (1552–1917).

Entre 1552 y 1886 se desarrollaron hospitales y servicios sanitarios de responsabilidad de autoridades locales. Desde el siglo XVI y hasta el siglo pasado, la atención y organización formal de salud se fue estructurando en forma paulatina, a través de varias instituciones públicas y privadas, en general de carácter filantrópico o de beneficencia. En 1886 se promulgó el Reglamento Orgánico de la Junta de Beneficencia, que permite ordenar las organizaciones locales y los hospitales generales existentes. El año siguiente se creó la Junta Nacional de Salubridad, cuya misión era asesorar al gobierno en materias de salubridad y organizar nacionalmente los desarrollos locales. En 1892 estas funciones fueron asumidas por el Consejo de Higiene Pública.

2.1.2. Período de Maduración del Desarrollo Social y del Sistema de Salud. (1917– 1952).

Chile cuenta con una reconocida larga historia de seguridad social con subsidios focalizados en los pobres y deprivados de empleo y condiciones sociales. En el transcurso del siglo XX emergieron importantes y pioneras medidas tendientes al desarrollo y seguridad social, incluyendo aspectos de salud. En 1917 se realizó un congreso nacional de todas las sociedades de beneficencia e instituciones previsionales y sectoriales que dieron mayor organización y estructuración al sistema previsional y asistencial de salud. En 1924 se creó el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social y se estableció el Seguro Obrero Obligatorio (ley 4.054). La Caja de Seguro Obrero fue destinada a cubrir

los riesgos de enfermedad invalidez, vejez y muerte. Posteriormente surgieron varias leyes sobre el trabajo. En 1938 se dictó la Ley de Medicina Preventiva, pionera en su género a nivel internacional. En 1942 se creó el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), que cubría al sector de empleados públicos y particulares. El Colegio Médico de Chile se constituyó por Ley en el año 1948, destacando por su gravitación histórica en la formulación de las políticas de salud.

2.1.3. Período del Servicio Nacional de Salud y Predominio de Planificación Central. (1952- 1973).

El Servicio Nacional de Salud (SNS) fue creado en 1952, unificando a diversos organismos públicos que prestaban servicios de salud, alcanzado una importante cobertura del sector asistencial del país. Sus prestaciones cubrían principalmente al sector obrero e indigentes. Con menor cobertura se encontraban entidades previsionales y asistenciales en universidades, algunas empresas públicas, fuerzas armadas y policiales. El sector asistencial privado tenía una heterogénea y diseminada situación de desarrollo. Desde 1964 se iniciaron reformas sociales que en salud destacaron por inversiones en centros asistenciales, formación y enrolamiento de personal y extensión de cobertura geográfica. El SNS se transformó en una empresa con 120.000 funcionarios, cuya red asistencial alcanzó una importante cobertura geográfica y poblacional. En este período, la gestión política, económica y organizacional aplicada al sector salud tuvo una orientación predominante de planificación central. Durante este período, la medicina estuvo estrechamente ligada al desarrollo social del país, incluyendo aspectos de liderazgo social y político. Al final del período, se encontraban médicos en la Presidencia de la República, el parlamento, municipalidades y otras relevantes entidades públicas.

2.1.4. Período del Gobierno Militar y Reformas Neoliberales. (1973 – 1990).

Las reformas del sistema global de salud, ocurridas en este lapso, reflejaron las políticas generales económicas y sociales del gobierno militar, destacando las reformas neoliberales que cambiaron el rol y la importancia del Estado y promovieron al sector privado. Entre 1973 y 1980 hubo una disminución significativa del gasto social y del financiamiento al SNS, conservándose la misma modalidad de organización y funcionamiento previos, pero bajo régimen autoritario. A partir de 1979 se reestructuró el sector estatal de salud. Se reorganizó al Ministerio de Salud y sus instituciones relacionadas y se creó el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) que rige actualmente (DL 2.763/1979) La creación del régimen de prestaciones de salud mediante la denominada Ley de Salud, (ley 15.469, año 1985), fijó las características del modelo de financiamiento, previsión y atención de salud vigentes, destacando la

libertad de optar por alternativas públicas o privadas en la previsión y atención de salud y contribución proporcional al ingreso en el sistema público. Entre 1981 y 1986 se adoptaron iniciativas legales para la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y se concretó el traspaso de la administración de la mayoría de establecimientos de nivel primario a las municipalidades.

2.1.5. Período de Gobiernos de la Concertación. (1990 en Adelante).

Desde 1990, los gobiernos de la Concertación han asumido una responsabilidad gubernamental que en los primeros seis años ha consistido principalmente en la administración del sistema de salud heredado; se ha realizado un notorio incremento de inversiones apoyadas en préstamos internacionales y se han estudiado las propuestas de adecuación y reforma del sector. Las orientaciones de las reformas propuestas se basan en aspectos relevantes como:

- Las políticas y planes nacionales, tanto económicas como sociales.
- La búsqueda de mejorar la gestión del sector público e incrementar el proceso de descentralización.
- La búsqueda de resolver la crisis del sector público de salud, y buscar un balance público privado en este sector mixto.
- La adaptación del sistema a las necesidades de salud de la población, y al resguardo de sus intereses de los diferentes grupos de la población al acceso al sistema.

2.2. El Sistema de Salud Chileno. (Concha, Giaconi, 2005).

Un Sistema de Salud puede definirse como una estructura u organización mediante la cual las sociedades y/o comunidades intentan dar solución a los procesos de salud - enfermedad de manera racional, coherente, eficaz y eficiente.

En Chile el Sistema de Salud “se compone por todas las personas naturales o jurídicas, de derecho Público o Privado, que realicen o contribuyan a la ejecución de las acciones de promoción, protección, recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma”.

El sistema de salud en Chile, es de carácter mixto con participación de instituciones Públicas y Privadas, la primera representado principalmente por Fonasa en su aspecto financiero, y por el Sistema Nacional de Servicios de Salud

en su componente referido a la prestación de servicios. La segunda representado por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) y Mutuales en su aspecto financiero previsional, y también por centros asistenciales privados en su componente de prestación de servicios.

A partir de la presente definición se presentará una breve descripción de cada una de las instituciones que conforman el Sistema de Salud Chileno **(Concha, Giaconi, 2005):**

2.2.1. Ministerio de Salud: Esta corresponde a la autoridad sanitaria encargada de formular, fijar y controlar las Políticas de Salud. Este estará integrado por el Ministro; la Subsecretaría de Redes Asistenciales; la Subsecretaria de Salud Pública y las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI). El Ministerio se organiza en divisiones, departamentos, secciones y oficinas, considerando la importancia relativa y el volumen de trabajo que signifique la función.

2.2.2. Secretarías Regionales Ministeriales: Estas corresponden a la autoridad Sanitaria descentralizada a nivel regional, y se encuentran presentes en las trece regiones del país. Es dirigida por el Secretario Regional Ministerial el cual debe ser un profesional universitario con competencia, experiencia, conocimientos y habilidades certificadas en el ámbito de la Salud Pública. Además en cada secretaría regional existirá un consejo asesor, el que tiene carácter consultivo.

2.2.3. Servicios de Salud: Los Servicios de Salud son los encargados de otorgar la atención de salud y deben articular la red asistencial Pública y Privada. Corresponden a 26 Servicios. Cada Servicio de Salud esta a cargo de un director al que le corresponde la organización, planificación, coordinación y control de las acciones de salud que presten los establecimientos de la red asistencial del territorio de su competencia, para los efectos del cumplimiento de las políticas, normas, planes y programas del Ministerio de Salud.

2.2.4. Centro de Abastecimiento (CENABAST): Esta entidad tiene como misión el abastecimiento de fármacos e insumos clínicos a los establecimientos del sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), de la salud municipalizada y otros adscritos al sector público.

2.2.5. Instituto de Salud Pública (ISP): Este corresponde a un servicio público funcionalmente descentralizado, cuya misión es “Contribuir al mejoramiento de la salud de la población, garantizando la calidad de bienes y servicios, a través del fortalecimiento de la referencia, la fiscalización y la normalización”.

2.2.6. Superintendencia de Salud: Es un organismo regulador y fiscalizador que tiene como misión “ garantizar el cumplimiento de la ley y generar una regulación y

fiscalización efectiva, que contribuya a mejorar el desempeño del Sistema de Salud Chileno, velando por el cumplimiento de los derechos y garantías de las personas, mediante el desarrollo y la entrega de servicios de excelencia”.

2.2.7. Fondo Nacional de Salud (FONASA): Este corresponde a un organismo autónomo que otorga dos modalidades de atención: atención institucional y atención de libre elección. La modalidad de atención institucional corresponde a las atenciones de salud entregadas en los establecimientos Públicos, y la de libre elección es aquella otorgada por los profesionales y establecimientos de salud privados que han suscrito convenio.

2.2.8. Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE): Las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), fueron creadas en el año 1981 tienen por objetivo el otorgamiento de prestaciones y beneficios de salud a sus afiliados, ya sea mediante la entrega de ellas en sus propias unidades de atención, o a través del financiamiento de las mismas por pago a personas, clínicas, hospitales u otras instituciones pertenecientes a terceros. La afiliación es voluntaria, mediante cuotas que son pactadas teniendo en vista diferentes planes y coberturas que ofrecen las diversas instituciones. La creación de las ISAPRE se funda en el DFL 3/1981, en el cual se establecieron las normas para su funcionamiento. Estas instituciones parecieron como alternativa privada en el otorgamiento de prestaciones y beneficios de salud, a FONASA.

2.3. La Reforma de Salud en Chile. (Concha, Giaconi, 2005).

Frente a las necesidades de la población y nuevas prioridades de la misma el sistema de salud a través del tiempo se ha ido modificando adecuándose a las nuevas necesidades de la población. Por lo cual han suscitado transformaciones en el aspecto demográfico, epidemiológico y a causa de la inequidad y desigualdades que se observan cotidianamente. Por lo anterior se han planteado objetivos frente al envejecimiento progresivo de la población, que involucra una creciente carga de patologías degenerativas de alto costo de atención médica. En cuanto a las desigualdades en la situación de salud de la población, que se traduce en una brecha sanitaria entre los grupos de distinto nivel socioeconómico. También los objetivos van dirigidos a responder adecuadamente a las expectativas legítimas de la población con respecto al sistema de salud, continuamente señalado como un elemento de insatisfacción para la sociedad chilena. Resolviendo los problemas pendientes y mantener los objetivos sanitarios alcanzados.

Lo anterior es alcanzado en base a principios orientadores que dan sustento a la Reforma de Salud como los siguientes (**Concha, Giacconi, 2005**):

Derecho a la Salud: Reconocimiento de la necesidad de protección social para todos los ciudadanos. Implica establecer garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera, empoderando a la población con las herramientas y facultades para hacerlas exigibles.

Equidad en Salud: Es el resultado de una acción intencionada para identificar y disminuir los factores o condiciones que generan las desigualdades evitables y ello es el mayor objetivo de la reforma del sistema de salud.

Eficiencia en el uso de los Recursos: Mejoras de gestión, en el ámbito de los recursos humanos y financieros, terminando con problemas de administración de personal y deuda, como también en el ámbito de los beneficiarios, a través de una mejor focalización y usos de los subsidios en salud.

Solidaridad en Salud: La sociedad se hace cargo de sus integrantes que se encuentran temporal o permanentemente en situación de vulnerabilidad o minusvalía y que están impedidos de procurarse atención de salud por sus propios medios. Se refiere además al aporte concreto desde las personas con más recursos hacía los que tienen menos.

Participación Social: Constituye una instancia de fiscalización por parte de la comunidad, de la calidad, efectividad y oportunidad del servicio, y del uso eficiente de los recursos. También constituye la tribuna indispensable donde la comunidad expresa sus preferencias y expectativas.

Una vez explicados los lineamientos básicos de la reforma de salud es posible presentar los cambios a partir de proyectos de ley confortantes de la reforma en su conjunto tales como GES (Sistema AUGE), Autoridad Sanitaria, Ley de Isapres, Financiamiento, Deberes y Derechos, cambio en modelo de atención.

Los elementos constituyentes de la estructura de la Reforma de Salud, son los siguientes:

2.3.1. Ley de Autoridad Sanitaria: Corresponde a la ley N° 19.937 del año 2004, en donde los objetivos van dirigidos a la reestructuración del Ministerio, los Seremis y los Servicios de Salud, creando una Autoridad Sanitaria Regional, crea los Hospitales de Autogestión con estándares claros para ser acreditados como tales, se genera y otorga estímulos financieros a los funcionarios de acuerdo al logro de metas sanitarias y de gestión; lo anterior se refiere a la separación de

funciones de prestación asistencial (Gestión de Red) Rectoría – Regulación Sanitaria (Salud Pública).

2.3.2. Acceso Universal con Garantías Explícitas: Otro cambio importante de la reforma corresponde al Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), que corresponde a la ley N° 19.966 del año 2004, en donde se realiza la priorización de grupos de enfermedades en base a criterios de salud, económicos y sociales. Sus garantías corresponden a los siguientes términos:

Acceso: Obligación del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional de garantizar el otorgamiento de las prestaciones de Salud a los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y 18.933, respectivamente, en la forma y condiciones que respectivamente determine el Régimen de Garantías en Salud.

Oportunidad: Plazo máximo para la entrega de prestaciones de salud, en la forma y condiciones que determine el Régimen General de Garantías en Salud (RGGGS). La oportunidad se definirá conforme a parámetros y criterios clínicos generalmente aceptados y factibles de cumplir, los recursos disponibles en el país y las normas técnicas y médicas de general aplicación.

Calidad: Otorgamiento de las prestaciones por un prestador registrado en la Superintendencia de Salud.

Protección Financiera: Proporción en que FONASA o la ISAPRE, según corresponda, concurren al financiamiento de las prestaciones de Salud, la que quedará determinada por la contribución máxima que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones. Para determinar la protección financiera, se podrá considerar: tipo de enfermedad, ingreso, otros factores socioeconómicos.

Derechos Exigibles: Dichas garantías son constitutivas de derechos para los beneficiarios de FONASA e ISAPRES, su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante las autoridades e instancias que corresponden, la Superintendencia de Salud es la encargada de fiscalizar el cumplimiento del RGGGS por parte de Fonasa y las Isapres.

A partir de lo anterior es posible explicitar y detallar el Régimen General de Garantías en Salud (RGGGS):

La ley 19.966 también establece el Régimen General de Garantías en Salud, que contempla los mecanismos legales que permiten establecer e implementar el “Régimen de Garantías en Salud”. En síntesis dota al Ministerio de

Salud de las atribuciones para definir un conjunto priorizado de enfermedades y condiciones de Salud y explicita un conjunto de garantías para el ejercicio de la atención de salud de toda la población. Es un instrumento de regulación sanitaria que integra el Régimen de Prestaciones de Salud, formulado de acuerdo al Plan Nacional de Salud y a los recursos disponibles en el país. También establece las prestaciones de carácter Promocional, Preventivo, Curativo, de Rehabilitación y Paliativo, y los programas que el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir a sus beneficiarios, en su modalidad de atención institucional.

2.3.3. Ley de ISAPRES: Se establece en la ley N° 20.015 del año 2005, la cual establece como objetivo el proteger al afiliado a una ISAPRE en diversos aspectos. Se permite que la familia de un cotizante o afiliado siga recibiendo beneficios tras su muerte, se obliga a estas instituciones a dar cobertura a enfermedades antes excluidas (como la cirugía plástica reconstructiva), se incluyen las patologías del plan AUGE en las coberturas y se pone un límite al aumento de precios de los planes.

2.3.4. Derechos y Deberes de las Personas: Legislación que norme sobre la relación entre prestadores de salud y las personas. Este proyecto aún está en discusión en el Congreso.

Financiamiento: La implementación del plan AUGE tiene un costo de \$153.000 millones. Para su financiamiento se planea crear un fondo solidario con aportes de las Isapres, Fonasa y el Estado, el cual se redistribuya a las mismas entidades de acuerdo a cuántas personas tenga cada una en riesgo o afectadas por las patologías contempladas por el AUGE; específicamente se establece que el financiamiento radicará en el aumento del I.V.A a partir del año 2003.

3. PROFESIONALIDAD Y SITUACIONES PROFESIONALES.

3.1. Profesionalidad. (Le Boterf, 2001).

Para entender la Profesionalidad, es preciso plantearse las interrogantes ¿Qué es lo que puede entenderse por profesional? ¿Cómo se reconocerá a un profesional? ¿Qué es lo que permitirá calificar a una persona de profesional? Por esta razón es que se describe al o la Profesional como una persona que sabe gestionar y manejar una Situación Profesional compleja. Esta definición, posee y engloba los siguientes elementos:

Saber actuar y reaccionar con pertinencia: Se refiere al saber qué hay que hacer, saber ir más allá de lo prescrito. Saber elegir en una urgencia, saber arbitrar, negociar, cortar. Saber encadenar las acciones según la finalidad.

Saber combinar los recursos y movilizarlos en un contexto: Se refiere a saber construir competencias a partir de recursos. También implica saber sacar partido no solo de sus recursos incorporados, conocimientos, saber hacer, cualidades, etc. sino también de los recursos de su entorno.

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

Saber aprender y aprender a aprender: Implica saber sacar lecciones de la experiencia; saber transformar su acción en experiencia. Saber describir cómo se aprende y saber funcionar en un doble circuito e aprendizaje.

Saber comprometerse: Se refiere a saber utilizar su subjetividad, saber correr riesgos y saber emprender de acuerdo a su ética profesional.

Despejadas las interrogantes, cabe especificar que la Profesionalidad puede ser descrita como un cuerpo coherente y estructurado de recursos personales y competencias, que tiene como función principal saber gestionar una Situación Profesional compleja. En este sentido, pueden establecerse tres niveles de profesionalidad (Le Boterf, 2001):

Primer Nivel – Principiante: Es un nivel que se caracteriza porque la persona posee una visión parcial de una situación, teniendo dificultad para distinguir lo esencial de lo accesorio. Funciona por tanteos, pruebas y errores. Su saber tiende a ser demasiado general y poco contextualizado, también puede resultar fragmentario. Tiende a quedarse en la estructura superficial de los problemas con poca capacidad de utilizar sus conocimientos en los momentos oportunos. Posee

poca autonomía y tiene una imagen propia en construcción con característica de incierta.

Segundo Nivel – Profesional Confirmado: Este nivel se caracteriza por un grado de autonomía que permite tomar las iniciativas pertinentes y que se basa en un dominio o maestría de las dimensiones principales del proceso de construcción de competencias. En este nivel la persona sabe decidir lo que debe hacer para alcanzar un objetivo, posee autonomía y una visión global y coherente de las situaciones, además posee confianza en sus capacidades y conocimientos adquiridos.

Tercer Nivel – Experto: Es un nivel en donde la persona no solo dispone de un pleno dominio de sus competencias, sino que también tiene la capacidad para construirlas instantáneamente a partir de una viva y clara comprensión de las situaciones. En este nivel la persona se anticipa a partir de señales débiles, es movilizable con gran rapidez y contextualización, conoce los múltiples usos de los recursos que posee, tiene autonomía total con la capacidad de fijar sus límites, es una persona congruente.

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

La experiencia y la práctica profesional constituyen elementos importantes en la construcción de la Profesionalidad. Para ello, la persona debe saber y poder tener perspectiva para analizar sus prácticas y transformar lo vivido en una experiencia meditada. Un componente esencial de la Profesionalidad es la reflexión, la cual consiste en que el profesional sepa tomar perspectiva en relación con sus prácticas, con sus representaciones, con sus formas de actuar y de aprender. Puede ponerlas en palabras, ponerlas en forma figurativa y someterlas a un análisis crítico. Esta capacidad es la que le convierte no solo en actor, sino también en autor. Él mismo crea su saber profesional y sus competencias al darles forma. Es esta misma reflexión, lo que le permitirá volver a invertir sus experiencias y sus prácticas en prácticas y situaciones profesionales diversas.

La Profesionalidad también posee los siguientes componentes (**Le Boterf, 2001**):

Identidad Profesional: Que da un sentido a la construcción y al mantenimiento de las competencias.

Ética Profesional: Que oriente las prácticas y las decisiones.

Ejes de Profesionalismo: Que orienten la construcción y la organización del cuerpo de conocimiento y competencias.

Variedad de Recursos y Experiencias: Que permita disponer de esquemas operativos movilizables en situaciones diversas.

Capacidad de Reflexión y Distanciación Crítica: En relación con las representaciones, las competencias, los recursos, las maneras de actuar y de aprender. El saber de la práctica está completado y orientado por el saber sobre la práctica.

Reconocimiento: Por el medio profesional.

3.2. Situaciones Profesionales.

3.2.1. Conceptualización de Situación Profesional (Le Boterf, 2001).

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

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

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

Las Variables Descriptivas de una Situación Profesional o bien de un empleo que se establecerán poseen una figuración a título indicativo. Podrían ser reducidas o completadas en función de los objetivos perseguidos o de las exigencias o restricciones existentes. Las Variables Descriptivas de una Situación Profesional son las siguientes:

Las finalidades del empleo: Cada empleo o situación profesional se caracteriza por una o algunas finalidades específicas que precisan los resultados o los servicios esperados. Esta finalidad se describe en función del contexto particular donde se ejerce.

Las actividades: Son las actividades genéricas de varios puestos de trabajo que pertenecen a la misma familia de empleo.

Las relaciones con los demás empleos: Precisan las relaciones de cooperación que el empleo debe mantener con los demás.

Campo de autonomía y responsabilidad: Se situará el grado de autonomía en la toma de decisiones, la estimación de los proyectos, la ejecución de las actividades.

Nivel de complejidad del empleo: Se indicarán los problemas, más o menos complejos, que hay que solucionar en este empleo.

El posicionamiento del empleo en relación con otros empleos o responder a dos preguntas: ¿Desde qué otros empleos se puede llegar para ocupar este empleo? ¿Hacia qué otros empleos se puede ir después de haber ocupado este?



CAPÍTULO III

Marco Metodológico

PRESENTACIÓN

A continuación se presenta el Capítulo referente al Marco Metodológico. En el presente Capítulo se pueden encontrar los lineamientos y elementos fundamentales de la metodología utilizada.

El presente Capítulo se estructura de acuerdo a los siguientes contenidos:

1. Fundamentación Metodológica

2. Organización Metodológica del Proceso

2.1. Delimitación del Proceso de Sistematización

2.2. Objetivos de la Sistematización

2.3. Colectivo y Muestra

2.4. Criterios de Inclusión

2.5. Estrategias y Técnicas de Recolección de Información

2.6. Plan de Análisis

2.7. Validación de los Resultados de la Sistematización

MARCO METODOLÓGICO

1. Fundamentación Metodológica.

En el presente Seminario de Título, la metodología utilizada corresponde a la Sistematización. La Sistematización puede ser entendida como *“un proceso a través del cual se recupera lo que los sujetos saben de su experiencia para poder comprenderla, interpretarla y comunicarla, produciéndose así, un nuevo tipo de conocimiento.”* (Santibáñez, Cárcamo, 1993). También se puede entender como *“la reproducción conceptual de la práctica. Esto supone aprender a pensar desde el hacer”* (Gagneten, 1987).

A partir de las definiciones anteriormente señaladas, se puede establecer que la metodología utilizada y sus características propias, proporciona de manera clara y precisa el levantamiento de información de vital relevancia a partir de la experiencia práctica de los/las Trabajadores/as Sociales que se desempeñan el Hospital Dr. Gustavo Fricke de la comuna de Viña del Mar, los cuales se encuentran en un constante Quehacer Profesional en base a procedimientos a veces un tanto desconocidos desde la teoría, por el mismo Hospital, o por otros profesionales y los mismos Trabajadores/as Sociales.

Cabe señalar, que la Sistematización ofrece al Trabajo Social una herramienta de vital utilidad, debido a que es una metodología que permite levantar información válida y nuevos referentes teóricos respecto al ejercicio y quehacer profesional desarrollado por los/las Trabajadores/as Sociales del Hospital, no en una lógica investigativa, sino desde la perspectiva de conocer la realidad profesional de manera fiel y directa, con la finalidad de poder plasmarla tal como se desarrolla; es decir, poder retratar y validar la práctica profesional, llevándola desde un plano práctico y concreto a un nivel teórico. De esta manera se fundamenta la metodología de la Sistematización en el presente Seminario de Título, ya que resulta imposible seguir una lógica investigativa porque no existe teoría válida disponible respecto al quehacer profesional y las situaciones profesionales desarrolladas por el Trabajo Social a Nivel Hospitalario que posibilite una exploración con referencias; el proceso resulta eminentemente coherente desde la práctica a la teoría.

En síntesis, la importancia que brinda la Sistematización para el desarrollo del trabajo a realizar es que a partir de sus características y formulaciones proporcionará los lineamientos para el levantamiento de nuevo conocimiento a partir del quehacer profesional de los/las Trabajadores/as Sociales que se desempeñan en el Hospital Dr. Gustavo Fricke, logrando que se puedan socializar

los nuevos contenidos entre los propios actores y la comunidad del Hospital; la Sistematización de la práctica servirá para establecer nueva teoría que será parte del acervo teórico del Trabajo Social; esta vez en el Nivel Terciario de Atención en Salud, temática de baja y casi nula exploración por parte de los/las Trabajadores/as Sociales.

2. Organización Metodológica del Proceso.

A continuación se presentan ordenadamente los elementos que permitirán llevar a cabo el proceso de Sistematización que pretende el presente Seminario de Título:

2.1. Delimitación del Proceso de Sistematización.

A partir de la información recabada tras la aplicación de Entrevistas Semiestructuradas Focalizadas a un número de nueve Trabajadores/as Sociales que se desempeñan en la Unidad de Infante Psiquiatría, Psiquiatría Adulto, Unidad de Servicio Social de Pacientes Hospitalizados, Unidad de Bienestar, Unidad de Clima Laboral, Unidad Servicio de Atención a las Personas y Programa Chile Crece Contigo del Hospital Dr. Gustavo Fricke de la comuna de Viña del Mar, realizadas entre el día Jueves 8 y el día Miércoles 14 de Abril del año 2010, se seleccionan para ser sistematizadas en la presente experiencia las siguientes Situaciones Profesionales:

Tabla Nº 09. Situaciones Profesionales Seleccionadas por Ámbito.

Ámbitos	Situaciones Profesionales
Caso y Familia	1. Visita Domiciliaria 2. Consulta Para Tratamiento Social 3. Atención de Consultas del Funcionario 4. Visita Psicosocial en Sala 5. Evaluación Diagnostica y de Ingreso 6. Seguimiento de Casos

Gestión	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gestión de Información, Reclamos, Felicitaciones y Sugerencias 2. Programa de Inducción para los Funcionarios
Redes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gestión de Redes 2. Consultoría de Salud Mental
Grupo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Charlas de Clima Laboral

Fuente: Equipo Seminarista.

A continuación se presentan las Situaciones Profesionales seleccionadas previamente, ordenadas y clasificadas de acuerdo a su desarrollo por los/las Trabajadores/as Sociales en las diferentes Unidades del Hospital Dr. Gustavo Fricke:

Tabla Nº 10. Situaciones Profesionales Desarrolladas en Unidades del Hospital.

Unidades del Hospital	Situaciones Profesionales
Unidad de Infante Psiquiatría	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gestión de Redes 2. Visita Domiciliaria

Unidad de Salud Mental Adulto	1. Consultoría de Salud Mental
Unidad de Servicio Social de Pacientes Hospitalizados	1. Visita Domiciliaria 2. Gestión de Redes 3. Consulta Para Tratamiento Social
Unidad de Bienestar	1. Atención de Consultas del Funcionario
Unidad de Clima Laboral	1. Charlas de Clima Laboral 2. Programa de Inducción para los Funcionarios
Unidad de Atención a las Personas	1. Gestión de Información, Reclamos, Felicitaciones y Sugerencias
Programa Chile Crece Contigo	1. Visita Psicosocial en Sala 2. Evaluación Diagnóstica y de Ingreso 3. Seguimiento de Casos

Fuente: Equipo Seminarista.

2.2. Objetivos de la Sistematización.

Objetivo General: Sistematizar las principales Situaciones Profesionales de Trabajo Social en el Hospital Dr. Gustavo Fricke de la comuna de Viña del Mar en los ámbitos de Caso y Familia, Grupo, Gestión y Redes.

Objetivos Específicos:

I. Caracterizar y analizar las variables constitutivas de las Situaciones Profesionales de Trabajo Social en el Hospital Dr. Gustavo Fricke del ámbito de Caso y Familia, correspondientes a Visita Domiciliaria, Consulta Para Tratamiento Social, Atención de Consultas del Funcionario, Visita Psicosocial en Sala, Evaluación Diagnóstica y de Ingreso, y Seguimiento de Casos.

II. Caracterizar y analizar las variables constitutivas de las Situaciones Profesionales de Trabajo Social en el Hospital Dr. Gustavo Fricke del ámbito de Gestión, correspondientes a Gestión de Información, Reclamos, Felicitaciones y Sugerencias, y Programa de Inducción para los Funcionarios.

III. Caracterizar y analizar las variables constitutivas de las Situaciones Profesionales de Trabajo Social en el Hospital Dr. Gustavo Fricke del ámbito de Redes, correspondientes a Consultoría Salud Mental y Gestión de Redes.

IV. Caracterizar y analizar las variables constitutivas de las Situaciones Profesionales de Trabajo Social en el Hospital Dr. Gustavo Fricke del ámbito de Grupo, correspondiente a Charlas de Clima Laboral.

2.3. Colectivo y Muestra.

El Colectivo de Sistematización corresponde al número de nueve Trabajadores/as Sociales que se desempeñan en la Unidad de Infanto Psiquiatría, Psiquiatría Adulto, Unidad de Servicio Social de Pacientes Hospitalizados, Unidad de Bienestar, Unidad de Clima Laboral, Unidad Servicio de Atención a las Personas y Programa Chile Crece Contigo del Hospital Dr. Gustavo Fricke de la comuna de Viña del Mar, que corresponde al Nivel Terciario de Atención en Salud.

2.4. Criterios de Inclusión.

Para el desarrollo de la presente Sistematización se utilizarán los siguientes criterios de inclusión aplicados al Colectivo de Sistematización. Estos Criterios de Inclusión buscan establecer claramente cuáles son los/las Trabajadores/as Sociales que desarrollan regularmente y con experiencia las Situaciones Profesionales, determinando su aptitud para llevar a cabo el proceso de Sistematización. Los Criterios de Inclusión son los siguientes:

I. Que los/las Trabajadores/as Sociales se desempeñen en la Unidad de Infante Psiquiatría, Psiquiatría Adulto, Unidad de Servicio Social de Pacientes Hospitalizados, Unidad de Bienestar, Unidad de Clima Laboral, Unidad Servicio de Atención a las Personas o Programa Chile Crece Contigo del Hospital Dr. Gustavo Fricke de la comuna de Viña del Mar por más de un año.

II. Que los/las Trabajadores/as Sociales posean experiencia y regularidad en el desarrollo de las Situaciones Profesionales seleccionadas y clasificadas en la Delimitación del Proceso de Sistematización.

III. Que los/las Trabajadores/as Sociales expresen libre y voluntariamente su deseo de participar en el proceso de Sistematización.

2.5. Estrategias y Técnicas de Recolección de Información a Utilizar.

I. Entrevista Semi Estructurada en Profundidad: Esta técnica permite la recolección de información de manera que el Entrevistador decide y posee la pauta o secuencia de las preguntas, y el Entrevistado es el que responde y se acomoda a estas. Este tipo de entrevista permite que el Entrevistador, pueda manejar los ejes temáticos y lógicas de información en virtud de las preguntas elaboradas y las respuestas del Entrevistado, con el fin de soslayar temáticas y/o profundizar otras; en este caso profundizar en las Situaciones Profesionales a Sistematizar.

II. Observación Participante: Permite conocer de manera real el desarrollo y aspectos trascendentales de las Situaciones Profesionales, ya que es posible la observación desde una posición participativa e involucrada del Sistematizador, de este modo, visualizar directamente dichas Situaciones desde el ejercicio cotidiano

o quehacer profesional de los/las Trabajadores/as Sociales. Esta técnica posibilita la toma de registros escritos y fotográficos del ejercicio de las Situaciones Profesionales para conocerlas y caracterizarlas con mayor detalle y profundidad.

III. Análisis Documental: Corresponde a la revisión de fichas, trabajos, documentos institucionales y técnicos que se presentan en el Hospital Dr. Gustavo Fricke de la comuna de Viña del Mar.

2.6. Plan de Análisis.

Como categorías de análisis, se establecen Categorías Teórico Conceptuales, correspondientes a las Variables Descriptivas de una Situación Profesional (**Le Boterf, 2001**), y otras Categorías que emanan de la experiencia y a la vez son determinadas por el desarrollo y complejidades de las Situaciones Profesionales en particular. Específicamente cabe señalar que cada una de las once Situaciones Profesionales serán Sistematizadas y Analizadas de acuerdo a cinco Variables Descriptivas de una Situación Profesional (**Le Boterf, 2001**), las cuales serán presentadas a continuación:

Tabla Nº 11. Variables Descriptivas de una Situación Profesional: (Le Boterf, 2001).

Variables Descriptivas	Definición
Finalidades del Empleo	Cada empleo o situación profesional se caracteriza por una o algunas finalidades específicas que precisan los resultados o los servicios esperados.
Actividades	Son las actividades genéricas de varios puestos de trabajo que pertenecen a la misma familia de empleo.

<p>Relaciones con los demás Empleos</p>	<p>Precisan las relaciones de cooperación que el empleo debe mantener con los demás.</p>
<p>Autonomía y Responsabilidad</p>	<p>Se situará el grado de autonomía en la toma de decisiones, la estimación de los proyectos, la ejecución de las actividades.</p>
<p>Nivel de Complejidad del Empleo</p>	<p>Se indicarán los problemas, más o menos complejos, que hay que solucionar en este empleo.</p>

Fuente: Equipo Seminarista.

2.7. Validación de los Resultados de la Sistematización.

Para la validación de la información de la Sistematización, se utilizará el criterio Juicio de Expertos, que en este caso corresponde al Colectivo de Sistematización que corresponde al número de nueve Trabajadores/as Sociales. Esta validación se realizará mediante la aplicación de una Entrevista Semiestructurada Focalizada a los/las Trabajadores/as Sociales de la Unidad de Infanto Psiquiatría, Psiquiatría Adulto, Unidad de Servicio Social de Pacientes Hospitalizados, Unidad de Bienestar, Unidad de Clima Laboral, Unidad Servicio de Atención a las Personas y Programa Chile Crece Contigo del Hospital Dr. Gustavo Fricke de la comuna de Viña del Mar. Además se presentará a los/las Trabajadores/as Sociales los resultados de Sistematización elaborados por el Equipo Seminarista, de las Situaciones Profesionales que ellos/ellas desarrollan.



CAPÍTULO IV

Sistematización de Situaciones Profesionales

PRESENTACIÓN

A continuación se presenta el Capítulo de Sistematización de las Situaciones Profesionales. En el presente Capítulo se puede encontrar la Sistematización desarrollada por el Equipo Seminarista de once Situaciones Profesionales categorizadas según su ámbito.

El presente Capítulo se estructura de acuerdo a los siguientes contenidos:

1. Ámbito de Caso y Familia

1.1. Atención de Consultas del Funcionario

1.2. Visita Domiciliaria

1.3. Visita Psicosocial en Sala

1.4. Consulta Para Tratamiento Social

1.5. Seguimiento de Casos

1.6. Evaluación Diagnóstica y de Ingreso

2. Ámbito de Gestión

2.1. Programa de Inducción para los Funcionarios

2.2. Gestión de Información, Reclamos, Felicitaciones y Sugerencias

3. Ámbito de Redes

3.1. Gestión de Redes

3.2. Consultoría de Salud Mental

4. Ámbito de Grupo

4.1. Charlas de Clima Laboral



Ámbito de Caso y Familia

1. ÁMBITO DE CASO Y FAMILIA

1.1. Situación Profesional

Atención de Consultas del Funcionario

1.- Definición de la Atención de Consultas del Funcionario.

Espacio dispuesto a los Funcionarios, en el cual se solicita orientación social en diversas áreas o bien funciona como un espacio de apoyo emocional y comunicación entre los/las Trabajadores/as Sociales y los Funcionarios que lo requieren de acuerdo a sus necesidades y realidad particular.

Fuente: Equipo Seminarista.

2.- Contexto de la Atención de Consultas del Funcionario.

La Atención de Consultas del Funcionario posee dos tipos de Contexto:

2.1. Contexto Político: Este contexto está presente en lo establecido en la Política de Recursos Humanos vigente, en donde se estipula la atención de los Funcionarios y el tratamiento de todas las temáticas que le competen. Esta situación demuestra que existe un marco político establecido que fundamenta la Atención de Consultas del Funcionario, y lo convierte en un proceso complejo y sistemático que debe llevarse a cabalidad como un componente más dentro de la labor Profesional desarrollada en el Departamento de Recursos Humanos y Unidad de Bienestar.

“En la política de Recursos Humanos, ese es el marco nuestro. Por un lado tomamos lo que es Bienestar; la misión, visión que tiene Bienestar y por otro lado está tomado lo de Recursos Humanos...” (Trabajadora Social Unidad de Bienestar)

2.2. Contexto de acuerdo a la Demanda de los Funcionarios: En un inicio, la Atención de Consultas del Funcionario nace por la gran demanda de los Funcionarios del Hospital; ésta demanda es la que sigue fundamentando su realización, ya que la necesidad de los Funcionarios por utilizar este espacio es alta. Esta misma demanda es la que establece como importante y necesaria la realización de este ejercicio Profesional, en donde las Trabajadoras Sociales utilizan todas las herramientas disponibles en pro del beneficio de los Funcionarios de todo el Hospital.

“No, no está en un protocolo. Está establecido y de acuerdo a la demanda... demanda de los Funcionarios” (Trabajadora Social Unidad de Bienestar)

3.- Finalidad de la Atención de Consultas del Funcionario.

La finalidad de la Atención de Consultas del Funcionario es brindar un espacio de acogida, orientación y apoyo Profesional a las diferentes necesidades y dudas de los Funcionarios del Hospital. La idea es generar un espacio especializado y personalizado para el Funcionario, en donde éste pueda expresar su problemática y de ese modo, sea abordada desde la perspectiva y criterio Profesional de la Trabajadora Social.

“...La calidez, el buen trato, el que se sientan apoyados, se sientan escuchados, el ser responsable con los compromisos que hacemos con ellos, por ejemplo si nos comprometemos a ver tal cosa, que no nos pase que no lo vimos...” (Trabajadora Social Unidad de Bienestar)

Cabe especificar que las principales temáticas presentes en las consultas efectuadas por los Funcionarios, corresponden a sobreendeudamiento, temáticas habitacionales, problemas de salud y familia. Estas cuatro temáticas componen el abanico de problemáticas abordadas en el ejercicio Profesional, a las cuales se intenta dar orientación social respecto a beneficios y soluciones integrales en el caso de las temáticas habitacionales y problemas de salud; y por otro lado, orientación, contención y apoyo emocional en las temáticas referentes a sobreendeudamiento y problemas familiares. En ocasiones específicas, la Atención de Consultas del Funcionario, se transforma en una instancia de comunicación entre el Funcionario y la Profesional, ya que no necesariamente son abordadas problemáticas específicas, sino es un momento en que el Funcionario puede contar aspectos de su vida, problemas emocionales, expresar temores,

rabias o situaciones de su vida laboral; el fin de esto, es que el Funcionario se sienta acogido, escuchado y valorado como un elemento importante para el Hospital.

“...incluso yo diría que en algunos momentos simplemente solicitar un espacio de apoyo emocional” (Trabajadora Social Unidad de Bienestar)

“...es terrible que seas un número o sea ellos no quieren ser, por eso valoran mucho esto porque aquí no son un número, son personas” (Trabajadora Social Unidad de Bienestar)

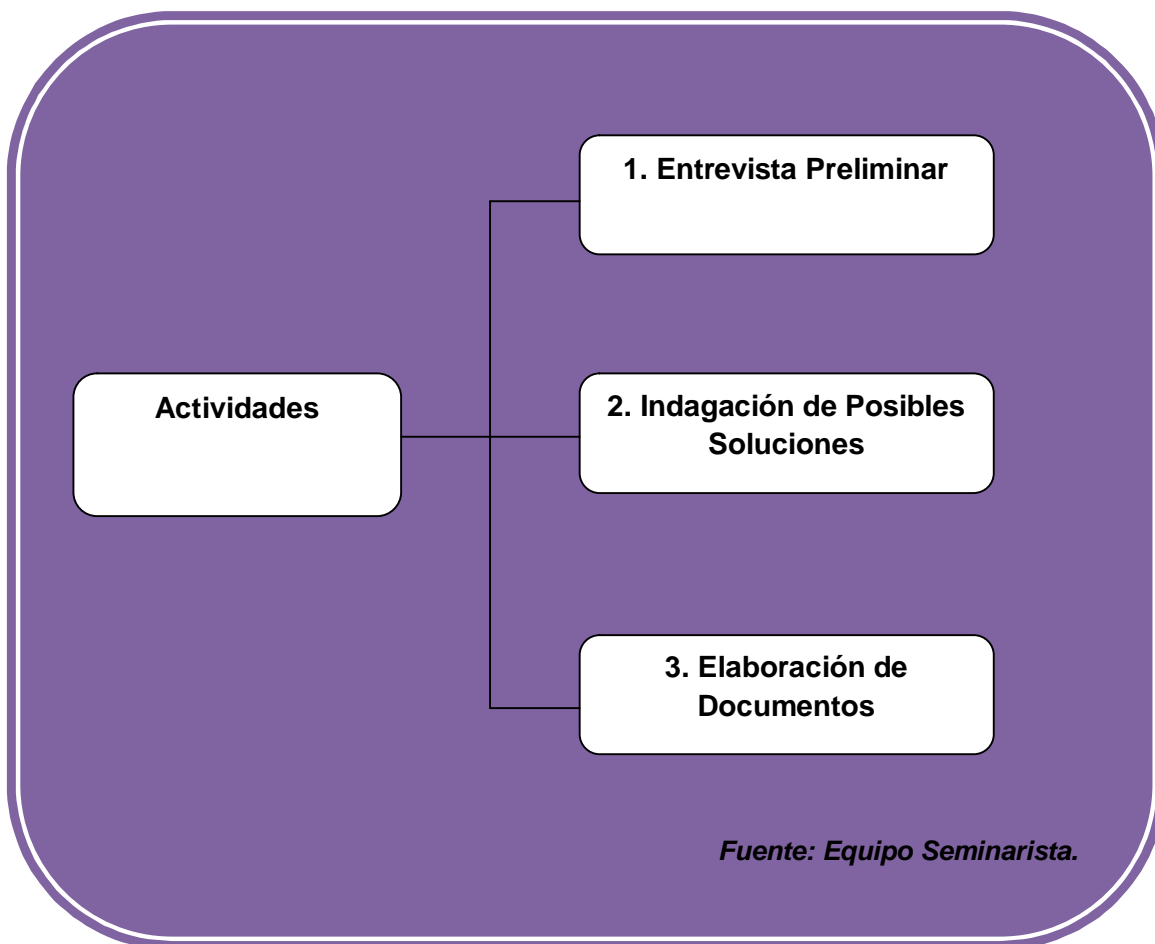


*Fotografía N° 02 Trabajadora Social de la Unidad de Bienestar
atendiendo*

las Consultas de un Funcionario

4.- Actividades presentes en la Atención de Consultas del Funcionario.

Diagrama N° 02. Actividades Presentes en la Atención de Consultas del Funcionario.



En primer lugar, cabe señalar que la Atención de Consultas del Funcionario se presenta por demanda espontánea de los Funcionarios, dependiendo de su disponibilidad horaria respecto a las labores de su Puesto de Trabajo en la Unidad y/o Servicio correspondiente. En casos específicos y en temáticas con carácter de contingencia se utiliza la citación del Funcionario, pero en general, no se presenta de manera regular ni sistemática. Aun así, las Profesionales han intentado establecer un horario de atención para ordenar el proceso de recepción de las consultas efectuadas por los Funcionarios; esta situación se genera a partir de que la Atención de Consultas se posiciona como una instancia inmersa en la jornada ordinaria de trabajo de los Funcionarios, con este orden se busca no sobrecargar la labor Profesional de las Trabajadoras Sociales y poder tratar de manera más efectiva las problemáticas presentes en los Funcionarios que solicitan ayuda Profesional.

***“Nosotros tenemos demanda espontánea. Si citamos en casos especiales cuando hay que hacer algo especial, pero en general la demanda es espontánea...”
(Trabajadora Social Unidad de Bienestar)***

“...entonces la demanda es espontánea, no podemos organizarla por el sistema de turnos rotativos y por el sistema de presión asistencial que tienen algunos servicios que y no se pueden mover en determinadas horas...” (Trabajadora Social Unidad de Bienestar)

Las actividades que corresponden al desarrollo de la Atención de Consultas del Funcionario, se presentan en las siguientes categorías posicionadas en orden secuencial:

4.1. Entrevista Preliminar: Se utiliza en primer lugar la Entrevista de carácter Preliminar, con un corte eminentemente casuístico. En esta Entrevista se busca conocer acabadamente y desarrollar de manera compleja la problemática que presenta el Funcionario; se intenta recopilar la mayor información posible tanto a nivel de caso, su entorno familiar o bien, profundizar en el problema en el cual necesita ayuda. La Entrevista Preliminar sirve para determinar la complejidad de la problemática y poder generar un juicio Profesional acertado acorde a la búsqueda de las soluciones más efectivas.

“Eh, hay una entrevista que nosotros llamamos Preliminar, y en base a eso tú vas desarrollando, vas desarrollando lo que significa la atención de caso ya más compleja de acuerdo a lo que se va dando...” (Trabajadora Social Unidad de Bienestar)

4.2. Indagación de Posibles Soluciones: En este caso, determinada la complejidad de la problemática tratada, se buscan las posibles soluciones tanto a nivel Hospitalario como a nivel Extra Hospitalario. En el caso de problemáticas de baja complejidad se intenta buscar soluciones en el mismo Hospital con la ayuda de otros Profesionales o bien con los beneficios que ofrece la misma Institución; este proceso contempla eminentemente el carácter de Orientación Profesional, integrando problemáticas del orden de la salud del Funcionario, problemas familiares, sobreendeudamiento y acceso a beneficios que ofrece el Hospital o bien la Unidad de Bienestar.

Por otro lado, si la complejidad de la problemática es mayor, se intenta buscar soluciones u orientación a nivel Extra Hospitalario, acudiendo a los recursos de la Red Social Institucional; en este caso, corresponde a temáticas habitacionales, problemas de salud del Funcionario que no son cubiertos por el Hospital debido a la sobrecarga del sistema y la gestión de recursos y/o beneficios de otras Instituciones. Cabe especificar que en este punto se presenta una relación directa con la Situación Profesional de la Gestión de Redes, la cual no es desarrollada de manera tan regular y sistemática en la Unidad, pero aun así, reviste gran importancia para la resolución de algunas de las problemáticas señaladas con antelación.

“Generalmente resolvemos en casa como diría yo, lo habitacional va más por la Red Social, pero lo que es problema de salud y los otros problemas que se presentan más pequeños los resolvemos acá” (Trabajadora Social Unidad de Bienestar)

““En general va más que nada por la línea de la orientación...” (Trabajadora Social Unidad de Bienestar)



Fotografía N° 03 Conversación entre las Trabajadoras Sociales de la Unidad de Bienestar con el fin de indagar en las posibles soluciones a las problemáticas de los Funcionarios

Por ultimo cabe señalar que existe una actividad que reviste importancia en la calidad de la atención entregada y en la calidad de vida del Funcionario. Esta actividad corresponde a tratar aspectos emocionales y de apoyo al Funcionario, en

donde las Trabajadoras Sociales integran elementos como la calidez, la acogida, la empatía, la comunicación y el buen trato para generar un espacio de apoyo Profesional que resuelva conflictos emocionales y aspectos propios de la vida personal del Funcionario que lo aquejan. Esta actividad busca entregar herramientas al Funcionario, intentando que éste sienta que al Hospital le interesa mejorar su calidad de vida además de su contribución laboral.

“...lo que dice relación con la calidad de la atención, o sea nosotras en ese aspecto tratamos de darle harta importancia a eso, o sea un trato preferencial a nuestros Funcionarios porque nosotros trabajamos para ellos...” (Trabajadora Social Unidad de Bienestar)

4.3. Elaboración de Documentos: Existe una actividad que refiere la elaboración de certificados, documentos e Informes Sociales, los cuales responden a elementos de importancia tanto para plasmar la información obtenida por las Profesionales, como para la obtención de beneficios por parte de los Funcionarios, esta actividad es realizada dependiendo de la complejidad de la problemática y las necesidades del Funcionario, aun así, dependen del criterio y juicio Profesional de las Trabajadoras Sociales.

5.- Vinculación con demás Empleos y Equipos de Trabajo.

La vinculación con otros Empleos y/o Equipos de Trabajo va asociado directamente a la complejidad de la temática tratada en la Atención de Consultas del Funcionario. Esta vinculación se expresa en los siguientes niveles:

5.1. Vinculación a Nivel Intra Hospitalario: Al momento de tratar temáticas como problemas de salud, acceso a beneficios del Hospital, problemas familiares o problemas laborales, es necesaria la vinculación a nivel Intra Hospitalario, en donde se busca recopilar la mayor información posible de los Equipos de Trabajo y/o Profesionales de otras Unidades y/o Servicios del Hospital, con el fin de abordar de manera integral y efectiva la problemática que presenta el Funcionario; esta vinculación se realiza con profesionales como Psicólogo, con el Médico del Personal, Abogado, Funcionarios de la Unidad de Registro del Personal y/o Departamento de Recursos Humanos entre otras Unidades y Equipos de Trabajo.

5.2. Vinculación a Nivel Extra Hospitalario: Se presenta en el caso de temáticas de información y postulaciones habitacionales, gestión de atención de salud en otras Instituciones para los Funcionarios que no pueden atenderse en el mismo Hospital debido a la sobrecarga del sistema, y gestión de recursos con la Red Institucional para los Funcionarios que los requieran. Este tipo de vinculación responde a la incapacidad presente en la Unidad y en las Profesionales para resolver las temáticas antes mencionadas, necesitando de manera expresa la retroalimentación Profesional de otros Equipos de Trabajo y/o Empleos que poseen el perfil de especialistas en el tema. Sin este nivel de vinculación sería imposible la resolución de las problemáticas.

“Depende, a veces sí. A veces con el Psicólogo, a veces con el Médico del personal, depende de la temática, a veces con la Asistente Social de la Municipalidad, depende de lo que sea tú tienes que hacer todos los contactos, o sea diferentes Profesiones dentro del sistema y fuera del sistema, la Red Social...” (Trabajadora Social Unidad de Bienestar)



Fotografía N° 04 Vinculación de Trabajadora Social de la Unidad de Bienestar con otros Equipos de Trabajo vía contacto Telefónico

6.- Nivel de Autonomía y Responsabilidad presente en la Atención de Consultas del Funcionario.

El nivel de autonomía y responsabilidad se presenta de manera total en el desarrollo de la Atención de Consultas del Funcionario por parte de las Trabajadoras Sociales. Existe una dependencia administrativa al Departamento de Recursos Humanos y a la Unidad de Bienestar, pero a su vez, existe una absoluta y exclusiva autonomía para llevar a cabo la recepción y atención de las consultas efectuadas por los Funcionarios, integrando elementos como el abordaje y resolución de las problemáticas presentadas por éstos. Los elementos anteriormente señalados, se posicionan como parte fundamental de la autonomía, a partir de la experticia demostrada por las Profesionales respecto al trabajo casuístico y la resolución de conflictos llevada a cabo. Lo anteriormente señalado, posibilita que se genere una libertad en el ejercicio profesional, en donde el Departamento de Recursos Humanos solo visualiza los resultados de la labor efectuada por las Profesionales, y no los procesos de manera detallada, entendiéndose de manera consiguiente la confianza depositada en su labor profesional.

“...a veces también tenemos reuniones de coordinación con la Subdirectora de Recursos Humanos que ahí a veces nos piden que contemos un poco en que estamos, va más que nada al resultado ah, o sea no nos analizan durante los procesos, va mas al resultado...” (Trabajadora Social Unidad de Bienestar)

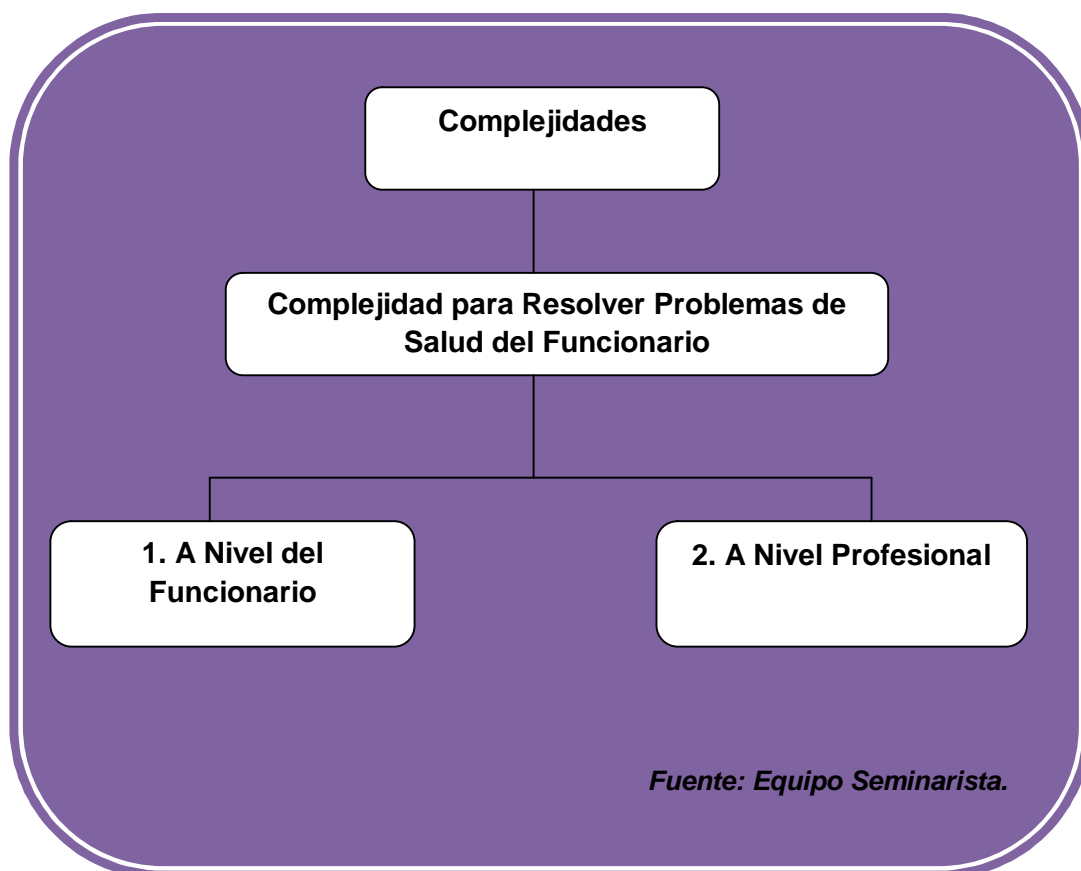
Cabe señalar que en la autonomía existente en el desarrollo de la Atención de Consultas del Funcionario, se presenta un alto grado de Responsabilidad tanto a nivel Institucional como con los propios Funcionarios a los cuales se atiende; es decir, existe plena libertad para desarrollar y procesar la Situación Profesional, pero nunca se pierden de vista tanto los objetivos de la Institución, como la importancia que reviste la calidad de vida de los Funcionarios.

“Primero que nada, la responsabilidad con las Personas que estas atendiendo, después hay una responsabilidad Institucional por el hecho que eres un miembro más de la Institución...” (Trabajadora Social Unidad de Bienestar)

7.- Complejidades presentes en la Atención de Consultas del Funcionario.

Las complejidades presentes en la Atención de Consultas del Funcionario se presentan en las siguientes categorías:

Diagrama Nº 03. Complejidades Presentes en la Atención de Consultas del Funcionario.



7.1. Complejidad para Resolver Problemas de Salud del Funcionario: Esta complejidad se presenta a partir de la falta de cobertura y respuesta que ofrece el sistema de atención del Hospital Dr. Gustavo Fricke, ante la demanda de diferentes problemáticas de salud que presentan los Funcionarios. Esta situación se explica por la sobrecarga en la atención de salud efectuada a los/las Usuarios/as Externos del Hospital, lo cual imposibilita la oportuna atención de salud que requieren los Funcionarios según su complejidad.

“...la principal dificultad es la poca respuesta que tenemos de nuestro sistema Institucional para resolver los problemas de salud de los Funcionarios, como estamos sobrecargados ya con el Cliente Externo...” (Trabajadora Social Unidad de Bienestar)

De manera consiguiente, la situación antes expuesta genera dos nuevas complejidades:

-Complejidad a Nivel del Funcionario: Esta falta de cobertura en la atención de las problemáticas de salud que presentan los Funcionarios, genera que éstos deban financiar de manera total o parcial su atención de salud en otras Instituciones y/o Sistemas, dependiendo del cofinanciamiento que pueda gestionar la Unidad de Bienestar, lo cual claramente genera un problema nuevo de tipo económico. Problema evidenciado tanto por el ausentismo laboral que presenta el Funcionario debido a su problema de salud, como por el sobreendeudamiento que conlleva el financiar la atención de salud que requiere.

“...es un círculo vicioso porque al estar enfermo él no hace horas extra y aquí la gente depende mucho de las horas extra, esta internalizado como sueldo, pero si él no trabaja no recibe horas extra, recibe su sueldo base entonces se nos desfinancia más...” (Trabajadora Social Unidad de Bienestar)

-Complejidad a Nivel Profesional: Esta complejidad reviste gran cuidado para la Unidad de Bienestar, ya que es un problema que directamente afecta la calidad de vida del Funcionario, lo cual se contrapone con los objetivos que posee la Unidad. De igual modo, esta complejidad se expresa en que las Trabajadoras Sociales deben buscar rápidamente una solución para la atención de salud que requieren los Funcionarios, lo cual muchas veces resulta complejo debido a la falta de recursos Institucionales para poder financiarla. En este caso, muchas veces cuando los recursos Institucionales no son suficientes, se genera un problema económico en el Funcionario, que a su vez, se transforma en un nuevo problema que deben atender las Trabajadoras Sociales, lo cual representa una problemática que vuelve a ocurrir de manera circular y regular.

“...hay que rápidamente buscar solución para que no caiga en una licencia larga que lo desfinancie totalmente, ese es el problema, está asociado mucho a ingresos” (Trabajadora Social Unidad de Bienestar)

1.2. Situación Profesional

Visita Domiciliaria

Ámbito de Caso y Familia

1.- Definición de Visita Domiciliaria.

Técnica de Trabajo Social que permite el conocimiento de la realidad familiar de una persona, tiene por objetivo conocer las diversas temáticas tales como: dinámicas familiares, condiciones de la vivienda, factores de riesgo y factores protectores de la familia, dinámicas de relaciones, entre otras.

Fuente: Equipo Seminarista.

2.- Contextos de la Visita Domiciliaria.

El contexto de la situación profesional nos proporciona información relevante a la hora de conocer los objetivos de una visita domiciliaria la cual es desarrollada en base a su requerimiento y especificidad de la temática a abordar, lo que se busca con la realización de la misma es lo que proporciona el contexto. A partir de lo anterior es posible determinar dos criterios de la visita domiciliaria que nos proporciona el contexto en la cual se desenvuelve:

1. Urgencia Profesional: El contexto según este criterio tiene como finalidad que el profesional realice en forma inmediata la situación profesional en este caso la visita domiciliaria ya que la no realización de ésta significa un riesgo mayor para el paciente y su familia, lo cual se convierte en una responsabilidad a nivel profesional de gran envergadura otorgando así carácter de inmediatez en la realización de la misma.

“...las visitas domiciliarias acá en esta unidad que las realizo yo como asistente social se dan en un contexto de evaluación de riesgo...” (Trabajadora Social Unidad de Infanto Psiquiatría)

“...como técnica desde el trabajo social busca poder observar en la realidad propiamente tal cuales son los indicadores que nos están mostrando alguna situación de vulneración de los niños y niñas que atendemos...” (Trabajadora Social Unidad de Infanto Psiquiatría)

2. Corroboración de Datos Entregados: A partir de este criterio lo que se busca es realizar las visitas domiciliarias a partir de un requerimiento interno del quehacer profesional, lo cual es fundamental para la pesquisa de antecedentes y situaciones que pueden ser de una envergadura mayor, es por esto que la visita domiciliaria bajo este contexto tiene como directriz la búsqueda y corroboración de la información ya entregada por los usuarios del hospital la cual en una primera instancia no se puede determinar de forma completa requiriendo así una indagación más exhaustiva de la información lo que permite la realización de la visita domiciliaria.

“...Como es una herramienta que está dentro de nuestra Profesión, nosotros con las entrevistas logramos pesquisar situaciones que a través de la entrevista de caso, especialmente en la oficina no se logra determinar;...” (Trabajador Social Unidad de Pacientes Hospitalizados)

“... no va con un tema de protocolo o de Política Gubernamental, sino mas bien va dentro de nuestra formación...” (Trabajador Social Unidad de Pacientes Hospitalizados)

3.- Finalidad de la Visita Domiciliaria.

La finalidad de la Visita Domiciliaria proporciona una base a nivel profesional la cual es determinante, otorgándole así las características del accionar a nivel profesional es por esto que existen diferencias en cuanto a lo que se busca con la realización de la visita domiciliaria donde los profesionales despliegan distintas capacidades técnicas que van acorde a la finalidad de la situación profesional. A continuación se presentan dos criterios de la visita domiciliaria:

3.1. Finalidad General: Este criterio corresponde a la finalidad última que se quiere conseguir con la realización de la visita domiciliaria en este aspecto los profesionales desarrollan las acciones con el objetivo de otorgar un bienestar al paciente y su familia.

“...todo lo que mejore la vivienda va a ser en beneficio del Paciente; nosotros no estamos calificando a las Personas que están dentro del cuarenta por ciento de la población más pobre, nosotros buscamos que el Paciente tenga condiciones adecuadas para vivir...” (Trabajador Social Unidad de Pacientes Hospitalizados)

“...nosotros trabajamos bajo esa mirada, la mirada de los derechos entonces desde el ámbito de la salud nos interesa de la salud mental en este caso nos interesa poder abordar las situaciones o sea proteger los derechos del niño y en el momento de haber sido vulnerados poder restituirlos...” (Trabajadora Social Unidad de Infanto Psiquiatría)



Fotografía N° 05 Trabajador Social Realizando una Visita Domiciliaria

Para Abordar una Problemática Social

3.2. Finalidad Específica: Con este tipo de finalidad lo que busca el profesional es realizar las visitas domiciliarias con un fin específico y determinante lo cual esta anterior al objetivo o finalidad última, la realización de este tipo de finalidad otorga un complemento a nivel profesional el cual busca el fin último que es el mejoramiento de condiciones problemáticas y desfavorables para los Usuarios.

A partir de lo anterior el Profesional realiza las visitas domiciliarias con diversas finalidades tales como el conocimiento de las condiciones de habitabilidad, conocimiento de la situación socioeconómica, seguimiento de casos, tratamiento de un paciente, otorgamientos de becas estudiantiles, hacinamiento, etc.

“...son los objetivos de la visita domiciliaria, si yo voy hacer una visita, porque los objetivos pueden ser variados puede ser un objetivo un seguimiento de un tratamiento...” (Trabajadora Social Unidad de Infanto Psiquiatría)

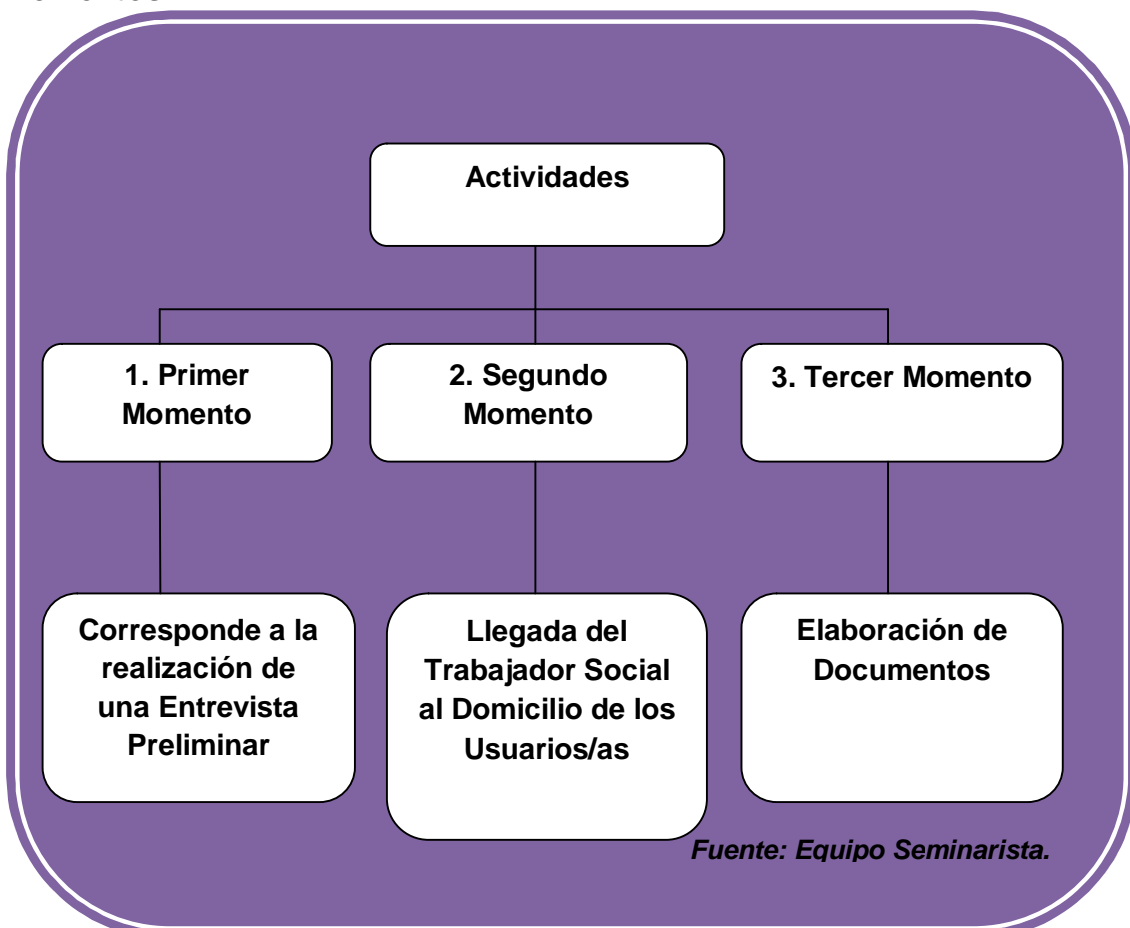
“...en realidad depende mucho hacia donde le vamos a dar el enfoque, pero por lo menos en mi caso generalmente ocupo todos esos parámetros, todo depende del documento que quiera elaborar...” (Trabajador Social Unidad de Pacientes Hospitalizados)

4.- Actividades de la Visita Domiciliaria.

Las actividades de la Visita Domiciliaria corresponden a los pasos a seguir para llevar a cabo la Situación Profesional en sí misma, para lo cual los Profesionales despliegan una serie de capacidades y actitudes técnicas para que ésta sea desarrollada con éxito, logrando así el cumplimiento de los objetivos acordados con anterioridad, éstos dependen de los fundamentos que la Visita Domiciliaria tenga para ser desarrolladas otorgando la conformación de las acciones y consideraciones que el Profesional estime para el desarrollo de la misma.

Los pasos a seguir van a ser presentados según momentos específicos y definitorios para la Visita Domiciliaria:

Diagrama Nº 04. Actividades Presentes en la Visita Domiciliaria por Momentos.



4.1. Primer Momento: Este momento comienza con un paso anterior el cual corresponde a una entrevista preliminar con la cual se ajustan las consideraciones previas se recopilan datos relevantes en forma general se identifica a la familia para la ejecución de la Situación Profesional, en este momento se tiene claridad de cuáles son los objetivos a seguir y se plantean con la finalidad de tener una base para el posterior desarrollo de la misma.

Es importante mencionar que en este momento previa entrevista preliminar puede quedar definida junto al paciente o familia la fecha para la ejecución de la visita domiciliaria, esta acción varía según el criterio del profesional y la gravedad de la problemática ya que existen casos en los cuales el Profesional decide visitar a la familia de manera imprevista con el objetivo de recopilar información fidedigna sin alteraciones previas.

4.2. Segundo Momento: Este comienza con la llegada del profesional al domicilio de la familia en la cual se despliegan todas sus capacidades con la finalidad de recopilar la información necesaria, en este momento el profesional afina la mirada y observa cualquier indicio o actitud que la familia desarrolle ya sea por la sola presencia del profesional o por las preguntas realizadas a los mismos. En este momento el Profesional toma nota de los datos más relevantes para ser utilizados en el Informe Social el cual plasma la actividad y en forma general los datos requeridos para la ejecución de la misma.

4.3. Tercer Momento: Este momento es determinado por la elaboración del Informe Social, el cual es desarrollado con toda la información recopilada con anterioridad el cual es adjuntado a la ficha clínica del Paciente lo cual queda a disposición de Profesionales de diferentes áreas con la finalidad de que este signifique un aporte en el diagnóstico y tratamiento del Paciente.

Es importante destacar que el Informe Social puede ser adjuntado en la ficha clínica como anteriormente se explicó o también puede ser utilizado por requerimiento judicial según sea el caso, de igual forma puede ser socializado con Trabajadores/as Sociales de diferente área o atención primaria de salud los cuales requieren la información en su accionar profesional.

5.- Vinculación con demás Empleos y Equipos de Trabajo.

La vinculación con otros empleos y equipos de trabajo se desarrolla según la Visita Domiciliaria de formas distintas las cuales son determinadas según las características y momentos, en los cuales se desarrollan lo que otorga una distinción según los pasos a seguir.

La vinculación con demás Empleos y Equipos de Trabajos serán determinados según dos criterios:

5.1. Según Ejecución de la Visita Domiciliaria: Según este criterio el Trabajador/a Social realiza la situación profesional con mayor determinación donde este se empodera de la actividad demostrando total conocimiento y manejo de la situación, logrando así los objetivos planteados.

5.2. Según Planeamiento y Difusión de la Visita Domiciliaria: La vinculación con los demás Profesionales del Equipo de Trabajo y área cobra una mayor relevancia cuando se desarrolla según dos ámbitos de acción, la primera corresponde al planeamiento de la misma donde en algunos casos se puede requerir la opinión de otros Profesionales que entreguen información relevante para llevar a cabo la ejecución de la Visita Domiciliaria, lo cual proporciona una preparación más acabada de las acciones a desarrollar cuando así lo amerite la situación a observar. El segundo ámbito de acción corresponde a la información obtenida una vez realizada la Visita Domiciliaria el cual se denomina difusión de la Situación Profesional la cual es realizada a partir de la retroalimentación con los demás profesionales los cuales requieran la información para proseguir con la intervención de las familias en cuestión, o en algunos casos por Profesionales de otras instituciones que requieran la información para la solución de posibles problemáticas a nivel individual o familiar.

6.- Niveles de Autonomía y Responsabilidad de la Visita Domiciliaria.

El nivel de autonomía y responsabilidad corresponde a una característica del quehacer profesional el cual conforma un prisma al actuar de los/as Trabajadores/as Sociales otorgándole mayor o menor dominio en las acciones y decisiones que estos estiman conveniente.

En el caso de la Visita Domiciliaria se observa un alto nivel de autonomía y responsabilidad expresado por los profesionales del área ya que estos desarrollan su trabajo con total dominio y determinación caracterizado en primera instancia porque la Visita Domiciliaria corresponde a una Situación Profesional gestada y desarrollada por el trabajo social lo cual otorga un mayor empoderamiento y conocimiento en el desarrollo de la misma por ende permite que los Profesionales actúen de manera flexible brindando las competencias profesionales y técnicas acorde con la problemática a trabajar.

“...El nivel de autonomía yo creo que es bastante elevado en el sentido de que yo creo que dentro del equipo en el que yo me desarrollo soy la profesional que tengo más autonomía e independencia para realizar las actividades...” (Trabajadora Social Unidad de Infanto Psiquiatría)

“...Es alto, porque haber tú no estás jugando con computadora, estás trabajando con la vida de una Persona, no tenemos un nivel de vida o muerte como en el caso de los Médicos, pero si nosotros con la evaluación que sigamos...” (Trabajador Social Unidad de Pacientes Hospitalizados)

7.- Complejidades presentes en la Visita Domiciliaria.

Las complejidades para el desarrollo de una situación profesional determina el alcance del accionar a nivel profesional ya que este se puede ver perjudicado por aquellos inconvenientes posibles de desarrollar, interrumpiendo de este modo el desarrollo normal de la actividad.



Fotografía N° 06 Trabajador Social Tratando de Localizar el Domicilio de los Usuarios/as

Las complejidades presentes en la Visita Domiciliaria corresponden a problemáticas determinadas según la forma de la actividad, es decir, la manera de llevarse a cabo, las cuales significan una complejidad según la forma de la misma sin ser un impedimento de fondo para el desarrollo de la Visita Domiciliaria de manera general. Los Profesionales expresan dificultades con relaciones a la engorrosa numeración de las casas, falta de información certera, inseguridad del entorno al cual se enfrentan, entre otras dificultades.

“...es el desconocimiento de los contextos comunitarios o de los entornos geográficos o ambientales donde uno va hacer la visita domiciliaria el tema de la inseguridad que haya lugares muy inseguros que te encuentres con personas que están en las esquinas que se yo consumiendo drogas...” (Trabajadora Social Unidad de Infanto Psiquiatría)

“...Eh acceso, dificultad en el acceso, dificultad en la numeración de los inmuebles, eh mala transmisión de la dirección; me he preocupado en el tiempo de pesquisar población, calle, pasaje, o sea todo lo que me determine llegar con las referencias correctas...” (Trabajador Social Unidad de Pacientes Hospitalizados)

1.3. Situación Profesional

Visita Psicosocial en Sala

Ámbito de Caso y Familia

1.- Definición de la Visita Psicosocial en Sala.

Visita realizada por el Trabajador Social a la Sala de Atención de Pacientes, la cual facilita contrarrestar los datos aportados en la Entrevista Diagnóstica con la realidad misma. De esta forma se realiza un seguimiento psicosocial de los casos, el cual permite ver la creación y/o surgimiento del vínculo con el menor y el avance progresivo de los padres en el proceso.

Fuente: Equipo Seminarista.

Cabe señalar que esta Situación Profesional cambia el concepto de atención en Box a atención en sala, el cual ha traído consigo buenos resultados ya que es posible identificar la creación de este vínculo entre madre, padre e hijo.

2.- Contextos de la Visita Psicosocial en Sala.

El contexto de la Visita Psicosocial en Sala se fundamenta principalmente en la Teoría del Apego, la cual señala todo lo relacionado a la temática del Vínculo materno filial. Es así como se permite observar bajo un referente sólido la relación existe con el hijo, la interacción con este y las formas en el trato.

“Poder observar cual es la relación, porque una cosa es lo que te dicen en box, como es la relación cuando lo toman en brazos, hay ciertos detalles que ellos plantean pero es distinto ver la interacción...” (Trabajador Social Programa Chile Crece Contigo)

Es posible señalar que en la presente situación el observar en si es un aspecto de gran importancia, puesto que permite percibir ciertas formas y tratos importantes para el posterior egreso del menor y coordinaciones. Es importante

haber logrado identificar un óptimo vínculo materno filial, puesto se referirá lo observado al momento de transferir el caso para su posterior seguimiento en la Atención Primaria de Salud.

“Se observa a la madre con un adecuado vínculo, un vínculo seguro, un vínculo evitativo, un vínculo desadaptativo, distintos tipos vínculos que se podrían generar. Nosotros a través de esta visita psicosocial que hacemos en sala podemos pesquisarla...” (Trabajador Social Programa Chile Crece Contigo)

De igual forma el Trabajador Social puede identificar y tener sus apreciaciones con relación al vínculo existente, puesto hay un sinnúmero de factores que influyen en las actitudes por parte de los padres en la visita y pueden afectar el correcto apego y vínculo.

“Podemos también identificar si la madre tiene un vínculo netamente con su hija, o bien si puede estar totalmente desvinculada de su hija y preocupada del resto aunque que le este cargando...” (Trabajador Social Programa Chile Crece Contigo)

Con relación al contexto físico este corresponde a las salas. En el Servicio de Pediatría son las Salas y UCI Pediátrica, y en el Servicio de Neonatología corresponden a la UCI, UNIPREM e UCI Intermedia.

Los Profesionales poseen toda la libertad una vez finalizado los procedimientos médicos realizados al menor, de acercarse a la madre y fomentar el contacto físico con su hijo, es decir, las interacciones vinculares. Es importante indicar que estas no solo se presentan a partir del contacto físico, sino también por la expresión y timbre de la voz y contacto visual.

“Hay ciertos factores que a uno le van indicando ciertas interacciones vinculares adecuadas o inadecuadas de acuerdo al desarrollo o al espacio de tiempo que lleva de hospitalización...” (Trabajador Social Programa Chile Crece Contigo)

3.- Finalidad de la Visita Psicosocial en Sala.

La finalidad de la Visita Psicosocial en sala se enfoca en que el/la Trabajador/a Social pueda ver en terreno el proceso de desarrollo de la interacción vincular materno o paterno filial y a su vez mediante el uso del conocimiento y

capacidades adquiridas pueda pesquisar alguna situación ajena a la hospitalización que genere inconvenientes directos en la concentración parental, lo cual colateralmente generara problemas de apego.

“Hay algunas mamás que nosotros atendemos y están con licencias y todo ok. Pero después les rechazan las licencias e implica un cambio en la situación socioeconómica y ahí procede hacer un seguimiento con respecto a los fines...”
(Trabajador Social Programa Chile Crece Contigo)

En síntesis, la finalidad de la presente Situación Profesional es realizar un seguimiento de la relación vincular y sus fines, de igual forma se pretende adquirir el conocimiento del cómo se está llevando a cabo el vínculo materno o paterno filial. De esta forma se permite sugerir al Equipo Médico, ya sea en el fomento y fortalecimiento del desarrollo del éste, como intensificando el trabajo psicológico en caso de que la interacción vincular no sea la adecuada.



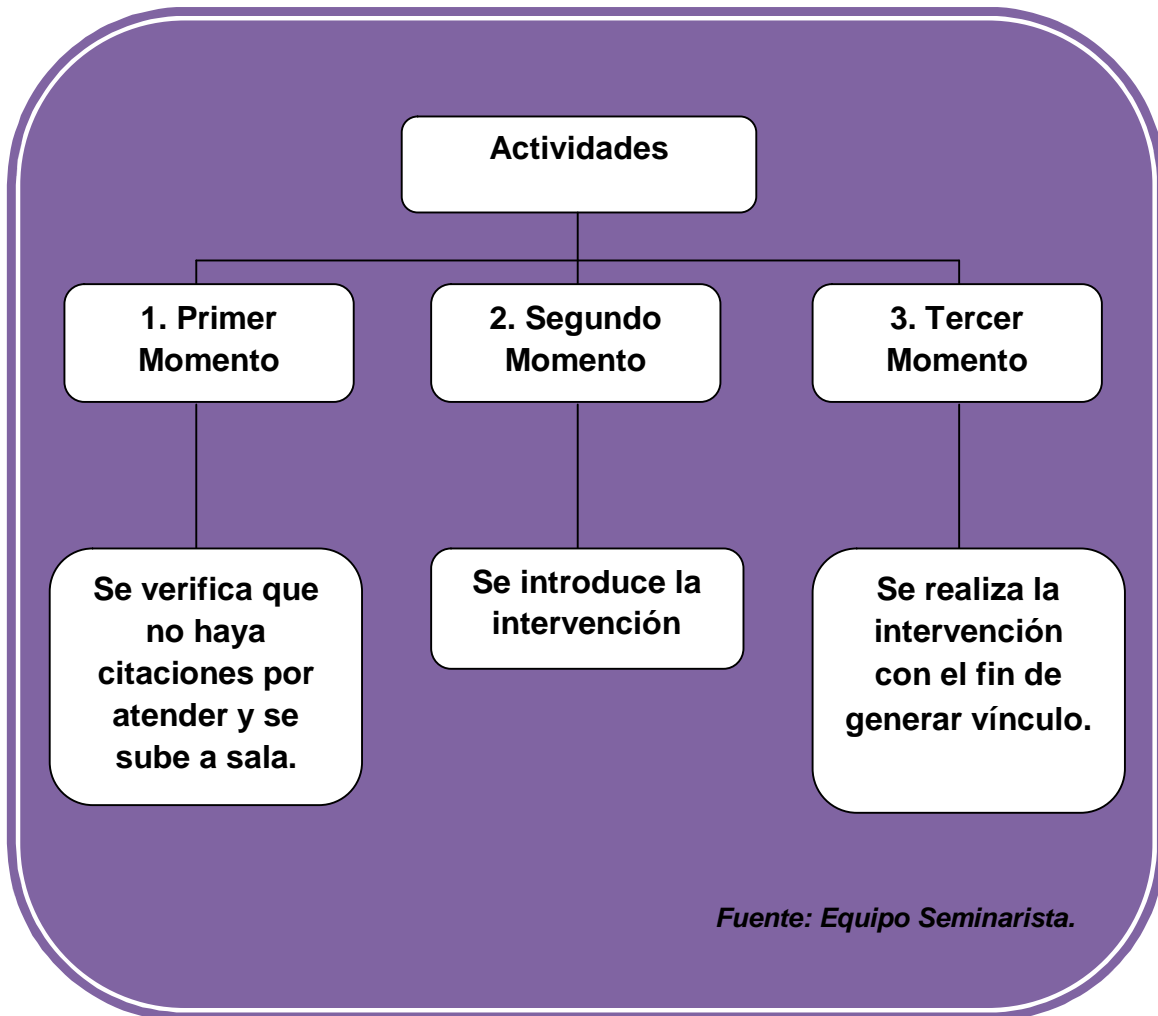
Fotografía N° 07 Trabajadora Social Realizando Visita Psicosocial en Sala.

Para Abordar una Problemática Social

4.- Actividades de la Visita Psicosocial en Sala

El Trabajo Social desempeña un rol identificador de las capacidades, interacción y fomentador de las relaciones vinculares materno o paterno filiales. De esta forma es posible identificar el desarrollo de la Situación Profesional en tres momentos:

Diagrama Nº 05. Actividades Presentes en la Visita Psicosocial en Sala por Momentos.



4.1. Primer Momento: Previo al desarrollo de la Visita Psicosocial en Sala se revisa que no hayan Pacientes citados; si los hay, pero en el caso de que estos no lleguen se aprovecha el horario de visita y se sube a visitar las respectivas salas.

4.2. Segundo Momento: Se realiza la introducción de la intervención; en ésta el Profesional se acerca a la madre o padre del menor y se comienza a chequear la información. De esta forma se revisa la ficha clínica del menor y se da inicio a la interacción con la madre; se le trata por el nombre y se le pregunta cómo se encuentra su familia, esto con el fin de generar un ambiente previo de confianza. Una vez conseguido esto, se deriva en el tema de la hospitalización, pudiendo así conocer su percepción frente a la situación acontecida.

4.3. Tercer Momento: Se realiza así la intervención; en esta se observa y conversa de distintas temáticas a la vez, evaluando de esta manera el cómo se genera el vínculo. La observación en este punto es sumamente importante puesto que es posible identificar situaciones que dan luces de fallas en el correcto desarrollo de la relación vincular; por ejemplo mamas que no pueden conversar y vestir a su hijo a la vez, desconcentración en lo que se les habla producto de una alta compenetración con el menor.

5.- Vinculación con demás Empleos y Equipos de Trabajo.

Dentro del proceso correspondiente a la Visita Psicosocial en Sala existe y se presenta la vinculación con los Servicios de Neonatología y Pediatría. A su vez esto implica una vinculación directa con los equipos médicos tratantes, los cuales se componen de Médicos, Matronas y/o Enfermeras; además de otros profesionales como Kinesiólogos y Fonoaudiólogos.

Considerando que la vinculación existe y se realiza, es posible señalar que al pesquisar alguna situación distinta a lo recabado tras la aplicación del Diagnóstico o se necesita complementar con nuevos datos se debe informar al equipo médico respectivo, tanto al Medico como Matrona.

Con relación a las Profesiones como Kinesiología y Fonoaudiología, es posible señalar que estas constituyen una disciplina complementaria en el tratamiento que se enfocan al igual que Trabajo Social en generar y fortalecer el vínculo pero desde una perspectiva distinta.

“Muchas veces las mamas temen del cómo o el cuándo tomar a su hijo con mucho temor, ahí la kinesióloga le explica con bases, muchas más concretas de la que nosotros le podemos entregar...” (Trabajador Social Programa Chile Crece Contigo)

“...El por qué tiene que tomarlo de cierta forma, doblarle las piernas simulando que está en el vientre materno aun, hay ciertas formas que eso lo tiene que explicar la kinesióloga...” (Trabajador Social Programa Chile Crece Contigo)

En diversas oportunidades los padres manifiestan a los Trabajadores Sociales diversas dudas e interrogantes que no son posibles resolver puesto no forman parte de nuestras competencias profesionales, de esta forma se le pide al profesional correspondiente que la resuelva. En otras ocasiones los padres no se

atreven a hacer consultas; de esta forma se actúa como canal de comunicación con el fin de acercar y generar mayor vínculo con otras Profesiones. Es importante reconocer que en muchas ocasiones la vinculación con otros Profesionales logrará una intervención exitosa.

6.- Niveles de Autonomía y Responsabilidad presentes en la Gestión de Reclamos.

El nivel de autonomía y responsabilidad se presentan como una característica en el desarrollo de la Visita Psicosocial en Sala unidas entre sí.

La autonomía frente a la realización del proceso es amplia, puesto se permite realizar las intervenciones correspondientes sin mayores inconvenientes; de esta forma se mezcla con la responsabilidad en el ejercicio de la situación puesto que es necesario tener certeza de que al menor no se le esté realizando ningún tipo de procedimiento médico o intervención quirúrgica. De esta forma se debe actuar responsablemente, comunicándose previamente con el médico para saber los resultados de esta y si es posible, abordar a la familia y realizar la Situación profesional.

“Si la familia está en una situación de incertidumbre hay que contenerla y hacer una intervención en crisis que es más bien del aspecto psicológico...” (Trabajador Social Programa Chile Crece Contigo)

Es posible indicar que las intervenciones en su mayoría se desarrollan en la tarde; producto de que hay menos personal médico y por ende es posible atenderlos en sala directamente. En ocasiones se generan situaciones de catarsis en los padres, en esos momentos se opta por sacarlos de la sala o colocar un biombo respetando de esta forma la situación vivenciada.

7.- Complejidades presentes en la Visita Psicosocial en Sala.

En la Visita Psicosocial en Sala es posible señalar como complejidad, el hecho de que en muchas oportunidades, sin la intención de hacerlo, se altera el desarrollo del adecuado vínculo materno o paterno filial; considerándose así la dificultad en concreto que se presenta.

“Hay papas que están pendientes de lo que nosotros estamos hablando al con el de al lado o que si nosotros le ofrecemos tal cosa a la familia del lado por que no se lo ofrecemos a ellos...” (Trabajador Social Programa Chile Crece Contigo)

Con relación a complejidades presentes con los equipos médicos, es posible afirmar que no se presentan ningún tipo de estas durante el proceso de retroalimentación. Se debe contrastar la información pesquisada y entregársela al Equipo Médico para que estos conozcan la realidad y el grado de vinculación existente; de no ser así se genera una nueva complejidad.

1.4. Situación Profesional

Consulta Para Tratamiento Social

Ámbito de Caso y Familia

1.- Definición de la Consulta Para Tratamiento Social:

Espacio de atención Profesional personalizada, en el cual se busca abordar una problemática social específica que afecta al Usuario/a y/o a su red de apoyo familiar , recopilando la mayor información posible de su realidad social, con la finalidad de llevar a cabo un complejo tratamiento social acorde a sus necesidades.

Fuente: Equipo Seminarista.

2.- Contextos de la Consulta Para Tratamiento Social.

El contexto de la Atención de Consultas del Funcionario se presenta en dos categorías:

2.1. Contexto Político: La Consulta Para Tratamiento Social se fundamenta en las Políticas Ministeriales de Salud, referentes a la atención integral de salud a los Usuarios/as que la requieran. Este marco político, hace referencia al concepto genérico de salud, considerando como fin último el completo estado de bienestar del Usuario/a, bienestar basado en la mirada biopsicosocial de la atención de salud, es por esta razón que la Consulta Para Tratamiento Social pretende ser un apoyo social y/o emocional a la labor médica realizada en el Hospital, referida al tratamiento de las diversas patologías que afectan a los Usuarios/as. Este apoyo intenta brindar el carácter de integralidad en la atención entregada por el Hospital.

“Nuestra labor se fundamenta en las Políticas Ministeriales de Salud, con respecto a la atención de los casos que presentan patologías médicas y patologías sociales...”

(Trabajador Social Unidad de Pacientes Hospitalizados)

“...pero nuestro marco está regido por las Políticas Públicas en Salud” (Trabajador Social Unidad de Pacientes Hospitalizados)

2.2. Contexto referente a Protocolo de Atención: Dentro de la Unidad de Servicio Social de Pacientes Hospitalizados existe un Protocolo de Atención, que fundamenta la ejecución y desarrollo de la Consulta Para Tratamiento Social. Este Protocolo establece y estipula las formas de atención y tratamiento correspondiente, así como también las intervenciones que se deben llevar a cabo según la complejidad de las problemáticas enfrentadas en el ejercicio profesional.

“...nosotros tenemos protocolizado todo lo que es nuestra atención a través de manuales, a través de documentos, de los cuales a través de los años se ha ido fortaleciendo la atención...” (Trabajador Social Unidad de Pacientes Hospitalizados)

“Si, existe un protocolo de atención en Servicio Social...” (Trabajador Social Unidad de Pacientes Hospitalizados)

3.- Finalidad de la Consulta Para Tratamiento Social.

La finalidad de la Consulta Para Tratamiento Social es, fundamentalmente, abordar y dar solución efectiva a las problemáticas sociales que afectan a los Usuarios/as que se encuentran hospitalizados en el Hospital Dr. Gustavo Fricke; de igual modo, atender profesionalmente las inquietudes y consultas efectuadas por los familiares de dichos Usuarios/as mediante la orientación. La idea es tanto contribuir y apoyar al mejoramiento del Usuario/a respecto a su enfermedad, como mejorar su calidad de vida, entendiendo que el bienestar del Usuario/a necesita de un tratamiento integral que no solo se centre en su enfermedad en el ámbito físico, sino que integre elementos de su realidad social y contexto más próximo que pudiesen estar afectándolo.

A partir de lo anteriormente señalado, cabe especificar que la Consulta Para Tratamiento Social se gesta de acuerdo a los procesos de Interconsultas a nivel Intra Hospitalario y de Demanda Espontánea. Las Interconsultas se presentan a partir de la derivación efectuada desde el Equipo de Salud de los Servicios Clínicos del Hospital, los cuales sugieren a la Unidad de Servicio Social de Pacientes Hospitalizados, la necesidad de un tratamiento a nivel social para poder asegurar el completo estado de salud, el cual es necesario para enfrentar el proceso de alta definitiva. Por otro lado, la Demanda Espontánea, se presenta al

momento que los familiares del Usuario/a hospitalizado concurren a la Unidad con el fin de consultar y solicitar atención profesional de acuerdo a alguna problemática que afecte tanto al Usuario/a como a sí misma. En este caso existe una finalidad que reviste gran importancia para llevar a cabo el proceso de alta definitiva, la cual corresponde a la entrega de herramientas y soluciones integrales por parte del Trabajador Social a los familiares del Usuario/a para que estos funcionen como una red de apoyo funcional y efectivo para éste.

“La Consulta es la derivación a través de Interconsultas, como por medio de la Demanda Espontanea de un Paciente con el fin de otorgar un bienestar biopsíco socioemocional...” (Trabajador Social Unidad de Pacientes Hospitalizados)

Existen dos categorías dentro de la finalidad de la Consulta Para Tratamiento Social:

3.1. Finalidad a Nivel del Usuario/a: Esta finalidad se expresa en el trabajo profesional efectuado por el Trabajador Social, de acuerdo a la resolución de las problemáticas sociales que aquejan a los Usuarios/as hospitalizados del Hospital (Problemáticas y temáticas tratadas con detalle en el punto siguiente). Pero principalmente se expresa en establecer una red de apoyo que contribuya al cuidado del Usuario/a posterior al proceso de alta médica y al mejoramiento de su enfermedad: red de apoyo que actualmente según la realidad observada, corresponde no solo a la familia, sino que a Personas significativas para el Usuario/a, Organizaciones Comunitarias, vecinos y/o amistades. Esta finalidad reviste gran importancia desde la lógica de la integralidad del tratamiento de salud, en donde el Tratamiento Social efectuado por el Trabajador Social no solo se lleva a cabo dentro del Hospital, sino poniendo como fin último, el mejoramiento sistemático de la calidad de vida del Usuario/a a lo largo del tiempo.

“...pero para nosotros es que el Paciente una vez dado de alta tenga una red de apoyo importante en la cual pueda sustentar su mejora...” (Trabajador Social Unidad de Pacientes Hospitalizados)

“...la idea es que la situación que lo rodea, el tema familiar, el tema social pueda ser solucionada no de una manera parcial sino tratar de ser lo más completo posible para evitar que ante una nueva hospitalización, tenga que ser nuevamente intervenido...” (Trabajador Social Unidad de Pacientes Hospitalizados)



Fotografía N° 08 Trabajador Social Atendiendo las Consultas de una Familiar de Paciente Hospitalizado

3.2. Finalidad a Nivel Institucional: Esta finalidad se expresa tanto en la reducción del tiempo de hospitalización del Usuario/a, como en la calidad de la atención entregada por el Hospital. Estas dos finalidades se fundamentan en entregar un tratamiento efectivo, integral, y de calidad que asegure un completo estado de salud y bienestar al Usuario/a, con esto se busca evitar que ante una nueva hospitalización se vuelva a generar la misma dinámica; si dentro de la hospitalización se logró resolver efectivamente sus problemáticas sociales, en el caso de una nueva hospitalización se pueda tratar solamente la afección médica y no nuevamente las mismas problemáticas ya intervenidas, de este modo se intenta avanzar de manera progresiva hacia el mejoramiento total de los Usuarios/as, así como también contribuir a des colapsar el sistema de atención del Hospital Dr. Gustavo Fricke.

“La finalidad también es disminuir la hospitalización, es básicamente un tema médico...” (Trabajador Social Unidad de Pacientes Hospitalizados)

4.- Actividades presentes en la Consulta Para Tratamiento Social.

Como ya fue especificado en el punto anterior, las dos modalidades que generan la Consulta Para Tratamiento Social, son las Interconsultas Médicas y la Demanda Espontánea. En el caso de las Interconsultas Médicas, las temáticas corresponden a violencia intrafamiliar, consumo de drogas y colocación en Hogares de Adultos Mayores entre otras temáticas, las cuales según la evaluación correspondiente son determinadas según su nivel de complejidad; si poseen una

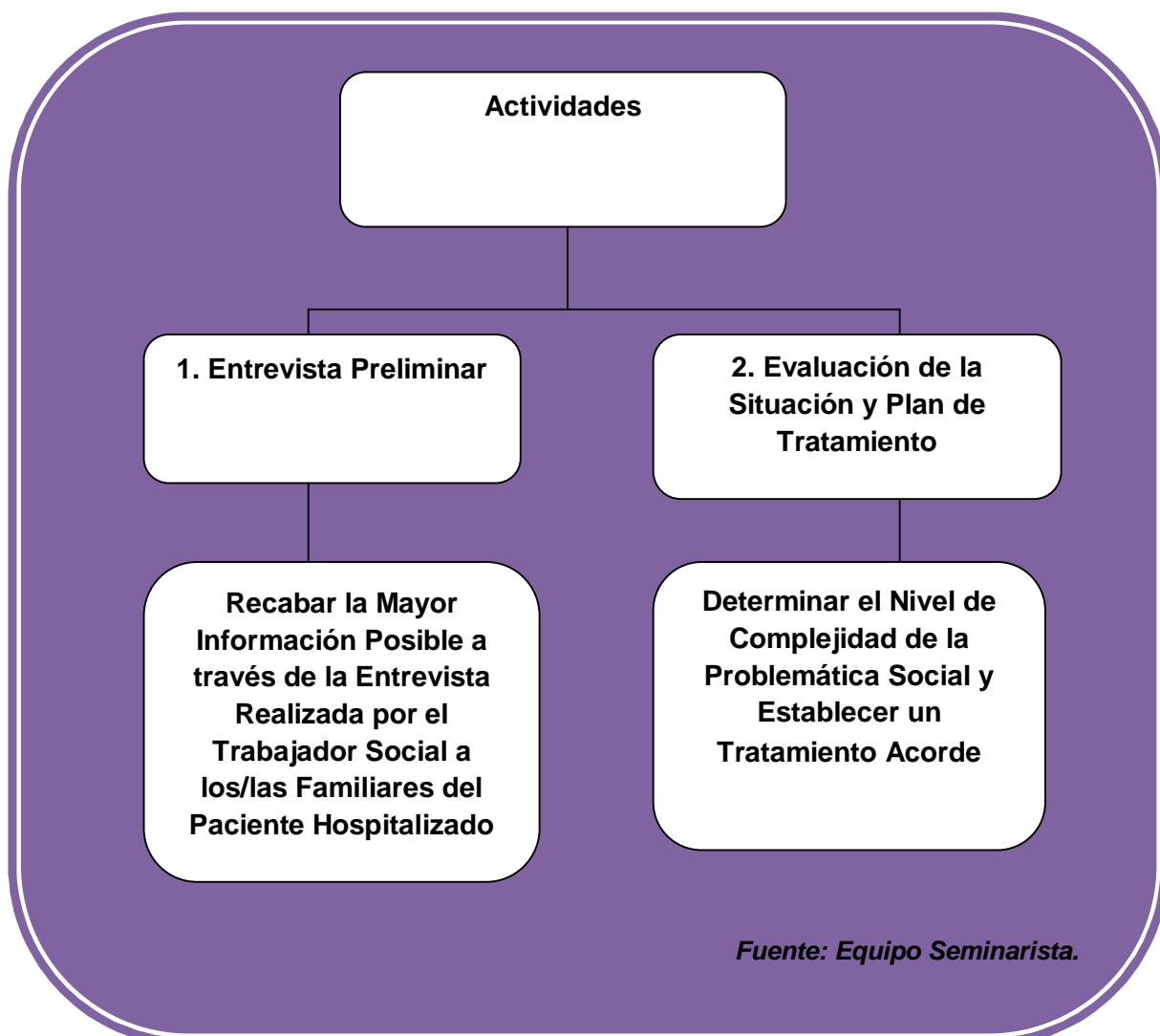
alta complejidad se determina un tratamiento correspondiente de tiempo prolongado que resuelva efectivamente la problemática.

Por otro lado, la Demanda Espontánea corresponde a las consultas efectuadas por los familiares de Usuarios/as hospitalizados a los/las Trabajadores/as Sociales durante los turnos de atención profesional sin una citación previa. Este tipo de atención posee el carácter de orientación, en donde se tratan consultas específicas referentes al Usuario/a, el familiar busca hacer averiguaciones o bien necesita ayuda profesional para poder postular a beneficios y/o recursos de otras Instituciones. En el caso que el familiar necesite tratar una temática de alta complejidad y solicite directamente una intervención social, se establece una atención más especializada que posibilite un tratamiento correspondiente.

“En realidad Consulta y Tratamiento van de la mano, en realidad ya sea si la situación es compleja o medianamente compleja, nosotros intervenimos de la misma forma...” (Trabajador Social Unidad de Pacientes Hospitalizados)

Aclarada la información anterior, es posible establecer las actividades propias de la Consulta Para Tratamiento Social en orden secuencial:

Diagrama Nº 06. Actividades Presentes en la Consulta Para Tratamiento Social.



4.1. Entrevista Preliminar: Esta actividad se presenta en el caso de las Interconsultas Médicas cuando el Trabajador Social genera una citación a los familiares del Usuario/a hospitalizado, con el fin de tratar una problemática social detectada y comunicada por los diferentes Servicios Clínicos del Hospital, y también en el caso de Demanda Espontanea, cuando el familiar del Usuario/a solicita directamente la intervención social del Profesional. En ambos casos se utiliza la técnica de la entrevista con la finalidad de recopilar la mayor información posible del caso, para abordar de mejor manera la problemática social específica y poder establecer un tratamiento correspondiente.

“Es una entrevista preliminar, citación, si lo podemos englobar citación, entrevista preliminar citación o demanda espontanea, podría ser de las dos juntas...”

(Trabajador Social Unidad de Pacientes Hospitalizados)

4.2. Evaluación de la Situación y Plan de Tratamiento: Recopilada toda la información disponible por medio de la Entrevista Preliminar, se realiza una evaluación de la problemática social y se determina su complejidad. Esta complejidad determina los pasos a seguir; en el caso de temáticas de baja complejidad, como postulación a Pensiones o recursos de alguna Institución, se utiliza la Orientación como método de resolución, que concierne la entrega de herramientas e información correspondiente, además de una coordinación y respectiva derivación con Equipos de Trabajo y/o Empleos de las Instituciones que correspondan a la temática tratada.

“...en el caso que sea una orientación, nosotros entrevistamos al familiar y entregamos la información pertinente con respecto a la situación por la cual está realizando la consulta, y hacemos la derivación necesaria...” (Trabajador Social

Unidad de Pacientes Hospitalizados)

Por otro lado, si la problemática posee una alta complejidad, como disfunciones familiares, consumo de drogas y violencia intrafamiliar, se establece un tratamiento integral de tiempo prolongado y desarrollado íntegramente por el Profesional tratante de la Unidad de Pacientes Hospitalizados. Este tratamiento se desarrolla en virtud de la evaluación de la problemática, lo cual concierne la recopilación de información en la Atención Primaria de Salud, los Servicios Clínicos del Hospital en donde es atendido/a el/la Usuario/a y la Entrevista Preliminar; debido a la complejidad presente en el desarrollo del tratamiento puede

generarse la citación reiterada de los familiares, con el fin de recabar información faltante para la resolución de la problemática. Este tratamiento incluye expresamente la vinculación con otros Equipos de Trabajo y/o Empleos de otras Instituciones, con la finalidad de solicitar su ayuda en diferentes casos; por ejemplo, solicitar a Tribunales las Medidas de Protección en el caso de violencia intrafamiliar o solicitud de informes a la Atención Primaria de Salud.

“...hacemos la derivación necesaria, esa derivación muchas veces está acompañada por una coordinación previa, por lo tanto ningún familiar de Paciente se retira sin que nosotros hayamos hecho una coordinación o consultado con algún colega de otra Institución...” (Trabajador Social Unidad de Pacientes Hospitalizados)



Fotografía N° 09 Trabajador Social Revisando los Resultados de la Entrevista Preliminar para Determinar el Nivel de Complejidad de la Problemática Social

5.- Vinculación con demás Empleos y Equipos de Trabajo.

La vinculación con otros Empleos y/o Equipos de Trabajo se asocia directamente con la complejidad de las problemáticas abordadas y la respectiva forma de tratarlas en la Unidad de Servicio Social de Pacientes Hospitalizados. Esta vinculación se expresa en los siguientes niveles:

5.1. Vinculación a Nivel Intra Hospitalario: Esta vinculación se da de manera consiguiente al proceso de Interconsultas, las cuales son emanadas desde los

Servicios Clínicos del Hospital, como por ejemplo el Servicio Quirúrgico Pediátrico, Servicio de Medicina, Urología, Traumatología y Pensionado. Estas Interconsultas refieren una sugerencia a los/las Trabajadores/as Sociales de la Unidad de Pacientes Hospitalizados, en relación a la aplicación de un Tratamiento Social acorde para el Usuario/a que es derivado. De este modo se genera una retroalimentación y comunicación constante con los Profesionales de estos Servicios, con el fin de obtener información necesaria y pertinente para resolver de manera acabada su problemática social, nunca perdiendo de vista el trabajo realizado previamente por los Profesionales en sus áreas de experticia.

Cuando la Consulta Para Tratamiento Social fue realizada, se entrevistó a los familiares del Usuario/a, y el tratamiento fue llevado a cabo, se vuelve a originar una retroalimentación directa con los Profesionales de los Servicios que derivaron el caso del Usuario/a, en donde el Trabajador Social informa al Equipo de Trabajo mediante reuniones, contactos telefónicos o información entregada en las Fichas Clínicas de los Usuarios/as, tanto la información recopilada en la entrevista con los familiares, como el desarrollo y resultados del Tratamiento Social efectuado.

“...nosotros valoramos mucho lo que es la conversación con los Médicos, con los Paramédicos, con la Enfermera...” (Trabajador Social Unidad de Pacientes Hospitalizados)

“...de hecho en el Hospital trabajamos con el Equipo Profesional para establecer una solución más precisa...” (Trabajador Social Unidad de Pacientes Hospitalizados)

Esta vinculación refiere un enriquecimiento a nivel profesional del Trabajo Social, en donde se genera un aprendizaje constante del quehacer profesional de otras Unidades y/o Servicios del Hospital; esta situación expresa de manera acabada el criterio de trabajo en equipo que existe para abordar el tratamiento de salud de un Usuario/a en particular. Este enriquecimiento implica un conocimiento de enfermedades, tiempos de hospitalización y formas de trabajo, lo cual es

información nueva que se incorpora a la labor profesional del Trabajo Social para agilizar los procesos de tratamiento y fortalecer los juicios profesionales.

“...los Doctores se retroalimentan con el hecho de cuál va a ser el familiar que se va a hacer responsable, adonde va a llegar, cuales son las características del inmueble en el que habita...” (Trabajador Social Unidad de Pacientes Hospitalizados)



Fotografía N° 10 Trabajador Social Contactándose con otros Equipos de Trabajo Vía Telefónica

5.2. Vinculación a Nivel Extra Hospitalario: Esta vinculación se realiza con Equipos de Trabajo de la red Institucional de diversas áreas dependiendo de la temática que refiere la problemática social que afecta al Usuario/o y/o su familia. Esta vinculación ocurre en primer lugar, cuando a partir de una Interconsulta emanada de algún Servicio Clínico del Hospital, el Trabajador Social cita a la familia para tratar una problemática específica que afecta al Usuario/a, ante lo cual recopila previamente la mayor información posible del caso, comúnmente contactándose con la Atención Primaria de Salud. Este contacto posee la finalidad de que al momento de la entrevista propia de la Consulta Para Tratamiento Social, el Profesional tenga una perspectiva amplia de la realidad social del Usuario/a y su familia, con el afán de generar un juicio profesional propicio para el Tratamiento Social correspondiente.

En segundo lugar, existe coordinación con Instituciones de diferentes áreas, como Tribunales de Familia, Atención Primaria de Salud, Municipalidades, Hogares de Adultos Mayores, IPS, SENAME y otros Hospitales de la red. Esta vinculación va referida tanto al tratamiento de problemáticas particulares en las cuales se necesita la experticia del trabajo profesional de otros Equipos, o bien se presenta al momento de que el Trabajador Social deriva a los familiares del Usuario/a hospitalizado a alguna Institución correspondiente, con el fin de gestionar la postulación, orientación y acceso a beneficios y/o recursos necesarios según la necesidad detectada en la entrevista previa.

“...posteriormente informamos a la Institución que corresponda, Tribunales, Consultorios, Hogares, dependiendo donde sea nosotros informamos...”
(Trabajador Social Unidad de Pacientes Hospitalizados)

“...nosotros lo que hacemos la derivación, conversamos con el colega para retroalimentarnos, los colegas nos llaman para consultarnos cuales son las modalidades de ingreso al Hospital...” (Trabajador Social Unidad de Pacientes Hospitalizados)

6.- Nivel de Autonomía y Responsabilidad presentes en la Consulta Para Tratamiento Social.

En este caso, existe un alto nivel de autonomía y responsabilidad en el desarrollo de la Consulta Para Tratamiento Social, ya que el Trabajador Social tiene la capacidad de tomar las decisiones que estime convenientes para la atención de consultas efectuadas por los familiares de Usuarios/as hospitalizados y sus correspondientes tratamientos. Cabe señalar que existe una dependencia administrativa a la Sección de Orientación Médico Estadístico por parte del Trabajador Social de la Unidad de Servicio Social de Pacientes Hospitalizados, lo cual tiene incidencia a nivel de responsabilidades, pero no en la toma de decisiones propias del nivel de autonomía; estas responsabilidades corresponden a tomar en cuenta los lineamientos básicos de trabajo establecidos, que en el fondo corresponden a normas y procedimientos de atención y tratamiento profesional, las cuales también están incluidas en el Protocolo de Atención de Servicio Social. Pero en general, existe libertad de ejercicio profesional en el Trabajador Social para poder abordar los casos y sus respectivas problemáticas sociales. Cabe señalar que existe una preocupación por parte del Profesional que

se expresa en que mas allá de poseer un alto nivel de autonomía, mantiene informada a la Jefatura de las atenciones y tratamientos que realiza.

“...lo que nosotros hacemos a nuestras autoridades es informar de la situación, que es lo que corresponde, que es lo que se tiene que hacer, nosotros informamos cual fue el Tratamiento y la solución final...” (Trabajador Social Unidad de Pacientes Hospitalizados)

Se establece como causal del alto nivel de autonomía que posee el Profesional de la Unidad, el hecho de ser una de las Unidades con más antigüedad y experiencia dentro del Hospital, lo cual ha brindado credibilidad y categoría al trabajo desarrollado por el Trabajador Social, los cuales se han logrado posicionar como expertos en el área social, implicando una confianza en el método de resolución y tratamiento de problemáticas sociales por parte de otros Equipos de Trabajo del Hospital; trabajo arduo que aun continúa en desarrollo debido al amplio predominio del área médica.

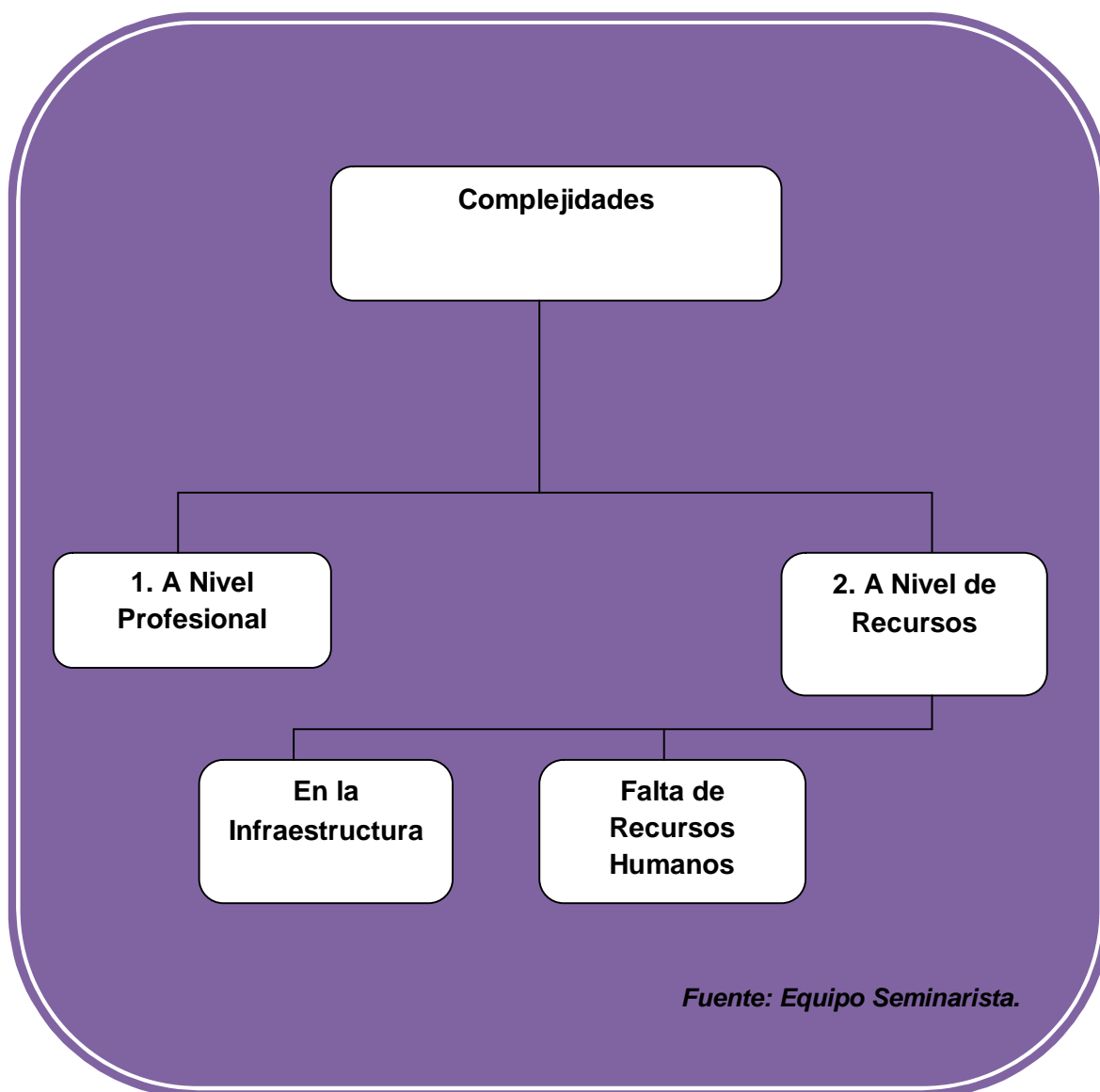
“Nosotros tenemos un nivel de autonomía importante en el hecho de nosotros ser los expertos en el área, o sea partimos de la base que somos las Unidad que tiene el conocimiento amplio de lo que es la realidad social...” (Trabajador Social Unidad de Pacientes Hospitalizados)

“...todo lo que es intervención misma de Servicio Social, parte de nosotros, nosotros somos los evaluadores en este caso...” (Trabajador Social Unidad de Pacientes Hospitalizados)

7.- Complejidades presentes en la Consulta Para Tratamiento Social.

Es posible establecer las siguientes complejidades presentes en la Consulta Para Tratamiento Social:

Diagrama Nº 07. Complejidades Presentes en la Consulta Para Tratamiento Social.



7.1. Complejidad a Nivel Profesional: Esta complejidad corresponde al posicionamiento del Trabajador Social de la Unidad de Pacientes Hospitalizados, respecto a su labor efectuada de manera conjunta con los Servicios Clínicos del Hospital. Específicamente, esta complejidad se refiere a que existe un predominio jerárquico y temático respecto a lo biomédico, donde la atención y tratamiento social entregado por el Trabajador Social funciona como un apoyo a la labor médica, lo cual ha generado un sostenido trabajo para posicionarse como Profesionales capacitados para entregar una atención de carácter integral, que no solo sirva de apoyo para el mejoramiento del Usuario/a, sino como un

complemento importante para su bienestar total; situación que no solo ocurre en el caso de esta Unidad, sino mas bien, a nivel Hospitalario.

Esta labor de posicionamiento es progresiva y se mantiene activa en virtud del trabajo de calidad entregado por el Profesional, incluso un Profesional refiere que integran el perfil de Asistente Social Tratante, debido a que el tipo de Tratamiento entregado es similar a la labor médica, pero con la diferencia que se enfoca en la resolución de problemáticas sociales.

“... hoy día también se habla del Asistente Social Tratante, eh entonces la cosa es que hoy día el Tratamiento que nosotros hacemos es muy similar al Tratamiento del Médico, porque nosotros diagnosticamos, y en vez de entregar un remedio tangible, nosotros entregamos remedios que son más abstractos...” (Trabajador Social Unidad de Pacientes Hospitalizados)

“...de nosotros tomarnos, posicionarnos en un lugar que nos compete, ese es un tema, nosotros nos tenemos que posicionar como expertos del área social del Hospital...” (Trabajador Social Unidad de Pacientes Hospitalizados)

7.2. Complejidad a Nivel de Recursos: La Complejidad a Nivel de Recursos se presenta en las siguientes categorías que se presentan a continuación:

7.2.1. Complejidad en la Infraestructura: Existe una alta preocupación por parte del Trabajador Social de la Unidad de Pacientes Hospitalizados respecto a la falta de privacidad que genera la oficina en la que llevan a cabo las Consultas Para Tratamiento Social. En dicha oficina se desempeñan dos Trabajadores/as Sociales y la Secretaria de la Unidad, sin separación estructural entre las áreas de trabajo de cada uno, Esta falta de privacidad genera incomodidad al momento de ejecutar la Situación Profesional por parte del Profesional, ya que se dificulta el proceso de entrevista con los familiares del Usuario/a, donde estos a su vez, al sentirse incómodos debido a la alta complejidad de la temática que están comentando, no entregan la información necesaria para que el Profesional pueda abordar de manera acabada la problemática.

A partir de lo anteriormente señalado, es posible establecer la importancia de contar con una infraestructura adecuada para el desarrollo de la Consulta Para Tratamiento Social, ya que es de vital importancia que los familiares se sientan cómodos al momento de la entrevista, si no ocurre esto, se resta profundidad a la

comunicación y posibilita la omisión de información relevante para generar un juicio profesional acertado acorde a la resolución de la problemática que se intenta abordar.

“...la incomodidad que parte de la familia al momento de contar, porque hay situaciones que son bien puntuales, por ejemplo el problema del SIDA...”
(Trabajador Social Unidad de Pacientes Hospitalizados)

“...falta un poco de privacidad y eso dificulta la intervención, dificulta explayarse un poco más, y dificulta también los tiempos porque al tener privacidad yo podría tener un margen mayor, pero también incomoda el colega de al lado, incomoda a la Persona...” (Trabajador Social Unidad de Pacientes Hospitalizados)

7.2.2. Falta de Recursos Humanos: En la Unidad de Servicio Social de Pacientes Hospitalizados se desempeñan dos Trabajadores/as Sociales, lo cual representa un número reducido en virtud del trabajado a desarrollar en la Unidad. Esta situación no se condice con la calidad del trabajo realizado a nivel profesional, pero aun así existen ocasiones en que la demanda por atenciones emanadas de los Servicios Clínicos del Hospital es alta, en este caso ocurre una sobrecarga de trabajo que podría reducir el desempeño profesional. Esta complejidad demuestra la preparación profesional del Trabajador Social respecto a trabajar bajo presión y con un alto nivel de exigencia, ya que en este caso, esta sobrecarga de trabajo ocurrida en diversas ocasiones, no puede incidir por ningún motivo en la calidad de la atención entregada, tanto por una responsabilidad a nivel Institucional, como por una responsabilidad a nivel Valorico, respecto al trabajo realizado con Personas.

“...la carencia de recursos humanos, somos dos Asistentes Sociales para todo el Hospital... pero si en muchas ocasiones nos vemos sobrepasados...” (Trabajador Social Unidad de Pacientes Hospitalizados)

1.5. Situación Profesional

Seguimiento de Casos

Ámbito de Caso y Familia

1.- Definición de Seguimiento de Casos.

Herramienta de coordinación interna en la cual se evalúan los casos de mayor problemática, complejidad y vulnerabilidad, para lo cual se ejecutan acciones que van dirigidas a apoyar a las familias en cuanto al diagnóstico y tratamiento de las mismas.

Fuente: Equipo Seminarista.

Es importante destacar que el Seguimiento de Casos trabaja según la vulnerabilidad observada según cada caso, existiendo vulnerabilidad según la vivienda, disfunción familiar, según el ámbito jurídico, entre otros tipos.

2.- Contextos de Seguimiento de Casos.

El contexto en el Seguimiento de Casos se orienta según la situación de vulnerabilidad de las familias, este corresponde al curso de acción a seguir convirtiéndose en la causa y en las determinaciones a tomar según el caso en cuestión y su problemática.

Las determinaciones a seguir corresponden a las coordinaciones y gestiones que el Profesional realiza, siendo esto parte del contexto del seguimiento de casos, lo cual es fundamentado a partir de la Teoría de Sistemas, la cual explica la interrelación constante entre los Profesionales y Entidades correspondientes a solucionar las diversas problemáticas de los casos a seguir, ya sean Profesionales de diversas áreas e instituciones de la red.

“...El contexto en el que se fundamenta el seguimiento de casos es a partir de la situación de vulnerabilidad de la familia, esto principalmente tiene relación con las posteriores coordinaciones...” (Trabajadora Social Programa Chile Crece Contigo)

***“...tenemos que actuar coordinadamente y trabajar en red, a eso apunta el programa Chile crece contigo a operativizar este tema, o sea trabajar en red...”
(Trabajadora Social Programa Chile Crece Contigo)***

3.- Finalidad de Seguimiento de Casos.

La finalidad de la Situación Profesional correspondiente al Seguimiento de Casos tiene como directriz velar por la calidad de las condiciones en cuales se desenvuelven los niños y niñas atendidos, se espera que estas sean mejoradas a través de las distintas acciones profesionales dirigidas a los objetivos planteados.

Lo anterior corresponde a la finalidad de forma general la cual se espera conseguir a través del quehacer profesional dirigido a disminuir el nivel de vulnerabilidad que poseen las familias atendidas. Lo anterior corresponde a la finalidad específica con la cual se espera lograr el objetivo planteado.

“...Obviamente lo que buscamos es poder aminorar las vulnerabilidades de las cuales son parte estos niños y niñas hospitalizados o recién nacidos, y el fin es obviamente es ir viendo cómo se va disminuyendo...” (Trabajadora Social Programa Chile Crece Contigo)



Fotografía N° 11 Trabajadora Social Corroborando Estado de Salud de la

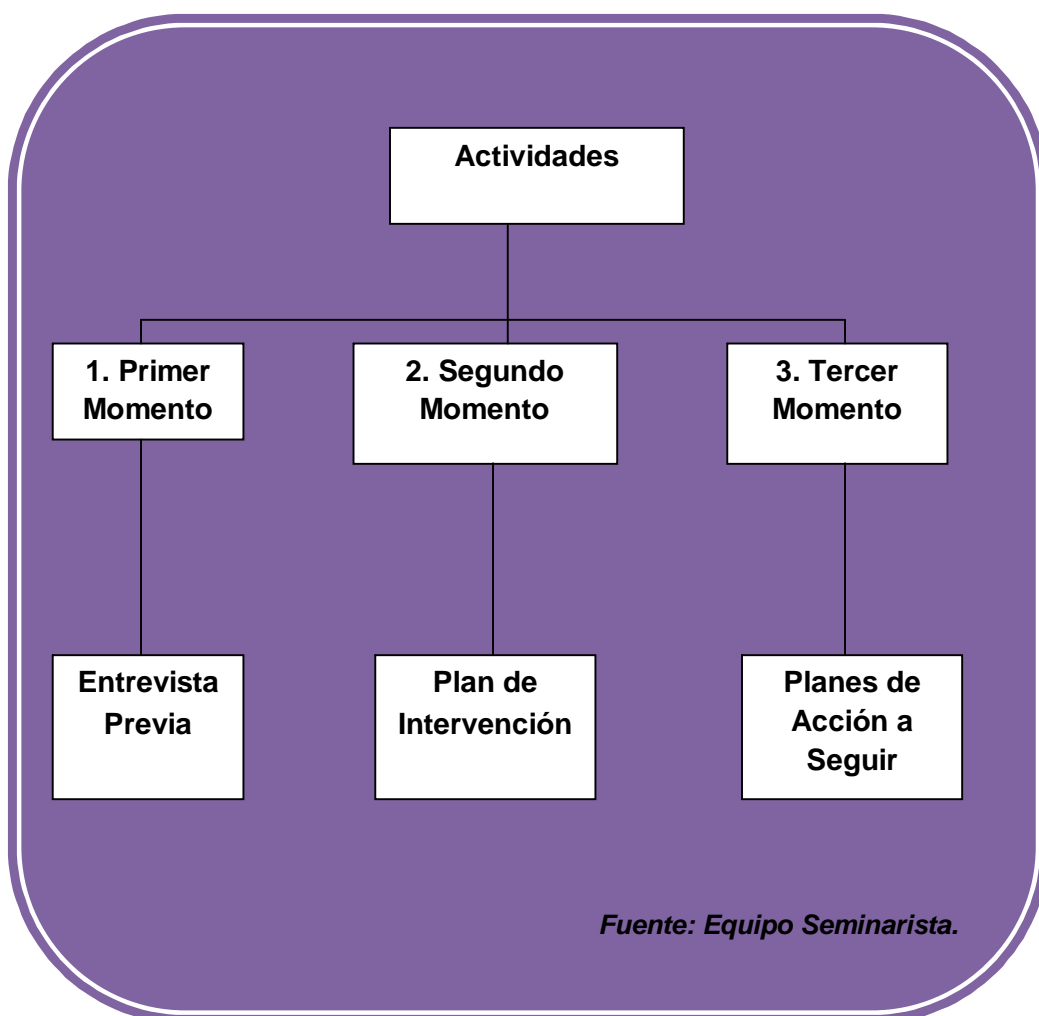
Madre Post Parto

4.- Actividades de Seguimiento de Casos.

Las actividades del seguimiento de casos corresponden a los pasos a seguir los cuales conforman la totalidad de las acciones determinantes para el logro del objetivo final el cual es la disminución de las situaciones de mayor vulnerabilidad.

Las actividades del Seguimiento de Casos se encuentran definidas según procesos determinantes con los cuales el Profesional trabaja acorde a las características propias de los casos a seguir.

Diagrama N° 08. Actividades Presentes en el Seguimiento de Casos por Momentos.



4.1. Primer Momento: Este corresponde a la etapa en la cual el Profesional realiza una entrevista previa en la cual observa acciones y situaciones que pueden generar vulnerabilidad y situación de riesgo para el niño, niña o recién nacido.

4.2. Segundo Momento: En este momento se plantea un plan de intervención adecuado según las características y la información recabada en el momento anterior, una vez planteado el plan de intervención se confecciona el diagnóstico en conjunto con el Equipo de Trabajo.

4.3. Tercer Momento: En este último momento se plantean los planes de acción a seguir más convenientes según los pasos anteriores, estas acciones van dirigidas a coordinar y gestionar con diversas Instituciones y Profesionales aspectos que signifiquen vulnerabilidad y deterioro para el niño, niña, recién nacido y su familia.

5.- Vinculación con demás Empleos y Equipos de Trabajo.

En cuanto a la vinculación se establece que representa un aspecto primordial que permite el desarrollo del Seguimiento de Casos, ya que es necesaria la retroalimentación con Profesionales y Equipos de Trabajo del área de la Medicina por ejemplo.

Para los Profesionales la vinculación es muy importante ya que su quehacer profesional está fundamentado a través de esta acción, lo cual les permite mantener el control de sus casos y disminuir el riesgo de vulnerabilidad que presentan los niños, niñas, recién nacido y sus familias.

“...Si por supuesto, en este caso nosotros nos vinculamos, claramente la vinculación y la coordinaron del trabajo en red es el eje central, desde el inicio te diría yo y no tan solo en el seguimiento...” (Trabajadora Social Programa Chile Crece Contigo)

6.- Niveles de Autonomía y Responsabilidad presentes en Seguimiento de Casos.

El nivel de autonomía permite conocer en mayor profundidad el alcance que posee el Trabajo Social en el Seguimiento de Casos el cual se convierte en un quehacer profesional con alto nivel de autonomía y responsabilidad en cuanto a la ejecución de la Situación Profesional, la toma de decisiones, consideraciones y sugerencias a nivel profesional por parte de la Trabajadora Social.

Según lo anterior es posible establecer que se presenta un alto nivel de autonomía en el desarrollo del Seguimiento de Casos tanto en situaciones donde les compete directamente la atención de los niños, niñas, recién nacidos y sus familias como en atenciones psicosociales en la cual el nivel de autonomía y responsabilidad se mantiene ya que las acciones profesionales son distintas lo cual permite un alto grado de dominio frente a las distintas circunstancias y problemáticas en las cuales la Profesional despliega sus conocimientos personales y técnicos con total libertad.

“...el nivel de autonomía es total, muchas veces el seguimiento de los casos no es un seguimiento psicosocial, puede ser en ocasiones social haya una adecuada aceptación del diagnóstico del niño por ejemplo...” (Trabajadora Social Programa Chile Crece Contigo)

7.- Complejidades presentes en el Seguimiento de Casos.

Las complejidades presentes en el desarrollo del Seguimiento de Casos tienen relación con la lentitud del sistema y procesos necesarios para el desarrollo de la Situación Profesional, esto presenta dificultades para la Profesional como por ejemplo al momento de la coordinación con la Atención Primaria de Salud principalmente en situaciones donde se requiere la pronta elaboración de Informes Sociales que proporcionen sustento a la situación o problemática en cuestión.

A lo cual la Profesional opta por dar solución personalmente a la situación conflictiva ya que estas repercuten en el bienestar de los niños, niñas, recién nacidos y sus familias, acentuando aún más el grado de vulnerabilidad a los cuales están expuestos.

“...Yo creo que las principales dificultades serían esas, cuando nosotros pedimos ciertas cosas concretan, ciertas acciones por que en general el seguimiento lo hacemos nosotros, de igual forma nosotros nos vinculamos con el equipo médico...” (Trabajadora Social Programa Chile Crece Contigo)

1.6. Situación Profesional

Evaluación Diagnóstica y de Ingreso

Ámbito de Caso y Familia

1.- Definición de Evaluación Diagnóstica y de Ingreso.

Aplicación de Ficha Técnica creada por el Equipo de Trabajo, con el objetivo de recabar antecedentes e información considerada atinente durante el proceso de hospitalización de los menores. De esta forma permite conocer el contexto en el cual el recién nacido y/o menor se encuentra inserto entregando un margen aproximado de la realidad, en aspectos tales como: grupo familiar, situación socioeconómica, condiciones de la vivienda y habitabilidad, calidad de vida familiar, factores de riesgo y protectores.

Fuente: Equipo Seminarista.

2.- Contextos de la Evaluación Diagnóstica y de Ingreso.

El contexto de la Evaluación Diagnóstica y de Ingreso del Trabajador/a Social se constituye dentro del Programa Gubernamental Chile Crece Contigo del Sistema de Protección a la Primera Infancia, el cual se fundamenta en la necesidad de registrar la totalidad de los ingresos de los recién nacidos y conocer e identificar el contexto familiar en el que estos se encuentran insertos. La Evaluación Diagnóstica y de Ingreso se lleva a cabo mediante la aplicación de una ficha, instrumento compuesto por diversos ítems que entregan información fundamental para el conocimiento familiar.

La aplicación de esta Ficha se realiza al familiar a cargo del paciente hospitalizado; ya sea en el Servicio de Neonatología o de Pediatría del Hospital, los casos dirigidos desde los Servicios de Ginecología y Maternidad se enfocan a otras intervenciones profesionales puesto no conforman parte del objetivo

Principal del Programa Chile Crece Contigo. De esta forma podemos señalar que estas unidades constituyen el Contexto Interno en el cual la Situación Profesional se desarrolla.

“El Contexto se sitúa principalmente en individualizar a la familia del paciente hospitalizado cuando hablamos del servicio de neonatología y pediatría...”
(Trabajador Social Programa Chile Crece Contigo)

“Aquellos casos de ginecología y obstetricia son principalmente casos que judicializamos y principalmente no cumplen con el objetivo propiamente tal del programa...” (Trabajador Social Programa Chile Crece Contigo)

La Evaluación Diagnóstica y de Ingreso facilita la identificación de situaciones de vulneración que afectan al grupo familiar, por ende se otorgan ayudas de tipo asistencial intra hospitalarias correspondientes a colocación Familiar, Beneficio de Pernoctación y/o Alimentación en casas de Acogidas y el reembolso de pasajes, así como también extra hospitalarias en coordinación con Municipalidades y Atención Primaria de Salud.

3.- Finalidad Evaluación Diagnóstica y de Ingreso.

La finalidad de la Evaluación Diagnóstica y de Ingreso se enfoca en que el Trabajador/Social posea una visión completa de la realidad socio familiar del recién nacido y/o menor hospitalizado en los Servicios de Neonatología o Pediatría del Hospital Dr. Gustavo Fricke, y que son beneficiarios del Programa Chile Crece Contigo.

Es necesaria la aplicación de la Evaluación Diagnóstica y de Ingreso ya que al conocer a la familia del paciente es posible advertir la dinámica familiar que esta posee, su estructura y componentes para de esta forma comprender su funcionamiento. Es así como sabremos si la familia ha presentado cambios, tornándose funcional o disfuncional con respecto al proceso de hospitalización del paciente.

“El acompañamiento del proceso psicosocial también implica conocer cuáles son las funciones y disfunciones de esta la familia...” (Trabajador Social Programa Chile Crece Contigo)

“Por lo general en las familias se comportan de una forma mientras que en el proceso de hospitalización hay ciertos cambios y nosotros abordamos estos cambios puntuales...” (Trabajador Social Programa Chile Crece Contigo)



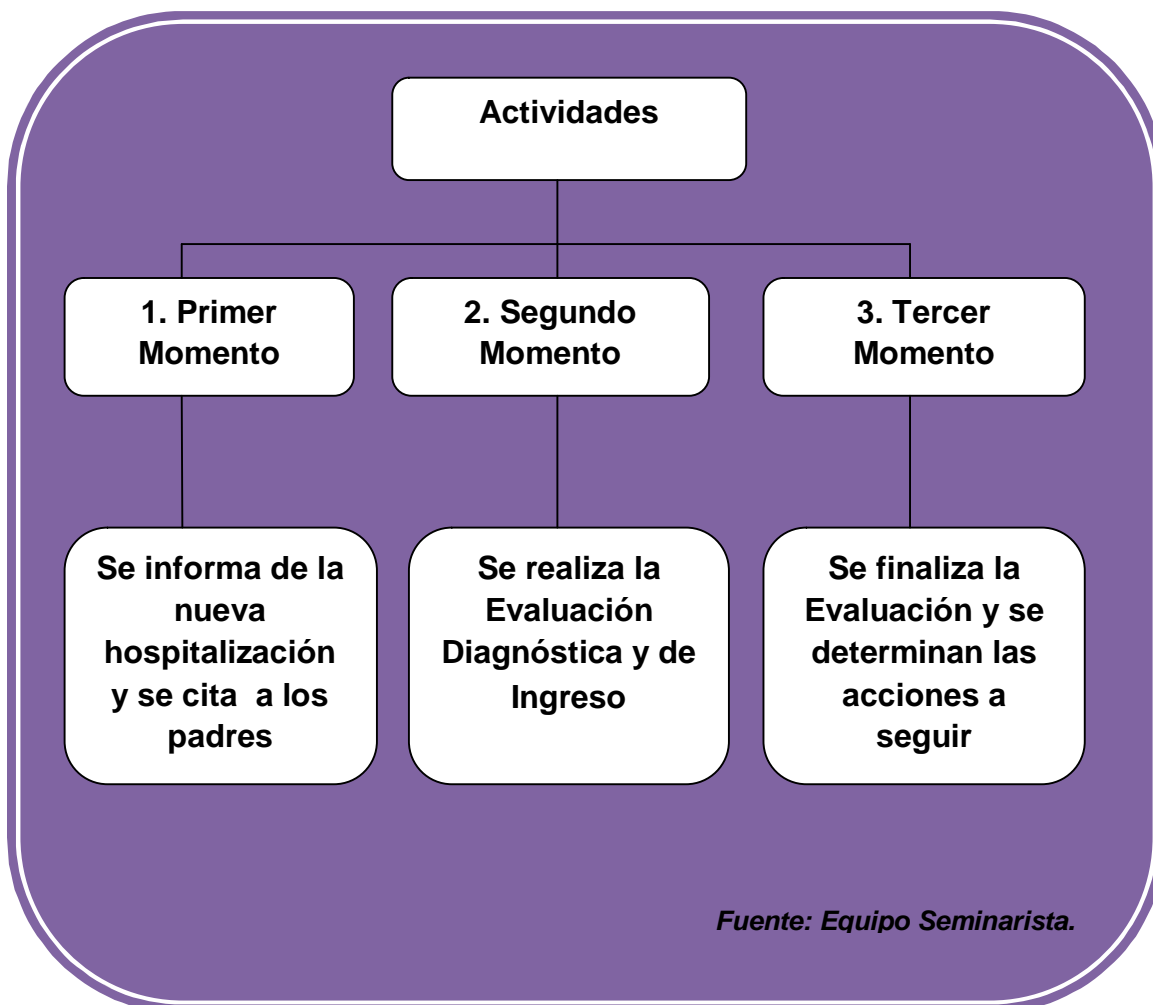
Fotografía N° 12 Trabajadora Social Aplicando la Ficha de Evaluación Diagnóstica y de Ingreso.

Para Abordar una Problemática Social

4.- Actividades Evaluación Diagnóstica y de Ingreso.

Es posible establecer las actividades que integran la Evaluación Diagnóstica y de Ingreso, las cual serán detalladas a continuación por momentos específicos:

Diagrama Nº 09. Actividades Presentes en la Evaluación Diagnóstica y de Ingreso por Momentos.



4.1. Primer Momento: En una primera instancia el profesional recibe la información de que se ha realizado una nueva Hospitalización o derivación de caso desde otro Hospital del Servicio. A partir de esta información se cita a los padres del recién nacido y/o menor hospitalizado para efectuar la Evaluación Diagnóstica y de Ingreso.

4.2. Segundo Momento: Se realiza la Evaluación Diagnóstica y de Ingreso previa conversación con la familia del recién nacido y/o menor hospitalizado para tener una visualización directa del sentir de esta frente a la problemática existente. Posteriormente se aplica la Ficha de Ingreso la cual se divide en diversos Ítems.

El primer Ítem corresponde a la Individualización Familiar: Integrantes grupo familiar, nombre, Rut, estado civil, ingresos, actividad, escolaridad, Con esta información es posible conocer el estado laboral del jefe de hogar; puesto que si este se encuentra cesante debería hacer uso del sistema de protección social. Posteriormente se agregan otros ítems en los cuales se conocen antecedentes de la vivienda y su entorno. Otro ítem corresponde a la creación de un genograma, el cual permite conocer la dinámica, vinculación entre las partes y etapa de ciclo vital presente; cabe mencionar que de igual forma esta el ítem enfocado a identificar los factores de riesgo y protectores.

4.3. Tercer Momento: En este momento se pone fin a la Evaluación Diagnóstica y de Ingreso, determinando si se producirá seguimiento del caso y las ayudas asistenciales a otorgar si corresponde. Posteriormente se archiva la Ficha de Ingreso y se mantiene el contacto directo con la familia en Sala.

5.- Vinculación con demás Empleos y Equipos de Trabajo.

El proceso de vinculación con otros Empleos y Equipos de Trabajo se presenta directamente, puesto existe la necesidad de identificar las problemáticas de los pacientes hospitalizados y retroalimentar de esta manera al equipo médico, no solo a los doctores sino también a las matronas y de esta forma generar retroalimentación informativa.

Es importante señalar que las Matronas y los datos que éstas entregan se consideran de gran valor; ya que ellas se encuentran de forma constante con la familia. De esta forma pueden entregar pistas y luces con relación a la interacción entre madre, padre e hijo y por sobre todo informar sobre el vínculo existente, y de esta forma poder sugerir, fomentar o fortalecer.

“A través de esta situación y al diagnóstico que nosotros hacemos podemos retroalimentar al equipo...” (Trabajador Social Programa Chile Crece Contigo)

Cabe señalar que si a partir del pesquizaje realizado se identifica una o más situaciones de vulnerabilidad se generan las gestiones necesarias con Atención Primaria de Salud para de esta forma solicitar ayudas asistenciales según se requiera, intervenciones al posterior egreso del paciente o el respectivo seguimiento del caso.

“Una situación de vulnerabilidad en torno a la habitabilidad, no es tan solo habitacional en la estructura si no que como se desempeña, como es la habitabilidad y si es adecuada en condiciones habitacionales, podemos sugerir una visita domiciliaria a la atención primaria de salud...” (Trabajador Social Programa Chile Crece Contigo)

6.- Niveles de Autonomía y Responsabilidad presentes en la Evaluación Diagnóstica y de Ingreso.

Se presenta un alto nivel de autonomía en lo que respecta a la toma de decisiones en las acciones correspondientes a la Evaluación Diagnóstica y de Ingreso. A partir de lo declarado anteriormente se puede establecer que la autonomía y responsabilidad se presentan de forma simultánea en la Situación Profesional. Estas se plantean de diferentes formas, puesto varían según las acciones y la temática con la cual se trabaje.

Con relación a la Autonomía el Trabajador Social posee completa autonomía en el ejercicio y desarrollo de la Evaluación de Diagnóstico y de Ingreso; de igual forma la autonomía en el desarrollo de ésta se complementa con el compromiso y pro actividad es su realización, en la cual la concreción de esta es el principal objetivo.

“Ser asistentes sociales creo que nos revierte de bastante autonomía en nuestro accionar, podemos vincularnos con el trabajo de la mamá y el papá, con ciertas áreas que muchas veces no se identifican como tal...” (Trabajador Social Programa Chile Crece Contigo)

Con respecto a la Responsabilidad en el accionar, el Trabajador Social posee un alto nivel, esto producto de que toda la información y diagnóstico social entregado al Equipo Médico permite la retroalimentación con este, lo que conlleva gran responsabilidad al dar la información real, certera y detallada.

“En el momento que tomas el caso tiene toda la responsabilidad que amerita no dejando de lado sí que hay intervenciones que se hacen psicosocialmente pero muchas de ellas las hago sola...” (Trabajador Social Programa Chile Crece Contigo)

“Muchas veces colocamos conceptos muy amplios en las fichas, pero a las personas que queremos darle la información se las damos en detalle...” (Trabajador Social Programa Chile Crece Contigo)

7.- Complejidades presentes en la Evaluación Diagnóstica y de Ingreso.

En la Evaluación Diagnóstica y de Ingreso no encontramos mayores complejidades en su desarrollo, solamente en ocasiones particulares y puntuales se presentan diferencias en la visión y tratamiento de los casos. Cabe señalar que esta diferencia en la visión y posible tratamiento no altera la consecución del manejo de estos, producto de que la diversidad de opiniones o puntos de vista es normal dentro de los Equipos de Trabajo, no necesariamente constituyéndose en complejidades sino que en elementos de retroalimentación y constante aprendizaje.



Ámbito de Gestión

2. ÁMBITO DE GESTIÓN

2.1. Situación Profesional

Programa de Inducción para los Funcionarios

1.- Definición del Programa de Inducción.

Programa de capacitación básico, gestionado y planificado por la Trabajadora Social de la Unidad de Clima Laboral, orientado a favorecer la integración y el sentido de pertenencia de todos los Funcionarios nuevos, suplentes, reemplazos y Alumnos en Práctica, tanto en su Puesto de Trabajo y Unidad, como en el mismo Hospital Dr. Gustavo Fricke en el sentido de Organización.

Fuente: Equipo Seminarista.

2.- Contexto del Programa de Inducción.

El contexto del Programa de Inducción corresponde a un requerimiento tanto a nivel Hospitalario como de todos los Servicios de Salud a nivel nacional; dicho requerimiento está plasmado en las Políticas de Recursos Humanos del propio Hospital Dr. Gustavo Fricke. Este contexto se fundamenta en el proceso de desarrollo del Funcionario respecto a su carrera dentro del Hospital, la cual concierne una visión del ciclo de vida laboral, en la cual se contemplan diferentes etapas, como la de Reclutamiento, Selección, Inducción, Desarrollo o Mantenimiento del Recurso Humano y la Desvinculación Laboral.

“Sí, un requerimiento del Hospital y un requerimiento de todos los Servicios de Salud, y de todas las Empresas, es una obligación, sí”. (Trabajadora Social Unidad de Clima Laboral)

“...cada Funcionario nuevo que ingresa debe tener su plan de Inducción”.
(Trabajadora Social Unidad de Clima Laboral)

La Inducción se posiciona como un Programa que pretende abordar la etapa de integración del Funcionario al Hospital, con el fin de que dicho Funcionario se identifique, se integre de manera efectiva al Hospital, su Unidad y Puesto de Trabajo específico, y comprenda que la Organización del Hospital corresponde a un sistema dinámico de interacciones tanto internas como externas, en donde su desempeño laboral posee una finalidad dual, en donde su ciclo de vida laboral resulta de vital importancia tanto a nivel personal del Funcionario, como para el logro de los objetivos del Hospital en su función.

3.- Finalidad del Programa de Inducción.

La finalidad de la Inducción se fundamenta en ciertos criterios, como el de capacitar, orientar y acompañar a todos los Funcionarios nuevos, de este modo integrarlos y generar un sentimiento de pertenencia en ellos tanto en su Puesto de Trabajo, Unidad, como en el Hospital mismo. El Programa de Inducción pretende facilitar la adaptación del Funcionario para reducir el tiempo y complejidad del proceso de integración de éste a su entorno y labores específicas en la Organización.

“...lo fundamental para mi es que ese Funcionario no se vaya porque no se sienta acogido, sino que se sienta integrado y pueda realizar su trabajo bien hecho”.
(Trabajadora Social Unidad de Clima Laboral)

Por otro lado, la Inducción tiene por finalidad entregar a los Funcionarios nuevos, lineamientos básicos y elementos precisos en diferentes temáticas mediante la capacitación y orientación; estas temáticas corresponden a: Entregar información de la Estructura Organizacional del Hospital, dar a conocer tanto los derechos como los deberes de los Funcionarios, dar a conocer aspectos legales y estatutos, entregar información sobre seguridad laboral y capacitar a los Funcionarios sobre normas de prevención de enfermedades a nivel intra hospitalario.



Fotografía Nº 13 Inicio del Programa de Inducción. Charla Introdutoria del Programa a cargo de la Trabajadora Social

Cabe señalar que la finalidad de la Inducción posee dos Niveles:

3.1. Finalidad a Nivel del Funcionario: El Programa de Inducción posee elementos como la acogida, la calidez y el empoderamiento. Se pretende que el Funcionario nuevo se integre de manera efectiva en su Puesto de Trabajo, Unidad y en el Hospital, con el fin de que su desempeño laboral sea el óptimo, en un ambiente de trabajo grato y cómodo. Reviste importancia el hecho que el Funcionario sea acogido e integrado desde el comienzo de su carrera laboral, desde la óptica de ser reconocido y valorado como un elemento de importancia para el funcionamiento del Hospital Dr. Gustavo Fricke.

“...eh lo hago sentir participe de la nueva Unidad y lo más importante es que los compañeros lo acojan, que los compañeros le den una bienvenida, que él se sienta participe, que no ande así como por favor me ayudan, por favor cual es mi escritorio, por favor donde me puedo sentar...” (Trabajadora Social Unidad de Clima Laboral)

“...entonces pensé en eso, más que Inducción un plan de acogida al Funcionario nuevo”. (Trabajadora Social Unidad de Clima Laboral)

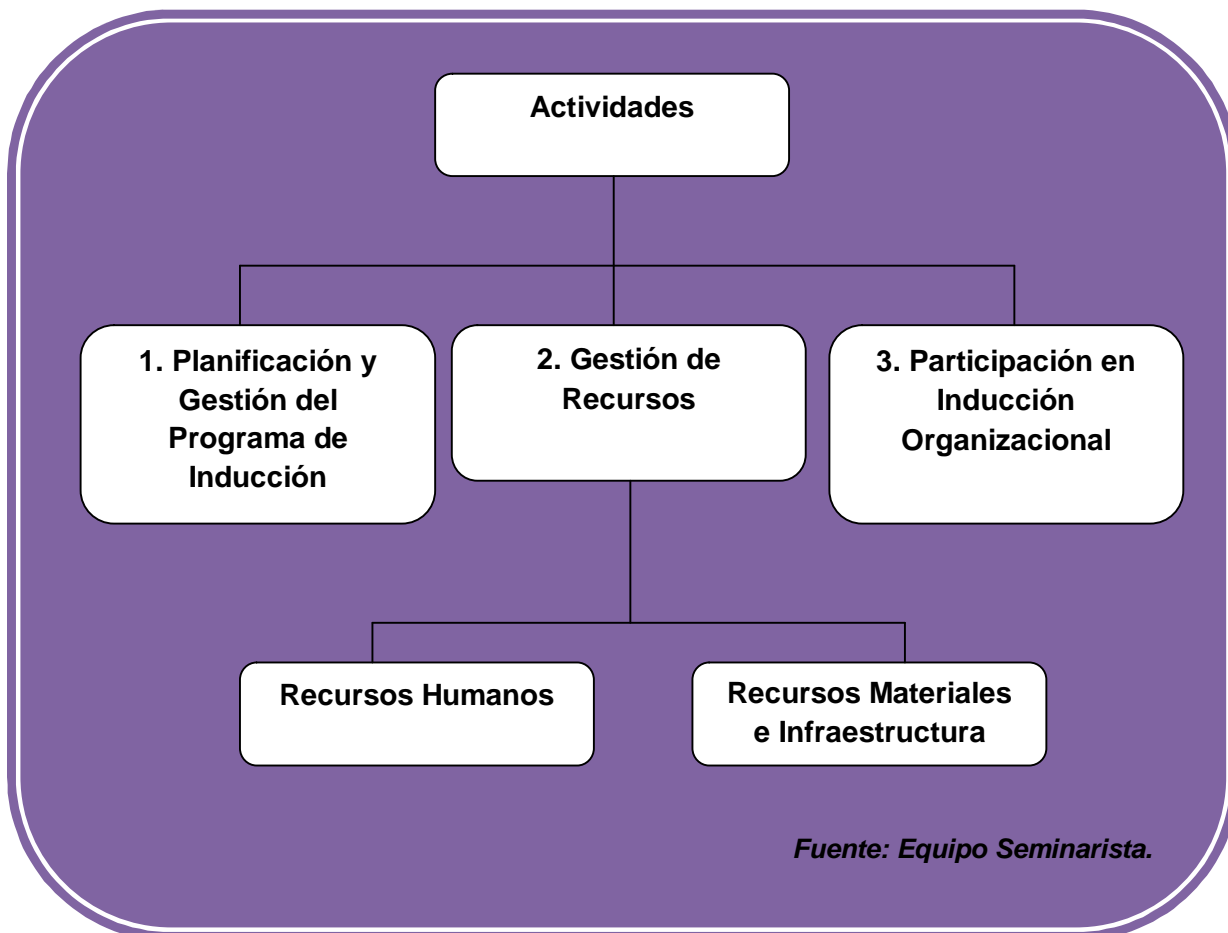
3.2. Finalidad a Nivel Institucional: El Funcionario nuevo corresponde a un recurso humano dentro del Hospital, por esta razón, el Programa de Inducción debe asegurar que dicho Funcionario sea integrado a la Institución de manera que sea capacitado en primera instancia, con el fin de que su desempeño laboral vaya en directa relación con el logro de los objetivos y metas del Hospital Dr. Gustavo Fricke.

Por otro lado, cabe señalar que el Programa de Inducción posee una finalidad Institucional orientada a contribuir y ser parte importante dentro del proceso de Acreditación en la Subdirección de Recursos Humanos, con el fin de que el Hospital obtenga el carácter de auto gestión. Se convierte de esta manera en una norma Institucional que reviste una importancia a nivel Profesional del Trabajo Social, desde la perspectiva que la Trabajadora Social debe gestionar y planificar el Programa de Inducción con el criterio de cumplir y contribuir al logro de los objetivos del Hospital pensando en un beneficio a nivel de los Usuarios/as, como lo es que una Institución Pública de Salud esté Acreditada.

“...está dentro de la acreditación de la Subdirección de Recursos Humanos cierto, tiene que haber desvinculación, tiene que haber desarrollo, tiene que ir a capacitarse a la gente y tiene que inducirse a la gente...” (Trabajadora Social Unidad de Clima Laboral)

4.- Actividades presentes en el Programa de Inducción para los Funcionarios.

Diagrama N° 10. Actividades Presentes en el Programa de Inducción.



El Trabajo Social desempeña un rol de gestión y planificación en el Programa de Inducción y sus correspondientes actividades. De esta manera es posible identificar tres categorías presentes de manera cronológica y secuencial en el quehacer profesional de la Trabajadora Social en dicho Programa:

4.1. Planificación y Gestión del Programa de Inducción: En primer lugar, la Trabajadora Social debe recepcionar los memorándum enviados a la Unidad de Bienestar por todas las Jefaturas de cada Servicio y/o Unidad del Hospital, los cuales indican de manera expresa la totalidad de los Funcionarios nuevos ingresados al Servicio y/o Unidad en fechas específicas. De este modo se realiza un listado completo de los Funcionarios nuevos y su respectivo Servicio; dicho listado es enviado a la Secretaria de Subdirección de Recursos Humanos con la finalidad de que ésta remita las respectivas citaciones al Programa de Inducción a los Funcionarios seleccionados.

A partir de lo anteriormente señalado se establece la capacidad de gestión y planificación del Profesional, en donde el Programa de Inducción se presenta

como un proceso complejo y estructurado, donde la Profesional debe comunicarse y coordinarse con las diferentes Jefaturas de Servicios y/o Unidades del Hospital para poder establecer tiempos y fechas específicas para la realización del Programa anualmente, integrando planes de contingencia ante posibles dificultades emanadas del contexto Institucional y Profesional.

“...tengo que estar coordinándome con las Jefaturas cierto, llamándolos cada cierto tiempo para que entreguen el memo a tiempo, sino la gente queda afuera, eh tengo que supervisar que la Secretaria entregue las citaciones, eh desde la Secretaría de Bienestar tenga el consolidado con la gente nueva, la que no fue, la que asistió...”
(Trabajadora Social Unidad de Clima Laboral)

4.2. Gestión de Recursos: Existen dos sub categorías:

-Recursos Humanos: En el Programa de Inducción participan las Unidades de Registro del Personal, Salud Ocupacional y de Infectología, las cuales desarrollan temáticas específicas a lo largo del proceso de Inducción. La Trabajadora Social en su rol planificador y con la labor de gestionar la participación de dichas Unidades, debe coordinarse y comunicarse con cada una de ellas, para determinar que dicho proceso contenga las temáticas necesarias a tratar en la Inducción según la planificación, de esta manera se presenta como una actividad de importancia desde la perspectiva integral que pretende entregar el proceso de bienvenida e integración propio de la Inducción. Luego de coordinar de manera efectiva los Recursos Humanos, la Trabajadora Social inicia un proceso activo de supervisión para tener en perspectiva que todo el proceso de Inducción se lleve a cabo según lo planificado.

“...eh coordinarme también con las Jefaturas de las Unidades que participan eh, para ver que les hace falta en el fondo, que es lo que necesitan...” (Trabajadora Social Unidad de Clima Laboral)

-Recursos Materiales e Infraestructura: Esta gestión presenta gran trascendencia en el desarrollo mismo de la Inducción, ya que existen elementos como son la gestión del coffee break, la reserva del auditorio, la elaboración y entrega de los Manuales de Inducción, y elementos tecnológicos como computadores, data y elaboración de presentaciones con la información necesaria.

En este punto se puede establecer un nivel de gestión completo, que compete una Profesional multifacética y adaptada a las necesidades Institucionales para llevar a cabo de manera óptima el Programa de Inducción.

“...“Yo soy la encargada de coordinar todo el proceso, o sea desde el gathering, me refiero al coffee break, hasta la papelería, preocuparme de que los manuales se entreguen cierto, de que los Servicios entreguen los memos...” (Trabajadora Social Unidad de Clima Laboral)



Fotografía N° 14 Trabajadora Social Repartiendo los Manuales de Inducción a los Funcionarios

4.3. Participación en Inducción Organizacional: Cuando el Programa de Inducción se inicia, cuenta con la participación directa de la Trabajadora Social, la cual lleva preparado material asociado a la temática de Inducción Organizacional, en la cual expone aspectos referentes a la Orgánica Institucional, y una descripción del Departamento de Recursos Humanos; luego da paso al equipo de Profesionales participantes de las otras Unidades, para dar continuidad al proceso de Inducción. De este modo es posible establecer, que las actividades desarrolladas por la Trabajadora Social van más allá de la labor de gestión detallada con anterioridad, sino que también pretende una participación dentro del proceso, lo que determina una labor Profesional integral, que va orientada en el compromiso profesional de llevar a cabo un Programa que sea beneficioso para los Funcionarios nuevos del Hospital y su calidad de vida laboral.



Fotografía N° 15 Charla de Inducción Organizacional a cargo de la Trabajadora Social

Cabe señalar que terminada la Charla de Inducción Organizacional realizada por la Trabajadora Social, se da paso a tres bloques consecutivos en el Programa de Inducción. El primero está a cargo del Abogado del Hospital, el cual trata temáticas laborales de ámbito legal; el segundo a cargo de un Ingeniero en Prevención de Riesgos y una Kinesióloga, los cuales se enfocan en normas de seguridad y prevención de riesgos laborales; y el tercero a cargo de una Enfermera, la cual trata el tema de enfermedades Intra Hospitalarias. Cabe especificar que la Trabajadora Social, respeta a cada Profesional y la temática que expone en su carácter de experto, pero aun así, mantiene una constante supervisión del Programa de Inducción, para que todo lo gestionado y planificado con antelación a la ejecución del Programa, se lleve a cabo de manera acabada y óptima.

5.- Vinculación con demás Empleos y Equipos de Trabajo.

El proceso de vinculación con otros Empleos y Equipos de Trabajo se presenta exclusivamente en un nivel, el cual corresponde a la coordinación con las Jefaturas y los Profesionales participantes en el Programa de Inducción de las Unidades de Registro del Personal, Salud Ocupacional e Infecciones Intra Hospitalarias. Esta vinculación se realiza previamente a la fecha estipulada para la realización del Programa, con el Abogado del Hospital, un representante de la

Unidad de Personal, un Ingeniero en Prevención de Riesgos, una Kinesióloga y una Enfermera, los cuales funcionan como elementos constituyentes del Programa, pero a su vez, solo como una red de apoyo para la Trabajadora Social, la cual al momento de planificar el Programa debe asegurar que la Inducción posea las temáticas en las cuales deben ser capacitados los Funcionarios nuevos, dejando a cargo de los Profesionales el tratamiento de dichas temáticas.

“...por ejemplo llegó el Abogado nuevo, yo fui a hablar con él y le dije, ¿te interesaría adscribirte al programa de Inducción?, si me dijo que tengo que hacer, no, solo hablar sobre los derechos y deberes le dije, dime que material necesitas y te lo entrego y tienes que ir a cierta hora, y listo, nada más” (Trabajadora Social Unidad de Clima Laboral)

Siguiendo la lógica anterior, es posible establecer que el Programa de Inducción es gestionado y planificado de manera mono disciplinaria, en donde la Trabajadora Social utiliza una red de apoyo para poder elaborar la estructura del Programa, pero en esencia no se presenta una constante y sistemática vinculación con otros Equipos de Trabajo ni Empleos. Esta situación demuestra que el Trabajo Social permite el desenvolvimiento total de las competencias adquiridas por los Profesionales, donde en el ejercicio práctico de su Puesto de Trabajo es capaz de generar Programas elaborados de manera íntegra y con un nivel de importancia visible a nivel Institucional.

“Fíjate que no mucho, porque eh yo creo que la labor de un Asistente Social es tan profunda y tan amplia que uno puede llegar a inventar o desarrollar o programar actividades de cualquier índole, educacional, cultural, artística, en salud...” (Trabajadora Social Unidad de Clima Laboral)



Fotografía N° 16 Trabajadora Social Conversando con Profesional de la Unidad de Registro del Personal, (Previo al inicio del Programa)

6.- Nivel de Autonomía y Responsabilidad presentes en el Programa de Inducción.

El nivel de autonomía y responsabilidad se presenta de manera total en la gestión, planificación y participación en el Programa de Inducción, en el cual la Trabajadora Social posee un alto nivel de toma de decisiones en pro de eficiencia y efectividad de éste. Cada decisión tomada emana de la experiencia y el criterio Profesional generados en el ejercicio de su Puesto de Trabajo. Cabe especificar que las decisiones tomadas corresponden a temáticas como planificar y estructurar el Programa de Inducción, gestionar a Profesionales para que participen del Programa, manejar los tiempos de desarrollo del Programa, y gestión de recursos apropiados para el desarrollo del Programa.

“Eh, primero no tenía autonomía, nada, yo tenía que pedir permiso para todo, pero ahora tengo la autonomía al cien por ciento... no hay nadie que me esté diciendo esto no se hace, que se yo...” (Trabajadora Social Unidad de Clima Laboral)

“...hace un par de semanas vino a hablar conmigo una Kinesióloga del Servicio de Kinesiología del Hospital, para ver si ella podía integrarse a la Inducción para eh dar una pequeña charla de economía básica, y yo obviamente dije que estaba esta

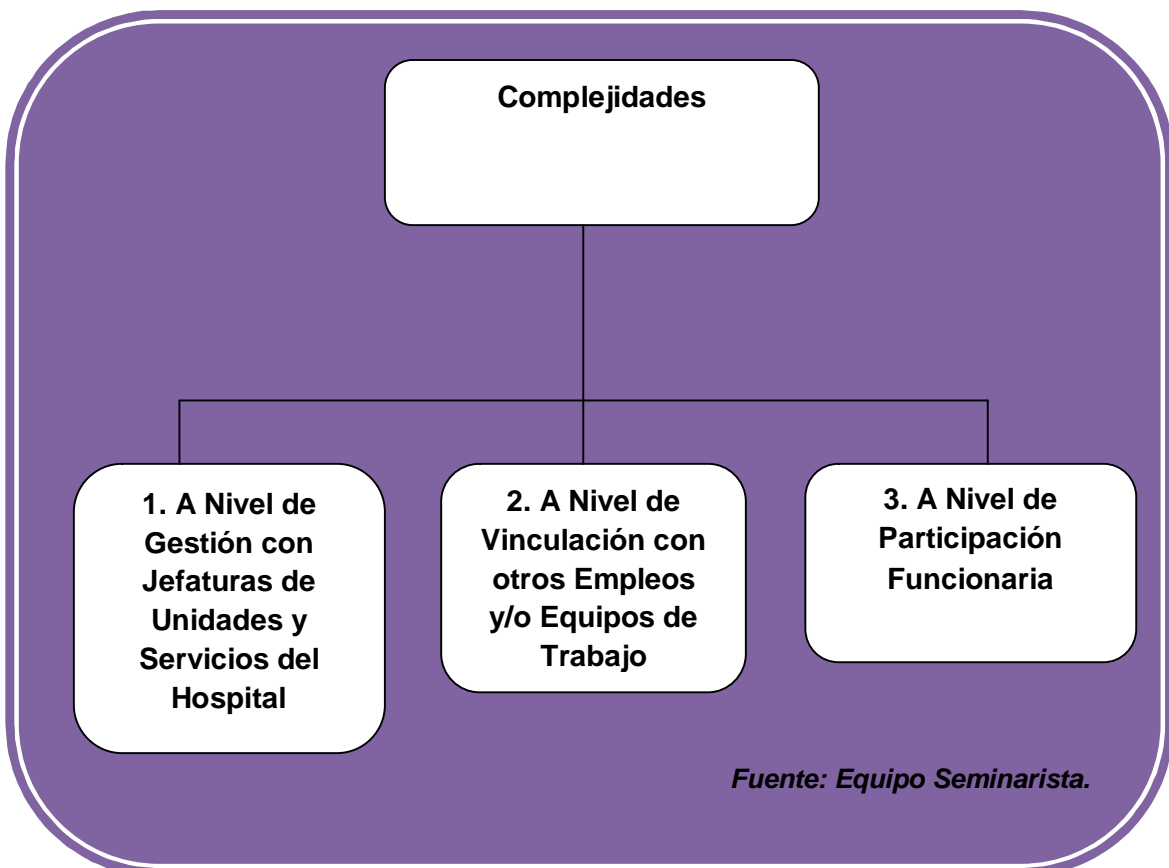
Persona dispuesta a hacerlo y ya, no le tuve que pedir permiso a nadie...”
(Trabajadora Social Unidad de Clima Laboral)

El Programa de Inducción se presenta como una Situación Profesional en donde la participación del/la Trabajador/a Social es preponderante para el desarrollo de un Programa de relevancia a nivel Institucional; la capacidad de planificarlo íntegramente, gestionarlo totalmente y todos sus componentes, participar y supervisar de manera transversal en el Programa, responden a un nivel de Autonomía y Responsabilidad completo, en donde solo existe una dependencia legal y administrativa a la Institución, y a su vez, un alto nivel de responsabilidad con su Puesto de Trabajo.

7.- Complejidades presentes en el Programa de Inducción.

Las complejidades detectadas en el Programa de Inducción se presentan en los siguientes niveles:

Diagrama Nº 11. Complejidades Presentes en el Programa de Inducción.



7.1. Complejidad a Nivel de Gestión con Jefaturas de Unidades y Servicios del Hospital: Esta complejidad se presenta tanto al momento de planificar y gestionar el Programa de Inducción, como en el momento de su ejecución misma. Corresponde a la dificultad a la que se ve enfrentada la Trabajadora Social al gestionar el Programa con las Jefaturas de las Unidades que poseen Funcionarios nuevos; gestión referente a la entrega oportuna de los memorándum con el listado de Funcionarios participantes y la autorización necesaria para los Funcionarios, con el fin de que estos puedan dejar su Puesto de Trabajo y asistan al Programa de Inducción sin problema el día de su realización.

Esta complejidad se presenta específicamente en el eminente desconocimiento de la finalidad y los beneficios del Programa de Inducción por parte de algunas Unidades anteriormente especificadas. Existe en algunos casos, la convicción de que es una instancia de pérdida de tiempo de trabajo para la Unidad, que posibilita que los Funcionarios no realicen su trabajo, o bien consideran que el Programa no reviste ninguna importancia, por ende no entregan las autorizaciones y/o los memorándum correspondientes, afectando tanto a la inserción e integración del Funcionario nuevo, como a los objetivos de la Institución. Esta situación posee el carácter de complejidad, debido a que la Trabajadora Social ha tenido una activa y sistemática labor de sensibilización en las diferentes Jefaturas de Unidades del Hospital, respecto a los beneficios del Programa de Inducción, aun así se presentan las complejidades antes descritas, lo cual es disonante entre la situación real y la esperada, además de no concordar respecto a la labor efectuada por la Profesional.

***“No, claro el tema de la burocracia, del memo que no llega, que sale que el papel, que el timbre, que la firma, la burocracia de los Sistemas Públicos en realidad”
(Trabajadora Social Unidad de Clima Laboral)***

7.2. Complejidad a Nivel de Vinculación con otros Empleos y/o Equipos de Trabajo: El proceso de planificación y gestión del Programa de Inducción desarrollado por la Trabajadora Social, si bien se presenta como una Situación Profesional desarrollada de manera acabada, con alta experticia y responsabilidad, representa un proceso de alta complejidad, desde la perspectiva que requiere de mucho tiempo, dedicación, gestión, planificación y supervisión, lo cual genera un alto desgaste a nivel profesional, necesitando de una mayor vinculación y compromiso por parte de otros Equipos de Trabajo y/o Empleos para con la Trabajadora Social, con el fin de llevar a cabo el Programa de Inducción de una manera integral y mas compartida en las labores propias para su realización;

de esta manera se evita que la gran complejidad del Programa sobrecargue solo a una Profesional.

“...en el Hospital es muy difícil que alguien se suba al carro de la Inducción, porque la verdad es que es muy agotador el tema, eh es súper súper súper desgastante...”
(Trabajadora Social Unidad de Clima Laboral)

“...en el fondo yo planifico y me coordino con esta gente que yo se que ellos tienen las ganas de realizar esto para los Funcionarios nuevos, pero ellos llegan ese día con su pendrive, hacen la charla y se van, no se preocupan de nada mas...”
(Trabajadora Social Unidad de Clima Laboral)

7.3. Complejidad a Nivel de Participación Funcionaria: La presente complejidad, corresponde a la disposición y participación de los Funcionarios en el Programa de Inducción, los cuales expresan características como desconocimiento del Programa, su importancia y finalidad, bajo nivel de participación, inasistencia injustificada, mala disposición en la participación y/o falta de compromiso con la finalidad del Programa. Esta complejidad dificulta el logro de los objetivos del Programa tanto a nivel Institucional como a nivel de los Funcionarios. De manera consiguiente, la labor Profesional se ve interrumpida por que resulta necesario integrar nuevos elementos al Programa, los cuales restan fluidez y actúan como contingencias fuera del proceso de planificación programática, por ejemplo, es necesario integrar una preparación y trabajo grupal con el fin de generar confianza en el Profesional y establecer de manera clara la importancia, los beneficios y la finalidad propia del Programa; de este modo cambiar la perspectiva de los Funcionarios respecto a su participación en la Inducción.

“Sí, claro lo otro también es que la gente a veces eh, no llega porque tampoco saben a qué vienen, a veces llega gente que dicen a mi no me dijeron que era todo el día, o se va a demorar mucho...” ***(Trabajadora Social Unidad de Clima Laboral)***

“...entonces hay Funcionarios y hay Funcionarios, hay de todo un poco”
(Trabajadora Social Unidad de Clima Laboral)

2.2. Situación Profesional

Gestión de Información, Reclamos, Felicitaciones y Sugerencias

Ámbito de Gestión

1.- Definición de la Gestión de Reclamos.

Esfuerzo institucional por acoger la opinión del usuario; tanto de reclamos, felicitaciones y sugerencias priorizando el poder entregarle una pronta respuesta. De igual forma se cumplen funciones de coordinación con instituciones, entrega de información y estudios de opinión.

Fuente: Equipo Seminarista.

Cabe señalar que la principal función y labor profesional del Trabajador Social al realizar la presente Situación Profesional, es la de otorgar carisma y visión social a las funciones y tareas desarrolladas en la Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias del Hospital Dr. Gustavo Fricke.

2.- Contexto de la Gestión de Reclamos.

El contexto de la Gestión de Reclamos se fundamenta en la disposición Gubernamental de que toda Institución y Servicio Estatal debe tener su OIRS (Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias), la cual tiene como objetivo principal ayudar al fomento e incrementación de la participación ciudadana y comunitaria en los diversos Servicios Públicos existentes.

Es posible señalar la existencia de una Estructura Legal con relación a la Gestión de Reclamos puesto que existen diversas Leyes del Aparato

Administrativo que toman en consideración y como guía aspectos específicos que se refieren a la temática de Reclamos, específicamente la Ley de Procedimiento Administrativo.

“La Ley de Procedimiento Administrativo, la Ley 19.880 que rige todos los aspectos administrativos del sistema público, en varios de sus artículos abordan el tema de los reclamos y responder los reclamos en plazos estrictamente delimitados y el no cumplimiento de ellos implica sanciones...” (Trabajador Social Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias)

De esta forma y considerando la necesidad de acercar la OIRS a la comunidad es posible señalar que la Gestión de Reclamos se desarrolla dentro de un marco social que privilegie a las personas y sus derechos. Todo esto con la premisa de crear una conciencia comunitaria y de corte Biopsicosocial.

3.- Finalidad de la Gestión de Reclamos.

La finalidad de la Gestión de Redes se enfoca en que el Trabajador Social acoja la opinión del Usuario/a, realizando de esta forma la gestión de comunicar la situación al servicio, profesional o funcionario que corresponda con el fin de la resolución respectiva y posterior corroboración de dirección.

“Como eso se hace en la práctica y en la realidad y como incide ciertamente en la gestión del hospital es un tema que depende de cada institución, ahí no hay directrices claras en cuanto a que cada opinión debe generar un cambio o qué tipo de cambio...” (Trabajador Social Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias)

Cabe señalar con relación a la finalidad de la Gestión de reclamos que a pesar de que existan leyes, normativas y organigramas que regularicen el proceder y el cumplimiento de estos por parte del Trabajador Social las decisiones finales con relación a lo opinión emitida por lo usuarios queda en manos o bajo criterio de las Jefaturas y dirección del Establecimiento Hospitalario, por ende y tomando por ejemplo la decisión tomada por los Jefes de Servicios Clínicos varía según el sentido y visión que se le quiera dar a estos.

“Este tema pasa por un tema personal en cuanto a reconocer que el reclamo obviamente es una opinión válida del usuario, pero si no tenemos este juicio y vemos que el reclamo es un papel de alguien insatisfecho que reclama por reclamar obviamente la gestión queda atrapada en discriminaciones de la jefatura...”
(Trabajador Social Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias)

En resumen, la finalidad principal de la Gestión de Reclamos es generar un cambio, ya sea de tipo administrativo si la situación problema es de trato al usuario por parte del personal como el aumento de la participación comunitaria en las decisiones del Establecimiento. Todo esto supeditado a las decisiones de Dirección y a la importancia que esta le otorgue a la temática.

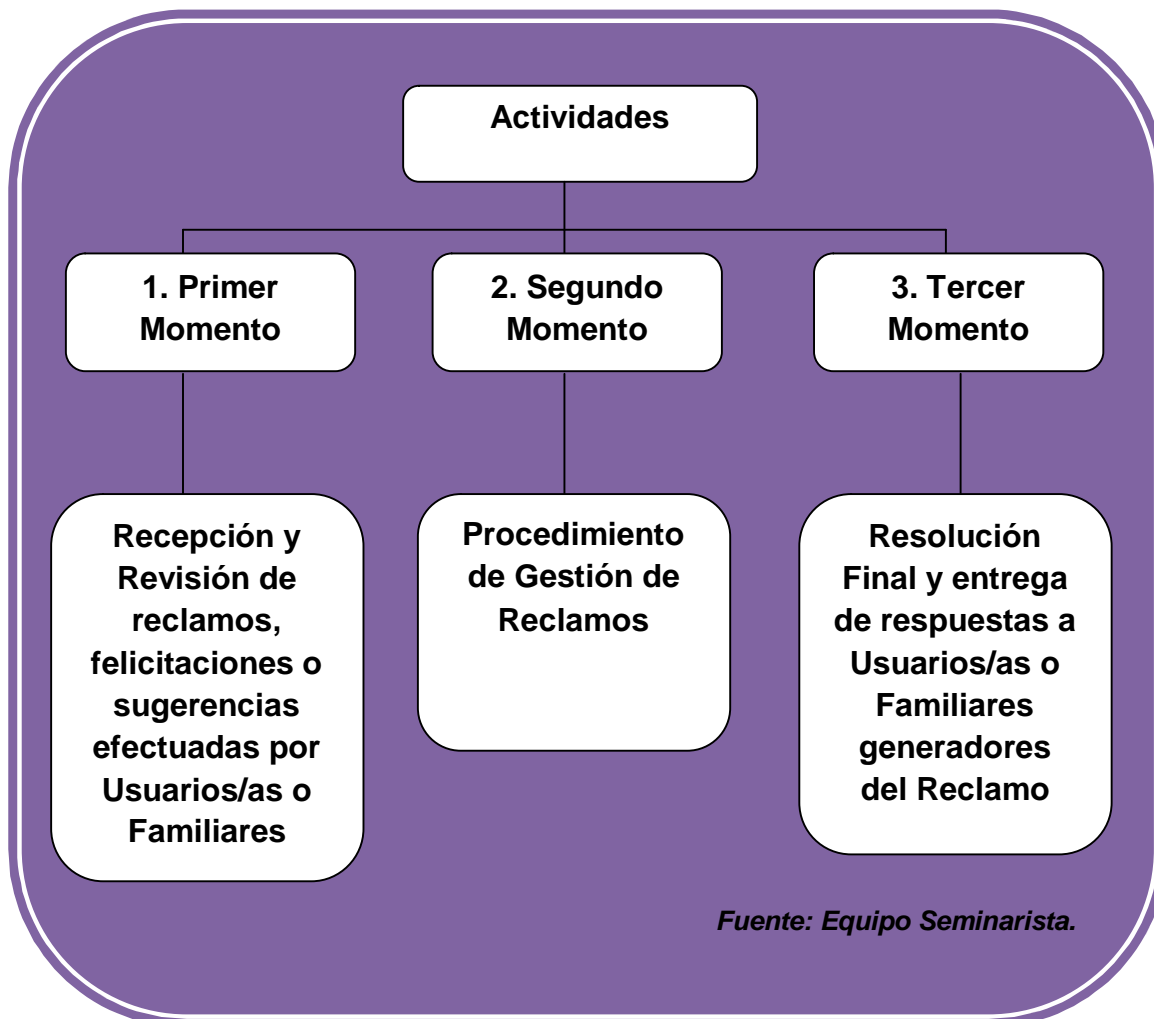


Fotografía N° 17 Trabajador Social en su Lugar de Trabajo en Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias.

4.- Actividades de la Gestión de Reclamos

El Trabajo Social desempeña un rol de cambio y gestión en diferentes procesos bajo el alero de la Dirección Hospitalaria. De esta manera es posible identificar tres actividades, y de este modo dividir en momentos el quehacer profesional del Trabajador Social en la presente Situación Profesional:

Diagrama N° 12. Actividades Presentes en la Gestión de Reclamos por Momentos.



4.1. Primer Momento: Se ejecuta por parte del Usuario o Familiar el reclamo, felicitación o sugerencia en cualquiera de libros dispuestos en los Servicios del Hospital, En este se registra el motivo de la situación, nombre, dirección; posteriormente a esto, se efectúa la revisión de este, comienza el proceso administrativo correspondiente. A su vez cabe señalar que se reciben los Reclamos AUGES, los cuales son enviados directamente desde Fonasa y deben ser resueltos con mayor rapidez.

4.2. Segundo Momento: Se comienza a efectuar el procedimiento de Gestión de Reclamos, Este proceso se da inicio haciendo llegar el reclamo al Servicio, Profesional, Equipo Técnico, Personal Administrativo o Auxiliar específico al cual está dirigido. De esta forma al afectado se le hace entrega del reclamo ejecutado en su contra, ya sea motivo de supuesta ineficiencia en el servicio otorgado, espera prolongada, falta de claridad o indiferencia en la atención, etc. Es así como se genera la respuesta al reclamo por parte de este, en la cual se

fundamenta y explica su versión de los hechos; la cual se intenta sea lo más específica posible para de esta forma aclarar la situación.

Una vez realizada la contraposición al reclamo efectuado, se lleva el documento con ambas versiones al Jefe de Servicio o Personal a cargo del funcionario en cuestión, y este al ver ambos relatos del problema y los antecedentes y fundamentación decide si el Reclamo procede o no para el desarrollo de un proceso administrativo hacia el afectado. Posterior a la decisión tomada por el Jefe de Servicio, el documento es devuelto a OIRS.

4.3. Tercer Momento: Se redacta la carta con la resolución final, la cual es llevada a Dirección. Es ahí donde el Director del Recinto Hospitalario se informa del Reclamo y a su vez firma la carta sellando la decisión final. Una vez teniendo la resolución definitiva, con su respectiva respuesta firmada por el Director se envía la carta a la persona generadora del Reclamo.

5.- Vinculación con demás Empleos y Equipos de Trabajo.

Dentro del proceso correspondiente a la Gestión de reclamos existe y se presenta la vinculación con Dirección, Servicios Clínicos, Jefaturas de Servicios, Profesionales y Personal Administrativo. Es fundamental que dentro del Hospital la temática correspondiente a la Gestión de Reclamos sea conocida, por ende se intenta recordar al Hospital la función de la OIRS, apelando así a su validez interna.

Considerando que la vinculación existe y se realiza indistintamente a la función que se realice dentro del Centro Hospitalario, se genera un trabajo constante con toda la comunidad Hospitalaria, desde el Director, al auxiliar como al Jefe de Servicio, puesto es fundamental que todos contribuyan en la imagen positiva del Hospital, lo cual trasciende a la sola temática de reclamos.

De esta forma es posible señalar que la OIRS debe ser vista internamente como una Oficina que provee información de la opinión usuaria, la cual puede ser mala, buena o regular; pero siempre debe ser transmitida con la validez y certeza de que al ser expuesta será respetada por la comunidad Hospitalaria en General.

“nosotros tenemos que contar con el concurso de todos partiendo por los jefes de servicio y obviamente potenciar la OIRS con más personal administrativo y profesional...” (Trabajador Social Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias)

“hemos propuesto crear una subdirección de las personas y de la comunidad, ósea pasar de una oficina a una subdirección que obviamente eleva el nivel de decisión y de jerarquía y de influencia a nivel de estructura jerárquica del hospital...”
(Trabajador Social Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias)

6.- Niveles de Autonomía y Responsabilidad presentes en la Gestión de Reclamos.

Se puede señalar que la principal responsabilidad del Trabajador Social al ejercer la Gestión de Reclamos corresponde al permitir la visualización dentro del Hospital Dr. Gustavo Fricke, de los acontecimientos y situaciones ocurridas en él durante periodos de tiempos específicos. Esta visualización se orienta específicamente a mostrar la opinión de los Usuarios/as en distintas áreas y temáticas del Hospital. Además se orientara respecto a la responsabilidad propia del cargo, de dar conocimiento a todo el recinto hospitalario sobre la focalización del trabajo en diversos ámbitos y áreas que son parte de los derechos del Usuario/a, tales como el buen trato, los procesos administrativos, el tiempo de espera o la vulneración misma de los derechos.

7.- Complejidades presentes en la Gestión de Reclamos.

En la Gestión de Reclamos se observa como complejidad el tema del espacio físico y recursos humanos, ya que la OIRS como oficina cuenta con poco personal Profesional y Administrativo. Otra complejidad presente alude al tema de la conciencia de los Funcionarios, Jefes de Servicio y Dirección, ya que las decisiones finales con relación a los reclamos como tales se deciden según el criterio de los Jefes de Servicio. Estas complejidades antes señaladas corresponden a dificultades propias del ejercicio profesional así como también del propio Hospital.

“Si no hay una creencia a nivel personal, a nivel intelectual de que el tema del reclamo y la hoja que llega al jefe de servicio es importante, si no existe esa conciencia a nivel de jefatura o de funcionarios de que la opinión usuaria es válida, el cambio no se va a gestar...” (Trabajador Social Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias)



Ámbito de Redes

3. ÁMBITO DE REDES

3.1. Situación Profesional

Gestión de Redes

1.- Definición de la Gestión de Redes.

Corresponde a una instancia de coordinación y trabajo intersectorial, cuyo objetivo es buscar soluciones a las diferentes problemáticas Sociales, las cuales son abordadas bajo la perspectiva profesional.

La Gestión de Redes representa una herramienta para el Trabajo Social ya que la vinculación con otros Equipos de Trabajo es fundamental para mejorar la calidad del servicio otorgado al Usuario/a, dando una mirada de integralidad que permite una solución más efectiva a quien solicita ayuda.

Es posible señalar que la Gestión de Redes se presenta a **Nivel Intra Hospitalario y Extra Hospitalario**. El primer nivel corresponde a la Gestión desarrollada por los Trabajadores Sociales dentro del recinto Hospitalario. Con los Profesionales y Equipos de Trabajo que se desempeñan en los diferentes Servicios Clínicos, Unidades y Departamentos que componen el Hospital Dr. Gustavo Fricke. A su vez el segundo nivel corresponde a la Gestión desarrollada con Instituciones Públicas y Privadas de distintas áreas, tales como: Atención Primaria de Salud, Tribunales de Familia, Fundaciones y Municipalidades.

2.- Contextos de la Gestión de Redes.

El contexto de la Gestión de Redes del Trabajador/a Social se constituye dentro de las Políticas Públicas y Políticas Institucionales propias del lugar de Trabajo, lo cual se fundamenta en la necesidad de dar solución a la amalgama de situaciones problemas presentadas por los Usuarios del Hospital. La Gestión de Redes refiere el requerimiento del trabajo con otras instituciones en pro del Usuario considerando la multiplicidad de problemáticas presentadas por estos. De esta forma se potencia la necesidad de dar una resolución efectiva y transversal a las carencias que los aquejan mediante la vinculación con otros Servicios e

Instituciones. Considerando como una necesidad propia de la profesión el armar Redes Sociales, es posible señalar que dentro de los contextos en las que estos se desarrollan podemos diferenciar Nivel Interno y otro a Nivel Externo.

“El Trabajo en Redes surge por la necesidad misma de potenciar una resolución mucho más efectiva, entonces eh, donde tu vayas, lo que tu leas siempre va a estar involucrado el Trabajo con la Red, tanto internas como externas.” (Trabajador Social Unidad de Pacientes Hospitalizados)

2.1. Nivel Interno: Se presenta como el Contexto Institucional en el cual se realiza la Gestión de Redes. En este caso el objetivo es dar una solución efectiva a la problemáticas de los usuarios utilizando los recursos internos del centro hospitalario. De esta forma el Trabajar/a Social realiza un trabajo directo con los distintos profesionales de la Institución, Servicios Clínicos y Unidades Administrativas.

2.2. Nivel Externo: Se presenta como el trabajo directo realizado con Instituciones Externas al Hospital. En este Nivel el objetivo primordial es poder efectuar una óptima intervención; la cual y mediante la creación de Redes Sociales lograra satisfacer y ayudar a la solución de las problemáticas del usuario. El objetivo primordial de la Gestión de Redes Externas es el de cumplir óptimamente las necesidades del usuario correspondientes a áreas y temáticas frente a las cuales no se tiene un manejo directo y se requiere ayuda de terceros expertos.

“Siempre va a haber una orientación hacia lo que es el trabajo con las demás Instituciones, en pro del beneficio del Paciente, en nuestro caso Pacientes”.
(Trabajador Social Unidad de Pacientes Hospitalizados)

“El contexto se da bajo la necesidad, desde la intervención que se realiza en la unidad con los niños y niñas en aquellos casos donde hay causas abiertas se requiere la coordinación con los tribunales.” (Trabajadora Social Unidad Infanto Psiquiatría)

3.- Finalidad de la Gestión de Redes.

La finalidad de la Gestión de Redes se enfoca en que el Trabajador/a Social indague en las diversas visiones, juicios y referentes que poseen otros Equipos de Trabajo y Profesionales para abordar de manera integral y efectiva las diferentes problemáticas que presentan los Usuarios. La Gestión de Redes refiere una retroalimentación Profesional, una vinculación y coordinación constante y sistemática tanto en los niveles Intra y Extra Hospitalarios. La complejidad de la problemática abordada por el Trabajador/a Social determina el nivel de Gestión que debe realizarse, en el caso de problemáticas de baja complejidad, se realiza una Gestión a nivel Intra Hospitalario, intentando una solución integral y efectiva con la ayuda de Equipos de Trabajo y Profesionales del mismo Hospital. Por otro lado, si la problemática posee una alta complejidad, es necesaria la Gestión a nivel Extra Hospitalario, intentando recabar la mayor información posible de otras Instituciones y Organismos.

La finalidad de la Gestión de Redes posee dos criterios:

3.1. Finalidad a Nivel del Usuario: Se orienta a buscar las soluciones más efectivas a las problemáticas de los/las Usuarios/as, recabando la información necesaria en el ejercicio de la retroalimentación y el trabajo en redes con otros Equipos de Trabajo y Profesionales en los dos niveles de Gestión.

Esta finalidad hace alusión directa al perfil profesional del Trabajador/a Social, en donde su labor se orienta a mejorar la calidad de vida del Usuario/a de manera concreta y como principio profesional fundamental; en este caso, utilizando los recursos proporcionados por la red de apoyo.

“La finalidad tiene como objetivo restituir las condiciones o aspectos problemáticos que afectan a la persona.” (Trabajadora Social Unidad Infanto Psiquiatría)

“... Trabajo en Red es contactarse con el Profesional, comprometerse, no perder de vista el caso aunque se haya ido, estar atento, mandar la información correcta, si lo vas a derivar con un colega, que el colega sepa que va a ir...” (Trabajador Social Unidad de Pacientes Hospitalizados)



Fotografía N° 18 Trabajador Social Contactándose con otros Profesionales en busca de posibles soluciones de una problemática Social.

3.2. Finalidad a Nivel Profesional: Se presenta como una herramienta Profesional, en la cual la vinculación, retroalimentación y coordinación con otros Equipos de Trabajo y Profesionales funciona como una red de apoyo eficaz que concierne un complemento Profesional al momento de indagar en otras visiones y juicios Profesionales. La finalidad es generar un juicio Profesional certero y acabado, que sea beneficioso para el quehacer Profesional.

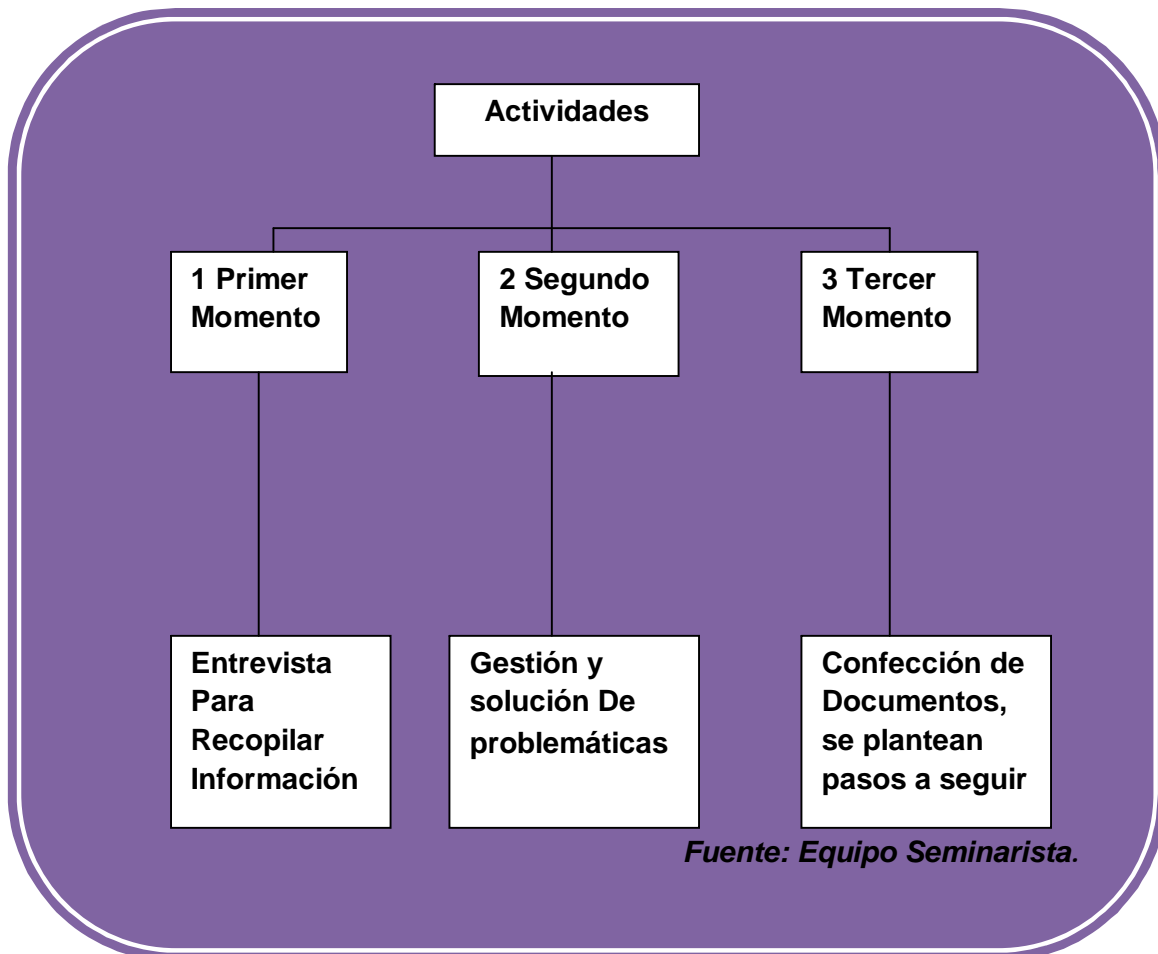
“Para nosotros es muy útil la opinión del médico, del paramédico, de la enfermera supervisora, de la asistente social, del psicólogo porque eso nos va a dar muchas más luces al momento de la entrevista con el familiar y poder tener ya una resolución” (Trabajador Social Unidad de Pacientes Hospitalizados)

“...se supone que cuando nosotros intervenimos un caso y hacemos la coordinación con el colega, no solo es para que sepa del Paciente, sino para que al momento de nosotros poder transmitir una información similar lo hagamos correctamente...” (Trabajador Social Unidad de Pacientes Hospitalizados)

4.- Actividades de la Gestión de Redes.

A partir de la situación profesional correspondiente a la Gestión de Redes podemos determinar cuáles son las actividades que realizan los trabajadores sociales, con la finalidad de lograr los objetivos esperados en la solución de las diferentes problemáticas abordadas por el quehacer profesional.

Diagrama N° 13. Actividades Presentes.



4.1. Primer Momento: Cabe especificar que en este momento se relaciona con la Situación Profesional de la Consulta para Tratamiento Social y la técnica de la Entrevista, en donde a partir de una problemática específica se intenta recopilar la mayor información posible para abordar de manera más acabada la entrevista con el Usuario/a o los familiares.

4.2. Segundo Momento: En este momento se realizan las acciones específicas correspondientes a la Gestión misma con instituciones, beneficios, se busca solución a los problemas a través de la gestión con otros Profesionales los cuales tienen mayores accesos a la solución de la problemática misma.

4.3. Tercer Momento: En este último momento se determina la información obtenida, otorgando el fin que esta requiera como por ejemplo se remite a los

lugares requeridos, se trabaja con la misma información en un nivel externo en confección de documentos etc., y por último se determinan cuales son los siguientes pasos a seguir y el tiempo de demora para la solución de la problemática.

5.- Vinculación con demás Empleos y Equipos de trabajo.

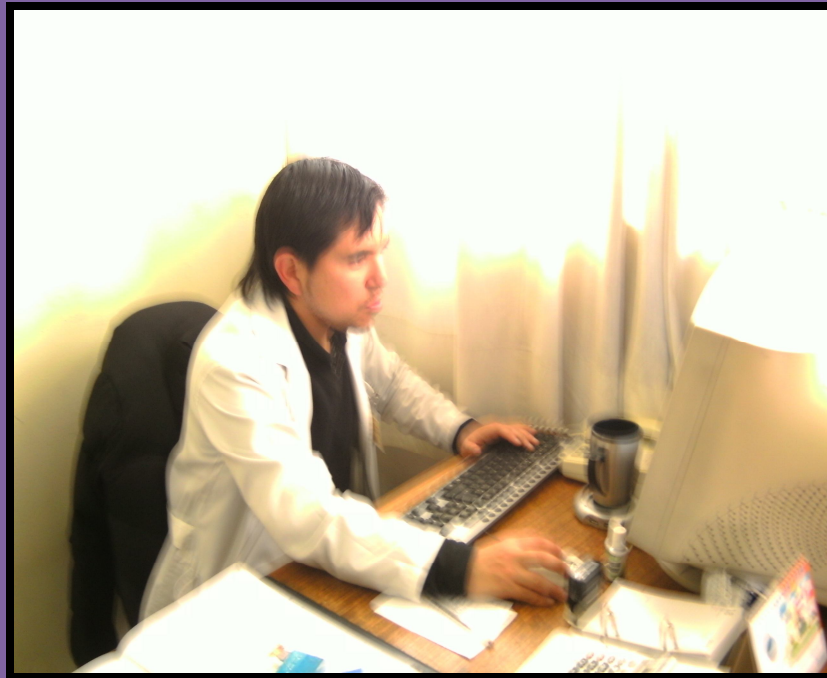
La vinculación tanto con otros empleos y equipos de trabajo son componentes definitorios en el desarrollo de la Gestión de Redes ya que conforma el quehacer profesional en su máxima expresión, a través de la importancia que los profesionales le otorgan a la ejecución de la situación profesional ya que este criterio es utilizado para dar solución a las diferentes dificultades que se puedan presentar, en definitiva los inconvenientes que padecen las personas usuarias del Sistema Hospitalario.

La importancia de la vinculación con otros empleos y equipos de trabajo radica en la necesidad de los propios profesionales para la ejecución de la Gestión de Redes para dar solución a los diferentes requerimientos, ya que la ejecución de la situación profesional requiere de la vinculación con la finalidad de agilizar procesos definitorios en la intervención profesional.

A partir de la observación es posible determinar la importancia de la vinculación desde el área psicosocial que en muchas ocasiones van de la mano en la intervención por ser dos áreas de trabajo totalmente complementarias las cuales unidas conforman un abanico de posibilidades en constante movimiento y expansión.

“tú tienes que estar en una dinámica de relación directa con los otros profesionales, eso es siempre así aquí no se concibe una intervención exclusiva de un área porque queda cojo lo demás,” (Trabajadora Social Unidad Infanto Psiquiatría)

“consultamos, llamamos, informamos, derivamos, pero se aprende muchísimo, te lo digo es muy enriquecedor, muy enriquecedor”. (Trabajador Social Unidad de Pacientes Hospitalizados).



Fotografía N° 19 Trabajador Social buscando información necesaria para la solución de una Problemática Social.

6.- Niveles de Autonomía y Responsabilidad presentes en la Gestión de Redes.

El nivel de autonomía y responsabilidad corresponde a una característica definitoria del quehacer profesional de los/as trabajadores sociales. Lo anterior se caracteriza con un alto nivel de autonomía en la toma de decisiones y en todas las acciones que los profesionales realicen con la finalidad de solucionar las diferentes problemáticas las cuales afectan a los diferentes usuarios del sistema.

Es importante destacar que el nivel de autonomía y responsabilidad depende del contexto en el cual se desarrolle el/la profesional y el grado de importancia que el mismo le otorgue a la actividad en sí. Lo anterior se ve reflejado en los siguientes fragmentos los cuales son clasificados a partir de dos criterios.

6.1. Autonomía y responsabilidad propia del cargo.

El presente criterio corresponde a la autonomía y responsabilidad otorgada a los/as trabajadores sociales por el hecho de ocupar ese cargo. En este criterio existen factores determinantes donde los usuarios esperan que el profesional

realice, conformante de una visión a nivel social a la cual los profesionales procuran desarrollar y cumplir.

“...El nivel de autonomía también es muy alto porque es lo mismo que pasa con las otras actividades de la asistente social...” (Trabajadora Social Unidad Infanto Psiquiatría)

“...total, total creo que en todo ámbito del trabajador social, Nosotros tenemos la autonomía total de lo que es este trabajo...” (Trabajador Social Unidad de Pacientes Hospitalizados)

6.2. Autonomía y responsabilidad personal.

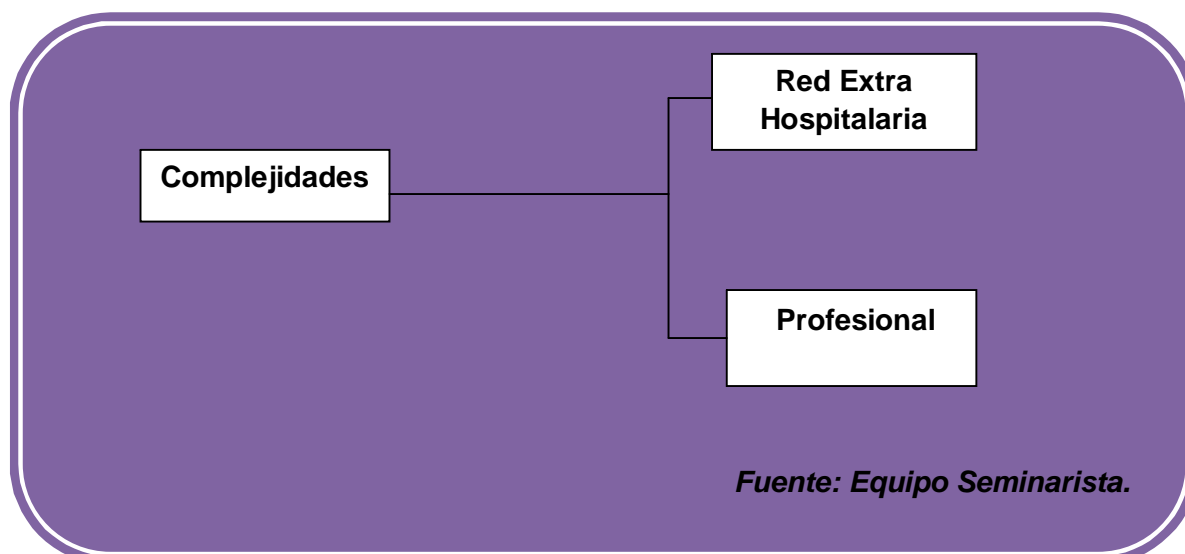
Este criterio corresponde a la autonomía y responsabilidad que el/la trabajador social realiza la cual supera las responsabilidades básicas del quehacer profesional la cual está determinada por las constantes necesidades y problemáticas que afectan a los usuarios del sistema de salud, para la cual se despliega un alto nivel de compromiso y coordinación con las diferentes entidades tanto públicas como privadas necesarias para el logro de los diferentes objetivos profesionales.

“...yo tengo un alto nivel de autonomía para funcionar dependiendo de lo que desde mi mirada del trabajo que tengo que hacer requiere...” (Trabajadora Social Unidad Infanto Psiquiatría Infantil)

“...derrepente hay que ser proactivo, rápido de mente, hay que ser bastante efectivo y eficaz en lo que hace...” (Trabajador Social Unidad de Pacientes Hospitalizados)

7.- Complejidades presentes en la Gestión de Redes.

Diagrama N° 14. Complejidades Presentes.



7.1. Complejidad a Nivel de Red: La Gestión de Redes concierne un trabajo conjunto y coordinado entre los/las Trabajadores/as Sociales y los diferentes Equipos de Trabajo de la Red Institucional, esta retroalimentación Profesional e Institucional a nivel Extra Hospitalario muchas veces se ve dificultada por una falta de comunicación y disponibilidad, en donde la información necesaria para abordar una problemática particular no está disponible debido a una falta de conocimiento de las diferentes Instituciones de diversas áreas, las Instituciones no están disponibles o no existe coordinación y criterio de trabajo en red por parte de los Equipos de Trabajo.

“...a nivel Hospitalario, aunque estamos lejos de todos los Servicios Clínicos, nosotros tenemos la particularidad de movernos harto, de ir para allá, lo que te decía antes, ser proactivo, pero en el Extra Hospitalario pucha que cuesta...”
(Trabajador Social Unidad de Pacientes Hospitalizados)

“Mira, contacto, a veces es súper difícil mantener el contacto...” (Trabajador Social Unidad de Pacientes Hospitalizados)

7.2. Complejidad a Nivel Profesional: En el ámbito Profesional del Trabajo Social, existe una dificultad referida a la disponibilidad de la información y la colaboración entre colegas, es decir, existe una falta de comunicación y retroalimentación entre los/las Trabajadores/as Sociales tanto a nivel Intra y Extra Hospitalario, respecto a la información necesaria para abordar una problemática

particular que debe ser intervenida, dicha información es de importancia para la formación de un Diagnóstico y posterior juicio Profesional.

“...aunque seamos colegas, hayamos estudiado lo mismo, no todos tienen la visión para entregar la información, ya sea porque no quieren, ya sea por miedo a que los demás sepan, ya sean muchos factores personales, institucionales, lo que tú quieras, pero si nos ha costado tener un mayor contacto”. (Trabajador Social Unidad de Pacientes Hospitalizados)

3.2. Situación Profesional

Consultoría de Salud Mental

Ámbito de Redes

1.- Definición de la Consultoría de Salud Mental.

Es una instancia donde los profesionales de Atención Terciaria de Salud despliegan sus conocimientos con la finalidad de generar coordinación, capacitación y retroalimentación con los profesionales de Atención Primaria de Salud, en cuanto a temáticas de Salud Mental.

La importancia de la consultoría de salud mental radica en la constante coordinación de ambos niveles de atención de salud los cuales están en contacto, realizando un trabajo en conjunto, donde la consultoría de salud mental proporciona un espacio de carácter profesional que permite la retroalimentación, capacitación y la solución de aspectos que dificultan el cumplimiento de los objetivos el cual es proporcionar una atención óptima a los usuarios del Sistema de Salud.

2.- Contextos de la Consultoría de Salud Mental.

El contexto de una Situación Profesional proporciona una base teórica en la cual se fundan los lineamientos a seguir, lo cual proporciona una caracterización y fundamentación del trabajo profesional, otorgando así un soporte a nivel teórico determinante y explicativo de las acciones profesionales desarrolladas.

El contexto de la consultoría de salud mental se enmarca a partir de la Política Ministerial desde su concepción más amplia y de manera específica se genera en base a una guía definitoria y práctica en la cual se desenvuelven la

totalidad de las prestaciones otorgadas, a partir del GES Depresión (Garantía Explícitas de Salud), el cual proporciona una serie de lineamientos estratégicos a seguir, tales como las características de la atención, los protocolos de atención, marco teórico, tratamientos y tipos y subtipos de depresión, entre otros. Lo anterior otorga al profesional el fundamento de las acciones y decisiones que toma, las cuales se encuentran delimitadas y fundamentadas a nivel institucional y nacional las cuales permiten al profesional desarrollar su quehacer profesional bajo un marco estipulado y específico de trabajo.

“...La consultoría de salud mental todas las prestaciones que entrega el programa tienen que ver con el auge de depresión ese es como el marco de la depresión...”
(Trabajador Social Unidad Salud Mental)

“...si tu quieres ver como los lineamientos estratégicos tienen que referirse al GES de depresión que tiene una nueva versión este año 2010 y el anterior data del año 2006...”***(Trabajador Social Unidad Salud Mental)***

3.- Finalidad de la Consultoría de Salud Mental.

La finalidad de la Consultoría de Salud Mental corresponde a las acciones que permiten desarrollar una retroalimentación y constante capacitación en cuanto al quehacer profesional según el contexto y las características del usuario lo que permite una mayor agilidad del proceso y permite manejar las situaciones profesionales con un mayor grado de dominio y experticia ante situaciones problemáticas.

La finalidad de la consultoría de salud mental posee dos criterios:

3.1. Finalidad para el Equipo Ejecutor: lo que se busca con la presente finalidad es lograr que el quehacer profesional se vea beneficiado en cuanto a disminuir las problemáticas y aspectos erróneos en cuanto al manejo y diagnóstico de los pacientes usuarios del sistema de salud.

Los resultados esperados por el equipo ejecutor en este caso profesionales de atención Terciaria de Salud despliegan todos sus conocimientos en la capacitación, con el objetivo de agilizar el quehacer profesional entre los equipos de trabajo, lo cual significa una mayor comunicación y retroalimentación entre los niveles de atención de salud, por ende una disminución de diagnósticos erróneos lo que repercute en el trabajo interno de los profesionales correspondientes al

equipo ejecutor aumentando así la experiencia y los conocimientos propios a nivel profesional.

“...a mi me gusta las consultorías porque yo aprendo mucho, aprendo un montón de cuestiones que no se hablan acá también y que te sirven en la atención primaria como te dije yo trabajo en un consultorio...” (Trabajador Social Unidad Salud Mental)

“...nos conviene a todos por ejemplo a mi me conviene hacer consultorías aunque el equipo no este tan comprometido porque así voy a recibir menos derivaciones inadecuadas de ellos...” (Trabajador Social Unidad Salud Mental)



Fotografía N° 20 Equipo Profesional del CES Brígida-Zavala participando de la Consultoría de Salud Mental

3.2. Finalidad para el Equipo Capacitado: La presente finalidad corresponde a los beneficios que obtienen los profesionales al momento de recibir la capacitación, los cuales van dirigidos al mejoramiento del quehacer profesional, lo anterior plantea incidencias directas en los pacientes ya que disminuye el tiempo de diagnóstico de una patología permitiendo así que el usuario obtenga el bienestar en menor tiempo. Esto se plantea a partir de la obtención de mayor conocimiento y seguridad ante los posibles diagnósticos que sean realizados a la población usuaria.

**“...Tiene por objetivo que los equipos de atención primaria reciban información competencias y habilidades para aumentar sus competencias técnicas...”
(Trabajador Social Unidad Salud Mental)**

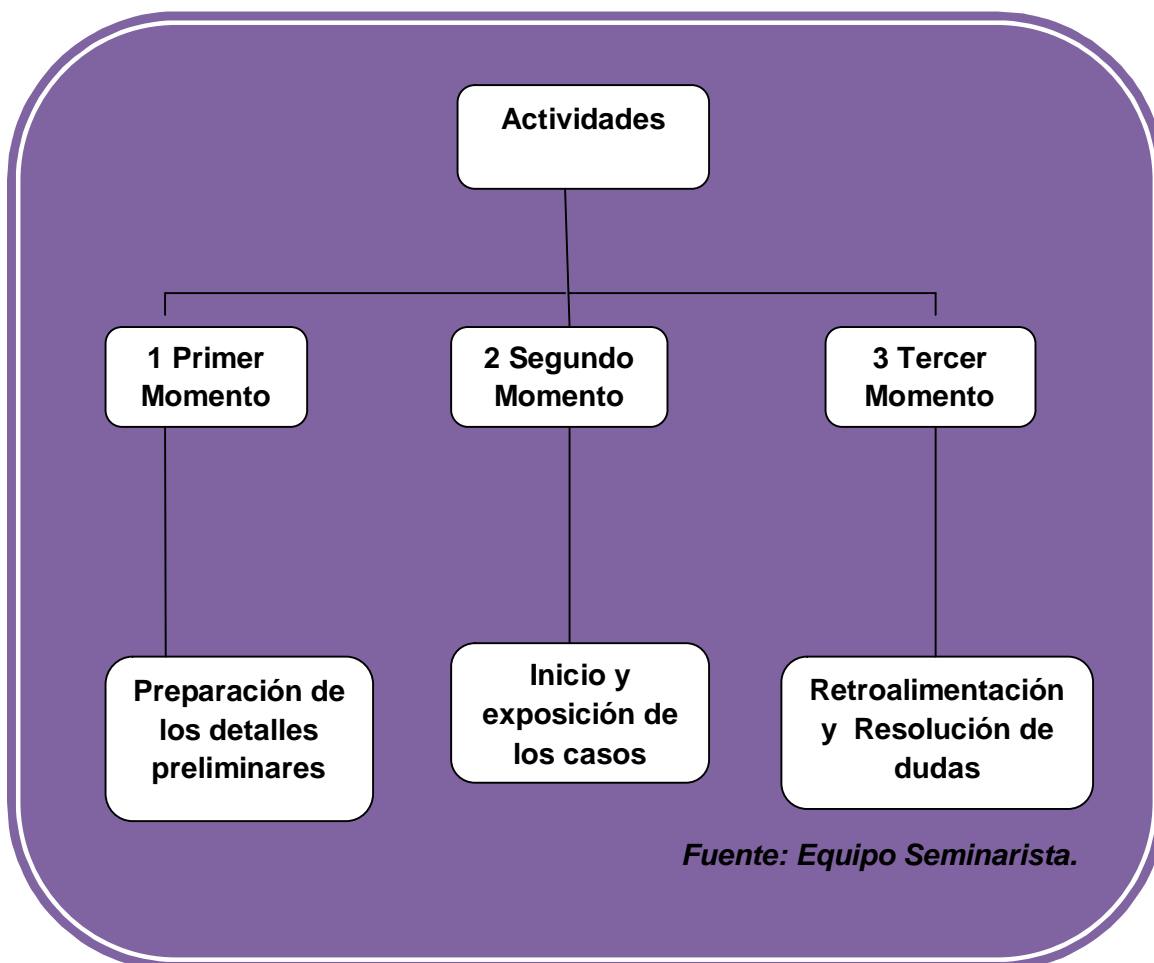
“...les permitan resolver patologías en su propio establecimiento así como también derivar en forma oportuna y clínicamente pertinente...” (Trabajador Social Unidad Salud Mental)

4.- Actividades de Consultoría de Salud Mental.

Para el desarrollo de la consultoría de salud mental es necesario ejecutar algunas tareas y acciones que posibilitan el desarrollo de la misma, lo cual conforma las actividades genéricas de una misma situación en este caso la implementación de la situación profesional en sí misma.

Sin el desarrollo de las acciones anteriormente presentadas no podría ser desarrollada la consultoría de salud mental es ahí la importancia de las actividades en el proceso ya que dan paso a una acción mayor de trabajo la cual conforma el quehacer profesional en diferentes ámbitos.

Diagrama Nº 15. Actividades Presentes.



4.1. Primer Momento: Este periodo comienza con la preparación de los establecimientos en los cuales se va a realizar la consultoría de salud mental, en este momento se definen los equipos que van a realizar el trabajo de capacitación en los diferentes Centros de Salud Familiar, esta acción se encuentra presidida por la doctora a cargo de coordinar las acciones anteriores, en este momento se pueden afinar algunas informaciones específicas en cuanto a las posibles dudas que los equipos de trabajo puedan tener, previo requerimiento de los mismos.

Es importante destacar que el primer paso de la Consultoría de Salud Mental, correspondiente a los preparativos previos va a depender de la temática de la misma, la cual puede contener un espacio de educación en el cual los profesionales de la Atención Terciaria de salud exponen sobre alguna temática de importancia para el equipo de trabajo APS, como también la presentación de un caso en vivo donde el usuario/a es entrevistado por el psiquiatra mientras el equipo observa la entrevista sin intervención profesional.

Lo anterior va a depender de las necesidades de cada uno de los Centros de Salud Familiar, por lo cual son los encargados de solicitar la temática que más requieran para el desarrollo de la Consultoría de Salud Mental.

4.2. Segundo Momento: En esta instancia el equipo de trabajo de la Atención Terciaria de Salud ingresa a los respectivos Centros de Salud Familiar encontrándose con el equipo de trabajo interno con los cuales se da inicio a la consultoría comenzando con la exposición de los casos y dudas de mayor complejidad para los profesionales, los cuales requieren de un mayor nivel de análisis y sugiere un mayor tiempo en cuanto al diagnóstico en sí.

4.3. Tercer Momento: En esta última instancia el equipo capacitador responde las dudas existentes realizando una retroalimentación en cuanto al conocimiento, realiza un ejercicio de fortalecimiento de los aspectos trabajados por los equipos y en general resuelve aspectos incompletos en cuanto al quehacer profesional.

5.- Vinculación con demás Empleos y Equipos de Trabajo.

La vinculación con los demás empleos y equipos de trabajo permite que las relaciones profesionales se basen en una constante cooperación entre los mismos, lo que permite una interacción entre diferentes campos y áreas de trabajo con el objetivo de llevar a cabo la consultoría de salud mental.

Lo anterior cobra importancia a partir del desarrollo de la situación profesional ya que ésta se fundamenta en la interacción con profesionales de

distinta área y con equipos de trabajo con los cuales se espera realizar un trabajo de constante coordinación y retroalimentación entre los mismos, lo cual permite una mayor seguridad entre los profesionales ya que el hecho de tener la mirada del abanico de profesionales refuerza el diagnóstico de los usuarios y despeja cualquier incongruencia que pudiera existir en el desarrollo del ejercicio profesional.

“...nos apoyamos de hecho el ingreso se hace en equipo con psiquiatra asistente social y psicólogo y conversamos y el psiquiatra por lo menos con la doctora que trabajo yo y es lo que uno ve en los otros programas siempre quiere estar acompañada...” (Trabajador Social Unidad Salud Mental)

“...y así se generan diagnósticos con mayor seguridad con más certeza y así la doctora pone el diagnóstico con certeza y a todos nos queda claro, la doctora pone que es bipolar y a todos nos quedo claro que es bipolar entonces la doctora así tiene más seguridad...” (Trabajador Social Unidad Salud Mental)



Fotografía N° 21 Realización de Consultoría de Salud Mental en CES Brígida-Zavala

6.- Niveles de Autonomía y Responsabilidad presentes en la Consultoría de Salud Mental.

El nivel de autonomía y responsabilidad se presenta como una característica en el desarrollo de la consultoría de Salud mental la cual permite definir las acciones propias de cada uno de los profesionales en sus diferentes ámbitos de trabajo.

A partir de lo anterior la autonomía y responsabilidad presentes en la situación profesional se plantean de manera diferentes ya que estas varían según las acciones y la temática con la cual los profesionales trabajen, la diferencia planteada se expresa a partir de los siguientes fragmentos clasificados en dos criterios:

6.1. Autonomía y responsabilidad en la planificación de la Consultoría de Salud Mental.

Según este criterio se observa una ausencia de autonomía y responsabilidad para el desarrollo de la situación profesional ya que la ejecución de la misma no corresponde a una labor exclusiva de los/as trabajadores sociales sino que existe un equilibrio de los profesionales en cuanto a su desarrollo ya que todos son participes en la ejecución y solo existe una preponderancia en cuanto a la planificación de la misma la cual está definida por otro profesional en específico.

“...Ninguno, no porque no se aplica el concepto de autonomía porque uno dice, o sea yo decido a que consultoría participo y me comprometo entonces el concepto de autonomía no es significativo acá,..” ((Trabajador Social Unidad Salud Mental)

6.2. Autonomía y responsabilidad en el desarrollo de la consultoría de salud mental.

En el presente criterio existe una mayor flexibilidad en cuanto a la presentación de acciones conducentes al desarrollo de la consultoría de salud mental donde la experticia profesional cobra relevancia logrando así llevar a cabo el manejo profesional pertinente y necesario para el logro de los objetivos planteados.

“...entonces en ámbitos cercanos a la familia, ámbitos cercanos a lo legal en temas de violencia intrafamiliar uno es como bastante validado ya en ámbitos farmacológicos nada que hacerle, el psiquiatra es el que tiene la primera palabra...”
(Trabajador Social Unidad Salud Mental)

***“...yo encuentro que la autonomía es como plena en el momento de la situación profesional, en la planificación no se aplica el concepto de autonomía...”
(Trabajador Social Unidad Salud Mental)***

7.- Complejidades presentes en la Consultoría de Salud Mental.

Las complejidades presentes en el quehacer profesional corresponden a los posibles inconvenientes y problemáticas que entorpecen el desarrollo normal de la situación profesional, los cuales forman parte de los procesos de aprendizajes y del mejoramiento de aspectos posibles de abordar.

En la consultoría de Salud Mental no se observaron mayores complejidades descritas por los profesionales de manera particular sino que los inconvenientes se manifiestan de manera externa a los cuales el profesional no puede incidir de forma directa ya que su alcance es menor para dar solución a la problemática, más bien la dificultad se convierte en una característica de los equipos con que se trabajan más que una problemática directa en el desarrollo de la consultoría de salud mental.

Existen complejidades de carácter externo, la cual corresponde al restringido tiempo que poseen los equipos de Atención Primaria de Salud para la participación de la Consultoría de Salud Mental, debido a la alta demanda de trabajo a la cual deben cumplir en los respectivos Centros de Salud Familiar, determinado por la gran cantidad de usuarios/as del sector Público de Salud.

“...una debilidad quizás es que no se aproveche bien la consultoría por algunos equipos que era como el polo que yo les decía que eran los equipos que no preparaban los casos de pronto decían que no tenían tiempo para asistir a la consultoría...” (Trabajador Social Unidad Salud Mental)

“...así como una dificultad no habría ninguna, sería como un problema y uno no lo ve e todos los consultorios serían algunos consultorios...” (Trabajador Social Unidad Salud Mental)



Ámbito de Grupo

4. ÁMBITO DE GRUPO

4.1 Situación Profesional

Charlas de Clima Laboral

1.- Definición de Charlas de Clima Laboral:

Talleres orientados a contribuir al mejoramiento del clima laboral de los Servicios y Unidades del Hospital Dr. Gustavo Fricke; talleres compuestos por tres sesiones de charlas en las cuales se tratan las problemáticas específicas que afectan a cada Servicio, así como también las temáticas establecidas de comunicación, resolución de conflictos y dinámicas de grupo apropiadas para el mejoramiento del clima laboral.

Fuente: Equipo Seminarista.

2.- Contexto de las Charlas de Clima Laboral.

Las Charlas de Clima Laboral se insertan dentro de la normativa legal que establece los requerimientos para llevar a cabo el proceso de Acreditación del Hospital Dr. Gustavo Fricke, el cual es necesario para obtener el carácter de Hospital Auto gestionado. Dicha normativa, establece que dentro del Departamento de Recursos Humanos debe existir un área especializada en el tratamiento de las dimensiones de clima laboral presentes en los Servicios y/o Unidades del Hospital, por lo cual se crea la Unidad de Clima Laboral, la cual está a cargo del Diagnostico de Clima Laboral, el que determina cuales son los Servicios del Hospital que presentan problemas referentes a diversas temáticas a nivel de laboral que requieren ser intervenidas. Esta situación generó la creación de las Charlas de Clima Laboral que son talleres consiguientes al proceso de Diagnostico.

“Haber, la Unidad de Clima Laboral se creó por una eh normativa legal por los temas de los Hospitales Auto gestionados en Red...” (Trabajadora Social Unidad de Clima Laboral)

“...una de esas normativas dentro del Departamento de Recursos Humanos, es eh realizar periódicamente eh Diagnósticos de Clima Laboral con sus respectivas intervenciones...” (Trabajadora Social Unidad de Clima Laboral)

3.- Finalidad de las Charlas de Clima Laboral.

La finalidad fundamental de las Charlas de Clima Laboral, es contribuir de manera efectiva al mejoramiento del clima laboral de los Servicios del Hospital Dr. Gustavo Fricke. Contribución referente al tratamiento de problemáticas como relaciones humanas entre Funcionarios/as, estrés laboral, calidad de vida, Síndrome del Trabajador Quemado entre otras problemáticas detectadas por el Diagnóstico de Clima Laboral elaborado previamente, además de las tres charlas establecidas con las temáticas de comunicación, resolución de conflictos y aplicación de dinámicas grupales coherentes al Servicio y grupo humano en el que se intenta mejorar su calidad de vida laboral.



Fotografía N° 22 Trabajadora Social Realizando las Charlas de Clima Laboral

Cabe señalar que existen dos tipos de finalidades:

3.1. Finalidad a Nivel Institucional: Básicamente se centra en evitar el ausentismo laboral por parte de los/las Funcionarios/as que se desempeñan en el Hospital. Esta situación se explica por el cansancio, problemas de resolución de conflictos, disfuncionalidad en las relaciones humanas entre otras problemáticas laborales que afectan a los/las Funcionarios/as de los diferentes Servicios del Hospital, los cuales tienden a presentar regularmente, patologías de tipo osteo muscular y salud mental. Esto genera ausentismo laboral debido a que los/las Funcionarios/as presentan licencias médicas que muchas veces son sostenidas en el tiempo debido a la complejidad de su estado de salud; situación que a su vez genera que el Hospital deba conseguir un reemplazo para ese puesto de trabajo, y pagar tanto a ese reemplazo como a él/la Funcionario/a enfermo y su respectiva licencia médica. Es por esta razón por lo cual reviste gran importancia el tratamiento y mejoramiento del clima laboral de los diferentes Servicios del Hospital, ya que se centra en el mejoramiento de la calidad de vida de los/las Funcionarios/as en virtud de sus puestos de trabajo, su desenvolvimiento y desempeño en su respectivo contexto laboral.

***“...fríamente disminuir el ausentismo, esa es la causa...” (Trabajadora Social
Unidad de Clima Laboral)***

***“...si nosotros no bajamos el ausentismo, el Hospital paga la licencia, paga al
Funcionario y paga al reemplazo, pierde mucha plata...” (Trabajadora Social Unidad
de Clima Laboral)***

3.2. Finalidad a Nivel de los/las Funcionarios/as: El tratamiento de las diferentes problemáticas que afectan a la calidad de vida laboral de los/las Funcionarios/as de los diferentes Servicios, reviste gran importancia para éstos/as, ya que pueden participar de un espacio distendido y lúdico en el cual pueden abstraerse de su rutina laboral, con el fin de mejorar aspectos de su vida personal, así como también inconvenientes que afectan a su desempeño laboral, también mejorar problemas de comunicación y relaciones humanas que se presentan en su contexto de trabajo.

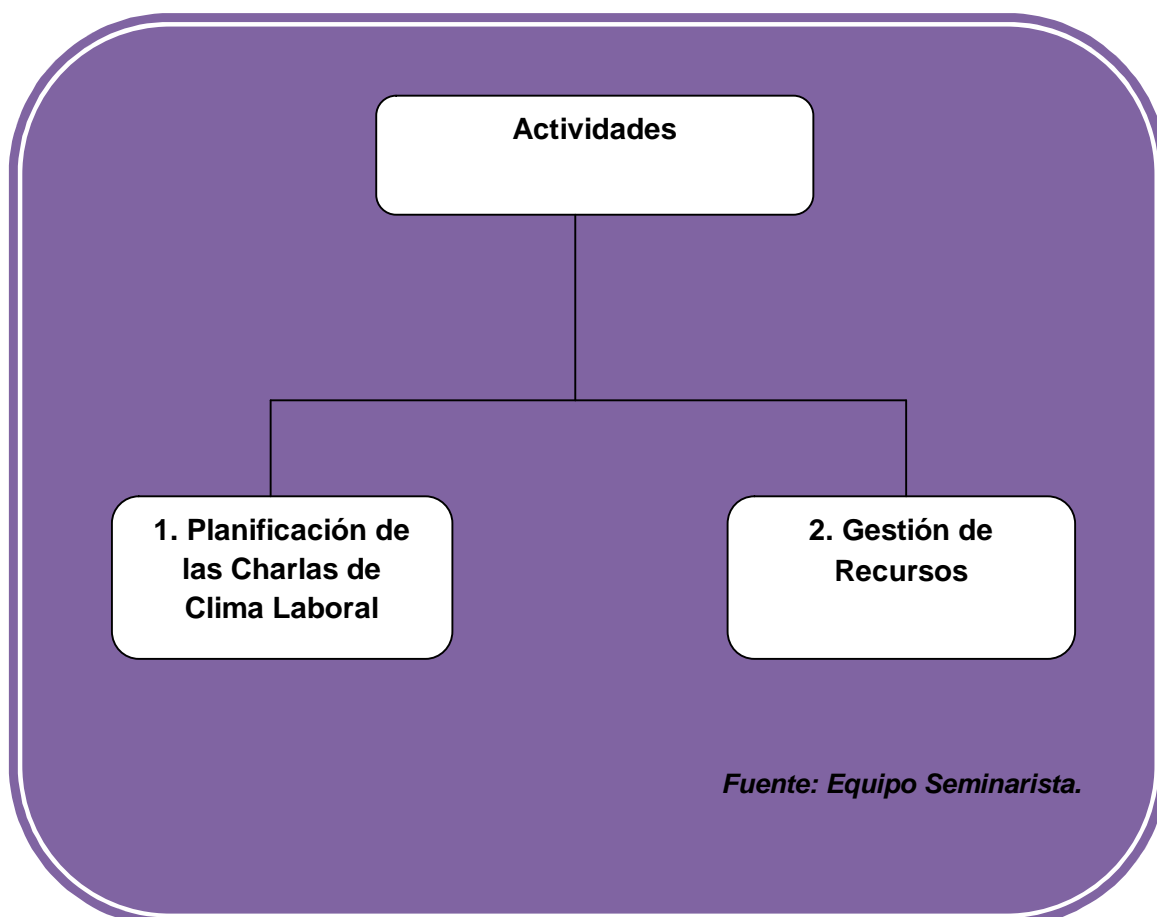
“...pero la gente necesita hacer catarsis, necesita un espacio donde conversar sus problemáticas cierto, porque piensa tu que acá eh, los Funcionarios duermen acá, o sea de ocho a ocho, tienen tercer y cuarto turno, llevan cuarenta años trabajando...”
(Trabajadora Social Unidad de Clima Laboral)

4.- Actividades de las Charlas de Clima Laboral.

En primer lugar, cabe señalar que las Charlas de Clima Laboral se desarrollan a partir de los resultados emanados del Diagnóstico de Clima Laboral, el cual es desarrollado por la Unidad de Clima Laboral. Dicho Diagnóstico arroja las diferentes problemáticas que afectan a los Funcionarios de los Servicios y Unidades del Hospital en materia de clima laboral, con esa información se genera un catastro de los Servicios y Unidades que presentan las mayores dificultades, y consiguientemente la Trabajadora Social realiza las Charlas de Clima Laboral como método de intervención.

Las Charlas de Clima Laboral presentan las siguientes actividades en un orden secuencial:

Diagrama Nº 16. Actividades Presentes en las Charlas de Clima Laboral.



4.1. Planificación de las Charlas de Clima Laboral: Esta actividad consiste en estructurar las Charlas de Clima Laboral, de acuerdo a su funcionamiento y lineamientos básicos. En este caso, la Trabajadora Social debe coordinarse con las Jefaturas de los Servicios y Unidades del Hospital que presentaron dificultades y problemáticas en materia de clima laboral, con la finalidad de entregarles la planificación de las Charlas de Clima Laboral con las fechas, horarios y lugar de su realización. Entregada esta información, la Trabajadora Social espera la respuesta de los Servicios y Unidades del Hospital con la nomina de los Funcionarios/as a participar de las Charlas. De este modo la Profesional prepara la información correspondiente a las temáticas de Comunicación, Resolución de Conflictos y Dinámicas de Grupo para generar un momento de distensión que posibilite el tratamiento eficaz de las problemáticas de cada Servicio y/o Unidad.

“...entonces decidimos hacer tres sesiones una de comunicación, otra de resolución de conflictos, y otra de dinámicas, o sea que ya nosotros nos basamos en los resultados de clima pero a la vez incluimos estas tres charlas que van si o si...” (Trabajadora Social Unidad de Clima Laboral)

“...ahora estamos trabajando con trece Servicios, y de esos trece Servicios tenemos calendarizado hasta diciembre los lunes y los miércoles de cierta hora para que la gente vaya saliendo cierto...” (Trabajadora Social Unidad de Clima Laboral)

4.2. Gestión de Recursos: La Trabajadora Social efectúa una amplia gestión de recursos materiales y logísticos, en los cuales se incluyen los materiales e insumos necesarios para el desarrollo de cada Charla, la preparación de power point con la información pertinente a tratar, la entrega de materiales a los/las Funcionarios como lápices, hojas, informativos, etc. Lo cual es preparado con antelación al desarrollo de las Charlas.

“Ya, haber en el tema de gestión hay que ver todo el tema de logística, el material, si voy a entregar material, si no voy a entregar material, si voy a necesitar un power point, si voy a necesitar lápices, pizarra, si voy a necesitar listas de asistencia...” (Trabajadora Social Unidad de Clima Laboral)



Fotografía N° 23 Trabajadora Social Utilizando Insumos y Recursos para Desarrollar las Charlas de Clima Laboral

5.- Vinculación con demás Empleos y Equipos de Trabajo.

Para la planificación y desarrollo de las Charlas de Clima Laboral existe una integra labor profesional de la Trabajadora Social, por lo cual se establece como una Situación Profesional de carácter mono disciplinaria, en donde no es necesaria la vinculación con otros Empleos y/o Equipos de Trabajo. Cabe señalar que existe una preocupación por parte de la Profesional respecto a solicitar referencias pertinentes para desarrollar de mejor manera los contenidos de las Charlas, en donde se nutre de los conocimientos y documentos escritos de Psicólogos, tanto del Hospital como de Alumnos en Práctica; aun así, esta retroalimentación funciona solamente como carácter de referencia, ya que no tiene injerencia misma en las Charlas de Clima Laboral.

“Mira yo he tratado siempre de pedir referencias, eh lo que si tengo harta recepción y quizás tengo más redes son con los Psicólogos que han venido a hacer sus Prácticas acá, yo les pido todo el rato material, dame material de esto, dame material de esto otro, a la Psicóloga de Selección también le digo...” (Trabajadora Social Unidad de Clima Laboral)

Por otro lado, cabe señalar que existe una instancia de comunicación y reunión entre la Trabajadora Social y dos Equipos de Trabajo a nivel Intra Hospitalario posterior a la realización de las Charlas de Clima Laboral, pero en un

sentido netamente administrativo que no refiere una retroalimentación profesional sistemática y sostenida; estos Equipos son los del Departamento de Recursos Humanos y el de la Comisión de Salud, integrada por los cargos Directivos del Hospital. La Trabajadora Social presenta ante estos Equipos los principales resultados emanados de la realización de las Charlas, en donde incluye material audiovisual de las Charlas, informes finales, inquietudes y percepción Funcionaria de estas. Con estos resultados la Trabajadora Social pretende entregar validez a su labor profesional, informando a los cargos Directivos de los procesos y resultados más allá de su propio interés, pero desde la perspectiva de cumplir con estándares de protocolo profesional, propios de un puesto de trabajo inserto en un contexto laboral específico.

“...yo la comparto con la Jefatura de Recursos Humanos eh y a la Comisión de Salud que existe acá...” (Trabajadora Social Unidad de Clima Laboral)

6.- Nivel de Autonomía y Responsabilidad presentes en las Charlas de Clima Laboral.

La Trabajadora Social posee un total nivel de autonomía y responsabilidad tanto en la planificación, como en el desarrollo mismo de las Charlas de Clima Laboral. Este nivel de autonomía se expresa en la absoluta libertad que existe en su ejercicio profesional respecto a tomar las decisiones que considere pertinentes en pro del desarrollo de las Charlas. Claramente existe un alto nivel de responsabilidad debido al hecho que es solamente una Profesional la que debe realizar tanto la planificación como el desarrollo de Charlas, por lo cual a pesar de su alto nivel de autonomía, no debe perder de vista los objetivos del Departamento de Recursos Humanos, la Unidad de Clima Laboral y por supuesto del propio Hospital. Señalado lo anterior, cabe señalar que existe un nivel de responsabilidad amplio respecto al trabajo directo con los/las Funcionarios/as de los diferentes Servicios del Hospital, ya que a partir de su ejercicio profesional y las decisiones que tome puede depender de sobremanera la calidad de vida tanto a nivel personal como a nivel laboral de éstos/as.

“Mucha, el cien por ciento porque si un taller no funciona se termina mi trabajo, esa es como la responsabilidad...” (Trabajadora Social Unidad de Clima Laboral)

“...si quiero planifico mas lúdicamente, si quiero pongo videos cierto...”
(Trabajadora Social Unidad de Clima Laboral)

Cabe señalar que la Profesional posee una dependencia administrativa a la Unidad de Clima Laboral y al Departamento de Recursos Humanos respectivamente, los cuales han depositado confianza en su labor profesional; situación que se ha basado en los resultados emanados de la aplicación de la Encuesta de Percepción realizada a los/las Funcionarios/as participantes de las Charlas, los cuales han sido regularmente positivos. La Encuesta de Percepción es realizada con posterioridad a la finalización de las Charlas, y a partir de sus positivos resultados reflejados en favorables calificaciones, son el motivo para continuar realizando sistemáticamente las Charlas de Clima Laboral y aumentando el nivel de autonomía profesional.

7.- Complejidades presentes en las Charlas de Clima Laboral.

En el desarrollo de las Charlas de Clima Laboral se presenta una complejidad principal que es la falta de recursos humanos en la Unidad de Clima Laboral, lo que genera que la planificación y el desarrollo de las Charlas de Clima Laboral sea realizado de manera íntegra por una sola Profesional, que corresponde a la Trabajadora Social. Más allá de los buenos resultados de las Charlas, se genera una gran cantidad de funciones, que congruentemente se expresa en una sobrecarga de trabajo que podría afectar el desempeño laboral de la Profesional.



Fotografía N° 24 Trabajadora Social Atendiendo las Dudas de los/las Funcionarios/as en Medio del Taller de Charlas de Clima Laboral

Por otro lado, esta carencia de recursos humanos resta integralidad al tratamiento de clima laboral que pretende entregar la Unidad a los diferentes Servicios del Hospital, ya que solo se presenta la Trabajadora Social como una Profesional competente en el tema; de este modo, falta la retroalimentación y vinculación con otros Profesionales asociados al tema de clima laboral, de este modo no se cumple con el criterio de trabajo en equipo, lo cual es fundamental en el área de la salud.

“En el fondo, o sea yo no hago las Charlas sola porque quiera hacerlas sola, sino porque no hay otra Persona que esté en esta Unidad...” (Trabajadora Social Unidad de Clima Laboral)

“...ahora lo que hace falta aquí es ojalá otro Asistente Social, pero más que un Asistente Social otro Profesional de otra área, ya sea un Psicólogo o un Sociólogo, que me aporte su otra visión, su otra forma de hacer clima laboral...” (Trabajadora Social Unidad de Clima Laboral)



CAPÍTULO V

Análisis de Situaciones Profesionales

PRESENTACIÓN

A continuación se presenta el Capítulo referido al Análisis de las Situaciones Profesionales. En el presente Capítulo se puede encontrar el análisis de las once Situaciones Profesionales en los ámbitos de Caso y Familia, Gestión, Redes y Grupo desarrollado por el Equipo Seminarista en relación a las Variables Descriptivas de una Situación Profesional (Le Boterf, 2001) además de la variable Contexto.

El presente Capítulo se estructura de acuerdo a los siguientes contenidos:

- 1. Contextos de las Situaciones Profesionales**
- 2. Finalidades de las Situaciones Profesionales**
- 3. Vinculación con Otros Empleos y/o Equipos de Trabajo**
- 4. Nivel de Autonomía y Responsabilidad**
- 5. Complejidades Presentes en las Situaciones Profesionales**

ANÁLISIS DE SITUACIONES PROFESIONALES

1. Contextos de las Situaciones Profesionales.

Tabla Nº 12.

Situaciones Profesionales	Tipos de Contexto						
	Urgencia Profesional	Político	Demanda Funcionaria	Corroboración de Datos Entregados	Extra-Hospitalario	Institucional	Protocolo de Atención
Visita Domiciliaria	X			X			
Programa de Inducción para los Funcionarios		X					
Visita Psicosocial en Sala	X						
Gestión de Redes					X	X	

Consulta para Tratamiento Social		X			
Gestión de Información, Reclamos, Felicitaciones y Sugerencias	X	X			
Seguimiento de Casos	X				
Charlas de Clima Laboral					
Evaluación de Diagnostico y de Ingreso	X				
Consultoría de Salud Mental		X			
Atención de Consultas del Funcionario.		X	X		

El Contexto presente en cada Situación Profesional representa la base y marco fundamental en el cual se desarrolla. Es posible establecer que las Situaciones Profesionales de Trabajo Social en el Hospital Dr. Gustavo Fricke presentan los siguientes tipos de contextos:

1.- Urgencia Profesional: Este tipo de contexto se presenta cuando el profesional debe actuar con un criterio de urgencia frente a una problemática social que debe ser resuelta a la brevedad.

2.- Político: Este tipo de contexto corresponde al marco y/o fundamento político que principalmente corresponde a Políticas Institucionales y Públicas a las cuales se adscribe la Situación Profesional.

3.- Demanda Funcionaria: Este contexto se presenta a partir del propio requerimiento de los funcionarios del Hospital los cuales solicitan tener un espacio de atención profesional.

4.- Corroboración de Datos Entregados: Este contexto se presenta cuando el Trabajador Social tiene la necesidad profesional de obtener mayor información, tanto para el desarrollo de la situación profesional que se efectúa como para la realización de situaciones profesionales complementarias.

5.- Extra-hospitalario: Este contexto corresponde a los requerimientos efectuados por instituciones externas al Hospital (Tribunales, Centros de Atención Primaria de Salud, Municipalidades) que solicitan al Trabajador Social el tratamiento del caso.

6.- Institucional: Este contexto corresponde a las actividades y situaciones específicas desarrolladas dentro del Hospital y frente a las cuales el Trabajador Social debe hacerse cargo.

7.- Protocolo de Atención: Este contexto se basa en lineamientos establecidos del Trabajo Social a partir de documentos que sintetizan la información.

A partir de la descripción previamente realizada, es posible señalar que los Contextos que se presentan en mayor cantidad corresponden a Urgencia Profesional y Político. En el caso de Urgencia Profesional se logra establecer que a nivel profesional de Trabajo Social existe una concepción de importancia con relación a la necesidad de dar una pronta solución a las problemáticas.

Con relación al Contexto político, siendo el Hospital un organismo público de Salud se rige por una serie de políticas públicas e institucionales en las cuales se enmarca el ejercicio profesional del Trabajo Social.

Con relación a los demás tipos de contextos cabe señalar que, a pesar de que no se presentan de forma recurrente, aun así estos poseen un carácter de gran importancia, puesto que son específicos de cada unidad o servicio del hospital en el cual se encuentra presente la profesión. Demostrando que en la presente institución es posible la convivencia de diversos contextos, situación que permite entender que el/la Trabajador/a Social no solo fundamenta su quehacer profesional en la experiencia y practica, sino que también posee marcos y estructuras formales de desempeño Profesional.

En la experiencia del hospital Dr. Gustavo Fricke, el trabajo social como profesión se logra adaptar a los diferentes Servicios y áreas del Hospital, los cuales poseen sus propios contextos. Frente a esto la profesión es capaz de poner en práctica todos sus recursos profesionales y competencias personales con el fin de desarrollar su quehacer profesional permitiendo el logro de los objetivos establecidos.

2. Finalidades de las Situaciones Profesionales.

Tabla Nº 13.

Situaciones Profesionales	Tipos de Finalidades						
	General	A Nivel de Usuario	Especifica	A Nivel de Funcionario	A nivel Profesional	Bienestar de los Funcionarios	Institucional
Visita Domiciliaria	X		x				
Programa de Inducción para los Funcionarios				x			x
Visita Psicosocial en Sala	X		x				
Gestión de Redes		X			x		
Consulta para Tratamiento		X					

Social					
Gestión de Información, Reclamos, Felicitaciones y Sugerencias	X		x		
Seguimiento de Casos	X				
Charlas de Clima Laboral				x	
Evaluación de Diagnostico y de Ingreso	X		x		
Consultoría de Salud Mental		X			
Atención de Consultas del Funcionario.					

Fuente: Equipo Seminarista.

Las finalidades presentes corresponden a los fines específicos y objetivos que se quieren lograr al realizar la Situación Profesional. Es posible establecer que dentro de las Situaciones Profesionales en el Hospital Dr. Gustavo Fricke encontramos las siguientes finalidades:

1.- General: Este tipo de finalidad corresponde al logro de los Objetivos finales de la Situación Profesional.

2.- A Nivel de Usuario: Este tipo de finalidad corresponde al abordaje profesional que permite el tratamiento y satisfacción de las problemáticas y necesidades de los/las Usuarios/as,

3.- Específica: Este tipo de finalidad corresponde al desarrollo de tareas intermedias para el logro de la Situación Profesional.

4.- A Nivel del Funcionario: Este tipo de finalidad corresponde a dar tratamiento y solución a las diversas problemáticas que afectan a los funcionarios del Hospital.

5.- A nivel Profesional: Este tipo de finalidad corresponde a una herramienta del quehacer profesional la cual permite la retroalimentación con otros profesionales y equipos de trabajo.

6.- Bienestar de los Funcionarios: Este tipo de finalidad corresponde al poder brindar atención profesional con el objetivo de lograr un estado de bienestar en los funcionarios con el objetivo de resolver sus problemáticas.

7.- Institucional: Este tipo de finalidad tiene por objeto que el Trabajador Social procure el logro de los objetivos de las Unidades, Servicios y del mismo Hospital. De este modo se intenta lograr el buen funcionamiento del Hospital.

A partir de la información antes detallada, los tipos de finalidades que se presentan recurrentemente son las Generales y Específicas; ambas finalidades responden al logro efectivo de los objetivos fundamentales de las Situaciones Profesionales; cabe señalar que los objetivos planteados por los Trabajadores/as Sociales para las Situaciones Profesionales no necesariamente se encuentran establecidos de manera formal y concreta, sino que emanan del ejercicio profesional en sí.

Cabe señalar que el logro de las finalidades generables y específicas posee un carácter complementarias, ya que para el logro de la finalidades generales requieren del logro y satisfacción de las segundas.

El Trabajo Social posee objetivos profesionales claros y específicos solo por su condición de profesión del Área de las Ciencias Sociales; los cuales se

desarrollan de forma transversal a los objetivos institucionales del Hospital Dr. Gustavo Fricke, de sus Servicios y Unidades.

De lo anterior es posible desprender que los/las Trabajadores/as Sociales del Hospital tienen arraigada la importancia del logro de los objetivos de las respectivas situaciones profesionales; lo cual les permite enfocarse en el logro de estos utilizando de esta forma tanto los recursos institucionales y personales disponibles.

3. Vinculación con otros Empleos y/o Equipos de Trabajo.

Tabla N° 14.

Situaciones Profesionales	Tipos de Vinculación con otros Empleos y Equipos de Trabajo.	
	Existe Vinculación	No Existe Vinculación
Visita Domiciliaria	X	
Programa de Inducción para los Funcionarios		X
Visita Psicosocial en Sala	X	
Gestión de Redes	X	
Consulta para Tratamiento Social	X	
Gestión de Información, Reclamos, Felicitaciones y Sugerencias	X	
Seguimiento de Casos	X	
Charlas de Clima Laboral		X

Evaluación de Diagnostico y de Ingreso	X
Consultoría de Salud Mental	X
Atención de Consultas del Funcionario.	X

A partir de la información emanada del presente cuadro se puede establecer que la mayor parte de de Situaciones Profesionales presentan vinculación directa en su ejercicio profesional con otros Empleos y Equipos de Trabajo. A raíz de la experiencia del proceso de Sistematización, se puede establecer de manera transversal y global que la vinculación siempre se encuentra presente en el desarrollo de las situaciones profesionales; tanto en un nivel intrahospitalario como extra hospitalarios, y con profesionales de la misma disciplina y de otras también

Es posible establecer que los/las Trabajadores/as Sociales del Hospital, se desempeñan bajo una lógica de Trabajo en Red, en donde cobra importancia la retroalimentación con otros profesionales, tanto asistentes sociales como profesionales de otras disciplinas. Esto demuestra que el trabajador social a nivel profesional logra desarrollar tanto sus capacidades como a la vez logra percibir e incorporar nuevos conocimientos, los cuales a su vez complementan el logro de los objetivos.

Cabe señalar que es poco recurrente que el/la Trabajador/a Social no se vincule con otros Empleos o Equipos de Trabajo, pero aun así se presenta esta situación debido a una complejidad profesional referida a la falta de recursos humanos que participen el desarrollo de las Situaciones Profesionales; se presenta un carácter mono disciplinario que no responde a la lógica de trabajo en equipo que profesa el Hospital Dr. Gustavo Fricke.

4. Nivel de Autonomía y Responsabilidad.

Tabla N° 15

Situaciones Profesionales	Autonomía y Responsabilidad	
	Existe	No Existe
Visita Domiciliaria	X	
Programa de Inducción para los Funcionarios	X	
Visita Psicosocial en Sala	X	
Gestión de Redes	X	
Consulta para Tratamiento Social	X	
Gestión de Información, Reclamos, Felicitaciones y Sugerencias	X	
Seguimiento de Casos	X	
Charlas de Clima Laboral	X	
Evaluación de Diagnostico y de Ingreso	X	
Consultoría de Salud Mental	X	X
Atención de Consultas del Funcionario.	X	

A partir de la información emanada del recuadro anterior, es posible establecer de manera clara que el nivel de autonomía y responsabilidad presente en el desarrollo de las Situaciones Profesionales por parte de los/las Trabajadores/as Sociales es alto, redimiéndose solamente a una dependencia administrativa a la Unidad, Servicio o el mismo Hospital Gustavo Fricke, los cuales no poseen una lógica restrictiva de trabajo. Esta situación se demuestra a partir del ejercicio profesional de los mismos Trabajadores/as Sociales, los cuales tienen la libertad de tomar decisiones y gestionar las soluciones que considere más pertinentes para el logro efectivo de los objetivos de la Unidad, Servicio o el propio Hospital.

Este alto nivel de autonomía concierne que a su vez los/las Trabajadores Sociales poseen un alto nivel de responsabilidad con su puesto de trabajo, lo cual se refleja en las acciones y decisiones que toman para resolver las diversas problemáticas que enfrentan en su ejercicio profesional. En el caso de las Situaciones Profesionales, estas actúan como herramientas fundamentales que posibilitan el desarrollo eficiente y efectivo del puesto de trabajo que ocupan los/las Trabajadores/as Sociales, por esta razón, estos poseen una responsabilidad respecto a su labor desarrollada, tanto con la misma Profesión, la Unidad o Servicio, o bien con el mismo Hospital y los objetivos institucionales que estos conciernen.

Si bien todos los/las Trabajadores/as Sociales poseen un alto nivel de autonomía y responsabilidad en el planeamiento o planificación, gestión, ejecución o desarrollo de las Situaciones Profesionales, también está el caso en el cual no existe responsabilidad ni toma de decisiones en el planeamiento de la Situación Profesional lo cual está a cargo de otros Profesionales del área de la Medicina, como en el caso específico de la Consultoría de Salud Mental.

5.- Complejidades Presentes en las Situaciones Profesionales.

Tabla Nº 16.

Situaciones Profesionales	Tipos de Complejidades		
	Desarrollo del Quehacer Profesional	Interacción con otros Profesionales.	Falta de Recursos Humanos.
Visita Domiciliaria	X		
Programa de Inducción para los Funcionarios	X		
Visita Psicosocial en Sala	X		X
Gestión de Redes	X		
Consulta para Tratamiento Social	X		X
Gestión de Información, Reclamos, Felicitaciones y Sugerencias	X		X
Seguimiento de Casos	X		
Charlas de Clima Laboral			X
Evaluación de Diagnostico y de Ingreso		X	

Consultoría de Salud Mental	X	
Atención de Consultas del Funcionario.	X	

Las complejidades corresponden a las dificultades y obstáculos que presentan los/las Trabajadores/as Sociales en el desarrollo de las Situaciones Profesionales que llevan a cabo. Siguiendo esta lógica y tomando como referencia el recuadro anteriormente señalado, se pueden identificar tres tipos de complejidades:

1. Desarrollo del Quehacer Profesional: Este tipo de complejidad corresponde a una serie de dificultades que tienen la característica de ser básicas o de forma, es decir, no poseen una dificultad de vital importancia para los/las Trabajadores/as Sociales al momento de ejecutar las Situaciones Profesionales.

2. Interacción con Otros Profesionales: Esta complejidad corresponde a una divergencia en los criterios y juicios que entregan los Profesionales de diferentes áreas incluyendo al Trabajador Social, lo cual se fundamenta en la diferencia temática de las disciplinas y la respectiva formación académica.

3. Falta de Recursos Humanos: Esta complejidad corresponde a una sobrecarga laboral que experimentan los/las Trabajadores/as Sociales, los cuales deben desarrollar una serie de tareas y actividades propias de las Situaciones Profesionales debido a que no existen otros Profesionales de la misma disciplina u otras que contribuyan a su realización.

A partir de la tipología antes establecida se puede señalar que se presentan de manera recurrente las complejidades derivadas del Desarrollo del Quehacer Profesional, las cuales no significan una dificultad mayor para el desarrollo de las diferentes situaciones profesionales sino más bien entorpecen y dificultan el desarrollo de la misma. Lo anterior demarcado por el criterio profesional el cual sobrepasa los posibles inconvenientes, logrando así una intervención completa en el ejercicio profesional, esta característica es propia de los/las trabajadores sociales del hospital quienes poseen la característica de sobrellevar las dificultades y afrontar con total dominio cada una de las acciones profesionales.

Con relación a la complejidad correspondiente a la falta de recursos reviste una gran importancia ya que repercute en el ejercicio profesional afectando el cumplimiento de las tareas de manera óptima ya que se sobrecarga la labor en algunos profesionales quienes incurren en una serie de obligaciones que sobrepasan sus capacidades personales, de esta forma se cumplen las metas estipuladas a nivel hospitalario determinado por una alta demanda del ejercicio profesional.

Es posible señalar que a nivel hospitalario existe un déficit de profesionales, tanto médicos como de diferentes disciplinas; de esta forma nuestra profesión se ve afectada de gran manera, puesto que el número de estos que trabajan en el

hospital es reducido, teniendo en consideración los servicios, unidades y número de usuarios. De esta forma el profesional ejerce su labor con el fin de lograr satisfacer la gama de necesidades y a la vez los objetivos propios de la institución, lo cual no siempre se logra realizar de forma óptima.

En menor medida encontramos a la complejidad correspondiente a la interacción con otros profesionales que si bien se presenta como una dificultad esta posee la característica de ser inherente a cualquier equipo de trabajo, lo anterior representa una dificultad pero a su vez puede significar un real aprendizaje para el/la trabajador social, ya que la diversidad permite la retroalimentación con otros profesionales, la resolución de conflicto y en manera general poder sobrellevar las diferentes situaciones .



CAPÍTULO VI

Conclusiones y Proyecciones

PRESENTACIÓN

A continuación se presenta el Capítulo de Conclusiones y Proyecciones. En el presente Capítulo se pueden encontrar las conclusiones desarrolladas por el Equipo Seminarista en tres niveles.

El presente Capítulo se estructura de acuerdo a los siguientes contenidos:

- 1. Conclusiones en Torno al Trabajo Social**
 - 1.1. El Trabajo Social en el Nivel Terciario de Atención en Salud**
 - 1.2. Situaciones Profesionales de Trabajo Social en el Hospital Dr. Gustavo Fricke**
- 2. Conclusiones Metodológicas**
- 3. Proyecciones**

CONCLUSIONES Y PROYECCIONES

1. En Torno al Trabajo Social.

Desde la perspectiva que el Trabajo Social es una profesión que se desempeña en una amplia variedad de áreas, es posible establecer que el aporte fundamental del presente Seminario de Título, es abordar de manera completa y detallada el quehacer profesional de los/las Trabajadores/as Sociales en el Nivel Terciario de Atención en Salud, que representa el Hospital Dr. Gustavo Fricke de la comuna de Viña del Mar. Si bien el Trabajo Social es una profesión absolutamente institucionalizada en el país y con una vasta experiencia, no posee un amplio respaldo teórico respecto a sus funciones y quehacer profesional en las diferentes áreas e Instituciones en las que se desempeña y alberga; es por esta razón, que la experiencia referida en el presente Seminario de Título, representa un progreso innegable respecto al respaldo teórico escrito y concreto que entrega la Sistematización de las Situaciones Profesionales de Trabajo Social abordadas en esta área e Institución; no solo para los/las Trabajadores/as Sociales que se desempeñan en el Hospital Dr. Gustavo Fricke, sino que para otros Profesionales de otras áreas, o bien para la formación académica del Trabajo Social.

Siguiendo la lógica anterior, se pueden establecer diferentes conclusiones referidas al Trabajo Social en diferentes niveles, las cuales serán tratadas a continuación:

1.1. El Trabajo Social en el Nivel Terciario de Atención en Salud.

El Nivel Terciario de Atención en Salud representa para el Trabajo Social un escenario un tanto impermeable, el cual se presenta reactivo a aceptar de manera abierta el modelo biopsicosocial de salud, el cual integra de manera concomitante al Trabajo Social como un profesión con alta experticia en temáticas sociales y comprometido con la salud de las Personas en virtud de la integralidad que profesa su concepto actual. El Nivel Terciario representa un área de la salud nacional eminentemente comprometido con las especialidades médicas, en el cual los Profesionales del área de la Medicina poseen una posición privilegiada en la orgánica institucional de los Hospitales que ofrecen este Nivel de Atención; esta situación genera que los/las Trabajadores/as Sociales deban constantemente posicionarse como profesionales altamente capacitados y expertos en temáticas de vital importancia para el completo estado de salud de las Personas.

Por otro lado, el Nivel Terciario de Atención en Salud a pesar de poseer en sus lineamientos de trabajo un enfoque biopsicosocial en la atención de salud, posee un carácter eminentemente biomédico, lo cual no resulta altamente restrictivo para el ejercicio profesional desarrollado por los/las Trabajadores/as Sociales, ya que en el caso del Hospital Dr. Gustavo Fricke, les permite poner en práctica sus competencias personales y profesionales propias de la formación académica del Trabajo Social y la experiencia particular, obviamente adaptándose al contexto de la temática y a la dependencia administrativa que significa desempeñarse en alguna Unidad y/o Servicio del Hospital. De manera consiguiente, resulta positivo que en el caso del Hospital Dr. Gustavo Fricke, los/las Trabajadores/as Sociales puedan desempeñarse en diferentes temáticas en un mismo amparo Institucional, por ejemplo en Unidades como la de Bienestar y Clima Laboral que trabajan en virtud del funcionamiento institucional y con los Funcionarios, y por otro lado en la Unidad de Pacientes Hospitalizados, siendo una Unidad de apoyo a los Servicios Clínicos del Hospital y trabajando directamente con las Personas en la figura de Usuarios/as; es esa diversificación de funciones, acciones y actividades las que resultaron plasmadas en la presente experiencia de Sistematización.

A partir de lo anteriormente señalado y en base a la experiencia entregada por el Hospital Dr. Gustavo Fricke, resulta pertinente señalar que el/la Trabajador/a Social posee un desafío creciente respecto a su posicionamiento profesional mayor en el funcionamiento del Nivel Terciario de Salud, ya que claramente el tratamiento de patologías con un énfasis eminentemente médico resulta de vital importancia, pero debe existir un énfasis mucho más claro en elementos sociales y psicológicos como fundamentales en la salud de las Personas; esta labor debe ser desarrollada íntegramente por los/las Trabajadores/as Sociales, los cuales deben insertarse como profesionales capacitados para formar parte de los Equipos de Trabajo de manera paralela a Profesionales del área de la Medicina.

1.2. Situaciones Profesionales de Trabajo Social en el Hospital Dr. Gustavo Fricke.

El presente Seminario de Título proporciona un abordaje a las Situaciones Profesionales de Trabajo Social desarrolladas en el Hospital Dr. Gustavo Fricke enmarcadas en diferentes ámbitos, los cuales corresponden a Caso y Familia, Grupo, Redes y Gestión. A partir de esta situación es posible señalar que dentro de la formación académica del Trabajo Social nos encontramos con el ámbito de Caso y Familia y de Grupo como elementos conocidos dentro del ejercicio y

quehacer profesional de los/las Trabajadores/as Sociales, lo cual se expresa en que de un total de once Situaciones Profesionales sistematizadas, siete corresponden a estos dos ámbitos. Se explica esta situación debido a que el ámbito grupal y casuístico se han posicionado como parte tradicional del Trabajo Social en la mayoría de las áreas y temáticas de desempeño profesional. Aun así, los ámbitos de Gestión y Redes no son elementos al azar ni ajenos al Trabajo Social, ya que a nivel profesional se ha tenido que integrar específicamente en el área de la salud, el cual funciona esencialmente en virtud de estos dos ámbitos señalados.

A partir de lo anteriormente señalado es que resulta trascendente establecer que el Trabajo Social no solo goza de una experiencia y tradición profesional en el ámbito de la salud, sino que ha sabido aplicarlas y además adaptarse a los modelos y enfoques de trabajo que han adoptado las Instituciones de esta área para poder brindar una atención de calidad, eficiente y efectiva a sus Usuarios/as, integrando el componente social a sus objetivos y metas.

Cuando se refiere a experiencia y trayectoria profesional en el área de la salud, se está hablando que la presencia de Situaciones Profesionales eminentemente tradicionales del Trabajo Social en el Hospital Dr. Gustavo Fricke, como es el caso de la Visita Domiciliaria, demuestra de manera clara que la Profesión está absolutamente vigente, incluso contemplando como otras Profesiones como Enfermeras y Psicólogos las adoptan para fortalecer su propio trabajo. Por otro lado, cuando se refiere a adaptación e innovación profesional, se está hablando del ejercicio profesional basado en el desarrollo de Situaciones Profesionales actualizadas y adscritas a nuevos modelos y sistemas de trabajo, como es el caso de la Visita Psicosocial en Sala o la Evaluación Diagnóstica y de Ingreso, las cuales pertenecen al Programa Chile Crece Contigo, el cual es relativamente nuevo, pero que necesitó de profesionales capacitados como los/las Trabajadores/as Sociales para llevarse a cabo.

2. Conclusiones Metodológicas.

La metodología utilizada en el presente Seminario de Título corresponde a la Sistematización la cual permite el levantamiento de información nueva a través de la práctica en sí misma, la cual proporciona nuevo conocimiento a través de la praxis referida al ejercicio profesional.

La Sistematización permitió la realización de un proceso de aprendizaje constante en base al quehacer profesional en el Nivel Terciario de Atención en Salud, esto fue posible a partir del desarrollo de la presente metodología, la cual fue adecuada para el logro de los objetivos planteados con anterioridad ya que la metodología permite la integración de la práctica a la realidad misma, logrando así la complementación y retroalimentación de la nueva información obtenida.

La Sistematización corresponde a una metodología relativamente nueva, la cual fue posible validar a partir de la presente experiencia, ya que fue capaz de otorgar un ordenamiento claro, logrando pesquisar cada una de las reflexiones planteadas por los/as Trabajadores/as Sociales de la Atención Terciaria de Salud, a partir del propio ejercicio profesional, el cual muchas veces es desarrollado claramente por los/las Trabajadores/as Sociales pero la forma como se ejecuta no concierne un conocimiento en cuanto al origen, el porqué de cada una de las Situaciones Profesionales, y los diferentes componentes del ejercicio profesional, tales como las posibles complejidades, la autonomía en el quehacer profesional, la responsabilidad el cual le compete en la ejecución, los pasos a seguir para el desarrollo, etc.

Dentro de la Sistematización se utilizó el Juicio de Expertos, validación que realizan los/las Trabajadores/as Sociales al trabajo desarrollado por el Equipo Seminarista. Este hecho enriquece el ejercicio de aprendizaje ya que es de gran importancia para la ejecución del presente Seminario de Título ya que otorga el respaldo y soporte profesional necesario en la validación de los contenidos. Lo anterior es de gran relevancia ya que al utilizar la Sistematización como metodología se requiere el consentimiento del grupo involucrado en el proceso, en este caso fueron los/las Trabajadores/as Sociales del Hospital Dr. Gustavo Fricke.

3. Proyecciones.

Es posible señalar al finalizar este proceso, que la realización del presente Seminario de Título posee un carácter de suma importancia para el Equipo Seminarista. Puesto que al efectuar el Seminario de Título en el Hospital Dr. Gustavo Fricke, no solo se asume la responsabilidad de representar a la Universidad y mantener en alto el prestigio de esta, sino que también y producto del espíritu innovador y explorador del Equipo Seminarista se logró ingresar a un sistema e institución nuevo, generando y creando así un lazo inexistente entre el Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, el Hospital Dr. Gustavo Fricke y la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso. Se obtuvo el carácter y estándar de pioneros y creadores de un nexo inexistente entre estas Instituciones, realizando durante el período académico de un año un constante trabajo con diversos Profesionales, tanto Trabajadores Sociales como Equipos Médicos Multidisciplinarios en los diferentes Servicios y/o Unidades del Hospital. De esta forma se logró dejar las puertas abiertas de una nueva Institución, la cual posee la factibilidad de ser en el futuro un nuevo centro de Prácticas o Institución Patrocinante de Equipos Tesistas.

Cabe señalar que a lo largo del proceso de Seminario de Título, se logró pesquisar e identificar nuevas Situaciones Profesionales de Trabajo Social en diversos Servicios y Unidades del Hospital. De esta forma se declara que en virtud de la falta de tiempo y el afán de generar un trabajo de calidad por parte del Equipo Seminarista, se optó por dejar estas Situaciones Profesionales fuera del proceso de Sistematización, con la finalidad de que se constituyan como elementos trascendentales para el desarrollo de un futuro Seminario de Título. Es preciso recalcar que las Situaciones Profesionales aparecieron durante el proceso de desarrollo del Seminario de Título. Es así como se decidió mantener el número original de once Situaciones Profesionales en los Ámbitos correspondientes antes referidos.

Lo anteriormente señalado habla que dentro del proceso de Sistematización aparecieron nuevos elementos referentes a Situaciones Profesionales, pero cabe señalar nuevamente y expresamente que no fueron desechadas ni dejadas fuera del Seminario de Título de manera ilógica y arbitraria por el Equipo Seminarista, sino que desde un principio se estableció un número de once Situaciones Profesionales que corresponde a un número real y asequible a desarrollar en un proceso de Sistematización por los/las tres Alumnos/as que conforman el Equipo Seminarista; el número de once Situaciones Profesionales fue establecido de acuerdo a la Entrevista Semiestructurada aplicada preliminarmente a los nueve Trabajadores/as Sociales que conforman el Colectivo de Sistematización,

estableciendo por parte del Equipo Seminarista como un número propicio para desarrollar una Sistematización de calidad y profundidad.

Las Situaciones Profesionales que surgieron a lo largo del proceso fueron diversas pero como ya fue señalado con anterioridad, la envergadura no permitió desarrollar una Sistematización de estas, si no se hubiese transformado en un chequeo o catastro y no en una Sistematización de calidad que era lo que pretendía el Equipo Seminarista desde un principio.

Entre las Situaciones Profesionales que quedaron fuera del proceso se encuentran algunas del Ámbito de Comunidad en la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias del Hospital; ámbito que no fue tratado en el presente Seminario de Título; las Situaciones Profesionales corresponden a Gestión de Voluntariado, Apoyo y Seguimiento Espiritual, Difusión del Hospital Amigo.

A continuación se presentan las Situaciones Profesionales de Trabajo Social detectadas por el Equipo Seminarista en el Hospital Dr. Gustavo Fricke durante el desarrollo del Seminario de Título, pero que resultaron dejadas fuera de la Sistematización:

Tabla Nº 17. Situaciones Profesionales Surgidas Durante el Proceso de Sistematización.

Ámbitos	Situaciones Profesionales
<p style="text-align: center;">Comunidad</p>	<p style="text-align: center;">1. Gestión de Voluntariado</p> <p style="text-align: center;">2. Apoyo y Seguimiento Espiritual</p> <p style="text-align: center;">3. Difusión del Hospital Amigo</p> <p style="text-align: center;">4. Estudios de Satisfacción Usuaría</p>
<p style="text-align: center;">Caso y Familia</p>	<p style="text-align: center;">1. Intervenciones Familiares</p> <p style="text-align: center;">2. Evaluación Familiar</p> <p style="text-align: center;">3. Socio educación Familiar</p> <p style="text-align: center;">4. Orientaciones Familiares</p>

Gestión	<ol style="list-style-type: none">1. Proyectos de Bienestar2. Comisión Técnica de Salud Integral de los Funcionarios
Grupo	<ol style="list-style-type: none">1. Taller de Desvinculación Laboral2. Taller de Relajación y Autocuidado

Fuente: Equipo Seminarista.



Anexos



Entrevista Semi-Estructurada



Fecha:

Hora:

Situación Profesional:

Por favor responda las siguientes preguntas:

- 1.- ¿Cuál es su nombre?
- 2.- ¿En qué área del Hospital se desempeña?
- 3.- ¿Cuál es el contexto o marco que fundamenta la Situación Profesional?
- 4.- ¿El desarrollo de la Situación Profesional se fundamenta bajo algún referente Teórico?
- 5.- ¿Cómo definiría usted la Situación Profesional?
- 6.- ¿Qué se busca en la realización de la Situación Profesional? ¿Cuáles son sus fines?
- 7.- ¿Cuáles son los pasos a seguir para la realización de la Situación Profesional? ¿Cómo desarrolla Usted la Situación Profesional?
- 8.- ¿Cuál es el nivel de autonomía que posee usted para desarrollar la Situación Profesional? ¿Cuál es la responsabilidad que le compete al momento de planificar y ejecutar la Situación Profesional?
- 9.- Para el desarrollo de la Situación Profesional, ¿Es necesaria la vinculación y/o retroalimentación con otros Empleos y/o Equipos de Trabajo?
- 10.- ¿Cuáles son las dificultades que se presentan en el desarrollo de la Situación Profesional?



Pauta de Observación



Situación Profesional:

Unidad del Hospital:

1. Preparación Profesional para desarrollar la Situación Profesional.
2. Complejidades presentes en la Situación Profesional.
3. Desarrollo de la Situación Profesional por momentos.
4. Actividades específicas presentes en la Situación Profesional.
5. Vinculación con otros Equipos de Trabajo y/o Profesionales.
6. Nivel de Autonomía y Responsabilidad para realizar la Situación Profesional.



Referentes Bibliográficos

REFERENTES BIBLIOGRÁFICOS

-PUBLICACIONES ESCRITAS.

Castañeda, P.; Salamé, A. (2002) *“Competencias Profesionales de los/as Asistentes Sociales Titulados en la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso: Tradición y Transformación. Informe de Investigación”*. Revista Universitaria de Trabajo Social N° 1, Valparaíso. Escuela de Trabajo Social Universidad de Valparaíso.

Concha, M.; Giaconi, J. (2005) *“El Sistema de Salud Chileno Reformado”*. Chile, Universidad Mayor.

Gagneten, M.M. (1987) *“Hacia una Metodología de Sistematización de la Práctica”*. Buenos Aires: Editorial Humanitas.

Le Boterf, G. (2001) *“Ingeniería de las Competencias”*. Barcelona: Ediciones Gestión 2000.

MINISTERIO DE SALUD (1993) *“De Consultorio a Centro de Salud: Marco Conceptual”*. Santiago: MINSAL.

Sampieri, R. (1991) *“Metodología de la Investigación”*. México: Ediciones McGraw-Hill.

Santibañez, E.; Cárcamo, M.E. (1993) *“Manual para la Sistematización de Proyectos Educativos de Acción Social”*. Santiago: CIDE.

-SEMINARIOS DE TÍTULO.

Barrera, M; Ríos, M^a. (2007) *“Sistematización de Situaciones Profesionales en el Centro de Tratamiento Ambulatorio para Drogodependientes de la Comuna de Villa Alemana”*. Valparaíso: Escuela de Trabajo Social Universidad de Valparaíso.

Cubillos, S; Riveros, M; Saavedra, D. (2006) *“Situaciones Profesionales de Trabajo Social en la Atención Primaria de Salud: Informe de Sistematización”*. Valparaíso: Escuela de Trabajo Social Universidad de Valparaíso.

Ortiz, I; Sepúlveda, P; Soto C. (2009) *“Situaciones Profesionales de Trabajo Social en el Área de Protección, SENAME, Región de Valparaíso Sector Urbano”*. Valparaíso: Escuela de Trabajo Social Universidad de Valparaíso.

SEREMI DE SALUD (2005) Citado en BIENZOBAS, C, IBACETA, L. (2005) *“Balance Técnico de Competencias Profesionales de Trabajo Social en el Sector Salud. Informe del Proceso de Análisis”*. Valparaíso: Escuela de Trabajo Social Universidad de Valparaíso.

-DOCUMENTOS DE TRABAJO.

Castañeda, P. (2001) Apuntes Cátedra de Trabajo Social en Salud. Valparaíso: Escuela de Trabajo Social Universidad de Valparaíso.

Castañeda, P; Cazorla, K. (2006) Apuntes Cátedra de Trabajo Social en Salud. Valparaíso: Escuela de Trabajo Social Universidad de Valparaíso.

Castañeda, P. (2007) Apuntes Cátedra de Trabajo Social en Salud. Valparaíso: Escuela de Trabajo Social Universidad de Valparaíso.

-SITIOS DE INTERNET.

Colegio Médico de Chile (2003) *“El Sistema de Salud Chileno: Contexto Histórico y Normativo del Sistema de Salud Chileno”*. Unidad de Estudios del Colegio Médico de Chile.
<http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/biblioteca/documentos/otros/Sistemasaludchileno.pdf> Visitado en Abril del 2010.

Chile Crece Contigo (2009) www.crececontigo.cl, Visitado en Septiembre del 2010.

Hospital Dr. Gustavo Fricke (2008) www.hospitalfricke.cl, Visitado en Septiembre del 2010.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1997) *“Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI”*.
www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_sp.pdf, Visitado en Abril del 2010.

Rozas Villanueva, L. (2008) *“Niveles de Atención en Salud”* Material de Estudio Universidad de Concepción, Chile. www2.udec.cl/ofem/oem/natenc03.ppt, Visitado en Abril del 2010.