



Facultad de Derecho y Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social



**“TRABAJO SOCIAL Y GESTIÓN SOCIAL:
PROPUESTA DE PROCEDIMIENTOS DE COORDINACIÓN ENTRE
LOS NIVELES PRIMARIO, SECUNDARIO Y TERCIARIO DE SALUD
DE LA COMUNA DE VALPARAÍSO, EN TORNO A LOS
EMBARAZOS DE ALTO RIESGO CON COMPONENTE
PSICOSOCIAL”**

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

ALUMNOS: MARTA INOSTROZA ARANCIBIA
MARCELO NARBONA PÉREZ

DOCENTE GUIA: PATRICIA CASTAÑEDA MENESES

VALPARAISO, 2011

REF.: Informa evaluación y calificación Seminario
de Título de alumnos que indica.

VALPARAISO, 11 de noviembre de 2011.-

SEÑOR DECANO:

En cumplimiento de las disposiciones vigentes en la Universidad, en mi calidad de Profesora Guía, cumplo con informar a Ud. la evaluación practicada y calificación que he asignado al Seminario denominado: "**TRABAJO SOCIAL Y GESTION SOCIAL: PROPUESTA DE PROCEDIMIENTOS DE COORDINACIÓN ENTRE LOS NIVELES PRIMARIO, SECUNDARIO Y TERCIARIO DE SALUD DE LA COMUNA DE VALPARAISO EN TORNO A LOS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO CON COMPONENTE PSICOSOCIAL**", cursado durante el año académico de 2011 por el equipo de estudiantes de la Escuela de Trabajo Social, Srta. **MARTA INOSTROZA ARANCIBIA** y Sr. **MARCELO NARBONA PÉREZ**, incluyendo la sistematización de dicho seminario en el respectivo informe final.

Para efectos de la calificación se ha evaluado:

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

Como síntesis evaluativa se plantea que el Seminario de Título informado constituye una experiencia de trabajo en el marco de la gestión social en salud, que realiza importantes esfuerzos de coordinación entre los niveles primario, secundario y terciario en torno a la problemática de Embarazos de Alto Riesgo con componente psicosocial. La experiencia realizada se caracterizó en su implementación por un permanente reencuadre de acciones de trabajo, propio de los procesos de gestión, que sin embargo no siempre alcanzó a consolidar en forma plena los esfuerzos realizados en torno a los objetivos que se planteaban para el proceso. No obstante, constituye un importante aporte de gestión en el nivel operativo de salud a nivel comunal.

Por lo anteriormente expuesto vengo en calificar el presente Seminario de Título, con nota **6,5 (seis coma cinco)**.


PATRICIA CASTAÑEDA MENESES
PROFESORA GUIA

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

REF.: Informa evaluación y calificación Seminario
de Título de alumnos que indica.

VALPARAISO, 02 de noviembre de 2011.-

SEÑOR DECANO:

En cumplimiento de las disposiciones vigentes en la Universidad, en mi calidad de Profesora Informante, cumplo con informar a Ud. la evaluación practicada y calificación que he asignado al Seminario denominado: **“TRABAJO SOCIAL Y GESTION SOCIAL: PROPUESTA DE PROCEDIMIENTOS DE COORDINACION ENTRE LOS NIVELES PRIMARIO, SECUNDARIO Y TERCIARIO DE SALUD DE LA COMUNA DE VALPARAISO, EN TORNO A LOS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO CON COMPONENTE PSICOSOCIAL”**, cursado durante el año académico de 2011 por los alumnos de la Escuela de Trabajo Social, Srta. MARTA RAQUEL INOSTROZA ARANCIBIA y Sr. MARCELO ANDRES NARBONA PEREZ, incluyendo la sistematización de dicho seminario en el respectivo informe final.


El Seminario de Título pretende dar cuenta de una estructura metodológica para visibilizar los procesos de gestión pertinentes a los embarazos de alto riesgo con componente psicosocial, entre los niveles primario, secundario y terciario de salud. Para el logro de este objetivo, la dupla de autores se integra al Hospital Carlos Van Buren, además de vincularse con los equipos de Trabajadoras Sociales y Matronas del nivel primario en salud.

En cuanto al capítulo denominado *Marco de Referencia*, es posible señalar que la selección de ejes temáticos se evidencia como pertinente para respaldar un análisis posterior. Sin embargo, paralelamente, éstos se evalúan como concretos y escuetos para fortalecer propuestas de capítulos posteriores.

Respecto de los objetivos del Seminario de Título, se puede declarar que éstos se cumplen correctamente, dando cuenta de las principales características de la gestión internivel que requiere un embarazo en riesgo, específicamente se detallan las dificultades que acarrearán las contrarreferencias de los casos. Sin embargo, considerando lo interesante de los flujogramas reales e ideales planteados, se esperaba una mejor integración con ejes temáticos previamente señalados, lo que pudo haber nutrido aún más el capítulo referido a la propuesta de Red de Coordinación.

Cabe señalar, que la experiencia expuesta trae consigo un claro aporte a la tarea de lograr una gestión resolutoria entre los niveles primario, secundario y terciario de salud, más aún si consideramos el impacto en la política de salud pública que conlleva la problemática seleccionada vinculada al embarazo en riesgo. Sin duda, la réplica de estas experiencias son aplicables a otras temáticas prioritarias por el sistema de salud actual.

Por los motivos expuestos se evalúa el presente
Seminario de Título con calificación **6,0 (seis coma cero)**.



**KETTY CAZORLA BECERRA
PROFESORA INFORMANTE**

AL SEÑOR
ALBERTO BALBONTIN RETAMALES
DECANO
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
PRESENTE
KCB/fpu.-

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a todos quienes contribuyeron y participaron directa o indirectamente, en la elaboración del presente Seminario de Título.

En primer lugar dedicarla y agradecer a nuestros padres, por todo el esfuerzo que han realizado, para que podamos estar hoy concluyendo esta etapa tan importante en nuestras vidas, gracias por su apoyo incondicional y constante motivación a seguir a delante, todo esto es gracias a ustedes. Los amamos.

En segundo lugar queremos agradecer a Lidia Parra, nuestra supervisora institucional, por acogernos desde el principio, por su voluntad a colaborarnos siempre, por alentarnos y enseñarnos con cariño y simpatía muchas cosas que nos ayudaron a crecer personal y profesionalmente. Gracias Lidia querida.

También agradecer a nuestra profesora guía, Patricia Castañeda, por ser un referente a seguir, por colaborarnos a desarrollar este seminario con paciencia, buena voluntad y cariño. Muchas gracias profe, aprendimos mucho a través de usted.

Finalmente agradecer a nuestros familiares y amigos, especialmente a nuestras hermanas y hermanos, por su cariño y apoyo fundamental durante todos estos años.

Gracias a todos, por fin estamos concluyendo y no hubiera sido lo mismo sin ustedes.

RESUMEN EJECUTIVO

1. PRESENTACIÓN

SEMINARIO DE TÍTULO:	Trabajo Social y Gestión Social: Propuesta de procedimientos de coordinación entre los niveles Primario, Secundario y Terciario de Salud de la comuna de Valparaíso, en torno a los Embarazos de Alto Riesgo con componente Psicosocial.
EQUIPO SEMINARISTA:	Marta Inostroza Arancibia. Marcelo Narbona Pérez.
DOCENTE GUÍA:	Patricia Castañeda Meneses.
INSTITUCIÓN PATROCINANTE:	Hospital Carlos Van Buren.

2. FUNDAMENTACIÓN

En el presente documento se enmarca en el trabajo efectuado por la dupla seminarista, en donde se presenta una estructura metodológica que permite organizar los procesos de Gestión efectuados entre los niveles primario, secundario y terciario de Salud, en relación a la temática de Embarazos de Alto Riesgo con componente Psicosocial.

La importancia del seminario reside en generar antecedentes concretos, que permitan dar forma a los procedimientos y a las coordinaciones entre los distintos niveles de salud presentes en la comuna de Valparaíso. A través de la caracterización de la situación vigente en los Centros de Atención Primaria, identificando falencias al interior de estos, y generando propuestas de mejoras ante las mismas.

3. REFERENTES TEÓRICOS

- Referentes generales de la Gestión en salud.
- Embarazos de Alto Riesgo con componente Psicosocial.
- La Vulneración de Derechos de la Infancia.

4. OBJETIVOS DE TRABAJO

➤ **Objetivo 1:**

Caracterizar la problemática social asociada a casos de Embarazo de Alto Riesgo, de la comuna de Valparaíso, derivados a la unidad de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Carlos Van Buren, en el año 2010. Considerando los siguientes tópicos:

- Patologías del Embarazo.
- Patologías de Embarazo con componente de Riesgo Psicosocial.
- Centros de Derivación.

➤ **Objetivo 2:**

Identificar la situación real, de los Procedimientos realizados y la Coordinación existente en torno las redes de Atención de Salud., presente en los Centros de Atención Primaria de la comuna de Valparaíso. Mediante:

- Consulta a profesionales Trabajadores/as Sociales y Matrones/as, pertenecientes a la red de Atención Primaria de Salud en la comuna de Valparaíso, en torno al funcionamiento y flujo de la red de atención entre los tres niveles de atención.
- Cotejo comparativo entre situación ideal y situación real, en Centros de APS.
- Situaciones Tipo.
- Flujograma Real de Procedimientos en torno a Embarazos de Alto Riesgo con componente Psicosocial.

➤ **Objetivo 3:**

Proponer una Red de Coordinación en casos de Embarazo de Alto Riesgo con componente Psicosocial, que integre, Atención Primaria, Secundaria y Terciaria de Salud. A través de:

- Flujograma Ideal de Procedimientos en torno a Embarazos de Alto Riesgo con componente Psicosocial.

5. METODOLOGÍA DE TRABAJO

El presente Seminario de Título, se basa en una estructura metodológica tendiente a ordenar los procedimientos de Gestión realizados en la red asistencial de salud de la comuna de Valparaíso. Las decisiones metodológicas incluyeron levantamiento de información, análisis de la experiencia, y propuestas de mejoras.

6. CONCLUSIONES

En el presente segmento se dan a conocer las principales conclusiones asociadas a las Temáticas abordadas en presente documento. Las que se sitúan en torno, a la situación real de **Procedimientos de Atención e Intervención** realizados en los Centro de Atención Primaria de la Comuna de Valparaíso y en su **Coordinación** con los niveles Secundario y Terciario de salud. Estas fueron expuestas desde distintas perspectivas, donde se pudo detectar sus principales falencias.

Con respecto al trabajo que se realizó para concretar el logro de los objetivos planteados, se consideraron las distintas perspectivas involucradas en torno a los ejes temáticos abordados, primero para delimitar la magnitud de la problemática y luego para comenzar con el proceso de recopilación de las experiencias en torno a las situaciones planteadas, desde la visión tanto de APS como desde la unidad de Servicio Social del HCVB.

A través de la experiencia, se comprendió la complejidad que implica desde la Atención Primaria de Salud, lograr el bienestar pleno de una persona y su entorno

familiar. Identificando que a raíz de ésta se generan falencias que impiden otorgar una atención integral a la totalidad de los casos abordados.

A partir de esto se espera que el Seminario de Título, sirva como un antecedente concreto, para entender la importancia de generar acciones que permitan estructurar los procedimientos y las coordinaciones entre los distintos niveles de salud, con el objeto de otorgar atenciones integrales a los casos de embarazo con riesgo Psicosocial. Permitiendo ser la vez un referente para ser ampliado, a la atención e intervención de la totalidad de pacientes y familias que presenten problemáticas psicosociales, teniendo como fin principal evitar la vulneración de derechos de la infancia.

LISTADO DE SIGLAS

MINSAL:	Ministerio de Salud.
HCVB:	Hospital Carlos van Buren.
APS:	Atención Primaria de Salud.
SIGGES:	Sistema de Información para la Gestión de Garantías en Salud
ARO:	Alto Riesgo Obstétrico.
EAR:	Embarazos de Alto Riesgo
ChCC:	Chile Crece Contigo.
FONASA:	Fondo Nacional de Salud.
OH:	Alcoholismo.
DG:	Drogas.
VD:	Visita Domiciliaria.
CESFAM:	Centro de Salud Familiar.
CES:	Centro de Salud.
CAE:	Consultorio Adosado de Especialidades.
MP:	Medida de Protección
RRHH:	Recursos Humanos.
TICS:	Tecnologías de la información y la comunicación.
VIF:	Violencia Intrafamiliar.
CORMUVAL:	Corporación Municipal de Valparaíso.
CEDEM:	Centro de Estudios Para el Desarrollo de la Mujer.
GES:	Garantías Explícitas de Salud.
INE:	Instituto Nacional de Estadísticas
UNICEF:	Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (United Nations International Children's Emergency).
SSVSA:	Servicio de Salud Valparaíso San Antonio.
OIRS:	Oficina de Información Reclamos y Sugerencias.
UCI:	Unidad de Cuidados Intensivos.
UCIM:	Unidad de Cuidados Intermedios.
SAF:	Síndrome de Alcoholismo Fetal.
DFL:	Decreto con Fuerza de Ley.
AUGE:	Acceso Universal con Garantías Explícitas.
CECOF:	Centro Comunitario de Salud Familiar.
DPP:	Depresión Post Parto.



Índice

Presentación	1
Capítulo I: Marco General	2
1.1. Contexto Institucional	3
1.1.1. Contexto General en el que se enmarca el Seminario de Título	4
• Objetivo General.....	5
• Misión.....	5
• Visión.....	5
• Valores.....	5
• Promesas.....	5
• Historia Hospital Carlos Van Buren.....	6
• Estructura Organizacional.....	7
• Organigrama Institucional.....	9
• Política de la Institución.....	11
• Reforma Sanitaria.....	14
• Modelo de Autogestión en Red.....	16
• Autogestión en Red en el Hospital Carlos Van Buren.....	17
• Tipos de Beneficiarios.....	18
1.1.2. Contexto de Trabajo Social en la Institución	23
• Unidad de Bienestar del Personal.....	24
• Unidad de Atención a las Personas.....	26
• Unidad de Emergencia Adultos.....	29
• Unidad de Servicio Social.....	31
1.1.3. Contexto del Rol Profesional en la Institución	34
• Educador.....	34
• Asistencial.....	34
• Implementador de Programas y Proyectos.....	34
• Vinculador de redes.....	34
• Programas.....	35
1.1.4. Intervención Profesional dentro de la Institución	37
• Atención Profesional.....	37
• Apoyo a Compromisos de Gestión.....	42
• Apoyo Ges.....	43
• Supervisión y Control de Programas Ministeriales y Hospitalarios.....	44
Capítulo II: Marco de Referencia	45
2.1. El Sistema de Salud Chileno	46
• Organización del Sistema de Salud.....	46



• Subsector Público.....	46
• Ministerio de Salud.....	47
• Fondo Nacional de Salud.....	49
• Organización Asistencial del SNSS.....	50
• Reforma de Salud.....	52
• Estructura de la Reforma de Salud.....	52
2.1.1. Trabajo Social en Salud.....	55
• Funcionamiento.....	58
• Niveles de Intervención.....	58
• Motivos de Atención.....	58
• Temáticas Frecuentes	59
• Redes y Vínculos Institucionales.....	59
2.1.2. Profesionalidad y Situaciones Profesionales.....	62
• Profesionalidad.....	62
• Situaciones Profesionales.....	64
• Variables Descriptivas de una Situación Profesional.....	65
• Situaciones Profesionales Atención terciaria en Salud/Alta Complejidad en salud.....	66
• Ámbitos Intervención Social Directa.....	66
• Ámbito Gestión Social.....	67
• Ámbito Satisfacción Usuaría.....	68
Capítulo III: Diseño de Investigación.....	70
3.1. Marco Metodológico.....	71
3.1.1. Metodología de Trabajo.....	72
• Fundamentación.....	72
3.1.2. Organización Metodología del Proceso de Seminario de Título.....	75
• Directrices para la recolección de datos.....	75
• Objetivos de Sistematización.....	75
• Colectivo de las Situaciones Profesionales a Sistematizar.....	76
• Estrategias de Recolección de Información de las Situaciones Profesionales definidas para Sistematizar.....	77
Capítulo IV: Sistematización de la Información.....	81
4.1. Sistematización de la Información.....	82
4.1.1. Breve Reseña histórica de Situaciones Profesionales en la Unidad de Servicio Social, período 1983-1990 y 2000- 2008.....	83
• Organigrama.....	84
• Breve reseña histórica de Consulta Social.....	84
• Breve reseña histórica de la Visita Domiciliaria.....	85



• Breve reseña histórica de la Visita en Sala.....	86
• Breve reseña histórica de las Reuniones Técnicas Multidisciplinarias.....	86
• Breve reseña histórica de la Gestión Judicial.....	87
• Breve reseña histórica de la Coordinación o Jefatura de Unidad.....	87
• Breve reseña histórica de la Planificación y ejecución de proyectos de mejoramiento.....	87
• Breve reseña histórica del Asesoramiento técnico a Organizaciones Comunitarias y agrupaciones Intrahospitalarias.....	88
• Breve reseña histórica de la Gestión Docente.....	88
4.1.2. Situaciones Profesionales en el Ámbito de Atención Directa:	89
• Consulta Social.....	90
• Visita Domiciliaria.....	97
• Visita en Sala.....	103
4.1.3. Situaciones Profesionales en el Ámbito de Gestión Social:	109
• Reuniones Técnicas Multidisciplinarias.....	110
• Gestión Judicial.....	115
• Jefatura y Coordinación de Unidades.....	124
• Planificación y Ejecución de Proyectos de Mejoramiento.....	129
• Asesoramiento de Organizaciones comunitarias y Agrupaciones Intrahospitalarias.....	134
Capítulo V: Análisis Situaciones Profesionales.....	138
5.1. Análisis.....	139
5.1.1. Análisis de Situaciones Profesionales en el Ámbito de Atención Directa.....	140
• Consulta Social.....	141
• Visita Domiciliaria.....	146
• Visita en Sala ó en Box.....	150
5.1.2. Análisis de Situaciones Profesionales en el Ámbito de Gestión Social.....	155
• Reuniones Técnicas Multidisciplinarias.....	156
• Gestión Judicial.....	160
• Jefatura y coordinación de Unidades.....	167
• Planificación y Ejecución de Proyectos de Mejoramiento.....	171
• Asesoramiento de Organizaciones comunitarias y Agrupaciones Intrahospitalarias.....	175
Capítulo VI: Reflexiones y Conclusiones.....	179
6.1. Reflexiones profesionales.....	180
6.1.1. Situación Profesional: Persona, Puesto y Entorno.....	181
• La Persona.....	181
• El Puesto.....	183



• El Entorno.....	183
6.1.2. El Profesional: Aquel que sabe gestionar y manejar una situación profesional compleja.....	187
• Saber actuar y reaccionar con pertinencia.....	187
• Saber combinar los recursos y movilizarlos en un contexto.....	187
• Saber transferir.....	187
• Saber aprender y aprender a aprender.....	188
• Saber comprometerse.....	188
• Niveles de Profesionalidad.....	188
6.1.3. Posicionamiento del empleo en relación con otros empleos.....	192
• Posicionamiento basado en las competencias propias de la profesión.....	192
• Posicionamiento basado en asumir responsabilidades de gestión.....	192
6.2. Conclusiones.....	193
6.2.1. Conclusiones temáticas.....	194
• En torno a Trabajo Social en el Ámbito de Atención Directa en Atención Terciaria en Salud.....	196
• En torno a Trabajo Social en el Ámbito de Gestión Social en la Atención Terciaria en Salud.....	198
6.2.2. Conclusiones Metodológicas.....	200
6.2.3. Conclusiones en Torno a Trabajo Social.....	202
Capítulo VII: Bibliografía.....	204
• Textos.....	205
• Tesis y Documentos.....	205
• Fuentes electrónicas.....	205
• Fuentes primarias.....	207
• Otras fuentes.....	207

Índice de Tablas

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

Índice de Esquemas

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



Índice de Figuras

Figura 1-1 Hospital Carlos Van Buren.....	4
Figura 1-2 Historia hospital.....	6
Figura 1-3 Unidad de Bienestar del Personal.....	23
Figura 1-4 Unidad Atención a las personas.....	26
Figura 1-5 Unidad de Emergencia Adultos.....	29
Figura 1-6 Unidad de Servicio Social.....	31
Figura 4-1 Dolly Staig Asistente Social Jubilada Hospital Carlos Van Buren.....	82
Figura 4-2 Consulta Social.....	90
Figura 4-3 Consulta Social.....	91
Figura 4-4 Consulta Socia.....	92
Figura 4-5 Visita Domiciliaria.....	97
Figura 4-6 Visita Domiciliaria.....	98
Figura 4-7 Visita a Sala o Box.....	103
Figura 4-8 Visita a Sala o Box.....	104
Figura 4-9 Visita a Sala o Box.....	105
Figura 4-10 Reuniones Técnicas Multidisciplinarias.....	110
Figura 4-11 Reuniones Técnicas Multidisciplinarias.....	111
Figura 4-12 Gestión Judicial.....	115
Figura 4-13 Gestión Judicial.....	116
Figura 4-14 Gestión Judicial.....	119
Figura 4-15 Gestión Judicial.....	120
Figura 4-16 Jefatura y Coordinación de Unidades.....	124
Figura 4-17 Jefatura y Coordinación de Unidades.....	125
Figura 4-18 Planificación y Ejecución de Proyectos de Mejoramiento.....	129
Figura 4-19 Planificación y Ejecución de Proyectos de Mejoramiento.....	130
Figura 4-20 Planificación y Ejecución de Proyectos de Mejoramiento.....	131
Figura 4-21 Asesoramiento de Organizaciones comunitarias y Agrupaciones Intrahospitalarias.....	134
Figura 4-22 Asesoramiento de Organizaciones comunitarias y Agrupaciones Intrahospitalarias.....	135



PRESENTACIÓN

El Seminario de Título denominado: ***“Trabajo Social y Gestión Social: Propuesta de procedimientos de coordinación entre los niveles Primario, Secundario y Terciario de Salud de la comuna de Valparaíso, en torno a los Embarazos de Alto Riesgo con componente Psicosocial”***, se enmarca dentro del Contexto Institucional del Hospital Carlos Van Buren.

La importancia de la experiencia radica en generar antecedentes concretos, que permitan dar forma a los procedimientos y a las coordinaciones entre los distintos niveles de salud presentes en la comuna de Valparaíso, a través de la caracterización de la situación vigente en los Centros de Atención Primaria, identificando falencias al interior de estos, y generando propuestas de mejoras ante las mismas.

En este marco, la estructura del presente seminario se desglosa en capítulos. **El primero** de ellos hace alusión al contexto general en que se enmarca la experiencia, es decir, a la institución patrocinadora del seminario. En el **Segundo capítulo** se presentan todas aquellas consideraciones referenciales que enmarcan y sirven de soporte conceptual al trabajo realizado. Posteriormente se encuentra el **Tercer capítulo**, en el que se propone la metodología de trabajo, declarada mediante la fundamentación de la experiencia, los objetivos planteados y las técnicas de levantamiento de información.

El **Cuarto capítulo** expone la presentación y análisis de la experiencia, a través de:

- Caracterización general de la problemática.
- Resultados de Experiencia APS.
- Cotejo situación real – situación ideal APS.
- *Situaciones Tipo*.
- Flujograma real de procedimientos en casos de embarazo de Alto Riesgo con componente Psicosocial.

En el **Quinto capítulo** se dan a conocer las propuestas de mejoras realizadas, en base a las situaciones anteriormente analizadas. Estas fueron expresadas por medio de;



- Flujograma ideal que representa una propuesta de procedimiento de intervención en casos de Embarazo de Alto Riesgo con componente Psicosocial
- Cotejo de situación ideal – situación real de APS sujeto a propuesta de flujograma ideal.
- Situaciones Tipo sujeto a propuesta de Flujograma ideal.
- Procedimiento de validación, a través de Juicio de Expertos.

El **Sexto capítulo** presenta las conclusiones desarrolladas por el equipo seminarista, en el **Séptimo** capítulo se da a conocer la bibliografía utilizada para el presente trabajo y por último se adjuntan Anexos que complementan la experiencia.



Capítulo I

Marco

Institucional



1.1. Contexto Institucional

El hospital Carlos Van Buren es una institución social sin fines de lucro, la cual apunta sus directrices a la consecución de objetivos delimitados a través de las políticas públicas gubernamentales de nuestro país, entregando atenciones integrales a través, de las cuales se responde a las necesidades epidemiológicas y sociales de la comuna.

Dentro de organización del Hospital este entrega prestaciones de atención de salud; a usuarios tanto del sistema de salud público como privado en atención cerrada y abierta en todas sus especialidades.

Este mismo el recinto hospitalario entrega servicios en donde se desempeñan distintas personas por los que proporciona tanto a nivel individual como comunal una gran plataforma de empleos a la ciudad, haciendo de este un eje importantísimo en el desarrollo social de la ciudad de Valparaíso.

A continuación, se expresan las principales funciones, características y estructuras de la institución como los objetivos en los que se enmarca el hospital, su misión y visión como recinto hospitalario, los usuarios y beneficiarios de las prestaciones de la institución, y los recursos tanto humanos técnicos como económicos con que cuenta este, etc.

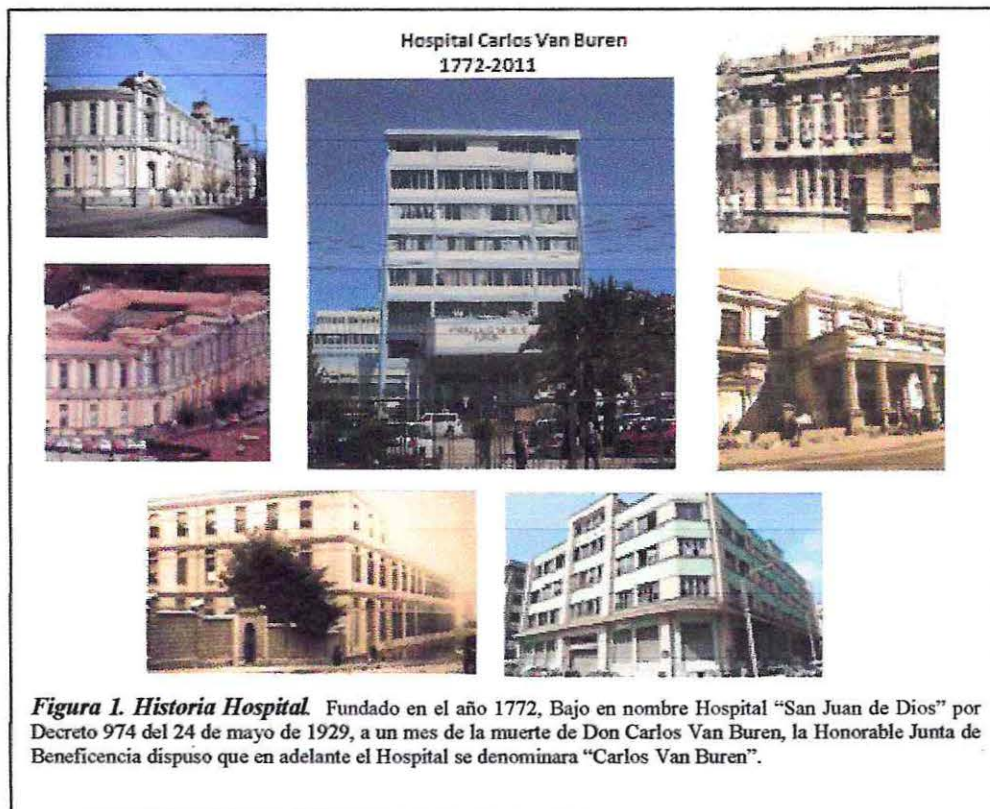


1.2. Contexto General en el que se enmarca el Seminario de Título

- **Nombre:** Hospital Carlos Van Buren (HCVB).
- **Tipo de Institución:** De carácter público sin fines de lucro, dependiente del Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud Valparaíso- San Antonio (SSVSA).
- **Dirección:** San Ignacio 725 Valparaíso
- **Fono:** 2364000 mesa central, 2364188 Dirección.
- **E-mail:** alejandra.sanchez@redsalud.gov.cl (OIRS)
- **Cobertura:** A todos los beneficiarios de FONASA y aquellos Convencionales. Población asignada en el año 2010 471.929.
- **Dotación de camas:** 542 camas, 23 camas UCI, 36 camas UCIM, con un promedio de días estada de 5.8
- **Radio de Acción:** Entendida como toda la población asignada al Hospital que corresponde a la jurisdicción del SSVSA, incluyendo las provincias de Valparaíso y San Antonio. Además de aquellas personas provenientes de otras zonas de la V Región y aquellos pacientes de la III, IV, VI Regiones, que requieren atención por especialidades como Neurología, Traumatología, Oncología, Imágenes Complejas y Diálisis Peritoneal.
- **Emplazamiento:** El hospital se emplaza en dos terrenos de dominio propio con 13 edificios, el primer y principal terreno de 28.167,77m², en el se encuentran gran parte de las especialidades del hospital, el segundo terreno está ubicado por la calle Blas cuevas con una superficie de 5.097m² que corresponde al edificio ex hospital de niños, utilizado actualmente por el jardín infantil del establecimiento, la fundación Lionel Cooper, Corporación Bresky a cargo del Programa de Salud mental, la clínica dental del consultorio de atención primaria del Hospital de Niños, además de oficinas administrativas y bodegas disgregadas del hospital.
- **Infraestructura:** El establecimiento se compone de 4 edificios principales: Torre Médica, Torre Quirúrgica, Oncología y Otorrino Oftalmología más el Consultorio Adosado de Especialidades (CAE). La superficie del terreno principal, es de 28.167m² y cuenta con una superficie construida aproximada de 40.559 m².



- **Misión:** “Somos una institución pública de salud, asistencial, docente, integrada a la red del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, que entrega prestaciones oportunas y de calidad a su comunidad a través de un equipo multidisciplinario, competente con servicios especializados de alta complejidad, ambulatoria y de hospitalización»
- **Visión:** «Queremos ser reconocidos como una institución de excelencia, innovadora, asistencial y docente, líder en especialidades de alta complejidad, comprometida con sus usuarios, la familia y la sociedad»
- **Valores:** Los valores que enmarcan todo accionar en la institución son: Compromiso, Equidad, Solidaridad, Respeto, Lealtad, Participación y Pro actividad



HISTORIA HOSPITAL CARLOS VAN BUREN

La historia del Hospital Carlos Van Buren se remonta a los albores de S. XVI, es pensar en tiempos de Corsarios y Piratas, en aquellos tiempos no se contaba con un hospital en el principal puerto de la capitanía general de Chile, así las embarcaciones que zarpaban desde el viejo continente a América tras su largo periplo y innumerables penurias, muchos de sus tripulantes padecían epidemias y enfermedades sin contar con un hospital donde tratar sus enfermedades y curar sus dolencias.

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



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

Los Hermanos de San Juan de Dios estuvieron a cargo del establecimiento hasta 1822, con ésta fecha se ordenó una investigación por parte del Cabildo, estableciéndose que el Hospital se hallaba muy abandonado, sin médico ni botica, culpándose de ello al prior, que entonces era Fray V.M. Solís. En vista de, esta situación se acordó que el hospital pasara a manos seculares, nombrándose un administrador y un económico tesorero.

Durante el decenio siguiente a 1822, en que hubo una administración interina, las cosas no anduvieron mucho mejor, a juzgar por el estado lamentable en que encontró el Hospital el *Sr. Benito Fernández Maqueira* al término de ese periodo. Nadie quería hospitalizarse; era necesario llevar los enfermos por fuerza y no les faltaba alguna razón, pues más de la mitad morían. El desaseo y la pobreza eran espantosos.

El personal se componía de catorce individuos, incluyendo Médico, Contador y Capellán. Había por este tiempo unos treinta a treinta y cinco enfermos diarios. La alimentación era deficiente. El panteón estaba en el mismo patio llegando los olores hasta las salas. En opinión del *Sr. Fernández Manqueira*, lo mejor que podía hacerse era quemar el edificio.

Administró después de los religiosos el *Sr. Francisco Fernández*, (primer administrador laico en el local antiguo), desde febrero de 1822 hasta 1833, luego fue reemplazado por *Don Francisco Riobó*, quién permaneció un año, entregando la administración al mencionado *Sr. Benito Fernández Maqueira*.



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

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

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

El 25 de Junio de 1907, ingresa al servicio del Hospital San Juan de Dios el Señor **Carlos Van Buren Vallejo**, con el cargo de Sub-Administrador, en 1911 asume la Administración del Hospital, cargo que desempeña hasta el 12 de septiembre de 1921, fecha en que abandona la Administración por considerar que había cumplido con las metas que se había trazado.

Don Carlos Van Buren se destacó por el empuje que le dio al hospital, llenando de vigor y entusiasmo a su personal, siempre buscando lo mejor para la gente que junto a él se desenvolvía y para la comunidad que era atendida en el Hospital. Emprendió muchas obras en las cuales también invertía dinero de su bolsillo, porque además lo caracterizaba su espíritu de filántropo.

Al momento de retirarse Don Carlos Van Buren de la Administración del Hospital, por los servicios que había prestado, fue nombrado Director Honorario del Hospital y miembro vitalicio de la Honorable Junta de Beneficencia de Valparaíso.

Después de hacer una brillante obra social a lo largo de toda su vida fallece el 25 de abril de 1929 a la edad de 61 años. Lamentablemente no alcanza a ver



consumado otro de sus grandes **anhelos**, **“La Escuela de Enfermería”**, ubicada en la subida El Litre, obra para la cual dejó en testamento los fondos para su construcción, como así también para la Clínica de Ojos que se entregó en el año 1944. Sus restos se encuentran en el Cementerio No 2 de Valparaíso.

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

Cabe destacar que un año antes (1928) se inician las funciones del Departamento de Servicio Social Profesional, el primero en la provincia, a cargo de la Asistente Social, Sra. Diana Rodríguez.

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

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

Respecto a la tenencia del terreno el año 1981 se realiza la transferencia del dominio del inmueble, desde la Honorable Junta de Beneficencia de Valparaíso al Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, en virtud de lo dispuesto en el D.F.L. 35 del 10 de Julio de 1980.

De acuerdo a los documentos de dominio, la transferencia de dominio del bien raíz, propiedad denominada **“Hospital Carlos Van Buren”**, antes Hospital San Juan de Dios, ubicado en la Calle Colón, de la ciudad de Valparaíso, tiene los siguientes deslindes:

NORTE: con Calle Colón y Hontaneda.



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

Adquirió dicho terreno, la Honorable Junta de Beneficencia de Valparaíso, en parte por compra que hizo al Fisco, en conformidad a la ley del seis de Diciembre de 1906, según consta en la Escritura del 12 de Febrero de 1912, inscrita a fojas 367, número 1184 del Registro de Propiedades de 1912.

La inscripción del Título de dominio a favor de la Honorable Junta de Beneficencia de Valparaíso rola fojas 1885, número 1868, del registro de Propiedades correspondiente al 6 de Septiembre de 1933, a cargo del Conservador de Bienes Raíces de Valparaíso.

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

Con el terremoto producido en marzo del año 1985, el Hospital Carlos Van Buren se vio enfrentado a auxiliar al Hospital Enrique Deformes, debido a que éste quedó en muy malas condiciones, razón por la cual se dictaminó su demolición durante los años 1987-1988. A raíz de este cambio el Hospital Carlos Van Buren acogió la atención a la Especialidad Materno- Infantil, teniendo que reubicar sus servicio y trasladar otros hacía el Hospital Valparaíso (actual Eduardo Pereira).

En una nueva reestructuración del HCVB el año 1990, se inauguran las nuevas dependencias del Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) en funcionamiento hasta la fecha.

En la actualidad el Hospital Carlos Van Buren constituye ser un Hospital Base del SSVSA de derivación Supra regional, referencia para la V Región en Neurocirugía y Oncología, específicamente Radioterapia, sumado a ello un Centro de Imágenes para todo el norte del país. Presta atención de Especialidad para las provincias de



Valparaíso, en su efecto, Casablanca, El Tabo, El Quisco, Algarrobo, Juan Fernández, Cartagena, Hanga Roa y Sto. Domingo.

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

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

Esta nueva estructura nace a partir de:

- Los requerimientos de la normativa de los hospitales Autogestionados, en el marco de la Reforma Sanitaria;
- Los lineamientos del MINSAL en el Documento denominado Modelo de Gestión de Establecimientos Hospitalarios, "Manual Administrativo N° 9", en que consigna la estructura organizacional a través de centros de responsabilidad como un componente estratégico del nuevo modelo de atención integral de salud;
- La Norma General Técnica Administrativa N° 17, Gestión y Desarrollado de Recursos Humanos en Establecimientos Auto gestionados en Red;
- La Norma General Administrativa N° 19, Gestión del Cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada y las orientaciones expresadas por la Dirección de Servicio en el Plan Estratégico 2008 – 2010, en el cual se señala que los establecimientos que componen el Servicio de Salud y sus centros de responsabilidad constituyentes, deben trabajar como nodos interrelacionados;
- Lo estipulado en la Ley N° 19.937, Modifica el D.L. N° 2.763 de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana;



- El Reglamento orgánico de los Servicios de Salud Decreto N° 140 de 2004 en su Art. 46° letra c);
- El Decreto N° 38 que contiene el Reglamento orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red;
- Y el Manual Administrativo N° 9, el cual traduce la visión de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Modelo de Gestión Hospitalaria y su rol en el cambio del Modelo de Atención a fin de enfrentar los desafíos de consolidación de la Reforma de Salud.

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

✓ **Política de la Institución**

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

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

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

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



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

- Los Servicios de Salud deben organizarse en torno a los conceptos de descentralización, desburocratización, participación de la comunidad y coordinación intersectorial. En cuanto a la estructura y organización del sistema:
 - Fácil acceso y oportuna atención de la población en los Centros de atención primaria.
 - En el marco de una carrera funcionaria, estabilidad laboral y formación permanente.
 - Coordinación con los Servicios de Salud Públicos, como con los de carácter privado.
 - Consolidación de los logros en salud, especialmente con relación a la mortalidad infantil y la atención de la madre embarazada.
 - Combatir los brotes epidémicos, en general las enfermedades causadas por la pobreza de los sectores urbanos y rurales.

REFORMA SANITARIA

A partir del año 2000 se establece la Comisión de Estudios de la Reforma, la cual en mayo de 2002 presenta a discusión parlamentaria un conjunto de cinco proyectos legislativos al Congreso Nacional, declarando apuntar principalmente a:

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

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



ÁMBITOS DE LA REFORMA

A continuación se describen los cinco proyectos de ley, solo uno no se ha promulgado.

1. **Derechos y deberes del paciente:** Esta ley, la única a la fecha aún en trámite legislativo, regula sobre los derechos y deberes que las personas tienen en acciones vinculadas con la salud, aplicables a cualquier tipo de prestadores, sean éstos privados o públicos: toda persona tiene derecho a recibir atención en salud del prestador en salud y a no sufrir discriminaciones arbitrarias en su entrega. La persona tiene además una responsabilidad que debe asumir al momento de solicitar y recibir atención de salud por parte de un prestador determinado, debiendo respetar la normativa de prevención vigente y las instrucciones impartidas por la autoridad sanitaria correspondiente.
2. **Financiamiento:** Considera el incremento del Impuesto al Valor Agregado (IVA) y de impuestos específicos destinados a financiar principalmente el Plan de Salud con Garantías Explícitas (GES), para todos los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (FONASA). Dicho régimen se reconoció como el de “Garantías Explícitas en Salud” (GES) conocido originalmente como AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas).
3. **Instituciones de Salud Previsional¹:** El objetivo es proteger al afiliado de una ISAPRE, en diversos aspectos. Se permite que la familia de un cotizante siga recibiendo beneficios tras su muerte, se obliga a estas instituciones a dar cobertura a enfermedades antes excluidas (como la cirugía plástica reconstructiva), se incluyen las patologías del plan AUGE en las coberturas y se pone un límite al aumento de precios de los planes.

¹ Este proyecto se convirtió en ley el 17 de mayo de 2005 (Ley N° 20.015).



4. **Régimen de Garantías Explícitas en Salud²**: El objetivo del Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas es garantizar la equidad en el acceso de la población a la salud, independientemente de la capacidad de pago de las personas y de si están inscritas en FONASA o ISAPRE, quienes tienen la obligación de administrarlo según las condiciones establecidas por la ley.

Son beneficiarios todos los cotizantes e indigentes, chilenos y extranjeros residentes en el territorio Nacional, independientemente de la calidad provisional, edad, género, ingreso, etnia u orientación sexual. Quedan excluidos los afiliados a regímenes previsionales de cajas de las fuerzas armadas y de orden.

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

1. Insuficiencia renal crónica terminal
2. Cardiopatías congénitas operables en menores de 15 años
3. Cáncer Cervicouterino
4. Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos
5. Infarto Agudo al Miocardio
6. Diabetes Mellitus tipo 1
7. Diabetes Mellitus tipo 2
8. Cáncer de mama en personas de 15 años y más
9. Disrrafias espinales
10. Tratamiento quirúrgico de escoliosis en menores de 25 años.
11. Tratamiento quirúrgico de cataratas
12. Endoprótesis total de cadera en personas de 65 años y más, con artrosis de cadera con limitación funcional severa.
13. Fisura Labiopalatina
14. Cáncer en menores de 15 años
15. Esquizofrenia
16. Cáncer de testículo en personas de 15 años y más

² GES previamente conocido como, Plan AUGE se convirtió en ley el 3 de Septiembre de 2004 (Ley N° 19.966). Y comenzó a regir el 1 de Julio de 2005 con 25 patologías consideradas. Actualmente dichas patologías han aumentado a 69.



17. Linfomas en personas de 15 años y más
18. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, VIH/SIDA
19. Infección respiratoria aguda (IRA) baja, de manejo ambulatorio en menores de 5 años.
20. Neumonía adquirida en la comunidad, de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más
21. Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más.
22. Epilepsia no refractaria en personas desde 1 año y menores de 15 años
23. Salud oral integral para niños de 6 años
24. Prevención del parto prematuro
25. Trastornos de generación del impulso y conducción en personas de 15 años y más que requieren marcapaso.
26. Colectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años sintomáticos.
27. Cáncer Gástrico
28. Cáncer de próstata en personas de 15 años y más
29. Vicios de refracción en personas de 65 años y más.
30. Estrabismo en menores de 9 años
31. Retinopatía diabética
32. Desprendimiento de retina regmatógeno no traumático
33. Hemofilia
34. Depresión en personas de 15 años y más
35. Tratamiento quirúrgico de hiperplasia benigna de la próstata en personas sintomáticas.
36. Órtesis o ayudas técnicas para personas de 65 años y más
37. Accidente cerebro vascular isquémico en personas de 25 años y más
38. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio
39. Asma bronquial moderada y severa en menores de 15 años
40. Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido
41. Tratamiento Médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla leve o moderada
42. Hemorragia subaracnoidea secundaria o ruptura de aneurismas cerebrales



43. Tratamiento quirúrgico de tumores primarios del sistema nervioso central en personas de 15 años o más.
44. Tratamiento quirúrgico de hernia del núcleo pulposo lumbar
45. Leucemia en personas de 15 años o más
46. Urgencia Odontológica Ambulatoria
47. Salud Oral Integral del adulto de 60 años
48. Politraumatizado grave.
49. Atención de urgencia del traumatismo craneo encefálico moderado o grave
50. Trauma ocular grave
51. Fibrosis quística
52. Artritis reumatoide en personas de 15 años o más.
53. Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en personas menores de 20 años.
54. Analgesia del parto
55. Gran Quemado
56. Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono.
57. Retinopatía del prematuro
58. Displasia broncopulmonar del prematuro
59. Hipoacusia Neurosensorial bilateral del prematuro
60. Epilepsia no refractaria en personas de 15 años y más
61. Asma bronquial en personas de 15 años y más.
62. Enfermedad de Parkinson
63. Artritis idiopática juvenil
64. Prevención secundaria insuficiencia renal crónica terminal
65. Displasia Luxante de caderas
66. Salud oral integral de la embarazada
67. Esclerosis Múltiple recurrente remitente
68. Hepatitis B
69. Hepatitis C

De las 69 afecciones incorporadas en el Régimen de Garantías en Salud (GES), **el Hospital Carlos Van Buren da cobertura a 61 de ellas**, siendo las restantes



responsabilidad de la atención primaria de salud. Esto significa que los pacientes con sospecha de uno de estos problemas debe ser **Confirmado** o **Descartado** en este nivel y los profesionales que se desempeñan en la Atención Primaria deben prescribir el tratamiento y realizar las derivaciones al nivel secundario según necesidad.

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

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

- **NIVEL PRIMARIO:** Corresponden a las prestaciones entregadas en los *Consultorios, Centros de Salud Familiar (CESFAM), Centros Comunitarios (CECOF)* o *Postas Rurales*, donde se brinda atención médica general, manejo de enfermedades crónicas, con focalización en promoción y prevención en salud de la población. Está ubicada en un territorio específico, depende administrativamente de las Corporaciones Municipales de Salud y técnicamente del Ministerio de Salud.
- **NIVEL SECUNDARIO:** Es el nivel de especialidades médicas, funciona en *los consultorios adosados a los hospitales*. En estos establecimientos se recepciona a los usuarios enviados con el respaldo de la **INTERCONSULTA** desde la atención primaria de salud (APS), para controles de usuarios que estuvieron hospitalizados, los usuarios derivados desde las Unidades de Emergencia del recinto hospitalario y los derivados desde otros hospitales de la red Regional o Supra regional por la especificidad de la atención requerida.
- **NIVEL TERCIARIO:** Se refiere a la atención que se realiza a los usuarios hospitalizados en el recinto hospitalario, dichas hospitalizaciones pueden



ser electivas o de urgencia. A su vez, los hospitales pueden ser clasificados como de Mayor Complejidad, Mediana y Baja Complejidad. El Hospital Carlos Van Buren es considerado un hospital de Mayor Complejidad.

5. Autoridad Sanitaria: Fortalece las potestades de conducción sanitaria del Ministerio de salud, así como las de regulación y fiscalización, las que entrega a organismos especializados. A la vez se crean nuevos instrumentos para una mejor gestión de la Red Asistencial, otorgando mayores atribuciones para los directivos de los establecimientos y estímulos a los funcionarios por metas alcanzadas. Busca la reestructuración del Ministerio de Salud, los SEREMIS y los Servicios de Salud, crea los llamados “Hospitales de autogestión en red”.



MODELO DE AUTOGESTIÓN EN RED³

Los Establecimientos Autogestionados en Red, de acuerdo al marco legal, tienen facultades y atribuciones en los ámbitos administrativo, financiero, de gestión de recursos humanos y de celebración de convenios, entre otros, su objetivo es optimizar su funcionamiento, organizando de mejor manera los recursos disponibles para dar respuestas rápidas y efectivas, en un entorno de mayores demandas y exigencias, con mayores niveles de conocimiento e información de la población usuaria⁴. Todo esto en el marco de las definiciones del gestor de red, que aprueba una determinada cartera de servicios y programación de actividades.

ESTABLECIMIENTOS DE AUTOGESTIÓN EN RED⁵

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

Podrán obtener la calidad de “Establecimientos De Autogestión En Red” aquellos centros de salud dependientes de los Servicios, que tengan mayor complejidad técnica; referido a aquellos establecimientos que se encuentren clasificados como de alta complejidad, un mayor desarrollo de especialidades; entendido por aquellos establecimientos que de acuerdo a su complejidad técnica cuenten con al menos una de las especialidades básicas de: medicina interna, obstetricia y ginecología, pediatría, y posean varias subespecialidades de la medicina que no corresponden a las especialidades básicas citadas, tales como

³ La “Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión”, N° 19.937³, y su Reglamento Orgánico para Establecimientos de Menor Complejidad y Establecimientos de Autogestión en Red, aprobado mediante Decreto Supremo N° 38 de 2005, de los Ministerios de Salud y Hacienda, establecen los requisitos y procedimientos que deben cumplir los Establecimientos Autogestionados en Red. Promulgada el año 2004

⁴ Informe de la Comisión de Salud, Boletín n° 6.230-11, 16 de Diciembre de 2008.

⁵ Capítulo II “De los Establecimientos de Autogestión en Red”, D.S. N° 38, Reglamento Orgánico para Establecimientos de Menor Complejidad y Establecimientos de Autogestión en Red, 2005.



cardiología, neurología, nefrología, gastroenterología, oftalmología, otorrinolaringología, entre otras, que cuenten con una organización administrativa; la cual corresponde al conjunto de mecanismos o procesos administrativos que sostiene la gestión asistencial, y que incluye unidades y procedimientos, tales como sistemas de abastecimiento, contabilidad, información, control de gestión, entre otros, que se dispongan de acuerdo al plan estratégico del establecimiento, para facilitar y hacer posible las funciones del establecimiento en forma oportuna, eficaz, eficiente y efectiva.

HOSPITAL CARLOS VAN BUREN, AUTOGESTIONADO

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

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

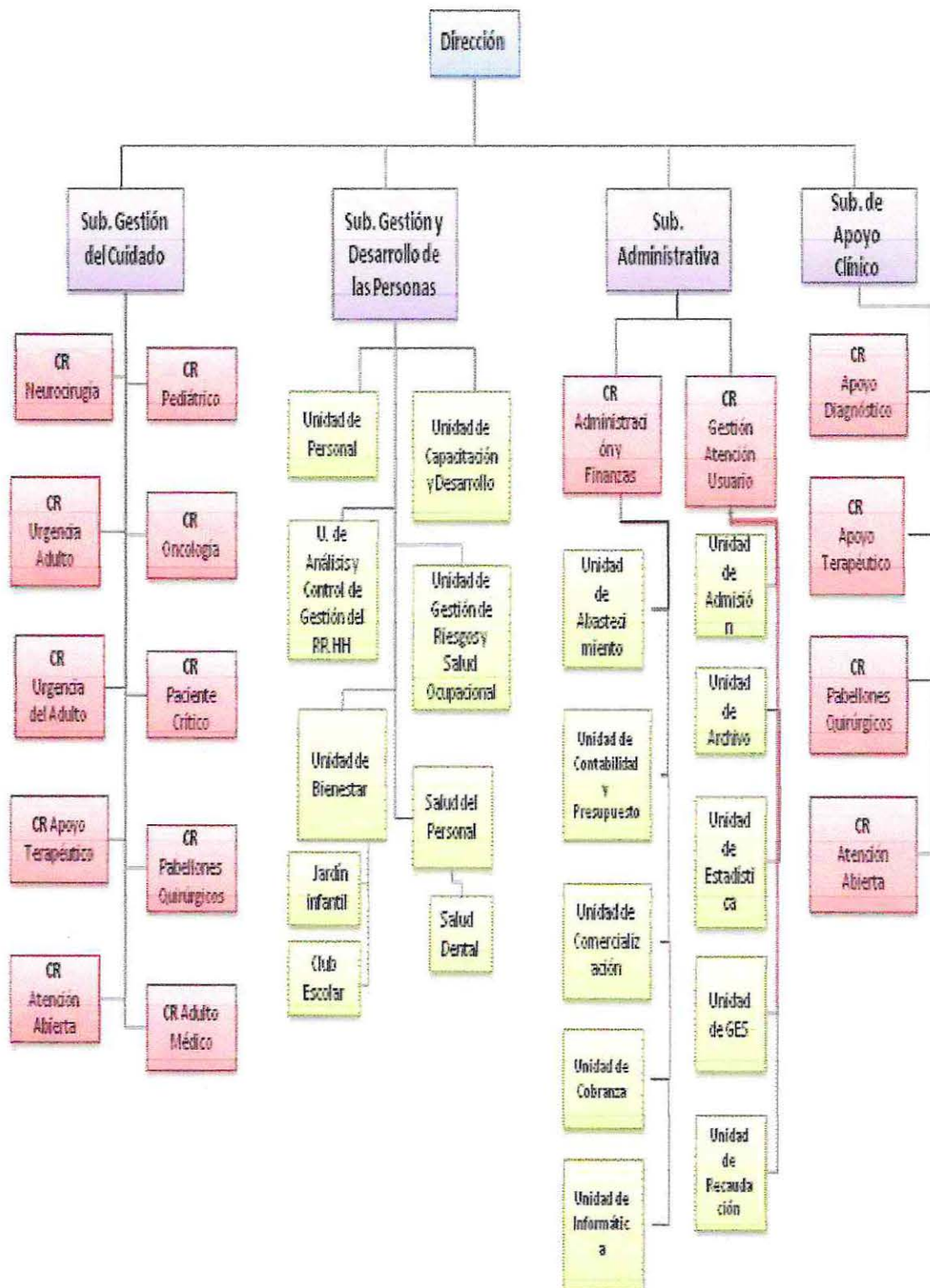
- Aspectos formales.
- Planificación.
- Gestión y desarrollo de los recursos humanos.
- Gestión financiera.
- Gestión de la red asistencial.
- Metas de desempeño.
- Consejos asesores.
- Sistemas de información.
- Gestión de la información de los usuarios.
- Cuenta pública de resultados.
- Auditoría interna.
- Organización interna.



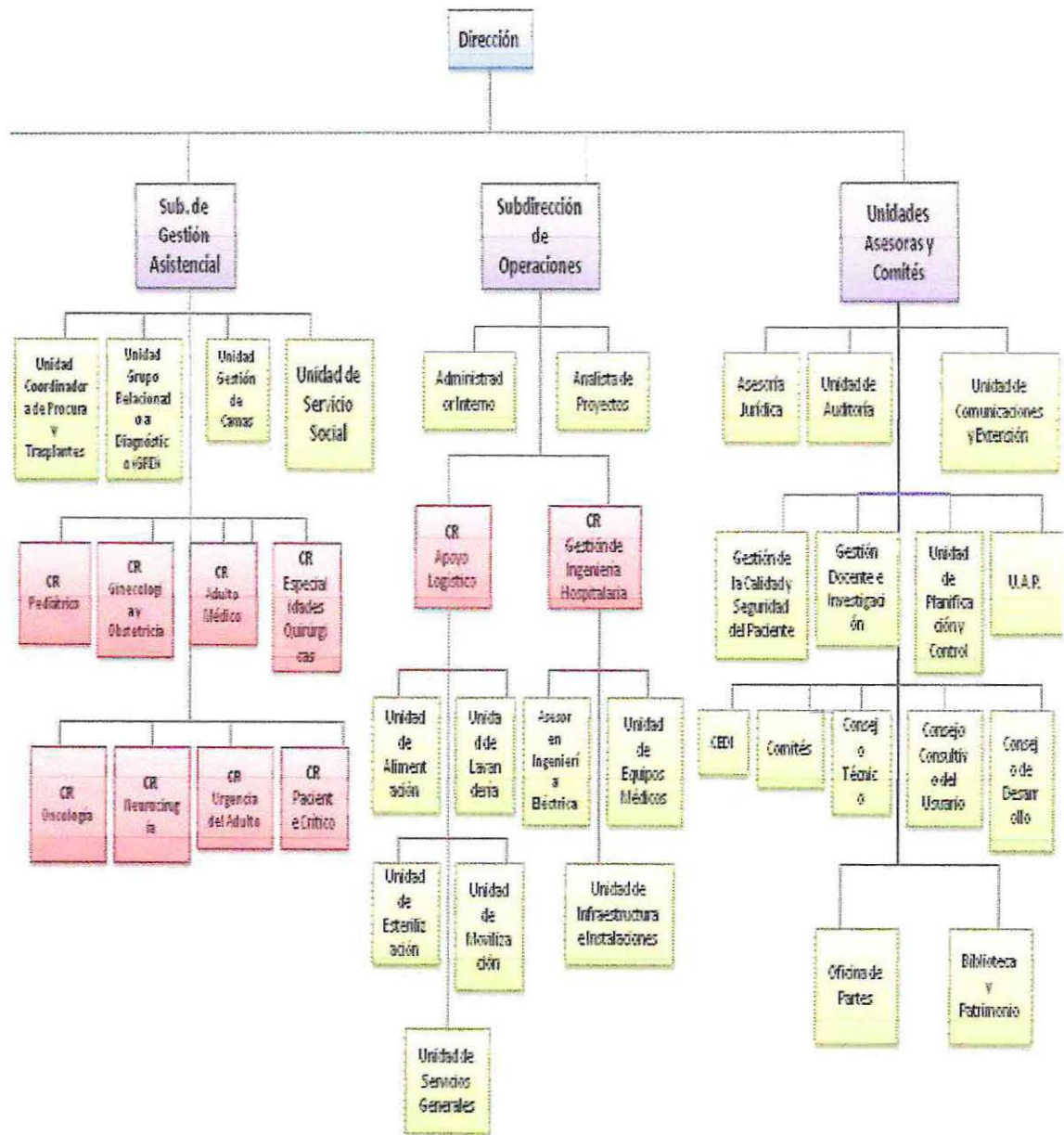
ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL⁶

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

- 6 Subdirecciones
- 16 Centros de Responsabilidad
- 73 Unidades



⁶ Organigrama elaborado por la Sub Dirección Administrativa HCVB.





DOTACION DE RECURSOS HUMANOS

El Hospital a su vez está dotado de 1.849 Funcionarios:

Tabla 1.1. Dotación de Funcionarios

Dotación
20 Directivos
359 Profesionales
197 Administrativos
711 Técnicos
253 Auxiliares
4 Bioquímicos
11 Odontólogos
8 Químicos Farmacéuticos
286 Médicos
1.849 TOTAL

❖ Fuente: Cuenta Pública 2010.

Tabla 1.2. Dotación de Profesionales

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

❖ Fuente: Cuenta Pública 2010, Subdirección Administrativa.



BENEFICIARIOS SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

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

- Letra A: Para personas carentes de recursos o indigentes, para aquellas que se encuentren recibiendo pensiones asistenciales y/o subsidios familiares, aquellas cesantes, la mujer embarazada hasta el sexto mes, los niños hasta los 6 años de edad y los menores internos en establecimiento del Servicio Nacional de Menores (SENAME), los cuales obtienen atención gratuita en el Servicio Nacional de Salud (bonificación del 100%).
- Letra B: Para aquellas personas que perciben un ingreso imponible mensual menor o igual a \$165.000, a excepción de la atención dental. La atención es gratuita con bonificación del 100%.
- Letra C: Para aquellas personas cuyo ingreso imponible mensual sea mayor a \$165.000 y menor o igual a \$240.900. Aquellas con más de 3 cargas familiares, pasarán a Grupo B automáticamente. Cuentan con una bonificación del 90% de la atención.
- Letra D: Para aquellas personas que tienen un ingreso imponible mensual mayor a \$240.900. Aquellas con más de 3 cargas familiares, pasará a Grupo C, la bonificación es de un 80% en la atención.

2. CONVENIO REFUGIADOS: Acuerdo realizado entre el Ministerio del Interior y FONASA, para otorgar protección en salud a todos aquellos extranjeros que hayan solicitado en el Ministerio del Interior (Depto. de Extranjería), su calificación como Refugiados. Para esto, deben tener su resolución en trámite o ya contar con la calidad de Refugiados.

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



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

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

- Ciudadano español, debe presentar un "Certificado de Estancia en Chile", ya sea temporal o habitual (ECH-09 ó ECH-11) otorgado por la Dirección Provincial del Instituto Nacional de Seguridad Social de la ciudad en que reside el ciudadano, donde consten todos los datos de la persona y de su grupo familiar y el período de estadía, dato que dará vigencia a la Credencial. En el caso de estadía habitual o indefinida, la vigencia será de 2 años, renovable.
- Otros extranjeros con convenio, estas personas deben cotizar para tener derecho a la credencial de salud, para lo cual deben presentar el formulario Autorización a Cotizar para prestación de salud en Chile a Titular de Pensión otorgada en el Extranjero, donde conste la visación por parte de la Superintendencia de Seguridad Social y el cálculo del monto del 7% que deberá cotizar mensualmente. La credencial de salud en este caso tendrá una vigencia de 1 año, siempre que se cotice regularmente.

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



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

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

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

Los beneficios de la credencial PRAIS:

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

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

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

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



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

Derecho de los usuarios:

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

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

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



LEY 20.285 "SOBRE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA" ⁷

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

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

La Ley se cimenta sobre tres ejes relevantes:

- Define la información que los servicios y organismos públicos deben mantener publicada de manera permanente en sus sitios web, conocida como transparencia activa.
- Establece el procedimiento para solicitar y acceder a información incluyendo, un régimen de sanciones para quienes incumplan, lo que se conoce como gestión de solicitudes o transparencia pasiva.
- Y crea una nueva institucionalidad sobre la materia, constituyendo el Consejo para la Transparencia, organismo autónomo con facultad de fiscalizar la

⁷ La Ley sobre Acceso a la Información Pública o Ley de Transparencia regula el principio de transparencia en la función pública, el derecho de acceso a la información de los órganos de la Administración del Estado, los procedimientos para el ejercicio de ese derecho y para su amparo, y las excepciones a la publicidad de la información.



aplicación de la ley, proponer normas generales sobre la materia y aplicar sanciones.

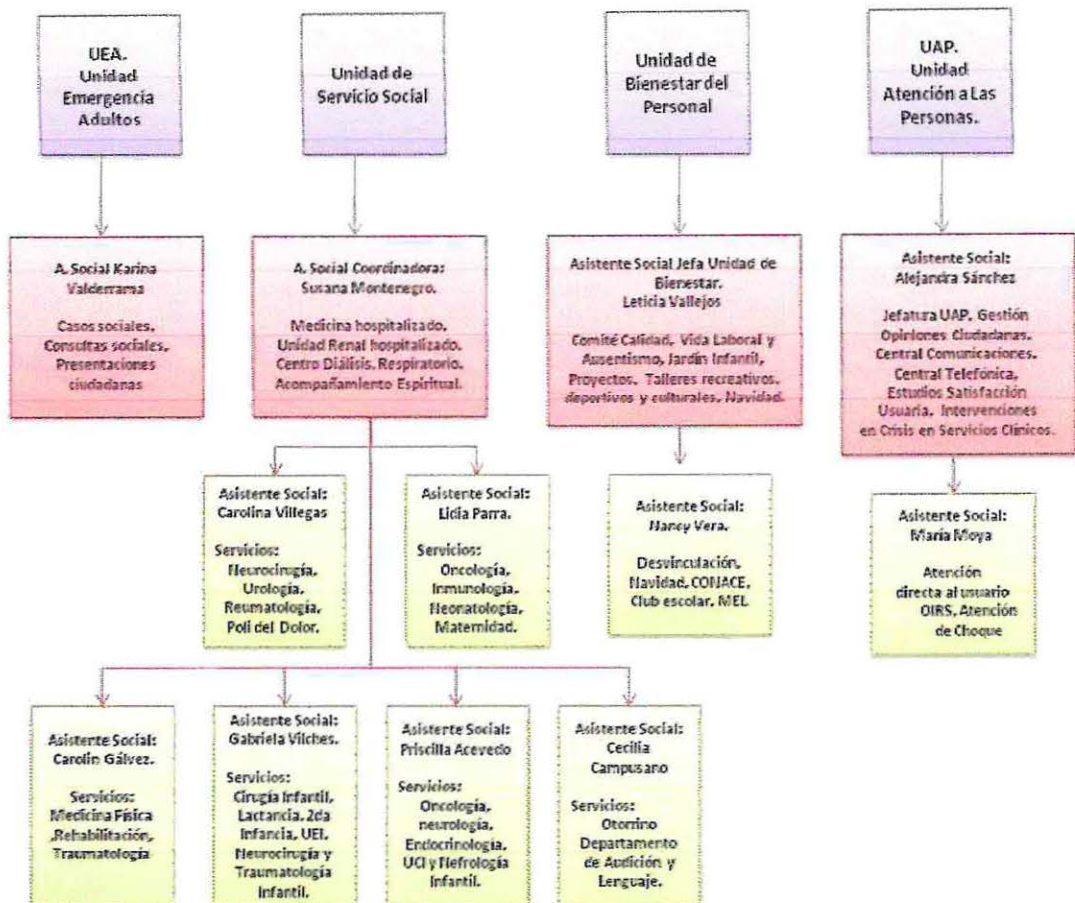
En lo referido a su ámbito de acción, esta Ley es aplicable íntegramente a ministerios, intendencias, gobernaciones, gobiernos regionales, municipios, Fuerzas Armadas, Carabineros, Investigaciones, órganos y servicios públicos.

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

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



ASISTENTES SOCIALES EN EL HOSPITAL VAN BUREN



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

Destaca el hecho que dos de las Unidades donde está presente la profesión, están lideradas y conformadas exclusivamente por Asistentes Sociales. Estas profesionales que encuentran distribuidas en Unidad de bienestar del Personal, Unidad de Atención de las Personas, Unidad de Emergencia Adultos y Unidad de Servicio Social. Por la naturaleza y objetivos de las diversas Unidades donde está presente la Asistente Social, funcionan separadamente, dependiendo de diversas jefaturas.



UNIDAD DE SERVICIO SOCIAL⁸



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

Objetivos:

1. Otorgar atención social a usuarios de atención abierta y cerrada de todos los grupos etáreos, contribuyendo al abordaje integral de los problemas de salud con énfasis en la calidad.
2. Educar y orientar a los usuarios de atención abierta y cerrada, así como a los equipos de salud del establecimiento hospitalario, respecto a derechos asociados a la seguridad social y los recursos disponibles en la red de salud, comunitaria y de políticas sociales.
3. Asesorar al equipo de salud del establecimiento hospitalario respecto del manejo de situaciones judiciales vinculadas a los usuarios de atención abierta y cerrada.

• ⁸ Organigrama, Tesis: "Sistematización de Situaciones Profesionales de Trabajo Social en la Atención Terciaria en Salud. Estudiantes, Daniela Castillo. Año 2010.



5. Colaborar con la gestión docente asistencial del establecimiento hospitalario.

Funciones:

1. Realizar investigación, diagnóstico y tratamiento social a usuarios de atención abierta y cerrada de todos los grupos etáreos en situación de riesgo social y vulneración de derechos, de acuerdo a requerimiento de los equipos de salud del establecimiento hospitalario.
2. Representar al establecimiento hospitalario y a los equipos de salud del mismo en instancias judiciales por comisión de delitos o vulneración de derechos vinculadas a los usuarios de atención abierta o cerrada.
3. Otorgar atención social a usuarios de atención abierta y cerrada, según corresponda, por demanda espontánea o derivación de los equipos de salud del establecimiento hospitalario.
4. Efectuar acciones de coordinación con la red de salud, comunitaria y de políticas sociales para la orientación y derivación de usuarios.
5. Mantener una retroalimentación y coordinación permanente con los equipos de salud del establecimiento hospitalario a través de la realización de entrevistas, reuniones, informes sociales y registros en ficha clínica correspondiente.
6. Asesorar a organizaciones y grupos de usuarios en torno a adherencia a tratamientos y participación social en salud.
7. Administrar y monitorear Programas de Colocaciones Extrahospitalarias, GES (Órtesis y Audífonos) y Oxigenoterapia Domiciliaria.
8. Participar activamente de iniciativas de mejoramiento de la gestión hospitalaria y trato al usuario tales como comités, comisiones y capacitación a funcionarios.
9. Mediar en la vinculación médico – paciente con usuarios de atención abierta y cerrada altamente demandantes con necesidades específicas.
10. Supervisar prácticas profesionales de estudiantes de pregrado de la Carrera de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso realizadas al interior de la Unidad.
11. Otras funciones que el Subdirector de Gestión Asistencial del establecimiento hospitalario encomiende en materias de competencia de la Unidad.



Ubicación:

La Unidad está ubicada en el segundo piso del Consultorio Adosado de Especialidades (CAE), en el sector J.

Dependencia:

La Unidad de Servicio Social depende de la Subdirección de Gestión Asistencial, actualmente ejercida por el Dr. Leonardo Díaz, médico nefrólogo.

Dotación: La Unidad de Servicio Social está conformada por un equipo de 7 Asistentes Sociales y un administrativo.

Nombre	Servicios	Teléfono	E - Mail
Lidia Parra C.	JEFE SERVICIO SOCIAL, Inmunología Adultos y Pediátrica; Neonatología y Maternidad.	236 4377	lidia.parra@redsalud.gov.cl
Cecilia Campusano R.	Coordinadora Depto. de Lenguaje y Audición; Otorrino; Oftalmología.	236 4622 236 4627	cecilia.campusano@redsalud.gov.cl
Gabriela Vilches V	Cirugía Infantil; Lactancia; Traumatología Infantil; 2ª Infancia; Unidad de Emergencia Infantil; UCI Pediátrica; Neurocirugía Infantil; Comisión de Maltrato Infantil.	236 4388	gabriela.vilches@redsalud.gov.cl
Carolina Villegas A	Neurocirugía Adultos; Poli del Dolor; UCI Adultos; Apoyo PRAIS; Participación Social.	236 4379	carolina.villegasa@redsalud.gov.cl
Carolin Gálvez V	Mediana Complejidad Médica; Traumatología Adultos; Medicina Física y Rehabilitación; GES ayudas técnicas, Respiratorio.	236 4336	carolin.galvez@redsalud.gov.cl
Priscilla Acevedo C	Neuropsiquiatría; Neurología Infantil; Oncología Infantil; Endocrinología Infantil; Nefrología/Diálisis Adultos	236 4335	priscilla.acevedo@redsalud.gov.cl
Ángela Gamboa H.	Consultorio Adosado de Especialidades CAE, Oncología Adultos	2364337	mariaadriana.moya@redsalud.gov.cl



SITUACIONES PROFESIONALES DEL SERVICIO SOCIAL EN EL HOSPITAL VAN BUREN

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

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

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



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

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

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

Pueden existir reuniones con énfasis:

1. En el caso: donde la finalidad es discutir sobre la integralidad del paciente, se hace retroalimentación en la búsqueda de la mejor alternativa en su situación.
2. En lo clínico: la finalidad es la búsqueda de alternativas que mejoren o potencien los tratamientos o procedimientos con que se atienden los



pacientes que padezcan la patología. Se crean modalidades de atención, normas internas en cuanto a las responsabilidades que cada profesional deba tener en el equipo, se comparte información relevante, entre otras.

3. En la especialidad del servicio: se busca discutir temáticas atinentes a lo clínico, donde prevalece lo médico por sobre lo social.

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

En consecuencia la Gestión Judicial tiene por finalidad:

Entregar protección:

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

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

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

Como objetivos generales la jefa o coordinadora debe:

- Contribuir al fortalecimiento del modelo de gestión y procesos de planificación estratégica del Hospital.
- Contribuir a la elaboración de programas de capacitación en temáticas de Bienestar del personal.



- Proponer actividades que permitan mejorar la calidad de atención de los usuarios.
- Proponer y aplicar un sistema de coordinación con otras especialidades para la atención integral del usuario.
- Colaborar con actividades de gestión docente.

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

PRINCIPALES PROBLEMÁTICAS SOCIALES

- **Fallecimiento:** Investigar, evaluar y coordinar situación familiar, previsional y judicial de los usuarios fallecidos NN, indigentes, en situación de abandono y sin cobertura previsional.
- **Adopción⁹:** Representar los intereses del recién nacido cuya madre biológica se encuentra en conflicto con su maternidad en instancias Judiciales pertinentes y vinculación con la red de protección de Sename para el cumplimiento de las disposiciones judiciales. Acompañar a la madre en el proceso de ceder en adopción.
- **Orientación Previsional:** Ejercer el rol de asesor previsional con los usuarios que presentan consultas relativas a Pensiones, Licencias Médicas, Seguros (accidentes), Accidentes y Enfermedades Profesionales, Poderes, discapacidad mental, duplos, actualización calificación de salud, entre otros.

⁹ Servicio Nacional de menores Chile 2010.



- **Beneficios Ley de Discapacidad¹⁰:** Orientar y facilitar al usuario la tramitación de credencial de discapacidad y postulación a beneficios para discapacitados menores de 65 años.
- **Pasajes:** Evaluar y aprobar pago de pasajes para usuarios que se ajustan a normativo establecido por la institución.
- **Maltrato/Abandono/Negligencia/Vulneración de Derechos Neonatal e Infantil:** Intervención representando los intereses de los niños (as) desde su nacimiento y menores de 18 años que sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, negligencias, abandonos, ya sean, en el grupo familiar o en las instituciones sociales de manera directa o indirecta (UNICEF, 1989). Realización de peritajes como entrevistas y visitas domiciliarias, elaboración de Informe Social, medio a través del cual se cursan medidas de protección a instancias judiciales pertinentes. Asistencia a Audiencias preparatorias y de Juicio representando asimismo los intereses del establecimiento.
- **Adherencia a tratamiento/Educación al usuario y su familia:** Se refiere a cuánto se cumple con un régimen terapéutico prescrito. Y es aquí donde las profesionales apoyan a los pacientes y orientan a sus familias sobre la importancia de éste para el bienestar del paciente.
- **Órtesis o Ayudas Técnicas para usuarios de atención abierta o cerrada:** Gestionar las solicitudes de los usuarios de acuerdo a protocolos de intervención, se refiere a apoyos GES, no GES o de la red de discapacidad o programa interno de Unidad de Medicina Física y Rehabilitación como apoyo a la recuperación de los usuarios.
- **Acceso a Programas internos del establecimiento:** Tales como oxigenoterapia domiciliaria y colocaciones extra hospitalarias.

¹⁰ Ley N°20.422 que Establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad. La nueva Ley se basa en los principios de vida independiente, accesibilidad universal, diseño universal, intersectorialidad, participación y diálogo social. Además, establece nuevos organismo para abordar los desafíos que genera la plena inclusión social de las personas con discapacidad: Comité de Ministros, Servicio Nacional de la Discapacidad y Consejo Consultivo.



UNIDAD DE ACOMPAÑAMIENTO ESPIRITUAL

Objetivo: “Humanizar la atención de salud haciéndola más acogedora y digna al usuario, su familia y comunidad.”

- Acompañamiento espiritual¹¹: En concordancia con el enfoque de salud integral entregado por la definición de la OPS, la cual ha definido la salud como “el completo bienestar físico, mental, social, y espiritual”, el Ministerio de salud, en el marco del proceso de la Reforma a la salud, ha visto la necesidad de crear en los Establecimientos de Salud pertenecientes a la Red Pública, Unidades de Acompañamiento Espiritual con el objeto de coordinar las actividades de acompañamiento espiritual que se realicen en ellos y que involucran a usuarios, sus familias, funcionarios y organizaciones de voluntariado.

Objetivos de las Unidades de Acompañamiento Espiritual:

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

¹¹ Reglamento sobre Asistencia religiosa en recintos hospitalarios n° 94 de 2007.



- e) Mantener coordinación con la Unidad de Acompañamiento Espiritual del Ministerio de Salud.
- f) Normar en relación a la información recibida por los pacientes, sus familiares y funcionarios durante o con ocasión de la asistencia religiosa o acompañamiento espiritual.
- g) Facilitar el acceso de ministros de culto, sacerdotes y pastores en situaciones de urgencias.



Capítulo II

Marco de Referencia



CAPITULO II

En el presente capítulo se exponen los principales ejes temáticos relacionados con la experiencia de seminario de título, los que corresponden a:

- EJE TEMATICO N° 1: REFERENTES GENERALES DE LA GESTIÓN EN SALUD.
- EJE TEMATICO N° 2: EMBARAZOS DE ALTO RIESGO CON COMPONENTE PSICOSOCIAL.
- EJE TEMATICO N° 3: LA VULNERACIÓN DE DERECHOS DE LA INFANCIA.

2.1 EJE TEMÁTICO N° 1: REFERENTES GENERALES DE LA GESTIÓN EN SALUD

Dentro de las políticas de Salud aparece la gestión como eje de comunicación e información entre los distintos niveles asistenciales, actuando fundamentalmente para una mejor coordinación entre estos, accionando y enfocando todas las acciones tendientes a tanto la derivación, coordinación como a la retroalimentación entre las redes.

Así los equipos de salud tanto, en atención primaria, secundaria y terciaria de salud, deben establecer una óptima gestión de sus acciones medico-sanitarias en las derivaciones entre establecimientos, ya que cada uno de ellos se hace responsable de la parte del proceso de derivación que le corresponde, con el objeto de mantener la continuidad de la atención.

Las responsabilidades del Centro de Atención de Salud Primaria (centro derivador), se instauran en las normativas vigentes por el MINSAL, las cuales se estructuran a partir del cumplimiento de los protocolos de derivación previamente determinados, es así como se establece una correcta coordinación en los traslados con los establecimientos receptores.

Estableciendo de así, formalmente los procesos involucrados en la derivación de los pacientes, al realizar los traslados, coordinando una agenda de controles, traslados y planificando las actividades que permitan evaluar y mejorar el proceso, realizando un seguimiento del paciente a través de la macro red.



La Responsabilidad de Centro de Referencia se constituye a través de mecanismos de coordinación con la Atención Primaria de Salud, los cuales se determinan en la aplicación de manuales, instrucciones de derivación, que formalicen los procedimientos en relación a esta, identificando y formalizando los *Protocolos de atención, y de contra derivación* consensuados con los Centro de Atención de Salud primaria. Respecto a eventualidades que se presenten en la red esta debe contar con un *Plan de contingencias* el que debe incluir los procedimientos de derivación a otra red.

2.2 EJE TEMÁTICO Nº2: EMBARAZO DE ALTO RIESGO CON COMPONENTE PSICOSOCIAL

En todos los casos que serán presentados a continuación, se desarrollan algunas formas donde los derechos de los niños y niñas se pueden ver vulnerados, debido a que sus madres manifiestan factores de riesgo que ponen en peligro la salud de los infantes, tanto en el periodo de gestación como en las etapas posteriores al nacimiento.

2.2.1 EMBARAZO ADOLESCENTE

El embarazo adolescente es aquella condición de gestación que ocurre en la edad de la adolescencia, que comprende mujeres de hasta 19 años de edad, independiente de la edad ginecológica (primera menarquia)¹². Ésta es una situación que mundialmente se encuentra en aumento, y cada vez en edades más precoces, dado principalmente por el inicio temprano de la actividad sexual, que se traduce en que la población de adolescentes sexualmente activos vaya incrementando.

Al remitirnos a Chile las cifras que entrega el Instituto Nacional de Estadísticas señalan, que entre los años 1990 y 2001 se produjo un incremento en el porcentaje de nacimientos provenientes de madres adolescentes, menores de 20 años, en relación al total de nacimientos inscritos a nivel nacional. En 1990 se

¹² Ruoti A: Patología obstétrica en la adolescente embarazada. Rev. Sogia 1994; 1(2): 70-2.



registro un 13,8 aumentando a 16,2% en el año 2001¹³. Sin embargo en el 2005 estas cifras presentan una disminución llegando a un 15,6%.

No obstante al indagar más al respecto, se presenta como una situación aún más preocupante, las edades en que las y los adolescentes se convierten en padres. Si bien las tasas de fecundidad han ido disminuyendo en los jóvenes de 17, 18 y 19 años, se han mantenido en los adolescentes de 16, los casos más críticos se presentan en hombres y mujeres entre 11 y 15 años, considerando que en ese segmento las tasas de embarazos han ido aumentando progresivamente.

Cabe señalar además que la cifra de padres adolescentes, también ha aumentado desde 1990 al 2003, como señala la tabla que se presenta a continuación, donde se señala que el número de padres menores de 20 años a incrementado, lo que significa que han iniciado su actividad sexual a temprana edad, sin tener conocimiento, muchas veces, de la sexualidad y las implicancias que ésta trae consigo.

Tabla 2.1: Nacimientos por año.

AÑO	Nacidos vivos provenientes de:		Porcentaje de nacidos de padre y madre adolescentes
	Madre menor de 20 años	Padre menor de 20 años	
1990	40.285	9.735	24,2
1997	40.734	11.642	28,6
2003	34.834	11.207	32,2

❖ Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas.

Existen factores de riesgo que pueden propiciar la condición de embarazo en las adolescentes, estos pueden ser vinculados distintas condiciones. La situación familiar, puede ser un factor incidente en casos, que la progenitora de la joven haya sido madre a temprana edad, exista inestabilidad familiar, o donde el abuso sexual, el maltrato y la violencia intrafamiliar, dejen a los jóvenes en estado de indefensión frente al incesto y la violación.

¹³ INE. Fecundidad en Chile situación reciente. 2006. p. 10.



Otros factores involucrados en los embarazos adolescentes, pueden ser vinculados al nivel socioeconómico, en el que incide tanto el nivel educativo de los padres, como vivir en situación de pobreza. Lo que probablemente también repercute, en el acceso a la información a políticas de regulación de la fecundidad y programas de prevención del embarazo adolescente.

Por otra parte existen factores de riesgo inherentes a la sexualidad, como, la temprana edad de la menarquia en la mujer, actividad sexual temprana, desconocimiento de la fisiología de la reproducción y funcionamiento de la sexualidad, e influencia de los medios de comunicación en la erotización de la vida cotidiana. Donde debido a la falta de educación sexual, los jóvenes a temprana edad sienten deseos por explorar la sexualidad, sin considerar las consecuencias que puede traer consigo.

En estos casos, las primeras vulneraciones de derechos de los niños y niñas, ocurre con los mismos jóvenes que serán padres, puesto que al adoptar esta condición se pierden la oportunidad de desarrollar en plenitud las etapas del ciclo vital que les corresponden, siendo la deserción escolar uno de los temas que se ve mayormente afectado. Un estudio elaborado por CEDEM¹⁴, por encargo de Ministerio de Educación, deja en evidencia que un gran porcentaje de los padres y madres adolescentes, tiene problemas para rendir o permanecer en el sistema escolar – repite de curso, se retira, perdió el año-, alcanzando una alarmante cifra de 40% de los 21 mil escolares que representan la totalidad de los casos.

Se podría considerar que el embarazo adolescente, no es en sí un símbolo de vulneración de los derechos del niño o niña en gestación. Sin embargo esto puede conllevar graves riesgos obstétricos para el niño o niña durante el embarazo. Uno de ellos puede ser el riesgo de parto prematuro, ya que estudios han demostrado que el riesgo en las embarazadas adolescentes es mayor, mientras más baja sea su edad. Siendo el grupo de verdadero riesgo las adolescentes que se encuentran entre los 10 y los 15 años¹⁵. Con respecto al peso de los recién nacidos de madres adolescentes, en la mayoría de los estudios, se encuentra una frecuencia mayor de recién nacidos

¹⁴ Centro de Estudios Para el Desarrollo de la Mujer.

¹⁵ Otterblad P, Cnattingius S, Haglund B: Teenage pregnancies and risk of late fetal death and infant mortality. Br J Obstet Gynaecol 1999; 106(2): 116.



de bajo peso de nacimiento, pareciendo ser el principal riesgo del neonato de madre adolescente, con cifras de aproximadamente el 18%¹⁶.

Cabe señalar que algunos autores concluyen, que las embarazadas adolescentes que reciben un adecuado control perinatal, no presentarían mayor riesgo obstétrico que una embarazada adulta de similar nivel socioeconómico. Por tanto resulta fundamental generar instancias de prevención mediante la educación sexual tanto a nivel familiar como comunitario (colegios, consultorios, planes y programas del gobierno). En este sentido se puede mencionar al “Día Mundial de la Prevención del Embarazo Adolescente”, como una de las iniciativas en cuanto a la prevención del mismo mediante la educación sexual.

2.2.2 EMBARAZO Y DROGAS

Es evidente que en Chile ha aumentado el consumo de drogas en personas de todas edades, especialmente en la población juvenil. Existen muchos tipos de drogas, en el país encontramos drogas lícitas - Alcohol y Tabaco- e ilícitas, siendo las más consumidas a nivel nacional la Marihuana, Cocaína y Pasta Base. Un estudio elaborado por CONACE¹⁷, demuestra que 17 de cada cien chilenos, han consumido alguna vez alguna de las tres drogas ilícitas de mayor uso en el país: marihuana (16,77 %), pasta base (2,27%) y clorhidrato de cocaína (4,02 %). Si bien la gran mayoría de los estudios realizados por la institución, arrojan que en torno al género, son los hombres quienes presentan un mayor consumo de drogas. No obstante las mujeres por su parte, presentan un alto porcentaje de consumo, en primer lugar, de tabaco, seguido por la ingesta de alcohol, y finalmente por consumo de marihuana, cocaína y pasta base.

En este sentido la vulneración de derechos a los infantes se presenta, cuando la mujer manifiesta una gran dependencia a las drogas, y pese a encontrarse en periodo gestacional continúan con el consumo, sin considerar las graves consecuencias que puede conllevar tanto en su salud como la del niño o niña en gestación.

¹⁶ Castro S: Adolescente embarazada: Aspectos orgánicos. Embarazado en adolescentes. Diagnóstico 1991. 1ª ed. Chile: SERNAM UNICEF, 1992

¹⁷ Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes



Al igual que en el embarazo adolescente el consumo de drogas tiene múltiples factores incidentes, uno de los principales se considera el Nivel Socioeconómico, donde un estudio de CONACE demostró que entre los cinco tipos de drogas lícitas e ilícitas, a excepción del alcohol, el mayor consumo de drogas se presenta en los estratos socioeconómicos más bajos. Debido a que existe una mayor oferta y fácil posibilidad de acceso a estas sustancias.

También incide de manera determinante la Situación Familiar, ya que si las personas de entorno social más cercano, de la embarazada dependiente de las drogas, son consumidores permanentes, podrían influir negativamente en que la mujer mantenga la droga dependencia durante su embarazo. En base a que se hace referencia, a personas con problemas de drogadicción, las que no tienen conocimiento o hacen caso omiso a las consecuencias, que el consumo puede conllevar durante el embarazo, tanto para la madre como para el niño o niña en gestación. De esta forma su entorno familiar debiera presentarse como principal factor protector, para evitar y frenar el consumo.

El consumo de drogas en el embarazo, genera graves riesgos en la salud del neonato. Puesto que el primer semestre de gestación es el más susceptible para malformaciones congénitas físicas y en los meses siguientes se pueden producir otros defectos psíquicos y funcionales. Además está comprobado que los neonatos, de madres que mantienen la droga dependencia durante el embarazo, pesan menos al nacer en relación a quienes no consumieron. Por otra parte, también se incrementa el porcentaje de mortalidad en los recién nacidos, y cuando el consumo ha sido constante durante la gestación, se puede desarrollar en algunos, el “síndrome de abstinencia” en el neonato.

A continuación se señalarán brevemente los efectos nocivos del consumo de sustancias lícitas e ilícitas durante el periodo de gestación, en torno a las drogas utilizadas más frecuentemente.

El **Alcohol** durante el embarazo es una de las drogas más peligrosas, en especial al principio de este. Puesto que el alcohol consumido es absorbido como una sustancia dañina por el feto a través de la placenta. Uno de los efectos más



graves es el Síndrome de Alcoholismo Fetal (SAF). El que representa un grupo de trastornos que puede incluir: Retraso mental, defectos congénitos, características faciales anormales, problemas de crecimiento y del sistema nervioso central, problemas de vista, de audición y conducta. Cabe señalar que este síndrome, es la causa no genética más frecuente del Retraso Mental.

El consumo de **Marihuana** durante la gestación, está relacionado con el nacimiento de infantes con muy bajo peso y con síntomas relacionados con la abstinencia, entre los que se incluyen: antojos excesivos, temblores e hiperémesis (vómitos severos y crónicos). El THC, que es el componente activo de la marihuana, pasa la barrera placentaria y por tanto llega directamente al feto como también a la leche materna. Cuando existe dependencia a la marihuana en la gestante, se puede producir un Retraso del Crecimiento Fetal. De igual modo también es frecuente que el crecimiento craneal no sigue su ritmo normal. Aumentando de este modo el riesgo de que el o la infante presente problemas cognitivos y de conducta a futuro. Los motivos que llevan a alterar este crecimiento son similares a los del tabaco, que resultan un impedimento, para que el nonato reciba oxígeno suficiente para su desarrollo.

El consumo de **Cocaína** durante el embarazo, puede afectar al feto de muchas maneras. Puede aumentar el riesgo de aborto espontáneo, se podría producir un parto prematuro o un accidente cerebro vascular que genera daños cerebrales irreversibles y en casos extremos significar la muerte del nonato.

En cuanto al consumo de **Pasta base** durante el embarazo, un estudio realizado¹⁸ demuestra que los infantes expuestos a pasta base de cocaína durante el embarazo, presentan una mayor frecuencia y gravedad de la morbilidad, que se traduce en inmunodeficiencia, malformaciones y daño cerebral. Además, ellos presentan una mayor prevalencia de patología compleja, especialmente, cardíaca, neurológica y respiratoria.

¹⁸ Mena MA, Navarrete P, Corvalán S, Bedregal P. Drogadicción embriofetal por abuso de pasta base de cocaína durante el embarazo. *Rev Méd Chile* 2000; 128: 1093-100.



En conclusión queda en evidencia, que el consumo de cualquiera de estas sustancias lícitas e ilícitas afecta enormemente el normal desarrollo físico y cognitivo de los infantes, tanto durante el periodo de gestación como posteriormente al nacimiento. Donde principalmente se vulnera el derecho de los estos, a crecer sanos física, mental y espiritualmente.

2.2.3 EMBARAZO Y ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS

Las enfermedades psiquiátricas que presentan las madres durante el periodo de embarazo, también pueden incidir directamente en la vulneración de derechos de los infantes, previo o posterior al nacimiento. Tanto desde el punto de vista biológico como psicosocial, el embarazo exige un considerable esfuerzo de adaptación, que ocasionalmente puede desembocar en una patología psiquiátrica, donde pueden aparecer cuadros de ansiedad, depresión, entre otros.

La morbilidad psiquiátrica en el embarazo se ha estimado que es del 20-40%¹⁹. A pesar de la morbilidad asociada a los trastornos psiquiátricos, hasta la fecha ha habido una tendencia en evitar el tratamiento farmacológico en la mujer gestante, pero actualmente se está produciendo un cambio de tendencias en el abordaje terapéutico de las enfermedades psiquiátricas en estas pacientes.

Los síntomas psíquicos afectan a la gestación por su influencia en el estado emocional de la madre, en su funcionamiento, en la capacidad de autocuidado, e incrementan el riesgo de malos hábitos de salud. Después del parto, la enfermedad psiquiátrica no tratada tiene un impacto negativo en el desarrollo del infante y su bienestar.

El tratamiento depende de cada patología psiquiátrica. Es necesario considerar varios aspectos. El primero, si la mujer está planeando la gestación o si por el contrario el diagnóstico ya está establecido. En segundo lugar, en qué periodo de la gestación se encuentra la paciente, porque el abordaje y el tratamiento farmacológico varían. Finalmente será necesario valorar si es el inicio de la enfermedad en este periodo o si por el contrario la paciente ya estaba previamente

¹⁹ Oates M. Perinatal psychiatric disorders: a leading cause of maternal morbidity and mortality. Br Med Bull. 2003;67:219-29



diagnosticada en este sentido si la enfermedad está estabilizada o si se trata de una recaída.

A continuación se desarrollarán brevemente dos enfermedades psiquiátricas que se pueden presentar durante el embarazo, las cuales pueden vulnerar los derechos de la infancia, en caso de no tomar las medidas correspondientes.

La primera enfermedad es la **Esquizofrenia**, que es de tipo crónica, ésta se caracteriza por presentar una alteración en la percepción del mundo real, afectando los pensamientos, las emociones y la conducta. Las mujeres que presentan esta enfermedad tienen mayor riesgo de gestaciones no planificadas y sufrir consecuencias legales como perder la custodia del recién nacido, lo que las hace más vulnerables a las recaídas en este momento vital. Lo anterior se fundamenta en que los síntomas psicóticos de la enfermedad pueden tener efectos devastadores en la mujer de tipo clínico, como en su funcionamiento diario y en la capacidad de cuidar al recién nacido, algunos estudios han descrito que los trastornos psicóticos empeoran durante la gestación y en cualquier caso, ésta debe ser considerada una gestación de alto riesgo.

La esquizofrenia en la mujer gestante, está asociada a un incremento en el riesgo de malformaciones congénitas, y a un aumento de complicaciones perinatales como puntuaciones de Apgar más bajas, bajo peso gestacional, retraso en el crecimiento intrauterino, parto prétermo y parto prematuro, así como alteraciones neuroconductuales en el recién nacido. A su vez el hijo o hija de una madre con esquizofrenia, tiene un riesgo doce veces mayor de contraer la enfermedad. Es necesario valorar el riesgo-beneficio de la psicosis durante la gestación y los riesgos de la exposición del feto a la medicación frente al no tratamiento.

La psicosis no tratada, tanto en la gestación como en el posparto, implica importantes consecuencias tanto para la madre como para el o la infante. Por un lado, es un factor de mal pronóstico para la evolución de la gestación, incluso cuando se asegura un buen control farmacológico, y por otro, un riesgo perinatal. Por dicho motivo, el tratamiento no debe ser interrumpido de forma sistemática, sin haber evaluado antes el riesgo de caída de la madre y las consecuencias de la misma



para el nonato, las cuales deben ser informadas. En relación a este punto son los médicos quienes deben propiciar una adecuada medicación de forma de equilibrar comportamiento, actitudes y pensamientos de modo de reducir al mínimo los riesgos que los medicamentos utilizados pueden presentar

Es fundamental para el tratamiento de la enfermedad durante el embarazo, el apoyo familiar para la gestante. El abordaje debe ser múltiple, desde el punto de vista psicoterapéutico es necesario potenciar la autoestima de la madre haciendo hincapié en el adecuado del bebé, que se puede presentar como una de las mayores vulneraciones. Por otra parte el tratamiento farmacológico dependerá de la gravedad de los síntomas. Es limitada la información acerca de las consecuencias perinatales en mujeres con esquizofrenia tratadas con anti psicóticos durante el embarazo. Por razones éticas evidentes, los anti psicóticos no son evaluados en mujeres embarazadas; la mayoría de los datos provienen de amplios estudios epidemiológicos de mujeres expuestas a estos agentes durante la gestación.

En segundo lugar se encuentra la **Depresión**, que es una alteración patológica del estado de ánimo, con descenso del humor que termina en tristeza acompañada de diversos síntomas y signos de tipo, vegetativo, emocionales, del pensamiento, del comportamiento y de los ritmos vitales que persisten por tiempo habitualmente prolongado (a lo menos 2 semanas). La Depresión se puede clasificar en *Leve*, *Moderada* y *Severa*, siendo éstas dos últimas las de mayor complejidad, ya que se pueden presentar comportamientos que pongan en riesgo la vida de quien la padece.

En Chile los estudios publicados muestran, entre los pacientes que concurren a consultorios de atención primaria, una prevaencia de alrededor de un 30 a 35% de pacientes con síntomas depresivos suficientemente intensos como para constituir trastornos del ánimo, con claro predominio de mujeres, y una cifra semejante entre las mujeres embarazadas que concurren a control normal de embarazo, de las que la mayoría no son diagnosticados.



La mujer tiene una mayor vulnerabilidad a la depresión durante su vida reproductiva, así como en el puerperio donde factores bioquímicos y estrés psicológico pueden desencadenar trastornos psiquiátricos.

La gestación es una etapa de alta incidencia de trastornos depresivos y de hecho el puerperio es el período de mayor riesgo de depresión en la vida de una mujer. Una mayoría de puérperas tiene síntomas depresivos significativos durante las primeras semanas y se estima una incidencia de 10 a 15% de real enfermedad depresiva. La *disforia post parto* es un trastorno transitorio que aparece en las primeras horas y se prolonga por pocos días, cursando con llanto, ansiedad, insomnio y desánimo. No requiere tratamiento especializado, salvo aclarar las dudas que presente la paciente sobre lo que le está ocurriendo.

Sin embargo su presencia es un indicador de riesgo para desarrollar una depresión post parto actual, o en futuros embarazos, por lo que requiere control en las primeras semanas. Si la disforia aumenta de intensidad y se prolonga por más de dos semanas de puerperio, se trata de una *depresión post parto* (DPP). Esta condición la mayoría de las veces es indistinguible de un episodio depresivo mayor.

La detección suele ser compleja, principalmente porque tanto la madre como el personal de salud, corrientemente atribuyen el desánimo a un fenómeno normal del puerperio, además frecuentemente las madres niegan su sintomatología. La detección precoz permite un tratamiento temprano, con algún apoyo psicoterapéutico, pero en depresión moderada a severa se deben usar antidepresivos, de preferencia inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, debido a que presentan menos efectos adversos, no son tóxicos en sobredosis, no se han demostrado efectos a corto ni a largo plazo en el no nato.

Por otro lado, la falta de detección y tratamiento de la depresión puerperal puede tener impactos graves sobre el desarrollo psicomotor del infante, dado que se trata de una madre que no puede interaccionar normalmente con su hijo o hija, no puede reconocer las señales que este o esta le envía y no puede regular sus estados físicos y mentales. Estas madres constantemente refieren dificultades en el cuidado y manejo del recién nacido, haciendo que esté en su calidad de neonato, no tenga un adecuado cuidado en pro de un correcto desarrollo biopsicosocial.



2.3 EJE TEMÁTICO N° 3: LA VULNERACIÓN DE DERECHOS DE LA INFANCIA

De diversas formas, los derechos de los niños y niñas se pueden ver vulnerados, muchas también pueden ser las personas quienes lo hagan. Sin embargo en los casos que se presentarán posteriormente, la vulneración de derechos proviene de parte de sus propias madres, aun considerando que éstas deben ser las principales protectoras de sus hijos, tomando en cuenta el gran vínculo que se genera entre ambos durante el periodo de gestación. Es por esto que resulta inaudito que este tipo de situaciones se reiteren a diario, por tanto son las autoridades pertinentes son quienes se deben encargar de generar acciones preventivas y de protección necesarias.

Consideremos para esto la Vulneración de Derechos como, “las acciones u omisiones del Estado a través de sus instituciones (escuela, centros de salud, etc.), de la familia, de la comunidad, que nieguen o impidan el disfrute y/o ejercicio de uno o más derechos, pudiendo a la vez implicar una amenaza a otros derechos, o el acceso a una igualdad de oportunidades para que niños y niñas y adolescentes logren su desarrollo integral y pleno”²⁰.

En todos los casos de vulneración de derechos presentados anteriormente, se presentan tanto factores de riesgo como factores protectores, existen algunos que son propios de cada caso y otros que son transversales a todos los casos.

En primer lugar el factor socioeconómico, se presenta como un factor de riesgo en todos los casos; Embarazo Adolescente, Abuso de Sustancias y Patologías Siquiátricas. En las dos primeras situaciones se avala mediante estudios que demuestran, que en los estratos sociales más bajos, es mayor el nivel de incidencia tanto de embarazo adolescente como de consumo de drogas. Esto asociado, a su vez al bajo nivel educacional, que generalmente suele ser repetitivo en el círculo social de la madre, lo que en el caso del embarazo adolescente, se traduce en falta de educación sexual que les permita conocer la misma y las consecuencias que esta conlleva al no usar protección, entre otras.

²⁰ UNICEF. *Gestión de políticas para la protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes. Un modelo en construcción.* Serie Infancia, Adolescencia y Municipio. Buenos Aires, septiembre, 1999. p.42,



En cuanto al abuso de sustancias durante el embarazo, el bajo nivel educacional de la madre y de su círculo cercano, puede influir a la dependencia a las drogas, puesto que la falta de un proyecto de vida, por ejemplo terminar los estudios, facilita el tiempo libre que se destina al consumo. Cabe destacar que también existen estudios asociados al consumo de drogas y al nivel educativo, donde se señala que un gran porcentaje de los consumidores de drogas, tanto como las madres y padres adolescentes, presenta deserción escolar a temprana edad.

También el entorno comunitario influye en estos casos. En cuanto al consumo de drogas y embarazo adolescente, los grupos de pares juegan un rol muy importante, ya que estos si son consumidores de drogas, el uso de ésta se transforma en una forma de sentirse bien, aceptados, validados en un grupo y lugar, lo que incide negativamente en la gestante.

Finalmente pero no menos trascendental, es el factor familiar, puesto que en ambos casos si las madres, padres o hermanos de las adolescentes embarazadas o drogadictas, han vivido la misma situación esto se presenta como un facilitador para que se convierta en una conducta cíclica, donde no exista una educación o apoyo familiar al respecto, que pudiera evitar que estos casos se reiteraran. Sin duda la base preventiva o el recurso protector fundamental lo constituye la familia. Ésta debiera constituir un núcleo que proporcione ternura, acogida e intercambio afectivo. A medida que los jóvenes reconocen una mejor relación familiar, el consumo desciende notablemente.

En relación a las Patologías Psiquiátricas, los factores tanto económicos como educacionales, presentan una distinta incidencia puesto que se trata de una condición inherente a la persona, en cierto sentido el factor económico puede influir por ejemplo en la esquizofrenia por el dificultar el acceso a los medicamentos, y en el caso de la depresión, porque el presentar una situación económica precaria durante el embarazo, se puede traducir en la angustia de la madre al no poder cubrir todas las necesidades de su hijo o hija desencadenando una depresión.

Las familias de las madres que padecen estas patologías juegan un rol fundamental, pues en el tratamiento las enfermedades se deben educar a los miembros de la familia sobre los síntomas, quienes deben adquirir habilidades para resolver problemas, y conocer el acceso a la atención de los proveedores en tiempos



de crisis. También, se hacen parte como factor protector, al momento de entregar cuidado y protección al hijo o hija de una mujer con patologías Psiquiátricas, brindándole la ayuda y asesoramiento necesario a la madre para resguardar los derechos de los infantes.



Capítulo III

Metodología

de Trabajo



MARCO METODOLOGICO

3.1 FUNDAMENTACIÓN

El presente estudio, responde fundamentalmente a la necesidad de levantamiento de información por parte de la unidad de Servicio Social del Hospital Carlos Van Buren. En la lógica de conocer cuáles son los procedimientos realizados por los profesionales de la Atención Primaria de Salud, en torno a los casos de Embarazo de Alto Riesgo (EAR) con componente Psicosocial que son derivados al ARO (Alto Riesgo Obstétrico).

Esta necesidad surge debido a que existe una gran cantidad de casos como los señalados, que durante su estancia en el Hospital Carlos Van Buren (HCVB), denotan ciertas señales que dan a conocer un riesgo psicosocial evidente, en muchos casos muy grave, que no fue identificado y por tanto se presume tampoco intervenido en primera instancia en su Centro de Salud. De esta forma es en la unidad de servicio social del HCVB, donde se realizan las acciones de pesquisa, intervención, derivación y en gran parte de judicialización de los casos, de manera expedita y urgente, en un periodo promedio de tres días.

La principal importancia tomar acciones desde el HCVB de forma urgente, es que la situación de grave riesgo psicosocial que presenta la usuaria, expone al recién nacido a un potencial riesgo de sufrir Vulneración de Derechos. Considerando como agravante que además en algunos casos, las mujeres presentan gestas anteriores, donde los infantes pudieron haber sido o ser actualmente víctimas de vulneración de derechos, sin una medida de protección que los ampare.

Frente a estas situaciones, el Código Procesal Penal de Chile señala, *"...todo hecho que revistiere caracteres de delito debe ser denunciado..."*, en este caso en particular el artículo 175, letra b), declara que quienes tienen el deber de denunciar son, *"Los jefes de establecimientos hospitalarios o de clínicas particulares y, en general, los profesionales en medicina, odontología, química, farmacia y de otras ramas relacionadas con la conservación o el restablecimiento de la salud, y los que ejercieren prestaciones auxiliares de ellas, que notaren en una persona o en un cadáver señales de envenenamiento o de otro delito"*, a la vez establece un plazo



máximo de 24 horas, a partir del momento en que se puso conocimiento presunto delito, para establecer la denuncia.

En base a los antecedentes señalados, queda de manifiesto la importancia de señalar que es APS la instancia de salud convocada a intervenir en promoción de la salud y prevención de enfermedades, además está dirigida a la atención de los usuarios de manera continua, siendo fundamental la identificación de las características del contexto sociocultural en el que se desenvuelven. Por lo que se convierte en la instancia más adecuada para realizar una pesquisa e intervención integral, de los casos que presenten situaciones de riesgo, potenciando factores protectores que intencionen el cambio, a fin de evitar vulneraciones de derechos.

Por otra parte en situaciones donde la promoción y prevención no son suficientes, se debe proceder a la rehabilitación salvaguardando el bienestar de los más vulnerables. Si bien existen casos donde los centros de salud se ven sobrepasados por la alta demanda, se puede recurrir a la coordinación con otras redes de apoyo social que realicen las acciones necesarias para una adecuada intervención.

De esta forma toma sentido la necesidad de conocer la magnitud de la problemática y los procedimientos de intervención profesional que se realizan en APS, a fin de poder identificar cuáles son las principales falencias en los procedimientos y en el flujo de coordinación, existentes entre las redes de atención Primaria; Secundaria; Terciaria de salud, que impiden la detección e intervención adecuada de los casos más graves y por consiguiente el no cumplimiento de las normativas estipuladas por el Código Procesal Penal de Chile.



3.2 OBJETIVOS DE TRABAJO

➤ **Objetivo 1:**

Caracterizar la problemática social asociada a casos de Embarazo de Alto Riesgo, de la comuna de Valparaíso, derivados a la unidad de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Carlos Van Buren, en el año 2010. Considerando los siguientes tópicos:

- Patologías del Embarazo.
- Patologías de Embarazo con componente de Riesgo Psicosocial.
- Centros de Derivación.

➤ **Objetivo 2:**

Identificar la situación real, de los Procedimientos realizados y la Coordinación existente en torno las redes de Atención de Salud, presente en los Centros de Atención Primaria de la comuna de Valparaíso. Mediante:

- Consulta a profesionales Trabajadores/as Sociales y Matrones/as, pertenecientes a la red de Atención Primaria de Salud en la comuna de Valparaíso, en torno al funcionamiento y flujo de la red de atención entre los tres niveles de atención.
- Cotejo comparativo entre situación ideal y situación real, en Centros de APS.
- Situaciones Tipo.
- Flujograma Real de Procedimientos en torno a Embarazos de Alto Riesgo con componente Psicosocial.

➤ **Objetivo 3:**

Proponer una Red de Coordinación en casos de Embarazo de Alto Riesgo con componente Psicosocial, que integre, Atención Primaria, Secundaria y Terciaria de Salud. A través de:

- Flujograma Ideal de Procedimientos en torno a Embarazos de Alto Riesgo con componente Psicosocial.



3.3 TÉCNICAS DE LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN

COMPONENTE CLAVE	TÉCNICA O INSTRUMENTO	DATOS CLAVES	PARTICIPANTES
<ul style="list-style-type: none"> Patología Embarazo. Riesgo Psicosocial. Centro de Derivación. 	Revisión de Base de Datos	<ul style="list-style-type: none"> Nombre RUT Centro de Salud Problema de Salud 	Base de Datos ARO 2010, Hospital Carlos Van Buren.
<ul style="list-style-type: none"> Experiencia de Derivación Equipo de Atención Primaria de Salud (APS). 	Cuestionario	<ul style="list-style-type: none"> Profesión. Participación en control de embarazo. Protocolo o manual de intervención. Procedimiento de intervención en caso EAR. Casos derivados a Alto Riesgo Obstétrico (ARO). Seguimiento a casos derivados a ARO. Visita Domiciliaria. Casos con medida de protección. Rescate de Redes. Número de casos EAR anual. Falencias entre Niveles de Atención. Mejoras para Intervención en EAR. Retroalimentación. Sugerencias relaciones entre niveles de salud. 	Equipo Trabajador/as sociales y Matrán/as de APS pertenecientes a la comuna de Valparaíso.
<ul style="list-style-type: none"> Situaciones Tipo 	Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> Caso Juicio Profesional Propuesta de Mejora 	Jefa de unidad de Servicio Social, Hospital Carlos Van Buren.
<ul style="list-style-type: none"> Cotejo Situación Ideal- Situación Real. 	Lista de Cotejo	<ul style="list-style-type: none"> Atención y coordinación interna y externa. Organización interna. Protocolo de atención a Embarazo. Monitoreo y seguimiento resultados y plan de acción. 	Modelo CESFAM "Edgardo Enríquez Fröedden" perteneciente a la comuna de Pedro Aguirre Cerda, Santiago.
<ul style="list-style-type: none"> Procedimiento de Intervención. 	Flujo grama	<ul style="list-style-type: none"> Equipo Involucrado. Área de Derivación. Estructura de Intervención. Componente de Actividades. 	APS y Servicio Social de HCVB



Capítulo IV

Análisis De La Experiencia



4.1 CARACTERIZACIÓN GENERAL DE LA PROBLEMÁTICA

Para analizar la magnitud de la problemática social de la presente tesis, se ha considerado una base de datos manejada por la unidad de Estadísticas del HCVB. Donde están registradas todas las mujeres embarazadas, que durante el año 2010, fueron derivadas por distintos motivos a la unidad ARO del Hospital Carlos Van Buren. Esta base de datos fue depurada mediante el sistema SIGGES, a fin de obtener el número exacto de pacientes que presentaron durante su embarazo, lo siguiente:

- Consumo Drogas: Marihuana, Pasta base, Cocaína.
- Embarazo Adolescente con componente Riesgo Psicosocial: Menores de 18 años, con riesgo Psicosocial.
- Patologías Psiquiátricas: Depresión Severa, Retardo Mental Severo, Esquizofrenia.

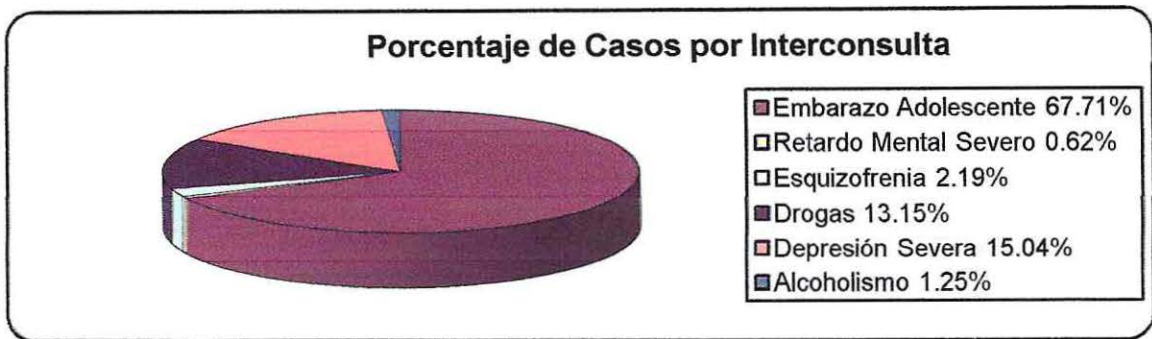
El universo total de embarazadas registradas en la base de datos corresponde a 2.720, del cual se obtuvieron 319 casos denominados Embarazo de Alto Riesgo con componente Psicosocial.

Dentro del total, el mayor número de casos derivados al ARO, fue de Embarazos Adolescente con riesgo Psicosocial con 216 usuarias, obteniendo un porcentaje de 67.71%, seguido por Patologías Psiquiátricas con 57 casos correspondientes a un 17.85% y con el menor porcentaje de 14.4%, 46 embarazadas con Consumo de Drogas y Alcohol.

En cuanto a los casos de embarazo adolescente con componentes de riesgo psicosocial, cabe mencionar que frente al alto porcentaje obtenido, surge la importancia de realizar una intervención adecuada, a fin de pesquisar y tomar medidas a tiempo frente a las vulneraciones de derechos de las que pueden ser víctima tanto las niñas embarazadas como los futuros lactantes.



Gráfico 4.1:



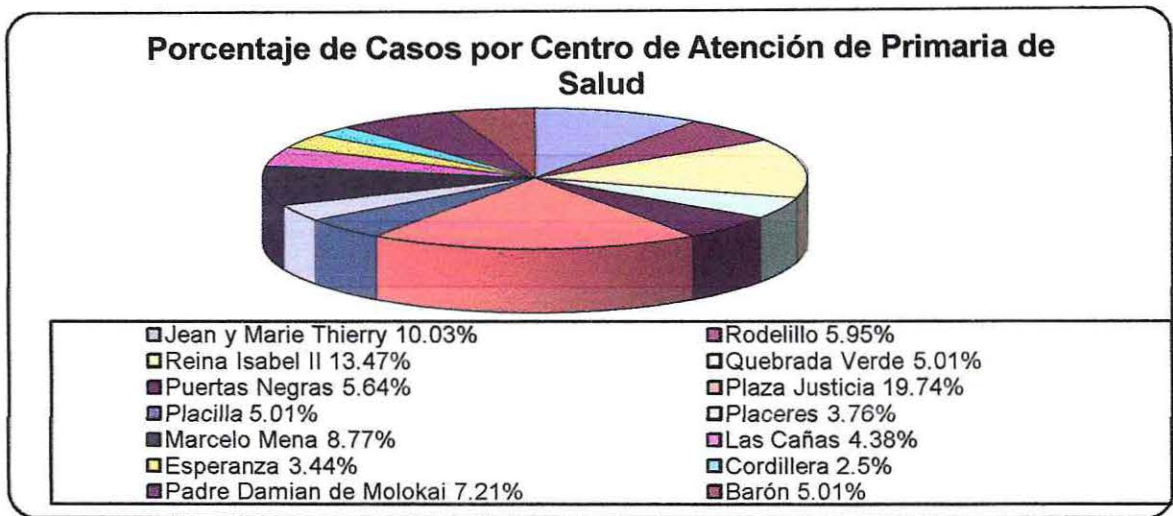
❖ Fuente: Base de Datos, Embarazo de Alto Riesgo derivados a ARO de HCVB, año 2010.

Mediante la base de datos se pudo identificar del número total de casos señalados anteriormente, cuántos de ellos corresponden a cada consultorio de la comuna de Valparaíso, siendo el que obtuvo mayor porcentaje el Centro de Salud “Plaza de Justicia”, dependiente del Hospital Carlos Van Buren, con un 19.74% correspondiente a 63 EAR con componente de Riesgo Psicosocial, que fueron derivados el año 2010 al ARO. Esta situación puede significar que es el Centro de Salud con mayor cantidad de población vulnerable de sufrir riesgo psicosocial durante el embarazo o bien que se realiza una adecuada pesquisa de los casos, lo que repercute en el número de derivaciones realizadas.

Por otra parte el Centro de Salud “Quebrada Verde”, fue el que presentó el menor número de derivaciones, con 3 embarazadas que corresponden a un 0.94%. Lo que por el contrario al caso anterior, puede revelar que son muy pocas embarazadas que presenten algunas de las patologías o riesgo psicosocial antes mencionado. O de otra forma, que no se esté pesquisando adecuadamente y exista un porcentaje de embarazos con componentes de riesgo psicosocial que no han sido detectados y/o derivados por omisiones involuntarias.



Gráfico 4.2:



❖ Fuente: Base de Datos, Embarazo de Alto Riesgo derivados a ARO de HCVB, año 2010.

Los datos obtenidos en la base de datos depurada²¹, contribuirá a la unidad de Servicio Social del Hospital Carlos Van Buren, para el manejo de un registro detallado de los casos de Embarazo de Alto Riesgo con componente Psicosocial derivados al ARO del HCVB.

²¹ Anexo número 1.



4.2 RESULTADOS DE EXPERIENCIA APS

El siguiente apartado da cuenta del análisis realizado por el equipo seminarista, tras la aplicación del instrumento de recolección de datos²², dirigido a los 14 Centros de Salud de la comuna de Valparaíso. Cabe señalar que la aplicación del mismo está destinada tanto a Trabajadores Sociales como a Matrones/as, considerando a un profesional de cada área por Centro de Salud. Se debe destacar además que de un universo total de 28 encuestados, solo 23 de ellos fueron partícipes del proceso, siendo estos 12 Trabajadoras Sociales y 11 Matrones y Matronas.

Para efectos del análisis del cuestionario, solo fueron consideradas las preguntas más relevantes, las cuales responden a los objetivos del Seminario de Título.

Dentro de la gestión de redes de salud, los tópicos estudiados develan las distintas temáticas, asociadas tanto a la coordinación existente entre los tres niveles de salud, como en torno a los procedimientos realizados por APS frente a casos de embarazos de Alto Riesgo con Componente Psicosocial.

Así surgen de este análisis datos claves como los son, los procedimientos realizados en Embarazos de Alto Riesgo, la derivación, el seguimiento y medidas de protección realizados en APS, entre otros, los cuales otorgan una visión concreta sobre los planes y programas ejecutados en torno a la atención de Embarazos con Riesgo Psicosocial.

Otro factor importante a destacar, es la identificación de las falencias que se producen en las relaciones al interior de los distintos niveles de salud, las cuales fueron señaladas detalladamente según las declaraciones realizadas por los profesionales participantes.

²² Anexo número 2.



4.2.1 DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA ESPECIALIDAD/CARGO.

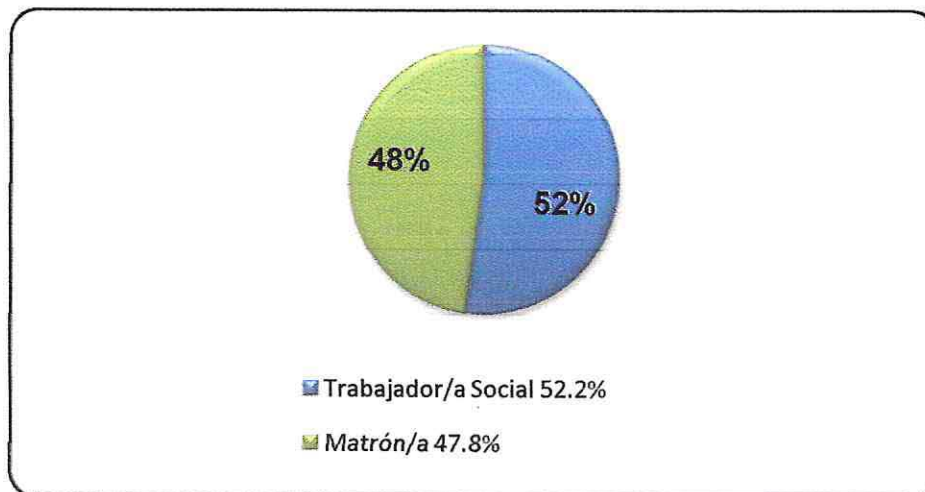
Tabla 4.1: Distribución Según La Especialidad o Cargo. (N° y %)

Profesión	N°	Porcentaje
Trabajador/a Social	12	52,2 %
Matrón/a	11	47,8 %
Total	23	100 %

❖ Fuente: Cuestionario aplicado por equipo seminarista en APS año 2011.

En el presente punto se puede inferir que de un total de 23 centros de salud encuestados, el 52.2% de las respuestas son expresadas por el/la Trabajador/a Social, y un 47.8 % fueron expresadas por el/la Matrón/a, través de la primera pregunta del instrumento de levantamiento de datos

Grafico 4.3: Distribución Según Especialidad o Cargo.



❖ Fuente: Cuestionario aplicado por equipo seminarista en APS año 2011.



4.2.2 NIVEL DE PARTICIPACIÓN O INTERVENCIÓN EN CONTROL DE EMBARAZO.

Tabla 4.2: Participación en Control de Embarazo. (N° y %)

Participación.	N°	Porcentaje
Si	23	100 %

❖ Fuente: Cuestionario aplicado por equipo seminarista en APS año 2011.

Respecto al nivel de participación o intervención dentro del Programa de Control de Embarazo en cada Centro de Salud, de un total de 23 casos el nivel de participación es del 100% de los profesionales entrevistados, respondiendo a los planes gubernamentales de control de embarazo enmarcados en el programa de la mujer y/o el programa Chile crece contigo.

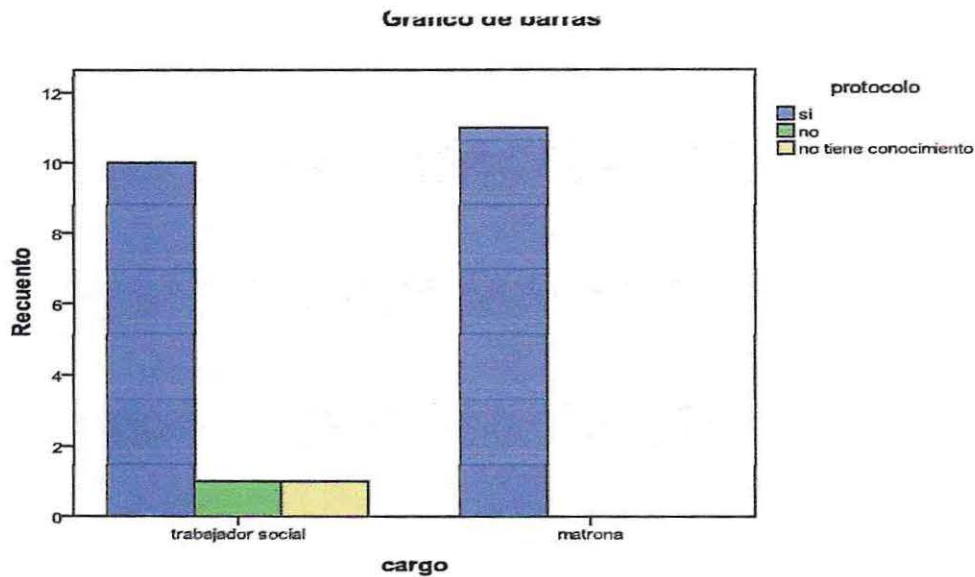


4.2.3 EXISTENCIA DE PROTOCOLO, GUÍA O MANUAL DE INTERVENCIÓN.

Tabla 4.3: Existencia de Protocolo, Guía O Manual De Intervención. (N° y %)

Cargo	N° SI	Porcentaje SI	N° NO	Porcentaje NO	N° No sabe, No responde	Porcentaje No sabe/ responde	Porcentaje Total
Trabajador Social	10	83.3%	1	8.69%	1	8.69%	100%
Matrón/a	11	100%	0	0	0	0	100%

Grafico 4.4: Protocolo Guía o Manual De Intervención.



❖ Fuente: Cuestionario aplicado por equipo seminarista en APS año 2011.

En el cuestionario aplicado a APS la pregunta, tiene como objetivo obtener el grado de conocimiento de los y las profesionales, sobre la existencia de un protocolo, guía o manual de intervención en el programa de control de embarazo, los cuales pueden ser originados e impulsados, tanto por el gobierno, como por el municipio, o bien al interior del mismo Centro de Salud. Un 83.3% de las Trabajadoras Sociales y un 100% de los/las Matrón/as declaran la existencia de un protocolo, guía o manual de procedimientos en control de embarazo. Por otra parte del total de matrones/as y trabajadoras Sociales el grado de conocimiento por parte de ambos profesionales es del 91.3%. Cabe señalar que el porcentaje de respuestas negativas obtenidas por parte de las Trabajadoras Sociales, podría responder a la amplia gama de áreas de intervención a su cargo al interior del Centro de Salud.



4.2.4 GUÍA, PROTOCOLO O MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS PARA INTERVENCIÓN DE EAR PSICOSOCIAL.

Tabla 4.4: Guía, Protocolo o Manual de Procedimientos Específicos para Intervención de EAR Psicosocial. (N° y %)

Cargo	SI	Porcentaje SI	No sabe, No responde	Porcentaje No Sabe/ responde
Trabajador Social	10	83.3 %	2	8.7 %
Matrón/a	11	100 %	0	0
Total T. Social + Matrón/a	21	91.3 %	2	9.53 %

❖ Fuente: Cuestionario aplicado por equipo seminarista en APS año 2011.

En este segmento se hace referencia a la existencia de un protocolo, guía o manual de procedimientos específicos, para intervenir casos de Embarazos de Alto Riesgo. Los datos recopilados y analizados demuestran que el 100% de los/las Matrones/as, y un 83.3% del las Trabajadoras Sociales respondieron afirmativamente la pregunta.

Al sumar ambos porcentajes, en relación al total de profesionales consultados, el resultado corresponde a un 91,3% de Trabajadoras Sociales y Matrones/as, que afirman la existencia de un manual de procedimientos específicos.



4.2.5 PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS PARA LA INTERVENCIÓN DE EAR PSICOSOCIAL.

Grafico 4.5:



❖ Fuente: Cuestionario aplicado por equipo seminarista en APS año 2011.

Este acápite se relaciona directamente con el punto anterior, donde de las respuestas declaradas por el 91,3% de profesionales, se desglosan las siguientes guías, protocolos o manuales utilizados como procedimientos específicos, al intervenir casos de embarazo de alto riesgo. El Manual Chile Crece Contigo es utilizado por un 21% de los y las profesionales consultados/as, seguido con un 16% por las Visitas Domiciliarias y la Derivación con otros profesionales, y un 11% que corresponde a Coordinación con redes externas.



Cabe destacar que si bien no está expresado en el gráfico anterior, el Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo, es utilizado como procedimiento específico para casos EAR, con mayor frecuencia por parte de Matrones y Matronas, donde según los resultados, siete de trece profesionales lo declaran, lo cual corresponde a un 53,8% del total.

4.2.6 CASOS DE EMBARAZOS DERIVADOS A ARO HOSPITAL CARLOS VAN BUREN.

Tabla 4.5: Embarazos derivados al ARO del HCVB. (N° y %)

CASOS DERIVADOS A ARO	N° por Matrán/a	Porcentaje %
- Drogas y Alcohol	7	28
- Patología Obstétrica Previa	6	24
- Patología Psiquiátrica	3	12
-Embarazo Adolescente con riesgo Psicosocial	2	8
- Patología Ginecológica	2	8
- Embarazo Adolescente menor de 16 años	2	8
- Fecha Gestación Dudosa	1	4
- Patología Crónica	1	4
- Gestante añosa	1	4
TOTAL	25	100%

❖ Fuente: Cuestionario aplicado por equipo seminarista en APS año 2011.

Para efectos de este punto, se darán a conocer las respuestas otorgadas por los profesionales del área obstétrica, a razón de que son estos quienes realizan la derivación directa de casos al ARO del HCVB.

La mayor cantidad de casos derivados según los y las matrones/as, corresponde a Embarazadas con consumo de drogas y alcohol con un 28%, de ellos, declara que son las son derivados al ARO del HCVB, en tanto un 24% es derivado por Patologías Obstétricas Previas y un 12% es derivado por Patologías Psiquiátricas.



4.2.7 SEGUIMIENTO DE CASOS DE EMBARAZOS DERIVADOS A ARO DEL HOPITAL CARLOS VAN BUREN.

Tabla 4.6: Seguimiento de Embarazos derivados a ARO de HCVB. (N° y %)

SEGUIMIENTO DE CASOS DERIVADOS A ARO	N°	PORCENTAJE
SI	19	82,6 %
NO	3	13,0 %
NO CONTESTA	1	4,4 %
TOTAL	23	100 %

❖ Fuente: Cuestionario aplicado por equipo seminarista en APS año 2011.

Dentro del seguimiento de los casos con riesgo social derivados al Alto Riesgo Obstétrico, este sin lugar a dudas es uno de los ítems de mayor relevancia dentro del estudio, ya que con la recolección de este dato podremos obtener el real seguimiento de las interconsultas derivadas al ARO, por lo general realizado través de la revisión de documentos (carnet de control de embarazo, exámenes, ecografías), como por las interconsultas devueltas a los Centros de Salud por la inasistencia de las pacientes, como también mediante Visitas Domiciliarias o Controles de rutina más frecuente en APS.

En términos porcentuales se declara que el 82.6% de los casos derivados, presenta algún tipo de seguimiento por parte de los Centros de Salud y solo un 13.0% no realiza ningún tipo de seguimiento, siendo un restante 4% no contestado.



4.2.8 VISITA DOMICILIARIA A EMBARAZOS CON RIESGO PSICOSOCIAL.

Tabla 4.7: Visita Domiciliaria a Embarazos con Riesgo Psicosocial. (N° y %)

VISITA DOMICILIARIA AL 100% DE LOS CASOS	Sí realiza VD al 100%	Porcentaje	No realiza V.D. al 100%	Porcentaje
Trabajador/a Social	7	30.4	5	21.7
Matrón/a	7	30.4	4	17.4
Total	14	60.9	9	39.1

❖ Fuente: Cuestionario aplicado por equipo seminarista en APS año 2011.

En cuanto al porcentaje de Visitas domiciliarias parceladas por cargo un 30.4 % de las Trabajadoras Sociales declara si realizar la visita domiciliaria al 100% de casos de Embarazos de Alto Riesgo Psicosocial, mientras un 21.7 declara no hacerlo. Por su parte los/las matrones/as sostienen en un 30.4 % si realizar Visita domiciliaria (VD) al total de los casos mientras un 17.4% señala no hacerlos. En ambos casos donde se declara una negativa ante la realización de VD, tiene bases principalmente en que las embarazadas se encuentran fuera de la jurisdicción geográfica del Centro de Salud, que deben priorizar a casos más urgentes, o que simplemente las direcciones son erróneas o falsas.

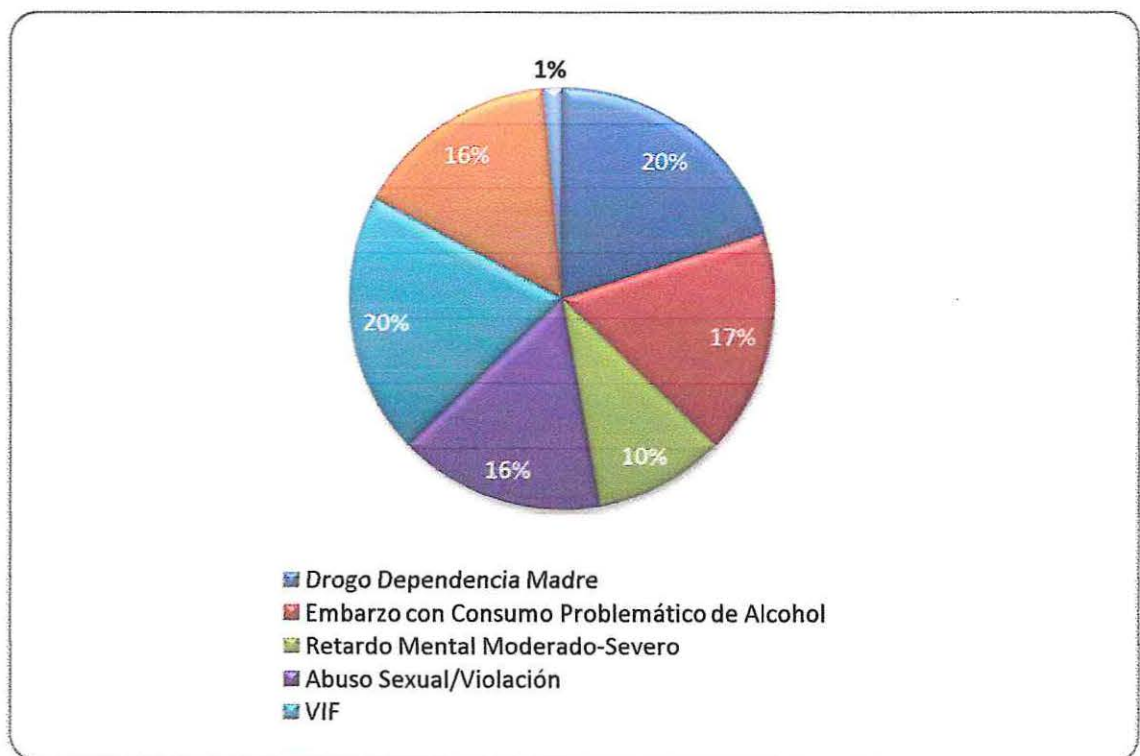


4.2.9 CASOS EN QUE SE CURSA MEDIDA DE PROTECCIÓN.

Dentro de las preferencias señaladas por los profesionales, queda demostrado en el gráfico 4-6, que la mayor cantidad de casos en los que se cursa medida de protección son Drogodependencia de la Madre y VIF, representados con un 20%, seguido por el Embarazo con Consumo Problemático de Alcohol con un 17%.

Cabe destacar por su parte un caso en que el profesional, señaló no cursar medida de protección frente a ninguna situación, declarando que solo se procede a ejecutar el plan de rescate de redes, lo cual queda reflejado con un 1% en el gráfico.

Grafico 4.6: Casos Declarados En Que Se Cursa Medida De Protección.



❖ Fuente: Cuestionario aplicado por equipo seminarista en APS año 2011.



4.2.10 PLAN DE RESCATE DE REDES PREVIO A LA JUDICIALIZACIÓN.

Tabla 4.8: Existencia de plan de rescate de redes previo a la judicialización.
(N° y %)

EXISTE PLAN DE RESCATE DE REDES	NÚMERO	PORCENTAJE
Si	12	52,2 %
No	5	21,6%
No contesta	6	26,1 %
Total	23	100 %

❖ Fuente: Cuestionario aplicado por equipo seminarista en APS año 2011.

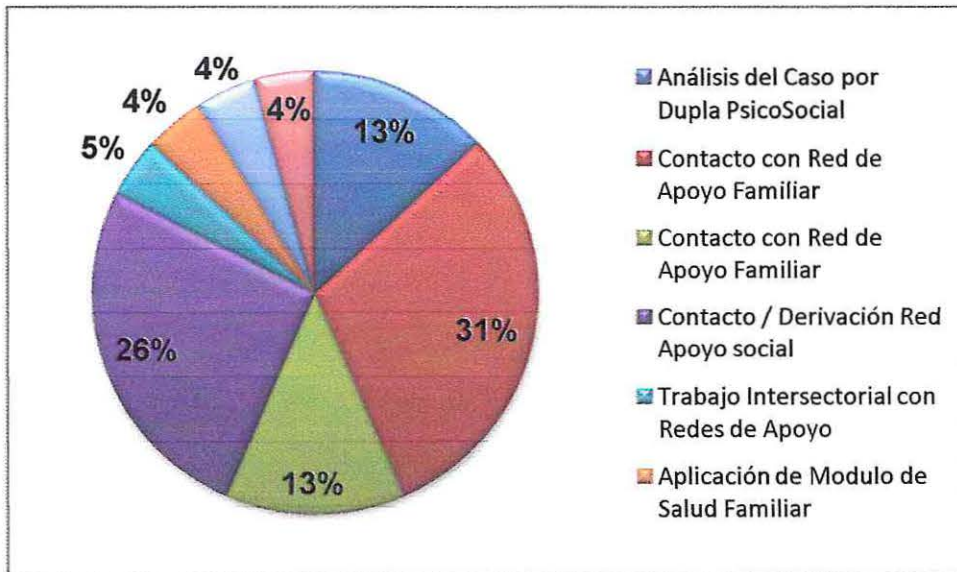
En este punto, se busca identificar la existencia de Planes de Rescates de Redes, en forma previa a la judicialización de los casos en los que se solicita medida de protección. A continuación se puede señalar que un 52.2% de quienes respondieron, declaran si realizar una rescate de redes o de factores que permitan utilizar como último recurso la medida de protección (MP). Por otra parte un 21, 6% de los encuestados señala no realizar rescate de redes, ya sea porque se solicita directamente MP o bien ésta simplemente no se cursa. Finalmente existe un 26.1% de profesionales que no contestaron a la pregunta, en su mayoría por no tener conocimiento de la existencia de rescate de factores protectores, y/o de los procedimientos para cursar una medida de protección.

En torno a las respuestas negativas y las no contestadas, cabe señalar que estas fueron declaradas en su totalidad por los y las matrones/as. Lo que permite señalar que el desconocimiento en este ámbito para dichos profesionales, es una falencia ya que poseen solo una visión biomédica de la problemática, desconociendo el nivel de importancia frente a la situación judicial suscitada.



4.2.11 ACTIVIDADES DE PLAN DE RESCATE DE REDES PREVIO A LA JUDICIALIZACION DE LOS CASOS.

Grafico 4.7: Actividades de Plan de Rescate de Redes



❖ Fuente: Cuestionario aplicado por equipo seminarista en APS año 2011.

A continuación se establece el desglose de las actividades de Rescate de Redes o Factores Protectores, declaradas por las Trabajadoras Sociales en torno a la pregunta anterior. En primer lugar se destaca como la actividad realizada con mayor frecuencia, el Contacto con la Red de Apoyo Familiar con un 31%, seguido con un 26% por el Contacto y la Derivación a Redes de Apoyo Sociales, realizadas por el área de Servicio Social pertenecientes a cada uno de los Centros de Salud de atención primaria.

Por otra parte un Centro de Salud señala que no existe plan de rescate de redes o factores protectores previo a la judicialización el que responde a un 4.3%, donde es necesario señalar que corresponde al mismo Centro de Salud que declara no cursar Medida de Protección frente a ninguna situación.



**4.2.12 FALENCIAS ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN EN SALUD DETECTADAS
POR TRABAJADORAS SOCIALES.**

Tabla 4.9: Falencia entre Red de Atención Primaria, Secundaria y Terciaria de Salud. (N° y %)

Falencia entre Red de Atención Primaria, Secundaria y Terciaria de Salud	N° por Trabajador/a Social	Porcentaje %
- Escasa comunicación entre los diferentes niveles de salud.	4	17.3
- Descoordinación entre los diferentes niveles de salud.	4	17.3
- Insuficientes Recursos Humanos en APS	3	13.0
- Nula o precaria contra referencia de información por parte de HCVB.	2	8.6
- No responde.	2	8.6
- Insuficientes Recursos Humanos capacitado para aplicar enfoque de Vulneración de Derechos.	1	4.3
- Lenguaje No compartido entre nivel APS (Biopsicosocial) y HCVB (Biomédico)	1	4.3
- Falta de Voluntad por parte de profesionales para trabajar áreas sensibles.	1	4.3
- No contar con una ficha clínica común, transversal.	1	4.3
- Criterio rígido por parte de HCVB para otorgar certificado de parto.	1	4.3
- Descoordinación en casos no AUGÉ.	1	4.3
TOTAL	23	100%

❖ Fuente: Cuestionario aplicado por equipo seminarista en APS año 2011.

Dentro de las principales falencias reconocidas, por parte las Trabajadoras Sociales, se registra en primer lugar la Escasa comunicación y la Descoordinación existentes entre los diferentes niveles de salud, ambas señaladas por un 17.3% de las encuestadas, seguido con un 13% por las declaraciones que señalan que los Recursos Humanos presentes en APS son Insuficientes. Finalmente cabe destaca la Nula o precaria contra referencia de información por parte de HCVB hacia APS, en cuanto a los casos EAR derivados al ARO del mismo, declarado por un 8,6% de las trabajadoras sociales.



**4.2.13 FALENCIAS ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN EN SALUD DETECTADAS
POR MATRONES Y MATRONAS.**

Tabla 4.10: Falencia entre Red de Atención Primaria, Secundaria y Terciaria de Salud. (N° y %)

Falencia entre Red de Atención Primaria, Secundaria y Terciaria de Salud	N° por Matrán/a	Porcentaje %
- Descoordinación entre los diferentes niveles de salud.	3	20
- Insuficientes Recursos Humanos en APS	2	13.2
- Nula o precaria contra referencia de información por parte de HCVB	2	13.2
- Escasa comunicación entre los diferentes niveles de salud.	1	6.7
- Descoordinación en casos No AUGÉ.	1	6.7
- Falta de horas profesionales.	1	6.7
- Atención Secundaria presenta falencias en cuanto a otorgar una atención integral a la embarazada.	1	6.7
- Demora en atención por de falta de horas en HCVB.	1	6.7
- Desconoce Redes de atención en nivel Secundario.	1	6.7
- Derivación poco directa y expedita entre niveles de atención.	1	6.7
- Faltan Instrumentos y normativas de Contra referencia.	1	6.7
TOTAL	15	100%

❖ Fuente: Cuestionario aplicado por equipo seminarista en APS año 2011.

Entre las principales falencia detectadas por los Matrones y Matronas en este ítem, se destacan en los primeros lugares las mismas respuestas declaradas por las Trabajadoras Sociales en la tabla anterior, presentando variaciones solo en el porcentaje de las mismas. Por tanto cabe señalar las respuestas que presentan un menor porcentaje con un 6.7% cada una, que van dirigidas en primer lugar a que la falta de horas en HCVB condicionan las atenciones que se realizan en APS y por tanto producen demora en la revisión de ecografías y exámenes, en segundo lugar se registra el desconocimiento de las Redes de atención en nivel Secundario de Salud, finalizando con la declaración que señala la Derivación poco directa y expedita entre los niveles de atención.



4.2.14 PROPUESTAS DE MEJORA PARA INTERVENCIÓN EN EAR CON COMPONENTE PSICOSOCIAL POR TRABAJADORAS SOCIALES.

Tabla 4.11: Mejoras para Atención Integral en EAR. (N° y %)

Mejoras para Atención Integral en EAR	N° por Trabajador/a Social	Porcentaje %
- Fortalecer la coordinación entre APS y estamento de Servicio Social de Neonatología del HCVB.	2	13.5
- Aumentar Recursos Humanos.	2	13.2
- Revisión del criterio del HCVB en torno a la entrega de certificado de parto.	1	6.7
- Manejar un espectro más amplio de medicamentos para embarazo con depresión.	1	6.7
- Mejorar redes de apoyo.	1	6.7
-Aplicar modelo de salud familiar, abordar el problema desde su complejidad en APS.	1	6.7
- Reuniones periódicas.	1	6.7
- Plan de acción coordinado entre APS y Redes.	1	6.7
- Reunión mensual entre Chile Crece Contigo del HCVB y de APS.	1	6.7
- Comunicación directa entre ambos niveles de salud.	1	6.7
- Discusión casos Alto Riesgo Obstétrico por sector.	1	6.7
TOTAL	15	100%

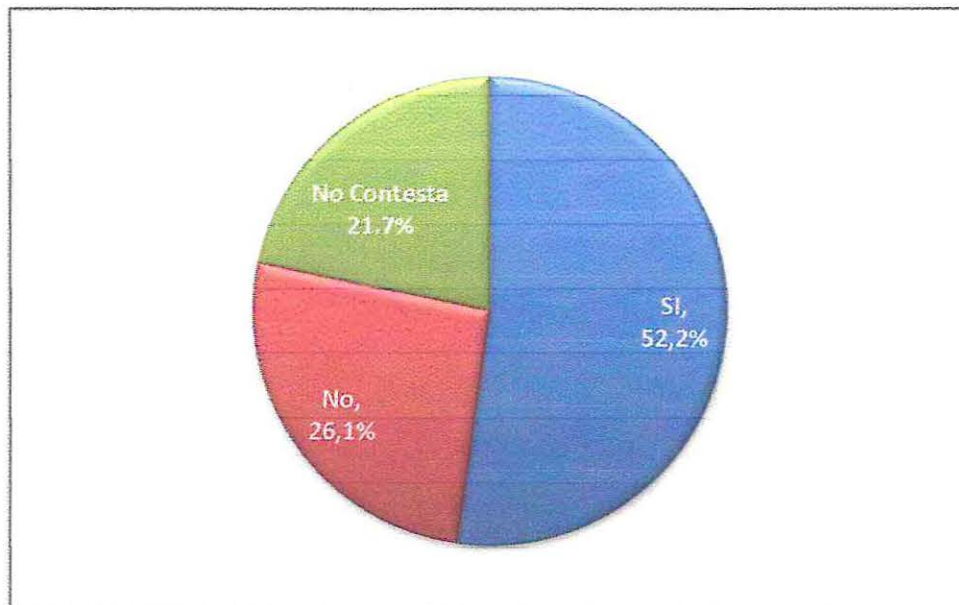
❖ Fuente: Cuestionario aplicado por equipo seminarista en APS año 2011.

Como propuestas establecidas por las Trabajadoras Sociales en pro de mejorar las atenciones a casos EAR con componentes Psicosocial, se registra como una de las más destacadas con un 13.2% de las preferencias, la Existencia de contra referencia vía mail entre los profesionales de los diferentes niveles de Salud para un manejo común de información de los casos . De la misma forma con un 13.2%, se propone un Aumento en los Recursos humanos en la atención primaria de salud, todo en de pro otorgar una atención integral.



4.2.15 REVISIÓN DE LAS INTERCONSULTAS DEVUELTAS POR INASISTENCIA DESDE ARO A APS

Gráfico 4.8: Revisión de las Interconsultas devueltas por Inasistencia desde Aro.



❖ Fuente: Cuestionario aplicado por equipo seminarista en APS año 2011.

Como se expresa en el gráfico número 10, sobre la Revisión de las interconsultas enviadas al Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Carlos Van Buren, el 52,2% del total de encuestados consigna que si da revisión a las interconsultas cursadas al alto riesgo obstétrico. Por otra parte un 47.8% no contestan la pregunta o declaran no dar revisión a las interconsultas que son devueltas por inasistencias desde el Hospital Carlos Van Buren hacia los Centros de Salud de origen. Siendo este un mecanismo que permite hacer efectivas la detección y por tanto protección de los niños y niñas frente a posibles vulneraciones de derechos.



4.3 COTEJO SITUACIÓN IDEAL – SITUACIÓN REAL APS

La lista de cotejo expuesta a continuación da a conocer una comparación entre la Situación Ideal y la Situación Real presentes en los Centros de Atención Primaria de Salud, en torno a las actividades que se realizan en la atención y gestión al interior de estos. Como escenario ideal se consideró el ejemplo del Centro de Salud Familiar Edgardo Enríquez Frödden, administrado por la Municipalidad de Pedro Aguirre Cerda en la ciudad de Santiago, a través de la revisión de documentos publicados en la plataforma virtual oficial de CESFAM. Cabe señalar que éste fue calificado como **“El mejor CESFAM de Chile”**, en el marco del programa **“Consultorios de Excelencia” del Ministerio de Salud**.

Paralelamente como situación real se tomó en cuenta la experiencia obtenida de los Centros de Atención Primaria Salud de la comuna de Valparaíso, mediante el cuestionario aplicado, la observación, entrevista informal conversacional, revisión de documentos y la experiencia declarada en HCVB.



LISTA DE COTEJO COMPARATIVA ENTRE SITUACIÓN IDEAL – SITUACIÓN REAL					
ACTIVIDADES DE ATENCIÓN Y GESTIÓN	Situación Ideal CESFAM EEF		Situación Real APS VALPARAÍSO		OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	
	• Reuniones mensuales de equipo multidisciplinario del Centro de Salud.	✓		✓	
• Capacitaciones periódicas del personal del Centro de Salud.	✓		✓		
• Aplicación de Modelo de Salud Familiar basado en atención Biopsicosocial.	✓		✓		
• Coordinación óptima entre Centro de Salud y Hospital.	✓			✗	- Si bien existe coordinación, esta no es la óptima, debido a que no existen canales de flujo establecidos en común acuerdo por ambos niveles.
• Uso permanente del correo electrónico en la Gestión.	✓		✓		
• Propiciar un mayor uso de las TICS (Tecnologías de la información y la comunicación) y redes sociales, en la interacción con los usuarios de Centro de Salud.	✓			✗	- La mayor parte de los Centros de Atención Primaria de la comuna de Valparaíso, no cuentan con plataformas virtuales de información para los usuarios.
• Flujograma de atención y derivación, conocido por todos los funcionarios.	✓			✗	- Algunos Centros de Atención de Primaria cuentan con un flujograma de atención y derivación, sin embargo este no es conocimiento de todos los funcionarios.



<ul style="list-style-type: none">Recordatorio mensual del flujograma de atención, mediante los medios informativos disponibles en el Centro de Salud.	✓			✗	- En la mayoría de los Centro de APS de la comuna de Valparaíso que cuentan con un flujograma de atención, no se realiza un recordatorio mensual del mismo.
<ul style="list-style-type: none">Confirmación previa de las citas telefónicamente.	✓			✗	- No todos los Centro de APS de la comuna de Valparaíso realizan confirmación previa de las citas telefónicamente, en su mayoría por no contar con RRHH y/o tiempo suficiente para efectuarlo.
<ul style="list-style-type: none">Actualización constante de datos de los pacientes.	✓			✗	- Si bien existe actualización de los datos de los pacientes, no se realiza de manera constante, quedando en evidencia en el gran porcentaje de fichas médicas, que no cuentan con datos actualizados.
<ul style="list-style-type: none">Planilla computacional para registro de ingresos infantiles al Centro de Salud.	✓			✗	- Si bien existe un registro computacional de inscripción de pacientes, en su mayoría no cuentan con un registro exclusivo de ingresos infantiles en los Centros de APS de la comuna de Valparaíso.
<ul style="list-style-type: none">Registro y seguimiento de casos infantiles con bajo control.	✓			✗	- Debido a que en los Centros de APS de la comuna de Valparaíso. no se cuenta con un registro exclusivo de los ingresos infantiles, se torna bastante complejo detectar los casos con bajos controles.



PROGRAMA APOYO BIOPSIOSOCIAL PROTOCOLO DE ATENCIÓN.	Situación Ideal CESFAM EEF		Situación Real APS VALPARAISO		OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	
FORTALECIMIENTO CUIDADOS PRENATALES. ENFATIZANDO LA DETECCIÓN DE RIESGO Y EL DESARROLLO DE PLANES DE CUIDADO CON ENFOQUE FAMILIAR.					
• Control prenatal al 100% de los casos.	✓		✓		
• Entrega guía de la gestación y el nacimiento “Empezando a Crecer” (Chile Crece Contigo). Por equipo de cabecera.	✓		✓		
• Fortalecer en el control prenatal la importancia del certificado de nacimiento.	✓			✗	- Si bien en algunos centros de APS de la comuna de Valparaíso si se realiza, existe un gran número de casos en donde los infantes no son inscritos en el registro civil.
• La atención del recién nacido desde el segundo control, no se realiza si no tiene el certificado de nacimiento.	✓			✗	- Existe un porcentaje importante de casos de infantes que no cuentan con certificado de nacimiento, que no fueron detectados en APS y fue a través de otras instancias en que éste fue requerido, donde se detectó esta irregularidad.
• Monitoreo de resultados y de plan de atención.	✓			✗	- Existen pruebas concretas de que en algunos centros de APS no existe monitoreo de los resultados, quedando en evidencia en el gran número de irregularidades detectada en el HCVB, que son pasadas por alto en APS.



VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL, IDENTIFICAR FACTORES PROTECTORES Y RIESGO.					
<ul style="list-style-type: none"> • Visita Domiciliaria (VD) focalizada a gestante con factor Riesgo Psicosocial y/o Inasistente a control. 	✓			x	- La mayoría de los Centros de APS de la comuna de Valparaíso, si realiza VD focalizada a gestantes con factor de riesgo Psicosocial, no obstante estas no son dirigidas a las insistentes a controles prenatales.
<ul style="list-style-type: none"> • Plan de acción acorde a los hallazgos. 	✓		✓		
ATENCIÓN INTEGRAL Y PERSONALIZADA A PUÉRPERA Y EL O LA RECIÉN NACIDO/A.					
<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa de mujeres con Riesgo Psicosocial y derivación si corresponde. 	✓			x	- Existe porcentaje de casos donde el riesgo Psicosocial no es detectado en APS, como también otro porcentaje de casos en que el riesgo si es pesquisado, no obstante no es derivado al organismo correspondiente.
<ul style="list-style-type: none"> • Contra referencia personalizada en casos de riesgo. 	✓			x	- Si bien existe una contra referencia frente a riesgo obstétrico ésta no es personalizada, por otra parte no en todos los Centros de APS de la comuna de Valparaíso existe contra referencia de los casos con riesgo Psicosocial.
FORTALECIMIENTO DE CONTROL DE SALUD DEL NIÑO/A. ÉNFASIS EN LOGRO DE DESARROLLO INTEGRAL.					
<ul style="list-style-type: none"> • Primer control de salud madre e hijo/a en APS antes de 7 días. 	✓		✓		
<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el apego seguro entre madre e hijo/a, reconociendo tempranamente factores protectores. 	✓		✓		



• Aplicación pauta breve pesquisa de riesgo psicosocial en la diada.	✓		✓		
• Aplicación de escala de Edimburgo (Instrumento de pesquisa de depresión post-parto).	✓		✓		
• Aplicación de pauta de observación de la calidad del vínculo y apego.	✓		✓		
• Derivación según hallazgos.	✓		✓		
INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL GRUPO FAMILIAR					
• Actividad derivada a la promoción de padres y madres protectores.	✓		✓		
• Detección abuso alcohol y/o drogas, en padre y madre.	✓		✓		
• Información para acceso a servicios y recursos de otros sectores y/o comunitario.	✓		✓		
FORTALECIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES DE LA POBLACIÓN INFANTIL EN RIESGO Y/O CON REZAGO EN SU DESARROLLO INTEGRAL.					
• Diseño y aplicación de un plan de intervención.	✓		✓		
VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL A FAMILIAS CON HIJOS/AS MENOR DE 1 AÑO EN SITUACIÓN DE RIESGO					
• Identificar elementos de entorno o dinámica familiar.	✓		✓		
• Plan acorde a hallazgos.	✓		✓		



En el marco de los resultados revelados a través del cotejo presentado, en torno a las *“Actividades De Atención y Gestión Eficientes”* y del *“Programa Apoyo Biopsicosocial, Protocolo de Atención”*, se puede señalar que el CESFAM Edgardo Enríquez Frödden, califica con un 100% de cumplimiento de los ítems expuestos. Donde a la vez el escenario real considerado para el cotejo, presenta un 57,57% de cumplimiento de las actividades señaladas. Porcentaje que responde a situaciones reales viven ciadas actualmente, por la mayor parte de los Centros de Atención Primaria de la comuna de Valparaíso.

Las situaciones expresadas en este primer Cotejo comparativo, serán contrastadas en un segundo Cotejo. El que estará inserto en el siguiente capítulo, donde se presentará una situación ficticia, en la cual a través de una propuesta de flujograma de procedimientos ideal, el porcentaje de cumplimiento de los ítems debiera aumentar.



4.4 SITUACIONES TIPO

En el siguiente acápite, se desglosarán una serie de situaciones reales acontecidas en algunos Centros de Atención Primaria de Salud de la comuna de Valparaíso. Las cuales fueron obtenidas a través del testimonio otorgado por la jefa de la unidad Servicio Social del Hospital Carlos Van Buren Srta. Lidia Parra, mediante la revisión de las fichas clínicas de los pacientes con las que cuenta la unidad.

Cabe señalar que la profesional toma conocimiento de las situaciones expuestas por diversas razones, hechos que develan algunas de las falencias que se producen en cuanto a los procedimientos de atención realizados en APS y en su coordinación con el HCVB. Generando de esta forma un Juicio Profesional ante tales escenarios y un aporte en los Procesos de Mejora de las situaciones señaladas.

Las situaciones tipo presentadas a continuación, serán también expuestas en el siguiente capítulo, sujetas a modificaciones mediante la aplicación ficticia de una propuesta de flujograma de procedimientos ideal, transformando las propuestas de mejora en acciones de mejora.



SITUACIONES TIPO		
CASO 1	JUICIO PROFESIONAL	PROPUESTA DE MEJORA
<ul style="list-style-type: none">• Mujer embarazada de 29 años, derivada a ARO del HCVB en dos ocasiones por consumo de drogas (noviembre y diciembre del año 2010), se presenta último control de embarazo en el Centro de salud Puertas Negras el 22 de Diciembre del año 2010.• Acude al parto en HCVB el día 14 de marzo 2011, en donde el equipo médico se percata de que el recién nacido presenta Múltiples Malformaciones. Razón por la que la madre es sometida a examen toxicológico, que arroja positivo a consumo de Pasta Base de Cocaína.• Servicio Social del HCVB toma conocimiento del caso a través de la unidad de puerperio, y procede a cursar medida de protección a favor del recién nacido en Tribunal de Familia de Valparaíso.• El infante fallece el día 26 de marzo del año 2011.	<ul style="list-style-type: none">• Existe descuido y excesiva confianza por parte los profesionales de APS, ya que al derivar a ARO de HCVB solo se resguarda la parte clínica, no así una la parte Psicosocial.	<ul style="list-style-type: none">• Los profesionales de APS, debieran derivar casos con Riesgo Biopsicosocial de forma paralela, tanto a ARO como a la unidad de Servicio Social del Hospital Carlos Van Buren.



CASO 2	JUICIO PROFESIONAL	PROPUESTA DE MEJORA
<ul style="list-style-type: none">• Mujer de 32 años con embarazo gemelar, con atención en el Centro de salud Quebrada Verde, es derivada a ARO en Agosto del año 2010 por presentar embarazo múltiple.• Por la condición del embarazo, los recién nacidos presentan bajo peso al nacer, por lo que son derivados a la unidad de Neonatología del Hospital Carlos Van Buren.• La unidad de Servicio Social del HCVB toma conocimiento del caso, a raíz de que se solicita una evaluación social para otorgar el alta médica a los recién nacidos. Instancia donde la profesional a cargo, detecta consumo de Pasta Base de Cocaína por parte de la Madre.• Unidad de Servicio Social de HCVB solicita medida de protección a favor de los infantes ante Tribunal de Familia de Valparaíso.	<ul style="list-style-type: none">• En APS no se realiza una adecuada pesquisa, ni estudio social previo que detecte consumo de drogas por parte de la embarazada.• Existe descuido y excesiva confianza por parte los profesionales de APS, ya que al derivar a ARO de HCVB solo se resguarda la parte clínica, no así una la parte Psicosocial.	<ul style="list-style-type: none">• Los profesionales de APS, debieran realizar una atención más integral a fin de pesquisar a tiempo situaciones de consumo de drogas en embarazadas, que vulneren los derechos de la infancia.• Los profesionales de APS, debieran derivar casos con Riesgo Biopsicosocial de forma paralela, tanto a ARO como a la unidad de Servicio Social del Hospital Carlos Van Buren.



CASO 3	JUICIO PROFESIONAL	PROPUESTA DE MEJORA
<ul style="list-style-type: none">• Mujer de 26 años, acude a al parto de su sexto hijo/a en el HCVB. Presenta solo dos controles de embarazo en el Centro de Salud de Quebrada Verde.• La paciente fue referida a la unidad de Servicio Social desde el Puerperio del HCVB, debido a su expresa intención de dar al recién nacido en adopción, hecho del cual luego se arrepiente.• Dada la experiencia de la profesional Trabajadora Social, presume consumo de drogas y otras situaciones riesgo social. Al indagar se entera que la paciente no tiene conocimiento de quien es el padre del recién nacido, puesto que mantuvo relaciones sexuales con distintos hombres a cambio de drogas.• Ante los antecedentes recabados, la profesional toma contacto con la Trabajadora Social del Centro de Salud Quebrada Verde, quien señala que los/as hijo/as de la paciente presentan Vulneraciones de Derechos tal como la no escolarización y VIF, declarando que los	<ul style="list-style-type: none">• Dado el hecho de que la paciente manifestó la intención de dar su hijo en adopción, la unidad de Servicio Social del HCVB toma conocimiento del caso, de otra forma esta situación hubiera pasado por alto sin tomar acciones de resguardo a favor de los/las hijos/as de la paciente.• La Trabajadora Social del Centro de Salud Quebrada Verde, previo conocimiento de las vulneraciones de derecho en las que se ven involucrados los hijos de la paciente, no realiza acciones de protección a favor de estos.	<ul style="list-style-type: none">• Las Trabajadoras Sociales de APS, debieran solicitar Medidas de Protección en todos los casos de Vulneración de Derechos de los que tengan conocimiento, de otra forma se estaría pasando a llevar lo estipulado por el artículo 175 letra b, del Código Procesal Penal de Chile que señala que <i>“todos los profesionales de las ramas relacionadas con la conservación y restablecimiento de la salud, deben denunciar frente a situaciones que presuponen delito”</i>.• Las Trabajadoras Sociales de APS, que no pudieran o quisieran



<p>hechos fueron constatados por ella misma a través de visitas domiciliarias, reconociendo además no haber solicitado medida de protección para los infantes.</p> <ul style="list-style-type: none">• A raíz de la medida de protección gestionada por la Trabajadora Social del HCVB, el tribunal de familia solicita el certificado de nacimiento de los seis infantes, dando cuenta de que uno de ellos no estaba inscrito en el registro civil.• El magistrado a cargo de la audiencia, envió una acta de amonestación a la Trabajadora Social del Centro de Salud Quebrada Verde, donde se dispone a poner en conocimiento al Alcalde de la ciudad de Valparaíso sobre la gravedad de los hechos denunciados, ya que la trabajadora social no gestiono causa proteccional a favor de ninguno de hijos/as de la referida.• El Tribunal de Familia dictamina restringir la tutela de los seis hijos a la referida.		<p>gestionar una medida de protección, debiesen coordinar el caso con la unidad de Servicio Social del HCVB, otorgando todos los antecedentes recabados. A fin de que las profesionales de la unidad tomen las acciones necesarias para resguardar a quien está siendo vulnerado en sus derechos.</p>
--	--	---



CASO 4	JUICIO PROFESIONAL	PROPUESTA DE MEJORA
<ul style="list-style-type: none">• Mujer de 33 años, inscrita en los registros del Centro de Salud Esperanza. Acude al parto con fecha 5 de junio del año 2010 en el HCVB, sin presentar cedula de identidad.• Recién nacida presenta cardiopatía, no suspende lactancia materna. Examen toxicológico realizado a la madre en HCVB arroja positivo a consumo de Cocaína.• La profesional de la unidad de Servicio Social del HCVB, realiza las indagaciones pertinentes, a raíz de que el caso era de conocimiento público en el barrio de residencia de la misma. Detectando que no hubo derivación ni intervención del caso por parte de los profesionales del Centro de Salud, quienes estaban al tanto del consumo de drogas y alcohol de madre.• La Trabajadora Social del HCVB solicita medida de protección a favor de la infante, a través de oficio para resguardar su identidad.• El Tribunal de Familia dictamina, otorgar la tutela de la infante a la madre de la consumidora.	<ul style="list-style-type: none">• Los profesionales de APS, no realizan una adecuada intervención con los casos detectados de madres que presentan de consumo de drogas y alcohol, que vulneran los derechos de los infantes.	<ul style="list-style-type: none">• Los profesionales de APS, debieran intervenir adecuadamente este tipo de casos, realizando un plan de intervención que consista en realizar sesiones multidisciplinarias en pro de un adecuado tratamiento a la problemática. O de otra forma derivar los casos a la unidad de Servicio Social del HCVB.



CASO 5	JUICIO PROFESIONAL	PROPUESTA DE MEJORA
<ul style="list-style-type: none"> • Mujer de 33 años, 5 hijo/as nacidos/as en el Hospital Carlos Van Buren, el último parto con fecha 1 de octubre del año 2007, el cual presenta controles periódicos en el Centro de Salud Las Cañas. • Acude al HCVB el día 21 de marzo del año 2011, a retirar Certificado de Parto de su cuarto hijo nacido el 11 de noviembre del año 2005. • Con la intención de inscribir al infante en un establecimiento educacional, le es solicitado el Certificado de Nacimiento del mismo, dando cuenta que éste no fue inscrito en el registro civil por no haber retirado en seis años el certificado de parto. • Desde unidad de Servicio Social del HCVB, se solicita medida de protección al Tribunal de Familia de Valparaíso. El cual resuelve dar un plazo de no superior a siete días, para presentar certificado de nacimiento del total de los infantes. Frente a que lo solicitado fue cumplido por la madre, no se tomaron medidas cautelares para ninguno de los/las Hijos/as. 	<ul style="list-style-type: none"> • No existe revisión al interior del Hospital Carlos Van Buren en lo referido al retiro de los Certificados de parto. • Los Profesionales de APS, a causa de no contar o no realizar una adecuada revisión de la ficha familiar, no detectan a tiempo situaciones de irregularidades, tal como que los infantes no cuentan con Certificado de Nacimiento, por tanto se presume sin control de salud, ni escolarización a la fecha. 	<ul style="list-style-type: none"> • Al interior de HCVB, debiera realizarse una revisión del total de nacimientos en relación al total de Comprobantes de parto retirados, con el fin de tener un registro ya sea mensual, semestral o anual, de casos en que estos no son solicitados y por tanto los infantes no son inscritos en el registro civil. A la vez estos casos debieran ser derivados a la Unidad de Servicio Social del HCVB para realizar un seguimiento adecuado. • Revisión adecuada de la ficha familiar, con el objeto de detectar irregularidades que puedan derivar en vulneración de derechos.



4.5 FLUJOGRAMA REAL DE PROCEDIMIENTOS EN CASOS DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO CON COMPONENTE PSICOSOCIAL




El flujograma expresado a continuación, da cuenta de los procedimientos realizados en la actualidad por los Centros de Atención Primaria de Salud en la Comuna de Valparaíso, frente a casos de Embarazos de Alto Riesgo con componente Psicosocial.

Cabe señalar que éste fue elaborado mediante la aplicación del instrumento de recolección de datos, en base a los resultados obtenidos, los que fueron declarados en el punto 4.2 del presente capítulo.

4.5.1 SIMBOLOGÍA DE FLUJOGRAMA

A continuación se declaran la simbología utilizada en el flujograma que se presenta posteriormente, mediante contorno de la figura, flechas y colores, para un mayor entendimiento del mismo.



➤ Nivel de Atención Responsable de la actividad según contorno de la figura.

- : Nivel de atención Primario de Salud.
- : Nivel de atención Secundario y Terciario de Salud.
- : Institución Externa.

➤ Responsables de la actividad según color de la figura.

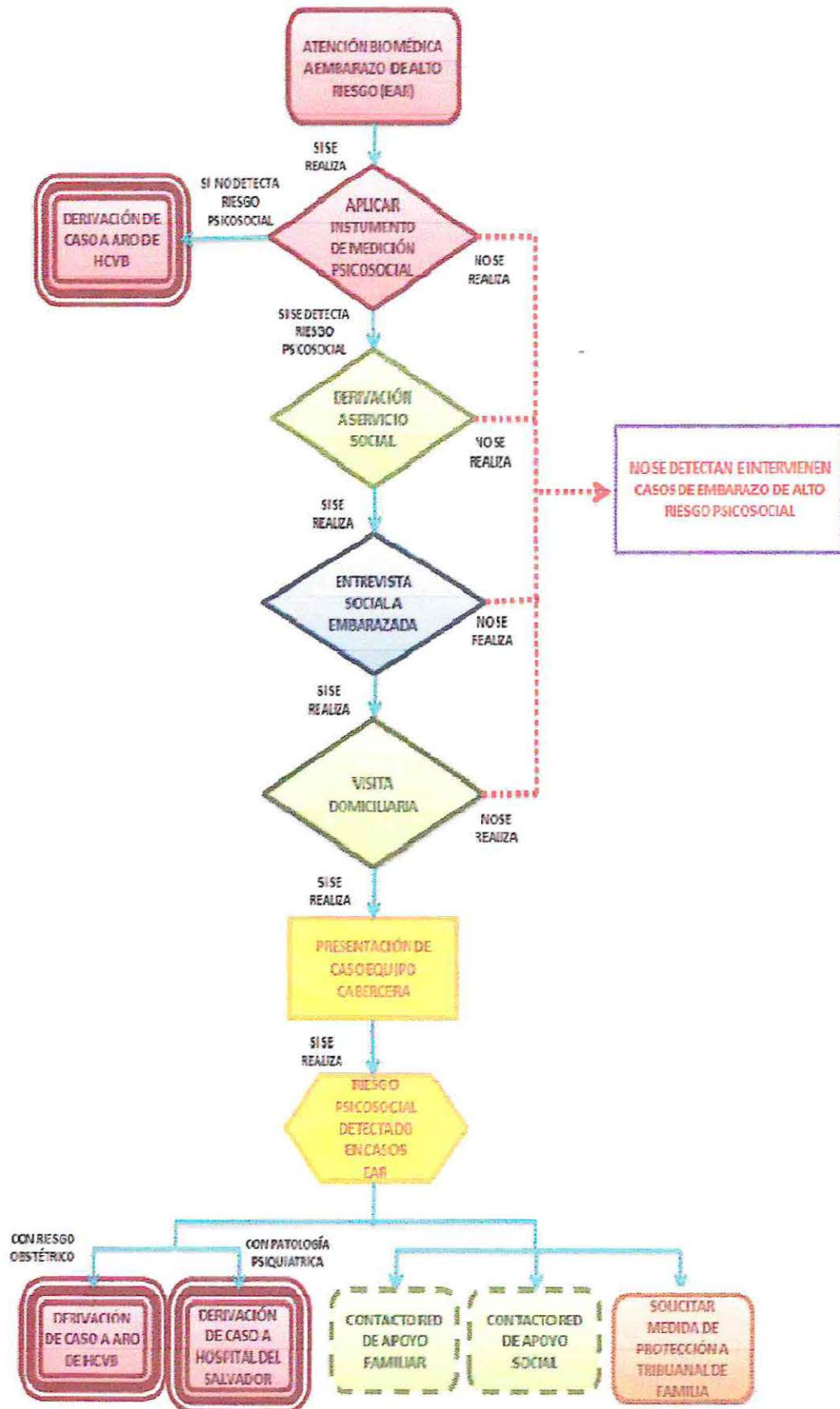
- **Verde:** Unidad de Servicio Social
- **Azul:** Dupla Psicosocial
- **Rojo:** Matrón/a
- **Amarillo:** Dupla Psicosocial + Equipo Médico Tratante
- **Naranja:** Dirección de Centro de Salud.

➤ Procedimiento según el color y forma de la flecha.

- **Celeste y continua** (): Procede con la siguiente actividad.
- **Rojo y punteado** (): Interrumpe el procedimiento, señala la Consecuencia.



4.5.2 FLUJOGRAMA REAL DE PROCEDIMIENTOS EN CASOS DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO CON COMPONENTE PSICOSOCIAL²³



²³ Flujograma elaborado por equipo seminarista, en base a los antecedentes recabados.



Los procesos enunciados anteriormente, dan cuenta de las actividades que se realizan en la actualidad, en los Centros de Atención Primaria de la Comuna de Valparaíso, en torno a los Embarazos de Alto Riesgo con Componente Psicosocial. Frente a esto se pueden detectar ciertas falencias existentes, las cuales serán enunciadas a continuación.

- En caso de que en APS, no se implementen las técnicas e instrumentos de detección de Riesgo Psicosocial señalados, no se produce una identificación de los Embarazos que pueden presentar riesgo y por tanto se presume tampoco son intervenidos.
- Cuando en APS, no se ejecutan algunas actividades de pesquisa de Embarazos con Riesgo Psicosocial, ya sea por falta de Recursos humanos o tiempo, no se utiliza una vía alternativa de derivación donde estos puedan ser intervenidos.
- No se realiza seguimiento, de los casos de Embarazo con Riesgo Psicosocial derivados ni de los inasistentes a controles, por tanto no existe retroalimentación.

No existe una adecuada coordinación entre APS y la unidad de Servicio Social del Hospital Carlos Van Buren, en torno a los Embarazos de Alto Riesgo con componente Psicosocial, lo que implica nuevamente que no se genere una apropiada retroalimentación.



Capítulo V

Propuestas de

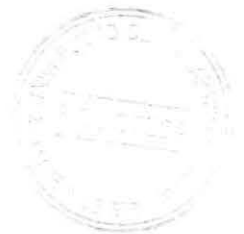
Mejora



5.1 FLUJOGRAMA IDEAL: PROPUESTA DE PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN EN CASO DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO CON COMPONENTE PSICOSOCIAL

La propuesta de flujograma expuesta a continuación, presenta un ideal de procedimientos que debieran implementarse en los Centros de Atención Primaria de la comuna de Valparaíso. Con el propósito de otorgar una atención integral a los casos de Embarazo de Alto Riesgo con Componente Psicosocial, ejecutando una adecuada labor de pesquisa, intervención y seguimiento tanto de los casos que no acuden a las citas con los profesionales, como a los casos que son derivados a organismos externos a los centros de Salud.

Además propone una adecuada coordinación entre los distintos niveles de salud, repercutiendo en una retroalimentación eficiente, lo que permitiría que los casos EAR con componente Psicosocial, obtuvieran una atención más integral, en pro de detectar y evitar situaciones de Vulneraciones de Derechos de la infancia.









5.1.1 SIMBOLOGÍA DE FLUJOGRAMA

A continuación se declaran la simbología utilizada en el flujograma que se presenta posteriormente, mediante contorno de la figura, flechas y colores, para un mayor entendimiento del mismo.

➤ Nivel de Atención Responsable de la actividad según contorno de la figura.

- : Nivel de atención Primario de Salud.
- : Nivel de atención Secundario de Salud.
- : Nivel de atención Secundario y Terciario de Salud.
- : Institución Externa.

➤ Responsables de la actividad según color de la figura.

- **Verde:** Servicio Social
- **Azul:** Dupla Psicosocial
- **Rojo:** Matrn/a
- **Amarillo:** Dupla Psicosocial + Equipo Médico Tratante
- **Naranja:** Dirección de Centro de Salud.

➤ Componente de las actividades según color de la figura.

- **Morado:** (Estudio de Familia)²⁴
 - Presentación de la familia.
 - Estructura Familiar.
 - Dinámica Familiar.
 - Factores de Riesgo de Disfunción Familiar.
 - Factores Protectores.
 - Diagnostico Problemas Familiares.
 - Plan de Trabajo.

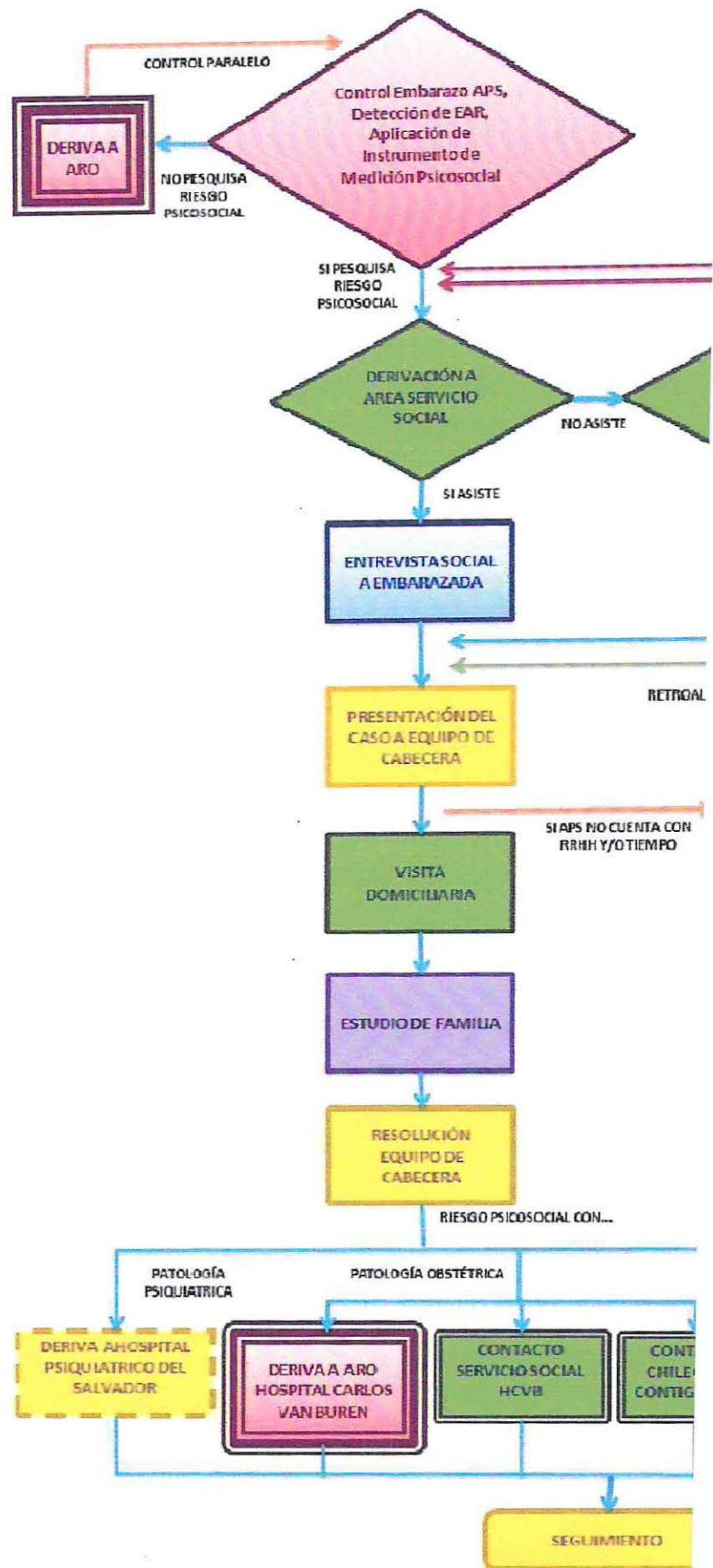
➤ Procedimiento según el color de la flecha.

- **Celeste:** Continuar con el siguiente paso.
- **Rojo:** Repetir procedimiento.
- **Naranja:** Proceso Alternativo.
- **Verde:** Retroalimentación.

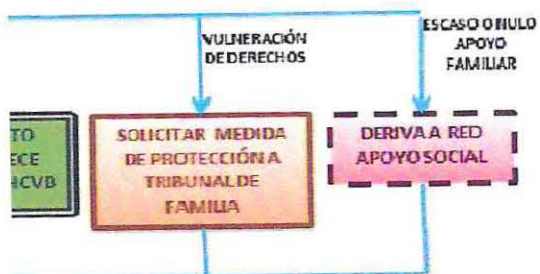
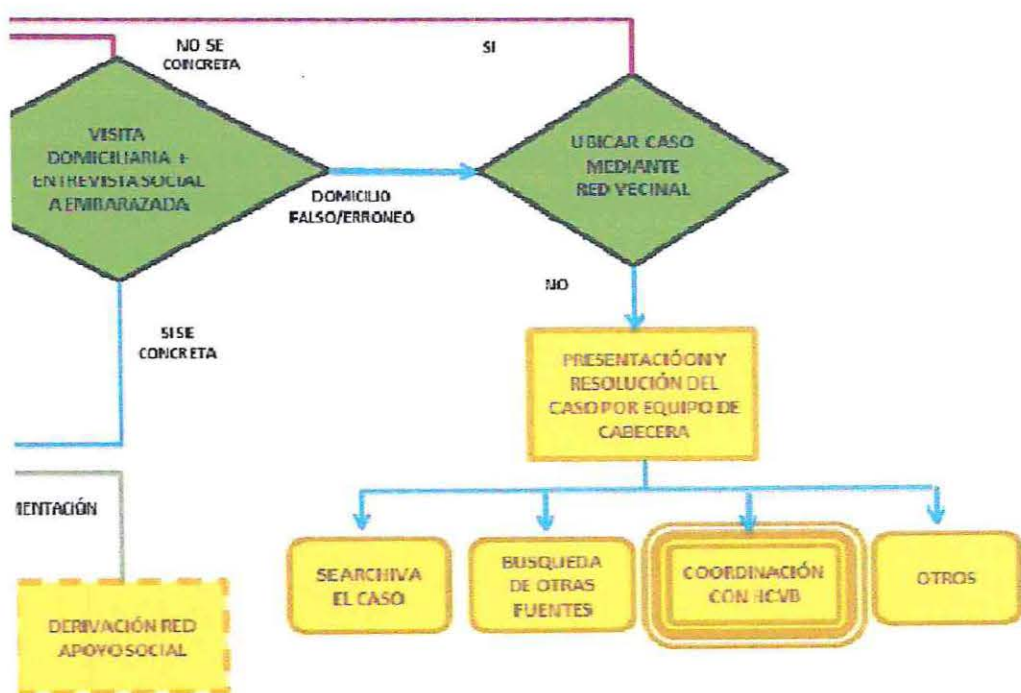
²⁴ Anexo número 3.



5.1.5 FLUJOGRAMA IDEAL: PROPUESTA DE PROCEDIMIENTO COMPONENTE PSICOSOCIAL



DE INTERVENCIÓN EN CASO DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO CON





Los procedimientos propuestos anteriormente, están dirigidos a corregir las principales falencias detectadas en el flujograma de procedimientos expuesto en el capítulo anterior. Las cuales son señaladas a continuación.

- A partir de la implementación de las técnicas e instrumentos de detección de riesgo psicosocial señalados, los Embarazos de Alto Riesgo con componente Psicosocial pueden ser identificados y por consecuencia obtienen una atención e intervención adecuada que resguarde la integridad tanto de la madre como del hijo o hija.
- Cuando en APS, no se ejecutan algunas actividades de pesquisa de Embarazos con Riesgo Psicosocial, ya sea por falta de Recursos humanos y/o tiempo, los casos referidos son derivados a redes de apoyo social externas al Centro de Salud, procurando además una retroalimentación con dicha instancia, a fin de manejar un registro actualizado de la situación en la que se encuentra el caso.
- El Centro de Atención Primaria, realiza un seguimiento de los Embarazos con Riesgo Psicosocial tanto inasistentes a las citaciones como en torno a los casos que son derivados a organismo externos al Centro de Salud. Realizando especialmente una Visita Domiciliaria focalizada a gestantes Inasistentes a control.
- A raíz de la implementación de los procedimientos propuestos, se genera una coordinación óptima entre APS y la atención Secundaria del Hospital Carlos Van Buren, específicamente con la unidad de Servicio Social y con la unidad a cargo del Programa Chile Crece Contigo, lo que implica que se genere una apropiada retroalimentación entre ambos niveles.



5.2 COTEJO SITUACIÓN IDEAL – SITUACIÓN REAL DE APS SUJETO A PROPUESTA DE FLUJOGRAMA IDEAL

El Cotejo Comparativo entre Situación Real y Situación Ideal en APS expuesto a continuación, tiene como propósito plantear las mejoras que se efectuarían, a raíz de la implementación del Flujoograma Ideal planteado anteriormente, a los Centros de Atención Primaria de la comuna de Valparaíso.

Los ítems que han sido sujetos a modificaciones, están destacados con fondo de color.



LISTA DE COTEJO COMPARATIVA ENTRE SITUACIÓN IDEAL – SITUACIÓN REAL					
ACTIVIDADES DE ATENCIÓN Y GESTIÓN	Situación Ideal CESFAM EEF		Situación Real APS VALPARAÍSO		OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	
• Reuniones mensuales de equipo multidisciplinario del Centro de Salud.	✓		✓		
• Capacitaciones periódicas del personal del Centro de Salud.	✓		✓		
• Aplicación de Modelo de Salud Familiar basado en atención Biopsicosocial.	✓		✓		
• Coordinación óptima entre Centro de Salud y Hospital.	✓		✓		- De acuerdo al flujograma ideal planteado anteriormente, la coordinación entre los niveles Primario y Secundario de Salud sería más óptima, debido a que proponen canales de flujo de derivación y de seguimiento de los casos.
• Uso permanente del correo electrónico en la Gestión.	✓		✓		
• Propiciar un mayor uso de las TICS (Tecnologías de la información y la comunicación) y redes sociales, en la interacción con los usuarios de Centro de Salud.	✓			✗	- La mayor parte de los Centros de Atención Primaria de la comuna de Valparaíso, no cuentan con plataformas virtuales de información para los usuarios.
• Flujograma de atención y derivación, conocido por todos los funcionarios.	✓			✗	- Algunos Centros de Atención de Primaria cuentan con un flujograma de atención y derivación, sin embargo este no es conocimiento de todos los funcionarios.



<ul style="list-style-type: none">Recordatorio mensual del flujograma de atención, mediante los medios informativos disponibles en el Centro de Salud.	✓			x	<ul style="list-style-type: none">En la mayoría de los Centro de APS de la comuna de Valparaíso que cuentan con un flujograma de atención, no se realiza un recordatorio mensual del mismo.
<ul style="list-style-type: none">Confirmación previa de las citas telefónicamente.	✓			x	<ul style="list-style-type: none">No todos los Centro de APS de la comuna de Valparaíso realizan confirmación previa de las citas telefónicamente, en su mayoría por no contar con RRHH y/o tiempo suficiente para efectuarlo.
<ul style="list-style-type: none">Actualización constante de datos de los pacientes.	✓			x	<ul style="list-style-type: none">Si bien existe actualización de los datos de los pacientes, no se realiza de manera constante, quedando en evidencia en el gran porcentaje de fichas médicas, que no cuentan con datos actualizados.
<ul style="list-style-type: none">Planilla computacional para registro de ingresos infantiles al Centro de Salud.	✓			x	<ul style="list-style-type: none">Si bien existe un registro computacional de inscripción de pacientes, en su mayoría no cuentan con un registro exclusivo de ingresos infantiles en los Centros de APS de la comuna de Valparaíso.
<ul style="list-style-type: none">Registro y seguimiento de casos infantiles con bajo control.	✓			x	<ul style="list-style-type: none">Debido a que en los Centros de APS de la comuna de Valparaíso. no se cuenta con un registro exclusivo de los ingresos infantiles, se torna bastante complejo detectar los casos con bajos controles.



PROGRAMA APOYO BIOPSIOSOCIAL PROTOCOLO DE ATENCIÓN.	Situación Ideal CESFAM EEF		Situación Real APS VALPARAISO		OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	
FORTALECIMIENTO CUIDADOS PRENATALES. ENFATIZANDO LA DETECCIÓN DE RIESGO Y EL DESARROLLO DE PLANES DE CUIDADO CON ENFOQUE FAMILIAR.					
• Control prenatal al 100% de los casos.	✓		✓		
• Entrega guía de la gestación y el nacimiento “Empezando a Crecer” (Chile Crece Contigo). Por equipo de cabecera.	✓		✓		
• Fortalecer en el control prenatal la importancia del certificado de nacimiento.	✓			✗	- Si bien en algunos centros de APS de la comuna de Valparaíso si se realiza, existe un gran número de casos en donde los infantes no son inscritos en el registro civil.
• La atención del recién nacido desde el segundo control, no se realiza si no tiene el certificado de nacimiento.	✓			✗	- Existe un porcentaje importante de casos de infantes que no cuentan con certificado de nacimiento, que no fueron detectados en APS y fue a través de otras instancias en que éste fue requerido, donde se detectó esta irregularidad.
• Monitoreo de resultados y de plan de atención.	✓		✓		- A través del flujograma propuesto, todos los centros de APS de la comuna de Valparaíso, debieran realizar monitoreo de sus planes de atención y de los resultados obtenidos, complementando así, una atención integral y multidisciplinaria.



VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL, IDENTIFICAR FACTORES PROTECTORES Y RIESGO.					
<ul style="list-style-type: none"> • Visita Domiciliaria (VD) focalizada a gestante con factor Riesgo Psicosocial y/o Inasistente a control. 	✓		✓		- A través de la implementación del flujograma planteado, los Centros de APS de Valparaíso, debieran realizar visitas domiciliarias focalizadas en las gestantes inasistentes a controles, lo que resulta fundamental para una adecuada pesquisa, intervención y si se requiere posterior derivación de Embarazos con Riesgo Psicosocial desde APS hacia el HCVB.
<ul style="list-style-type: none"> • Plan de acción acorde a los hallazgos. 	✓		✓		
ATENCIÓN INTEGRAL Y PERSONALIZADA A PUÉRPERA Y EL O LA RECIÉN NACIDO/A.					
<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa de mujeres con Riesgo Psicosocial y derivación si corresponde. 	✓		✓		- Con el flujograma expresado, la pesquisa de mujeres con riesgo psicosocial seria ampliamente abordada por los centros de APS de Valparaíso, a través de visitas domiciliarias, entrevistas sociales, estudio de familia, realizando derivaciones si corresponde.
<ul style="list-style-type: none"> • Contra referencia personalizada en casos de riesgo. 	✓		✓		- Mediante la aplicación del flujograma, los centros de APS de la comuna de Valparaíso, debieran contar con una contra referencia personalizada en los casos de Embarazo tanto con Riesgo Obstétrico como Psicosocial, lo cual se manifestaría a través del seguimiento de las derivaciones realizadas.



FORTALECIMIENTO DE CONTROL DE SALUD DEL NIÑO/A. ÉNFASIS EN LOGRO DE DESARROLLO INTEGRAL.					
• Primer control de salud madre e hijo/a en APS antes de 7 días.	✓		✓		
• Fomentar el apego seguro entre madre e hijo/a, reconociendo tempranamente factores protectores.	✓		✓		
• Aplicación pauta breve pesquisa de riesgo psicosocial en la diada.	✓		✓		
• Aplicación de escala de Edimburgo (Instrumento de pesquisa de depresión post-parto).	✓		✓		
• Aplicación de pauta de observación de la calidad del vínculo y apego.	✓		✓		
• Derivación según hallazgos.	✓		✓		
INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL GRUPO FAMILIAR					
• Actividad derivada a la promoción de padres y madres protectores.	✓		✓		
• Detección abuso alcohol y/o drogas, en padre y madre.	✓		✓		
• Información para acceso a servicios y recursos de otros sectores y/o comunitario.	✓		✓		



FORTALECIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES DE LA POBLACIÓN INFANTIL EN RIESGO Y/O CON REZAGO EN SU DESARROLLO INTEGRAL.					
• Diseño y aplicación de un plan de intervención.	✓		✓		
VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL A FAMILIAS CON HIJOS/AS MENOR DE 1 AÑO EN SITUACIÓN DE RIESGO					
• Identificar elementos de entorno o dinámica familiar.	✓		✓		
• Plan acorde a hallazgos.	✓		✓		



En marco de los resultados revelados mediante las modificaciones realizadas, se puede señalar que el CESFAM Edgardo Enríquez Frödden, se mantiene con un 100% de cumplimiento de las actividades expuestas. Siendo el escenario real considerado para el cotejo, el que **presenta un aumento en el cumplimiento de las actividades planteadas, obteniendo un 72,72%**. Que en contraste con el Cotejo de las situaciones existentes actualmente en los Centros de APS de Valparaíso, expuesto en el capítulo anterior, produce un aumento porcentual del **15,15%**, en cuanto a mejoras en la intervención, monitoreo y contra referencia de los casos, junto con la coordinación existente entre los distintos niveles de salud.



5.3 SITUACIONES TIPO SUJETO A PROPUESTA DE FLUJOGRAMA IDEAL

En el siguiente apartado, se desglosarán una serie de situaciones reales acontecidas en algunos Centros de Atención Primaria de Salud de la comuna de Valparaíso, expuestas en el capítulo anterior. Las cuales han sido sujetas de manera ficticia a la propuesta de flujograma de procedimientos planteada con anterioridad. A razón de producir acciones mejoras en torno al juicio profesional emitido, por la Jefa de la unidad Servicio Social del Hospital Carlos Van Buren, Srta. Lidia Parra.

Los ítems que han sido sujetos a modificaciones, están destacados con un fondo de color.



SITUACIONES TIPO		
CASO 1	JUICIO PROFESIONAL	SITUACIONES POST APLICACION DE PROCEDIMIENTO IDEAL
<ul style="list-style-type: none">• Mujer embarazada de 29 años, derivada a ARO del HCVB en dos ocasiones por consumo de drogas (noviembre y diciembre del año 2010), se presenta último control de embarazo en el Centro de salud Puertas Negras el 22 de Diciembre del año 2010.• Acude al parto en HCVB el día 14 de marzo 2011, en donde el equipo médico se percató de que el recién nacido presenta Múltiples Malformaciones. Razón por la que la madre es sometida a examen toxicológico, que arroja positivo a consumo de Pasta Base de Cocaína.• Servicio Social del HCVB toma conocimiento del caso a través de la unidad de puerperio, y procede a cursar medida de protección a favor del recién nacido en Tribunal de Familia de Valparaíso.• El infante fallece el día 26 de marzo del año 2011.	<ul style="list-style-type: none">• Existe descuido y excesiva confianza por parte los profesionales de APS, ya que al derivar a ARO de HCVB solo se resguarda la parte clínica, no así una la parte Psicosocial.	<ul style="list-style-type: none">• A raíz de la implementación de los procesos expuestos en la propuesta de flujograma ideal, queda de manifiesto que los profesionales de APS deben derivar los casos de Embarazo Riesgo Biopsicosocial de forma paralela, a ARO, a la unidad de Servicio Social y la unidad a cargo del Programa Chile Crece Contigo del Hospital Carlos Van Buren.



CASO 2	JUICIO PROFESIONAL	SITUACIONES POST APLICACION DE PROCEDIMIENTO IDEAL
<ul style="list-style-type: none"> • Mujer de 32 años con embarazo gemelar, con atención en el Centro de salud Quebrada Verde, es derivada a ARO en Agosto del año 2010 por presentar embarazo múltiple. • Por la condición del embarazo, los recién nacidos presentan bajo peso al nacer, por lo que son derivados a la unidad de Neonatología del Hospital Carlos Van Buren. • La unidad de Servicio Social del HCVB toma conocimiento del caso, a raíz de que se solicita una evaluación social para otorgar el alta médica a los recién nacidos. Instancia donde la profesional a cargo, detecta consumo de Pasta Base de Cocaína por parte de la Madre. • Unidad de Servicio Social de HCVB solicita medida de protección a favor de los infantes ante Tribunal de Familia de Valparaíso. 	<ul style="list-style-type: none"> • En APS no se realiza una adecuada pesquisa, ni estudio social previo que detecte consumo de drogas por parte de la embarazada. • Existe descuido y excesiva confianza por parte los profesionales de APS, ya que al derivar a ARO de HCVB solo se resguarda la parte clínica, no así una la parte Psicosocial. 	<ul style="list-style-type: none"> • En base al flujograma ideal expuesto, quedan de manifiesto detalladamente las acciones de pesquisa e intervención que debieran realizarse en APS, logrando así detectar e identificar a tiempo situaciones que sean consideradas riesgo Psicosocial en gestantes, como lo es el consumo de drogas. Evitando además que se produzcan o mantengan, situaciones que generen vulneración de derechos hacia los infantes • Al igual que en el caso número 1, mediante la implementación de la propuesta de flujograma ideal, queda de manifiesto que los profesionales de APS deben derivar los casos de Embarazo Riesgo Biopsicosocial de forma paralela, a ARO, a la unidad de Servicio Social y la unidad a cargo del Programa Chile Crece Contigo del Hospital Carlos Van Buren.



CASO 3	JUICIO PROFESIONAL	SITUACIONES POST APLICACION DE PROCEDIMIENTO IDEAL
<ul style="list-style-type: none"> • Mujer de 26 años, acude a al parto de su sexto hijo/a en el HCVB. Presenta solo dos controles de embarazo en el Centro de Salud de Quebrada Verde. • La paciente fue referida a la unidad de Servicio Social desde el Puerperio del HCVB, debido a su expresa intención de dar al recién nacido en adopción, hecho del cual luego se arrepiente. • Dada la experiencia de la profesional Trabajadora Social, presume consumo de drogas y otras situaciones riesgo social. Al indagar se entera que la paciente no tiene conocimiento de quien es el padre del recién nacido, puesto que mantuvo relaciones sexuales con distintos hombres a cambio de drogas. • Ante los antecedentes recabados, la profesional toma contacto con la Trabajadora Social del Centro de Salud Quebrada Verde, quien señala que los/as hijo/as de la paciente presentan Vulneraciones de Derechos 	<ul style="list-style-type: none"> • Dado el hecho de que la paciente manifestó la intención de dar su hijo en adopción, la unidad de Servicio Social del HCVB toma conocimiento del caso, de otra forma esta situación hubiera pasado por alto sin tomar acciones de resguardo a favor de los/las hijos/as de la paciente. • La Trabajadora Social del Centro de Salud Quebrada Verde, previo conocimiento de las vulneraciones de derecho 	<ul style="list-style-type: none"> • Según lo expresado en el flujograma ideal, los profesionales de APS de la comuna de Valparaíso que tengan conocimiento de casos de Vulneración de Derechos, deben solicitar una medida de protección en resguardo quien se vea vulnerado, a ante tribunales de Familia, a través de la Dirección del Centro de Salud”. • Tal como se señalo en los casos anteriormente expuestos, a raíz de la implementación del flujograma ideal, los profesionales de APS deben derivar y coordinar los casos de Embarazo de Alto Riesgo Psicosocial, con la unidad de



<p>tal como la no escolarización y VIF, declarando que los hechos fueron constatados por ella misma a través de visitas domiciliarias, reconociendo además no haber solicitado medida de protección para los infantes.</p> <ul style="list-style-type: none">• A raíz de la medida de protección gestionada por la Trabajadora Social del HCVB, el tribunal de familia solicita el certificado de nacimiento de los seis infantes, dando cuenta de que uno de ellos no estaba inscrito en el registro civil.• El magistrado a cargo de la audiencia, envió una acta de amonestación a la Trabajadora Social del Centro de Salud Quebrada Verde, donde se dispone a poner en conocimiento al Alcalde de la ciudad de Valparaíso sobre la gravedad de los hechos denunciados, ya que la trabajadora social no gestiona causa proteccional a favor de ninguno de hijos/as de la referida.• El Tribunal de Familia dictamina restringir la tutela de los seis hijos a la referida.	<p>en las que se ven involucrados los hijos de la paciente, no realiza acciones de protección a favor de estos.</p>	<p>Servicio Social del Hospital Carlos Van Buren, a fin de que las Trabajadoras sociales de dicha unidad, tomen las acciones necesarias para resguardar a quien está siendo vulnerado en sus derechos.</p>
---	---	--



CASO 4	JUICIO PROFESIONAL	SITUACIONES POST APLICACION DE PROCEDIMIENTO IDEAL
<ul style="list-style-type: none">• Mujer de 33 años, inscrita en los registros del Centro de Salud Esperanza. Acude al parto con fecha 5 de junio del año 2010 en el HCVB, sin presentar cedula de identidad.• Recién nacida presenta cardiopatía, no suspende lactancia materna. Examen toxicológico realizado a la madre en HCVB arroja positivo a consumo de Cocaína.• La profesional de la unidad de Servicio Social del HCVB, realiza las indagaciones pertinentes, a raíz de que el caso era de conocimiento público en el barrio de residencia de la misma. Detectando que no hubo derivación ni intervención del caso por parte de los profesionales del Centro de Salud, quienes estaban al tanto del consumo de drogas y alcohol de madre.• La Trabajadora Social del HCVB solicita medida de protección a favor de la infante, a través de oficio para resguardar su identidad.• El Tribunal de Familia dictamina, otorgar la tutela de la infante a la madre de la consumidora.	<ul style="list-style-type: none">• Los profesionales de APS, no realizan una adecuada intervención con los casos detectados de madres que presentan de consumo de drogas y alcohol, que vulneran los derechos de los infantes.	<ul style="list-style-type: none">• Si bien en el flujograma ideal planteando, no queda explícito realizar un plan de intervención que involucre sesiones multidisciplinarias de tratamiento de las problemáticas sociales con embarazadas, si se declaran procedimientos que debieran realizarse en cuanto a pesquisa, derivación y seguimiento de este tipo de casos. Así mismo se expone que las medidas de protección deben ser solicitadas desde APS, de no ser así se debe coordinar con la unidad de Servicio Social del HCVB, en donde se procurará resguardar los derechos de quien sea vulnerado.



CASO 5	JUICIO PROFESIONAL	SITUACIONES POST APLICACION DE PROCEDIMIENTO IDEAL
<ul style="list-style-type: none"> • Mujer de 33 años, 5 hijo/as nacidos/as en el Hospital Carlos Van Buren, el ultimo parto con fecha 1 de octubre del año 2007, el cual presenta controles periódicos en el Centro de Salud Las Cañas. • Acude al HCVB el día 21 de marzo del año 2011, a retirar Certificado de Parto de su cuarto hijo nacido el 11 de noviembre del año 2005. • Con la intención de inscribir al infante en un establecimiento educacional, le es solicitado el Certificado de Nacimiento del mismo, dando cuenta que éste no fue inscrito en el registro civil por no haber retirado en seis años el certificado de parto. • Desde unidad de Servicio Social del HCVB, se solicita medida de protección al Tribunal de Familia de Valparaíso. El cual resuelve dar un plazo de no superior a siete días, para presentar certificado de nacimiento del total de los infantes. Frente a que lo solicitado fue cumplido por la madre, no se tomaron medidas cautelares para ninguno de los/las Hijos/as. 	<ul style="list-style-type: none"> • No existe revisión al interior del Hospital Carlos Van Buren en lo referido al retiro de los Certificados de parto. • Los Profesionales de APS, a causa de no contar o no realizar una adecuada revisión de la ficha familiar, no detectan a tiempo situaciones de irregularidades, tal como que los infantes no cuentan con Certificado de Nacimiento, por tanto se presume sin control de salud, ni escolarización a la fecha. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mediante el flujograma ideal presentado, no se producirían acciones de mejora en cuanto a la revisión de casos, y coordinación interna entre las unidades del HCVB, puesto que la propuesta está enfocada a los procedimientos que se debieran realizar en Atención Primaria de Salud en coordinación al resto de los niveles de atención de salud, no así en procedimientos al interior del Hospital. • Una de las actividades de intervención de planteadas en el flujograma ideal, es la realización de un estudio de familia, el cual debiera quedar consignado en una ficha familiar, por tanto a raíz de la revisión de la misma, se podrían detectar irregularidades que repercutan en vulneración de derechos para los infantes del grupo familiar.

5.4 PROCEDIMIENTO DE VALIDACIÓN

El procedimiento de Validación utilizado corresponde a **JUICIO DE EXPERTAS**. Para esto se seleccionó a dos profesionales de la salud, expertas una en Atención Primaria de Salud y otra en Secundaria /Terciaria, ambas Trabajadoras Sociales. Las profesionales corresponden a:

- **Patricia Opazo, Trabajadora Social**, Encargada de promoción y participación social del Área de Salud, y Coordinadora del estamento de Trabajo Social, ambos de la Corporación Municipal de Valparaíso
- **Lidia Parra Castillo, Trabajadora Social**, Jefa de Servicio Social del Hospital Carlos Van Buren.

Para llevar a cabo la validación se solicita a ambas la revisión de una Propuesta de Procedimientos de Intervención en caso de Embarazo de Alto Riesgo con componente Psicosocial, expresada a través de un flujo grama. Ambas profesionales manifiestan su plena conformidad con la propuesta.



Capítulo VI

Conclusiones

6.1 CONCLUSIONES TEMÁTICAS

En el presente segmento se dan a conocer las principales conclusiones asociadas a las Temáticas abordadas. Las que se sitúan en torno, a la situación real de **Procedimientos de Atención e Intervención** realizados en los Centro de Atención Primaria de la Comuna de Valparaíso y en su **Coordinación** con los niveles Secundario y Terciario de salud. Estas fueron expuestas desde distintas perspectivas, donde se pudo detectar sus principales falencias.

En base a lo anterior, y con el objeto de producir mejoras, es que se propuso un Flujograma Ideal de Procedimientos. El que tras analizado desde las distintas perspectivas, genera cambios significativos en relación a una Atención Integral, que involucre Procedimientos de Atención y Coordinación eficientes entre los distintos niveles de salud

En cuanto a los Procedimientos de atención e intervención existentes en los Centros de Atención Primaria, se ha podido visualizar que surgen una serie de irregularidades a través de las distintas experiencias planteadas.

En primer lugar se identifica un número importante de casos que no son pesquisados ni intervenidos de manera óptima en APS. Quedando en evidencia mediante las Situaciones Tipo y el Flujograma Real presentados, en los que se exponen experiencias reales. Donde no se realizó una adecuada Pesquisa, Intervención, Derivación o Seguimiento de casos, de gestantes o madres presentaban Situaciones de Riesgo Psicosocial, que en su mayoría repercutieron en Vulneración de Derecho a la infancia.

Alguno de los casos que se pueden señalar a modo de ejemplo:

- Gestantes o madres con consumo de Drogas, que en APS no obtuvieron una intervención adecuada en torno al tratamiento de la problemática. Y del mismo modo, no se tomaron los resguardos legales necesarios para proteger la integridad de los infantes.
- Infantes que presentaban Vulneración de Derechos, tales como; Violencia Intrafamiliar, No contar con Certificado de Nacimiento y la No Escolarización. Los que raíz de no ser pesquisados o intervenidos a tiempo en APS, debieron ser abordados desde la unidad de Servicio Social del HCVB.



- Gestantes inasistentes o con bajo número de controles prenatales en APS, en donde los profesionales de los Centros de Salud, no realizaron un seguimiento adecuado y por tanto las situaciones de Riesgo Psicosocial no fueron detectadas.

A raíz de todo lo anteriormente señalado, es que surgió la importancia de proponer un Flujograma ideal de procedimientos, en el cual mediante la incorporación de acciones integrales y herramientas adecuadas, se facilita al interior de APS, la identificación de las problemáticas planteadas. A la vez estas pueden recibir una intervención integral, y si lo ameritase una derivación a entidades externas pertinentes, con un respectivo seguimiento de los casos.

Esto queda de manifiesto a modo de ejemplo, a través de los resultados obtenidos en el Listado de Cotejo Comparativo donde luego de ser sujeto a la implementación de la propuesta de Flujograma Ideal, se consigna que los Centros de Atención Primaria de Salud de la Comuna de Valparaíso, presentaron una mejora de un 15.15% en torno a los ítems planteados en el cotejo original.

Si bien los resultados en términos porcentuales parecieran no presentar un aumento significativo, las mejoras propuestas contribuyen a realizar un real aporte a la intervención de Embarazos con Alto Riesgo Psicosocial. Ya que de esta forma se abordan de manera integral todos los casos que pudieran representar Vulneraciones de Derechos a la infancia.

En cuanto a la conclusión de la segunda Temática abordada, queda en evidencia la Descoordinación existente entre APS y los niveles Secundario y Terciario de Salud, originada a raíz de la escasa comunicación y relaciones que se generan entre los profesionales de los distintos centros de atención de salud.

A fin de ejemplificar lo anteriormente expuesto se exponen situaciones tales como:

- Gestantes con riesgo psicosocial derivadas a la unidad obstétrica del Hospital Carlos Van Buren, no son referidas paralelamente Unidad de Servicio Social del mismo.
- Desde APS no se realiza un seguimiento de los Embarazos con Riesgo Psicosocial derivados a organismos externos al Centro de Atención Primaria y por tanto no se obtiene una contra referencia, que aporte a una intervención integral del caso.

Tal como se señaló en la temática anterior, mediante la implementación de la propuesta del flujograma ideal, se genera una coordinación óptima tanto entre APS y las distintas unidades involucradas en EAR Psicosocial del Hospital Carlos Van Buren, como entre APS y organismos competentes externos a los Centros de Salud. Donde se incorporan actividades de Derivación, Seguimiento y Retroalimentación efectivos, que representan un aporte real en la Coordinación del Sistema de Atención de Salud de la comuna de Valparaíso, frente a estos casos.

Cabe señalar como conclusión final, que si bien las situaciones expuestas, denotan las mejoras efectuadas a los Procedimientos y Coordinaciones realizados en APS, estas se efectúan través de la implementación ficticia de la propuesta de procedimientos. No obstante estas acciones de mejora debieran ser consideradas e implementadas de manera concreta, por los diferentes Centros de Atención Primaria de Salud de la comuna de Valparaíso, sujeto a modificaciones que cada uno de estos pudiera realizarle.

Considerando además, que a través de un proceso paulatino de incorporación de procedimientos de mejora, a los Centros de Atención Primaria de Salud de la comuna de Valparaíso, estos podrían alcanzar niveles más óptimos en la atención que realizan, aplicándolas tanto a los casos EAR con componente Psicosocial, como a la totalidad de sus pacientes, aminorando así las falencias detectadas y de esta forma pudieran incorporarse al programa “Consultorios de Excelencia” que implementa el Ministerio de Salud, el cual busca instalar una nueva cultura de calidad de servicio en la gestión de los establecimientos de Atención Primaria²⁵.

²⁵ Ministerio de Salud presentó concurso para elegir 30 consultorios de excelencia en el país
<http://informa.gob.cl/comunicados-archivo/ministerio-de-salud-presento-concurso-para-elegir-30-consultorios-de-excelencia-en-el-pais/>

6.2 CONCLUSIONES METODOLÓGICAS

Con respecto al trabajo que se realizó para concretar el logro de los objetivos planteados, se consideraron las distintas perspectivas involucradas en torno a los ejes temáticos abordados, primero para delimitar la magnitud de la problemática y luego para comenzar con el proceso de recopilación de las experiencias en torno a las situaciones planteadas, desde la visión tanto de APS como desde la unidad de Servicio Social del HCVB.

Para esto se debió equilibrar tiempo y recursos, donde resultó fundamental la coordinación estratégica, tanto con la Encargada de promoción y participación social del Área de Salud perteneciente a la Corporación Municipal de Valparaíso, quien gestionó la aplicación del instrumento de recolección de datos con las y los profesionales Trabajadoras Sociales y Matrones/as de los Centros de Atención Primaria de Salud de la Comuna de Valparaíso. Como también con la Jefa de la unidad de Servicio Social del HCVB, la que otorgó información a través de entrevistas y además facilitó el acceso a la base de datos manejada por la unidad de Estadísticas del HCVB.

Las técnicas e instrumentos utilizados, tuvieron como propósito identificar la situación real de Procedimientos de Atención e Intervención realizados en los Centros de Atención Primaria de la Comuna de Valparaíso y en su Coordinación con los niveles Secundario y Terciario de salud.

En primer lugar mediante Cuestionario aplicado a los profesionales de APS, se logró recopilar su experiencia en torno a ciertas situaciones, lo que permitió elaborar en base a estas el Flujograma real de Procedimientos y el Listado de Cotejo.

En segundo lugar a través del Cotejo Comparativo, se pudo evidenciar el contraste existente entre los Centros de APS de Valparaíso y el “Mejor CESFAM de Chile”, lo que junto con las Situaciones Tipo, permitieron detectar las principales falencias presentes en APS en torno a las temáticas de Procedimientos y Coordinación planteadas.

Por último en base a los antecedentes recabados, es que se realizó una propuesta de Procedimientos Ideal, la cual permitió dar a conocer los cambios significativos que se producirían en cada una de las falencias detectadas, tras su aplicación.



Es importante señalar además, que las actividades realizadas para desarrollar las técnicas planteadas, fueron, entrevistas, aplicación de cuestionario y revisión de documentos, las que permitieron una recopilación de información detallada y minuciosa de las temáticas antes señaladas.

6.3 CONCLUSIONES EN TORNO A TRABAJO SOCIAL EN SALUD.

A partir de la implementación de la Reforma Sanitaria en Chile, se incorpora el Modelo de Atención Integral a los establecimientos de salud y sus equipos. Lo que en concreto significó una ampliación del perfil de atención Biomédica, hacia una dimensión Biopsicosocial.

Para que en los Centros de APS, se logre otorgar una atención integral, es fundamental la identificación de las características del contexto Socio Cultural en que los profesionales desenvuelven su acción. Para esto se requiere de un enfoque integrado que permita abordar las problemáticas en toda su magnitud.

Los equipos de Salud en atención primaria, deben realizar acciones globales en relación a la forma en que se abordan las problemáticas endémicas. Es así como surgen acciones interdisciplinarias, donde el Trabajo social, se presenta como un quehacer profesional fundamental, en el que cumple un rol de complemento y apoyo a las acciones médico-sanitarias. Contribuyendo con una mirada global, estructural y sistémica de la situación de salud de una persona, su familia y su contexto.

Otro factor de relevancia en relación al Trabajo Social en salud, radica en que él o la profesional, deben contribuir al logro de los objetivos planteados en APS, los cuales giran en torno a la promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades. A través de una atención e intervención integral y eficiente, desarrollando una visión holística de las situaciones, en donde se consideren tanto los factores familiares, culturales y socioeconómicos, que inciden en favorecer o perjudicar el bienestar de la persona.

El profesional además, cumple una labor de Gestión Social, donde articula redes de apoyo tanto al interior de APS, como con entidades externas que complementan una atención integral, ya sea derivando a otros Establecimientos de Salud, Organizaciones Sociales o a Organismos Judiciales pertinentes. Lo cual se enmarca dentro de las políticas públicas, que apuntan a concebir un estado de bienestar pleno en la sociedad y en cada una de las personas.



A través de la experiencia, comprendimos la complejidad que implica desde la Atención Primaria de Salud, lograr el bienestar pleno de una persona y su entorno familiar. Identificando que a raíz de ésta se generan falencias que impiden otorgar una atención integral a la totalidad de los casos abordados.

A partir de esto se espera que el Seminario de Título, sirva como un antecedente concreto, para entender la importancia de generar acciones que permitan estructurar los procedimientos y las coordinaciones entre los distintos niveles de salud, con el objeto de otorgar atenciones integrales a los casos de embarazo con riesgo Psicosocial. Permitiendo ser la vez un referente para ser ampliado, a la atención e intervención de la totalidad de pacientes y familias que presenten problemáticas psicosociales, teniendo como fin principal evitar la vulneración de derechos de la infancia.



Capítulo VII

Bibliografía



BIBLIOGRAFIA

✓ **Textos.**

- Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos, Baptista Lucio Pilar. Metodología de la Investigación. México : Mc Graw-Hill, 2006
- Egg, Ezequiel Ander. Diccionario del Trabajo Social. Argentina: Lumen, 1995.

✓ **Tesis y Documentos.**

- Tesis: "Sistematización de Situaciones Profesionales de Trabajo Social en la Atención Terciaria en Salud. Estudiantes, Daniela Castillo. Año 2010.
- UNICEF. Gestión de políticas para la protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes. Un modelo en construcción. Serie Infancia, Adolescencia y Municipio. Buenos Aires, septiembre, 1999. p.42.
- La Tesis dentro de la formación del estudiante en Trabajo Social. Orientaciones Generales para su elaboración Universidad de Valparaíso Marzo del 2010. Docente autor: María Teresa Sánchez Alen.
- Protección Social y Primera Infancia. Universidad de Chile Facultad de Ciencias Sociales Programa de Estudio Desarrollo y Sociedad.
- Las Medidas Cautelares en el Ordenamiento Jurídico Chileno: Su Tratamiento en Algunas Leyes Especiales. Autor: Juan Carlos Marín González.
- Informativo "La obligatoriedad de los funcionarios de Salud para denunciar casos de violencia". Corporación Municipal de Valparaíso Área Salud.
- La Justicia Proteccional de Menores en Chile: Últimas reformas. Autor: Gabriela Ureta Roiron.
- Patología obstétrica en la adolescente embarazada. Rev Sogia 1994.
- Adolescente embarazada: Aspectos orgánicos. Embarazado en adolescentes.

- Drogadicción embriofetal por abuso de pasta base de cocaína durante el embarazo. Rev. Méd. Chile 2000. Navarrete P, Corvalán S, Bedregal P.
- ✓ **Fuentes Digitales (Páginas Web).**
 - Manual Ingreso de Casos GES Atención Primaria de Salud.
Visitada el 20 de marzo de 2011.
http://www.ssmaule.cl/paginas/index2.php?option=com_docman&task=docview&gid=38&Itemid=69.
 - Reforma de Salud en Chile; el Pan Auge o Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES). Su Origen y Evolución.
Visitada el 22 de marzo de 2011.
<http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/20072/ReformaSalud.pdf>
 - Políticas y Planes de Salud.
Visitada el 28 de marzo de 2011.
http://www.aniorte-nic.net/progr_asignat_polit_plan.htm
 - El Sistema de Salud Chileno. Contexto Histórico y Normativo del sistema de salud chileno.
Visitada el 10 abril de 2011.
<http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/biblioteca/documentos/otros/Sistemasaludchileno.pdf>
 - Atención Primaria.
Visitada el 25 de abril de 2011.
http://ssvalparaiso.redsalud.gob.cl/url/page/ssalud/ssvalparaiso/g_como_me_atiende/ssvsa_come_me_atiende_atencion_primaria.html
 - CESFAM Edgardo Enríquez Fröedden.
Visitada el 9 de septiembre de 2011.
http://paccsfamedgardo.blogspot.com/2007_05_01_archive.html



✓ **Fuentes Primarias:**

Referentes:

- Carla González. Trabajadora Social, Centro de Salud Puertas Negras.
- Fabiola Cantillana. Matrona, Centro de Salud Puertas Negras.
- Nicole Mazzuchelli. Trabajadora Social, Centro de Salud Quebrada Verde.
- Verónica Bustos. Matrona, Centro de Salud Quebrada Verde.
- Loreto Escobar. Trabajadora Social, Centro de Salud Cordillera.
- Lorena Gonzales. Matrona, Centro de Salud Cordillera.
- Lorena Elgueta. Trabajadora Social, Centro de Salud Jean y Marie Thierry.
- Elizabeth Dedes. Matrona, Centro de Salud Jean y Marie Thierry.
- Miriam Toledo. Trabajadora Social, Centro de Salud Las Cañas.
- Noelia Garcés. Matrona, Centro de Salud Las Cañas.
- Claudia Díaz. Trabajadora Social, Centro de Salud Reina Isabel II.
- Héctor Cordobés. Matrón, Centro de Salud Reina Isabel II.
- Jacqueline Pacheco. Trabajadora Social, Centro de Salud Placilla.
- Claudia Basualto. Matrona, Centro de Salud Placilla.
- Victoria Maturana. Trabajadora Social, Centro de Salud Barón.
- Valeria Calderón. Matrona, Centro de Salud Barón.
- Wildo Leiva. Matrón, Centro de Salud Rodelillo.
- Pamela Aguilera. Trabajadora Social, Centro de Salud Placeres.
- Lorena Reyes. Matrona, Centro de Salud Placeres.
- Paola Salinas. Trabajadora Social, Centro de Salud Esperanza.
- Natalia Lorenzen. Matrona, Centro de Salud Esperanza.
- Mónica Muñoz. Trabajadora social, Centro de Salud Plaza justicia.
- Erika Linares. Trabajadora Social, Centro de Salud Marcelo Mena.



ANEXOS



ANEXO NÚMERO 1: BASE DE DATOS DEPURADA, INTERCONSULTAS AL ARO DEL HCVB.

RUN del Paciente	Nombre Del Paciente	Problema de Salud/Subproblema	Establecimiento de Origen
18917153-6	Flores López Francisca Paola	Tbco - Embarazo Adolescente	Reina Isabel II, Consultorio
18563899-5	Salgado Alarcon Natalia	Tabaquismo	Consultorio Padre Damián Molokai
11830921-9	Rojas Gutiérrez Magaly Leonor	Retardo Mental /Severo	Las Cañas, Consultorio
17142552-2	Miranda Campos Leontina Danay	Retardo Mental /Moderado	Las Cañas, Consultorio
18565611-K	Ortega Martini Denisse Del Carmen	Esquizofrenia	Quebrada Verde, Consultorio (con Sapu)
16105124-1	Galaz Fernández Pamela Sita	Esquizofrenia	Puertas Negras, Consultorio
15752543-3	González Muñoz Daniela Beatriz	Esquizofrenia	Plaza Justicia, Consultorio
15718364-8	Contreras Salinas Marta Elizabeth	Esquizofrenia	Plaza Justicia, Consultorio
17144616-3	Guzmán Díaz Jacqueline Macarena	Esquizofrenia	Placeres, Consultorio (con Sapu)
15717105-4	Alcorce Vega Rocío Carolina	Esquizofrenia	Placeres, Consultorio (con Sapu)
17165001-1	Silva González Cindy Madonna	Esquizofrenia	Las Cañas, Consultorio
19016303-2	Vega Ramirez Carolina	Embarazo Adolescente / retardo mental	Placeres, Consultorio (con Sapu)
18565130-4	Rodríguez Delgado Mónica Loretto	Embarazo Adolescente - Depresión Severa	Rodelillo, Consultorio
18794114-8	Castro Barrientos Daniela Paz	Embarazo Adolescente - Depresión Severa	Barón, Consultorio
18271768-1	Maldonado Sepúlveda Soledad Beatriz	Embarazo Adolescente	Rodelillo, Consultorio
18271768-1	Maldonado Sepúlveda Soledad Beatriz	Embarazo Adolescente	Rodelillo, Consultorio
18564615-7	Olmedo Vargas Camila Francisca	Embarazo Adolescente	Rodelillo, Consultorio
18270547-0	Olea Ortiz Maitana Omara	Embarazo Adolescente	Rodelillo, Consultorio
18916207-3	González Silva Stephanie Teresa	Embarazo Adolescente	Rodelillo, Consultorio
18916207-3	González Silva Stephanie Teresa	Embarazo Adolescente	Rodelillo, Consultorio
18566856-8	Carocca Fredes Stephanie Amor	Embarazo Adolescente	Rodelillo, Consultorio
18568380-K	Miranda Rojas Claudia Francisca	Embarazo Adolescente	Rodelillo, Consultorio
18568380-K	Miranda Rojas Claudia Francisca	Embarazo Adolescente	Rodelillo, Consultorio
18271768-1	Maldonado Sepúlveda Soledad Beatriz	Embarazo Adolescente	Rodelillo, Consultorio
18566856-8	Carocca Fredes Stephanie Amor	Embarazo Adolescente	Rodelillo, Consultorio
19013410-5	Saavedra Núñez Carolina Andrea	Embarazo Adolescente	Rodelillo, Consultorio
17475952-9	Zambrano Mayne Genesis Patricia	Embarazo Adolescente	Rodelillo, Consultorio



RUN del Paciente	Nombre del Paciente	Problema de Salud/Subproblema	Establecimiento de Origen
18917157-9	Labbé Olivares Nicole Evelicez	Embarazo Adolescente	Reina Isabel II, Consultorio
19328770-0	Solís Olivares Nataly Valeska	Embarazo Adolescente	Reina Isabel II, Consultorio
18566837-1	Torres Albornoz Jeraldine Nicole	Embarazo Adolescente	Reina Isabel II, Consultorio
18270921-2	Bernal Villalón Ximena Stefany	Embarazo Adolescente	Reina Isabel II, Consultorio
18270748-1	Muñoz Horta Criss Adelein	Embarazo Adolescente	Reina Isabel II, Consultorio
18270859-3	Ruiz Castillo Jenifer Jesenia	Embarazo Adolescente	Reina Isabel II, Consultorio
18270458-K	Rojas Victoriano Carolain Georgette	Embarazo Adolescente	Reina Isabel II, Consultorio
18567762-1	Rojas Gonzalez Karin	Embarazo Adolescente	Reina Isabel II, Consultorio
18271703-7	Cabrera Bernal Francisca	Embarazo Adolescente	Reina Isabel II, Consultorio
18272165-4	Faúndez Toro Yubitza Noemí	Embarazo Adolescente	Reina Isabel II, Consultorio
18270859-3	Ruiz Castillo Jenifer Jesenia	Embarazo Adolescente	Reina Isabel II, Consultorio
18914376-1	Torres Loyola Alisson	Embarazo Adolescente	Reina Isabel II, Consultorio
18566397-3	Díaz Quiñones Mónica Valeska	Embarazo Adolescente	Reina Isabel II, Consultorio
19013423-7	Gallardo Calderón Elizabeth Tamara	Embarazo Adolescente	Reina Isabel II, Consultorio
18915365-1	Gómez Hernández Ninoska Alexandra	Embarazo Adolescente	Reina Isabel II, Consultorio
18761160-1	Campillay Valdes Angel	Embarazo Adolescente	Reina Isabel II, Consultorio
18916060-7	Brito Araya Tania Valeska	Embarazo Adolescente	Reina Isabel II, Consultorio
19013423-7	Gallardo Calderón Elizabeth Tamara	Embarazo Adolescente	Reina Isabel II, Consultorio
18270458-K	Rojas Victoriano Carolain Georgette	Embarazo Adolescente	Reina Isabel II, Consultorio
18567762-1	Rojas Gonzalez Karin	Embarazo Adolescente	Reina Isabel II, Consultorio
18918076-4	Miranda Montenegro Patricia Inés	Embarazo Adolescente	Reina Isabel II, Consultorio
18917795-K	Cortés Martínez Franchesca Poulette	Embarazo Adolescente	Reina Isabel II, Consultorio
18915365-1	Gómez Hernández Ninoska Alexandra	Embarazo Adolescente	Reina Isabel II, Consultorio
19328297-0	Valdebenito Bascone Fernanda Nicole	Embarazo Adolescente	Reina Isabel II, Consultorio
18552977-0	Álvarez Pinda Cathalina Mayory	Embarazo Adolescente	Reina Isabel II, Consultorio
19013423-7	Gallardo Calderón Elizabeth Tamara	Embarazo Adolescente	Reina Isabel II, Consultorio
19016523-K	Miranda Godoy Alondra María	Embarazo Adolescente	Reina Isabel II, Consultorio
18565723-K	Vásquez Cortés Jessenia Constanza	Embarazo Adolescente	Reina Isabel II, Consultorio
18917795-K	Cortés Martínez Franchesca Poulette	Embarazo Adolescente	Reina Isabel II, Consultorio
18916553-6	Riveros Corral Javiera	Embarazo Adolescente	Reina Isabel II, Consultorio
18915365-1	Gómez Hernández Ninoska Alexandra	Embarazo Adolescente	Reina Isabel II, Consultorio
19016523-K	Miranda Godoy Alondra María	Embarazo Adolescente	Reina Isabel II, Consultorio



RUN del Paciente	Nombre del Paciente	Problema de Salud/Subproblema	Establecimiento de Origen
18916060-7	Brito Araya Tania Valeska	Embarazo Adolescente	Reina Isabel II, Consultorio
19012750-8	Silva Jiménez Karen Melissa	Embarazo Adolescente	Reina Isabel II, Consultorio
19016523-K	Miranda Godoy Alondra María	Embarazo Adolescente	Reina Isabel II, Consultorio
19013030-4	Zepeda Navarrete Ninoska	Embarazo Adolescente	Reina Isabel II, Consultorio
18918076-4	Miranda Montenegro Patricia Inés	Embarazo Adolescente	Reina Isabel II, Consultorio
19013030-4	Zepeda Navarrete Ninoska	Embarazo Adolescente	Reina Isabel II, Consultorio
18914376-1	Torres Loyola Alisson	Embarazo Adolescente	Reina Isabel II, Consultorio
18917988-K	Cerda Castro Fabiana Nicole	Embarazo Adolescente	Quebrada Verde, Consultorio (con Sapu)
18882043-3	Mardones Maturana Victoria Constanza	Embarazo Adolescente	Quebrada Verde, Consultorio (con Sapu)
11782079-3	Rodriguez Parra Jessica	Embarazo Adolescente	Quebrada Verde, Consultorio (con Sapu)
18565702-7	Figuroa Gandara Nicole Andrea	Embarazo Adolescente	Quebrada Verde, Consultorio (con Sapu)
18914635-3	Hernández Maass Caroline Andrea	Embarazo Adolescente	Quebrada Verde, Consultorio (con Sapu)
18917242-7	Gaete Vivanco Gina	Embarazo Adolescente	Quebrada Verde, Consultorio (con Sapu)
18949397-5	Román Armijo Alejandra Patricia	Embarazo Adolescente	Quebrada Verde, Consultorio (con Sapu)
18703933-9	Tapia Benavides María Soledad	Embarazo Adolescente	Quebrada Verde, Consultorio (con Sapu)
18566317-5	Araos Carrasco Karina Paz	Embarazo Adolescente	Quebrada Verde, Consultorio (con Sapu)
18914986-7	Cárdenas Herrera Yereling Priscila	Embarazo Adolescente	Quebrada Verde, Consultorio (con Sapu)
18033695-8	Córdova Villegas Alicia Gissel	Embarazo Adolescente	Quebrada Verde, Consultorio (con Sapu)
18565702-7	Figuroa Gandara Nicole Andrea	Embarazo Adolescente	Quebrada Verde, Consultorio (con Sapu)
18568341-9	Álvarez Marchant Dangela Siomara	Embarazo Adolescente	Puertas Negras, Consultorio
18914270-6	Farías Díaz Marcela Carolayn	Embarazo Adolescente	Puertas Negras, Consultorio
19012481-9	Péndola Azola Andrea Del Carmen	Embarazo Adolescente	Puertas Negras, Consultorio
18914202-1	Ibaceta Mesías Treisi Alejandra	Embarazo Adolescente	Puertas Negras, Consultorio
18382578-K	Valenzuela Sandoval Thiare Charlot	Embarazo Adolescente	Puertas Negras, Consultorio
18914474-1	Figuroa Villar Paola Guisela	Embarazo Adolescente	Puertas Negras, Consultorio
19011717-0	Rojas Lolobos Cynthia Andrea	Embarazo Adolescente	Puertas Negras, Consultorio
18568572-1	Álvarez Bello Yamilet Angélica	Embarazo Adolescente	Puertas Negras, Consultorio
18568449-0	Lazcano Fuentes Joselyn Poloma	Embarazo Adolescente	Puertas Negras, Consultorio
19329444-8	Vega Ramírez Francisca Andrea	Embarazo Adolescente	Puertas Negras, Consultorio
18566625-5	Barrientos Barrientos Yesenia Estefani	Embarazo Adolescente	Puertas Negras, Consultorio
18916626-5	Núñez Castro Constanza	Embarazo Adolescente	Puertas Negras, Consultorio
19329444-8	Vega Ramírez Francisca Andrea	Embarazo Adolescente	Puertas Negras, Consultorio



RUN del Paciente	Nombre del Paciente	Problema de Salud/Subproblema	Establecimiento de Origen
18565457-5	Espinoza Espinoza Natalia Estefanía	Embarazo Adolescente	Puertas Negras, Consultorio
18299534-7	Gabler Pizarro Camila Fernanda	Embarazo Adolescente	Plaza Justicia, Consultorio
12810241-8	Zamora Bascañán Bernarda De Las Merc	Embarazo Adolescente	Plaza Justicia, Consultorio
18564681-5	Chandía Jorquera Jessenia Carolina	Embarazo Adolescente	Plaza Justicia, Consultorio
19012124-0	Bobadilla Moraga Denisse Andrea	Embarazo Adolescente	Plaza Justicia, Consultorio
18271210-8	Valderrama Valderrama Nataly Alejandra	Embarazo Adolescente	Plaza Justicia, Consultorio
19327710-1	Espinosa Fuster Alexandra Ninoska	Embarazo Adolescente	Plaza Justicia, Consultorio
19328311-K	Jatib Pérez Samira Yesenia	Embarazo Adolescente	Plaza Justicia, Consultorio
19358042-4	Concha Chepulich Ariane Stefania	Embarazo Adolescente	Plaza Justicia, Consultorio
19012124-0	Bobadilla Moraga Denisse Andrea	Embarazo Adolescente	Plaza Justicia, Consultorio
19011736-7	Altamirano Sánchez Tamara Andrea	Embarazo Adolescente	Plaza Justicia, Consultorio
19013530-6	Valenzuela Hernández Claudia Andrea	Embarazo Adolescente	Plaza Justicia, Consultorio
19013530-6	Valenzuela Hernández Claudia Andrea	Embarazo Adolescente	Plaza Justicia, Consultorio
18916767-9	Quintanilla Gazzoni Sara Belén	Embarazo Adolescente	Plaza Justicia, Consultorio
18916450-5	Letelier Guenuman Makarena	Embarazo Adolescente	Plaza Justicia, Consultorio
19015429-7	Mella Cavieres Carla Estefanía	Embarazo Adolescente	Plaza Justicia, Consultorio
18565749-3	Ugalde Contreras Fernanda Margarita	Embarazo Adolescente	Plaza Justicia, Consultorio
18567922-5	Núñez Arancibia Carol Madeleint De L	Embarazo Adolescente	Plaza Justicia, Consultorio
18706739-1	Sánchez Leiva Arantza Danay	Embarazo Adolescente	Plaza Justicia, Consultorio
18914669-8	Quiroga Quiroga Betania	Embarazo Adolescente	Plaza Justicia, Consultorio
18914669-8	Quiroga Quiroga Betania	Embarazo Adolescente	Plaza Justicia, Consultorio
19011736-7	Altamirano Sánchez Tamara Andrea	Embarazo Adolescente	Plaza Justicia, Consultorio
18568597-7	Soto Manzano Ruth Kassandra	Embarazo Adolescente	Plaza Justicia, Consultorio
19358042-4	Concha Chepulich Ariane Stefania	Embarazo Adolescente	Plaza Justicia, Consultorio
19015429-7	Mella Cavieres Carla Estefanía	Embarazo Adolescente	Plaza Justicia, Consultorio
19012124-0	Bobadilla Moraga Denisse Andrea	Embarazo Adolescente	Plaza Justicia, Consultorio
18706129-6	Valdes Muñoz Nicole Paulina	Embarazo Adolescente	Plaza Justicia, Consultorio
19327710-1	Espinosa Fuster Alexandra Ninoska	Embarazo Adolescente	Plaza Justicia, Consultorio
16891070-3	Ibacache Astudillo Daniela	Embarazo Adolescente	Plaza Justicia, Consultorio
19022805-3	Bozo Valenzuela Dania	Embarazo Adolescente	Plaza Justicia, Consultorio
19328311-K	Jatib Pérez Samira Yesenia	Embarazo Adolescente	Plaza Justicia, Consultorio
19012595-5	Donoso Zamorano Melisa Francisca	Embarazo Adolescente	Plaza Justicia, Consultorio



RUN del Paciente	Nombre del Paciente	Problema de Salud/Subproblema	Establecimiento de Origen
18838379-3	Lang Valenzuela Stephanie Bárbara	Embarazo Adolescente	Placilla, Consultorio
18564327-1	Díaz Tassara Nadia Yasmín	Embarazo Adolescente	Placilla, Consultorio
18838379-3	Lang Valenzuela Stephanie Bárbara	Embarazo Adolescente	Placilla, Consultorio
19327696-2	Tapia Núñez Camila Alejandra	Embarazo Adolescente	Placilla, Consultorio
18695577-3	Calderón Faúndez Camila Constanza	Embarazo Adolescente	Placilla, Consultorio
18783996-3	Solis Pardo Karla Javiera	Embarazo Adolescente	Placilla, Consultorio
18566633-6	Gonzalez Nuñez Dominique	Embarazo Adolescente	Placilla, Consultorio
19327696-2	Tapia Núñez Camila Alejandra	Embarazo Adolescente	Placilla, Consultorio
19705465-4	Aguilera Vergara Sandra Belén	Embarazo Adolescente	Placilla, Consultorio
19143969-4	Puebla González Elizabet Johana	Embarazo Adolescente	Placilla, Consultorio
19143969-4	Puebla González Elizabet Johana	Embarazo Adolescente	Placilla, Consultorio
19327696-2	Tapia Núñez Camila Alejandra	Embarazo Adolescente	Placilla, Consultorio
18915031-8	Pe@Aloza Pe@Aloza Marly Nayadeth	Embarazo Adolescente	Placilla, Consultorio
19014670-7	Pérez Chapa Camila Fernanda	Embarazo Adolescente	Placilla, Consultorio
18564962-8	Varas Cerda Paula Macarena	Embarazo Adolescente	Placeres, Consultorio (con Sapu)
18706739-1	Sánchez Leiva Arantza Danay	Embarazo Adolescente	Placeres, Consultorio (con Sapu)
18854080-5	Castillo Osorio Mayra Pamela	Embarazo Adolescente	Placeres, Consultorio (con Sapu)
18271210-8	Valderrama Valderrama Nataly Alejandra	Embarazo Adolescente	Placeres, Consultorio (con Sapu)
19014337-6	León Calzada Gabriela Francisca	Embarazo Adolescente	Placeres, Consultorio (con Sapu)
19014337-6	León Calzada Gabriela Francisca	Embarazo Adolescente	Placeres, Consultorio (con Sapu)
18705071-5	Lobos Sandoval Jeanette Javiera	Embarazo Adolescente	Placeres, Consultorio (con Sapu)
18272661-3	Silva Erazo Katherine Alejandra	Embarazo Adolescente	Marcelo Mena, Consultorio
18269006-6	Fajardo Soto Yessenia Camila	Embarazo Adolescente	Marcelo Mena, Consultorio
18917189-7	Ponce Córdova Marcela Angélica	Embarazo Adolescente	Marcelo Mena, Consultorio
19013838-0	Messina Bastias Maria Fernanda	Embarazo Adolescente	Marcelo Mena, Consultorio
18917189-7	Ponce Córdova Marcela Angélica	Embarazo Adolescente	Marcelo Mena, Consultorio
18553147-3	Cortés Villarroel Caroline Andrea	Embarazo Adolescente	Marcelo Mena, Consultorio
19015705-9	Gaete Madrid Macarena Andrea	Embarazo Adolescente	Marcelo Mena, Consultorio
19013838-0	Messina Bastias Maria Fernanda	Embarazo Adolescente	Marcelo Mena, Consultorio
18915721-5	Valenzuela Tobar Constanza Carolina	Embarazo Adolescente	Marcelo Mena, Consultorio
18917189-7	Ponce Córdova Marcela Angélica	Embarazo Adolescente	Marcelo Mena, Consultorio
19015705-9	Gaete Madrid Macarena Andrea	Embarazo Adolescente	Marcelo Mena, Consultorio



RUN del Paciente	Nombre del Paciente	Problema de Salud/Subproblema	Establecimiento de Origen
19013838-0	Messina Bastias María Fernanda	Embarazo Adolescente	Marcelo Mena, Consultorio
18585051-K	Landeros Araya Tamara Gizet	Embarazo Adolescente	Marcelo Mena, Consultorio
19467055-9	Fuentes Alarcón Javiera Paulina	Embarazo Adolescente	Marcelo Mena, Consultorio
19328941-K	Carvajal Femenias Leia Aesny	Embarazo Adolescente	Marcelo Mena, Consultorio
18568005-3	Soto Jorquera Belen Elizabeth	Embarazo Adolescente	Marcelo Mena, Consultorio
19426613-8	Fierro Fierro Nadie Iveth	Embarazo Adolescente	Marcelo Mena, Consultorio
17142170-5	Marengo Carvajal Cindy Glenda	Embarazo Adolescente	Las Cañas, Consultorio
18566656-5	Saavedra Macchiavello Carolina Del Carmen	Embarazo Adolescente	Las Cañas, Consultorio
18271776-2	Reynalds Hernández Stephanie Alejandra	Embarazo Adolescente	Las Cañas, Consultorio
18271776-2	Reynalds Hernández Stephanie Alejandra	Embarazo Adolescente	Las Cañas, Consultorio
18567601-3	Vásquez Poblete Kassandra Margarita	Embarazo Adolescente	Las Cañas, Consultorio
18916786-5	Poblete Esparza Paulina Elsa	Embarazo Adolescente	Las Cañas, Consultorio
18916786-5	Poblete Esparza Paulina Elsa	Embarazo Adolescente	Las Cañas, Consultorio
19325626-0	Arriagada Herrera Damari Alejandra	Embarazo Adolescente	Laguna Verde, Posta
18566251-9	Flores Marín Jacqueline Soraya	Embarazo Adolescente	Esperanza, Consultorio
19014025-3	Romero Escobar Nathalia Andrea	Embarazo Adolescente	Esperanza, Consultorio
18917108-0	Marín Reyes Francisca Stefany	Embarazo Adolescente	Esperanza, Consultorio
18567186-0	Hidalgo Rodríguez Eskarlett Ninoska	Embarazo Adolescente	Esperanza, Consultorio
19015200-6	Olmedo Muñoz Victoria Aracely	Embarazo Adolescente	Esperanza, Consultorio
18917056-4	López Cano Katyuska Andrea	Embarazo Adolescente	Esperanza, Consultorio
19015200-6	Olmedo Muñoz Victoria Aracely	Embarazo Adolescente	Esperanza, Consultorio
19277100-5	Rojas Cumplido Barbara	Embarazo Adolescente	Cordillera, Consultorio
19358042-4	Concha Chepulich Ariane Stefania	Embarazo Adolescente	Cordillera, Consultorio
18916912-4	Costa Salinas Thiare Estefanía	Embarazo Adolescente	Cordillera, Consultorio
18704762-5	Ojeda Correa Carolina Jeannette	Embarazo Adolescente	Consultorio Padre Damián Molokai
18269695-1	Pizarro Cruz Hellen Victoria	Embarazo Adolescente	Consultorio Padre Damián Molokai
18567092-9	Ortiz Gutiérrez Alexa Siomara	Embarazo Adolescente	Consultorio Padre Damián Molokai
19013414-8	Osses Jara Viviana Isabel	Embarazo Adolescente	Consultorio Padre Damián Molokai
18380054-K	Hernández Gaete Mildre Noemí	Embarazo Adolescente	Consultorio Padre Damián Molokai
18269249-2	Alvarado Bravo Constanza	Embarazo Adolescente	Consultorio Padre Damián Molokai
19192470-3	Cruz Díaz Claudia Belén	Embarazo Adolescente	Consultorio Padre Damián Molokai
18917628-7	Román Maldonado Valentina Javiera	Embarazo Adolescente	Consultorio Padre Damián Molokai



RUN del Paciente	Nombre del Paciente	Problema de Salud/Subproblema	Establecimiento de Origen
18563899-5	Salgado Alarcon Natalia	Embarazo Adolescente	Consultorio Padre Damián Molokai
18704762-5	Ojeda Correa Carolina Jeannette	Embarazo Adolescente	Consultorio Padre Damián Molokai
18762434-7	Sanchez Garcia Maria Jose	Embarazo Adolescente	Consultorio Padre Damián Molokai
19192470-3	Cruz Díaz Claudia Belén	Embarazo Adolescente	Consultorio Padre Damián Molokai
18704762-5	Ojeda Correa Carolina Jeannette	Embarazo Adolescente	Consultorio Padre Damián Molokai
18567815-6	Retamales Dumas Leslie Valeska	Embarazo Adolescente	Consultorio Padre Damián Molokai
19192470-3	Cruz Díaz Claudia Belén	Embarazo Adolescente	Consultorio Padre Damián Molokai
18159390-3	Fernández Rojas Sabrina	Embarazo Adolescente	Consultorio Padre Damián Molokai
18841831-7	Barcia Candia Stefanie Andrea	Embarazo Adolescente	Consultorio Jean y Marie Thierry
18915094-6	Castro González Maira Alejandra	Embarazo Adolescente	Consultorio Jean y Marie Thierry
18915959-5	Torres Pinto Carolina Alejandra	Embarazo Adolescente	Consultorio Jean y Marie Thierry
18859163-9	Avendaño Lopez Teresa	Embarazo Adolescente	Consultorio Jean y Marie Thierry
18914827-5	Rioseco Sotomayor Carolina Andrea	Embarazo Adolescente	Consultorio Jean y Marie Thierry
19012930-6	Poblete Herrera Nicole Scarlet	Embarazo Adolescente	Consultorio Jean y Marie Thierry
18563902-9	Llanos Arancibia Francisca Natalia	Embarazo Adolescente	Consultorio Jean y Marie Thierry
18618282-0	Cid Segovia Vanessa Paz	Embarazo Adolescente	Consultorio Jean y Marie Thierry
18383154-2	Riquelme Rubio Damaris Francisca	Embarazo Adolescente	Consultorio Jean y Marie Thierry
18917891-3	Molina Esper Daniela Giovanna	Embarazo Adolescente	Consultorio Jean y Marie Thierry
18032336-8	Nitor González Carolina Nicole Veli	Embarazo Adolescente	Consultorio Jean y Marie Thierry
19012930-6	Poblete Herrera Nicole Scarlet	Embarazo Adolescente	Consultorio Jean y Marie Thierry
18914827-5	Rioseco Sotomayor Carolina Andrea	Embarazo Adolescente	Consultorio Jean y Marie Thierry
18618282-0	Cid Segovia Vanessa Paz	Embarazo Adolescente	Consultorio Jean y Marie Thierry
18565033-2	Araos Soto Gricel Del Carmen	Embarazo Adolescente	Consultorio Jean y Marie Thierry
18917891-3	Molina Esper Daniela Giovanna	Embarazo Adolescente	Consultorio Jean y Marie Thierry
19012930-6	Poblete Herrera Nicole Scarlet	Embarazo Adolescente	Consultorio Jean y Marie Thierry
19014971-4	Pairoa Soriano Cindy Vaithi	Embarazo Adolescente	Consultorio Jean y Marie Thierry
18915094-6	Castro González Maira Alejandra	Embarazo Adolescente	Consultorio Jean y Marie Thierry
18916047-K	Isamit Farfán Kathleen Ingenbor	Embarazo Adolescente	Consultorio Jean y Marie Thierry
19013442-3	Cuevas Allendes Viviana Alexandra	Embarazo Adolescente	Barón, Consultorio
18703664-K	Castro Marcoleta Milka Daniela	Embarazo Adolescente	Barón, Consultorio
18567727-3	Ortiz Abarca Ninoska Francisca	Embarazo Adolescente	Barón, Consultorio
18566337-K	Cid Cabrera Cristina Del Carmen	Embarazo Adolescente	Barón, Consultorio



RUN del Paciente	Nombre del Paciente	Problema de Salud/Subproblema	Establecimiento de Origen
19012088-0	González Ibáñez Isabel Estefani	Embarazo Adolescente	Barón, Consultorio
18567727-3	Ortiz Abarca Ninoska Francisca	Embarazo Adolescente	Barón, Consultorio
19013455-5	Maldonado Guenuman Javiera Constanza	Embarazo Adolescente	Barón, Consultorio
18271197-7	Navarrete Lizama Jessica Andrea	Embarazo Adolescente	Barón, Consultorio
18916955-8	Pinto Jiménez Cindy Alejandra	Embarazo Adolescente	Barón, Consultorio
19012088-0	González Ibáñez Isabel Estefani	Embarazo Adolescente	Barón, Consultorio
18916969-8	Bustos Solís Katiana Ester	Embarazo Adolescente	Barón, Consultorio
18916719-9	Suárez Segura Javiera Ignacia	Embarazo Adolescente	Barón, Consultorio
18563897-9	Antinopai Contreras Nicole Alejandra	Drogas -Tabaquismo- Alcoholismo	Plaza Justicia, Consultorio
16573254-5	Silva Contreras María Alejandra	Drogas Pasta Base	Plaza Justicia, Consultorio
13879356-7	Apablaza Phillips Claudia Andrea	Drogas Pasta Base	Plaza Justicia, Consultorio
18564346-8	Stuardo Torres Ettinnette Marcell	Drogas- Marihuana - Embarazo Adolescente	Marcelo Mena, Consultorio
16712718-5	Acevedo Rojas Soledad	Drogas Marihuana	Cordillera, Consultorio
16712718-5	Acevedo Rojas Soledad	Drogas Marihuana	Cordillera, Consultorio
17559605-4	Ortiz De Zárate Vergara María Emilia	Drogas Marihuana	Consultorio Jean y Marie Thierry
15331854-9	Guzmán Guerrero Macarena Nicole	Drogas Marihuana	Consultorio Jean y Marie Thierry
13430339-5	Vásquez Vásquez Danilka Marisol	Drogas coca - pasta base - marihuana	Esperanza, Consultorio
15075666-9	Muñoz Halyburton Evelyn Graciela	Drogas cc	Las Cañas, Consultorio
16485692-5	González Navarro Priscila Elena	Drogas cc	Consultorio Padre Damián Molokai
15717941-1	Galaz Vega Joseline Yesenia	Drogas Alcoholismo coca	Marcelo Mena, Consultorio
19082262-1	Monsalves Carreño Antonella Romanef	Drogas /Marihuana/ Pasta Base / Emb- Adolescente	Plaza Justicia, Consultorio
15073454-1	Martínez Zúñiga Violeta Patricia	Drogas /Alcoholismo /Pasta Base	Puertas Negras, Consultorio
15078889-7	Rodríguez Quiroz Andrea Verónica	Drogas // Alcoholismo	Plaza Justicia, Consultorio
13999863-4	Moreno Aguirre Andrea Guillermina	Drogas // Alcoholismo	Marcelo Mena, Consultorio
18127547-2	Avendaño Lopez Luisa	Drogas / Embarazo Adolescente	Consultorio Jean y Marie Thierry
18127547-2	Avendaño Lopez Luisa	Drogas / Embarazo Adolescente	Consultorio Jean y Marie Thierry
14454888-4	Bravo Verdejo Yovanka Del Carmen	Drogas (tbco)	Rodelillo, Consultorio
14493491-1	Calderón Bravo Luisa Janett	Drogas (tbco)	Puertas Negras, Consultorio
13331986-7	Ortiz Valdebenito Mónica Alejandra	Drogas (tbco)	Plaza Justicia, Consultorio



RUN del Paciente	Nombre del Paciente	Problema de Salud/Subproblema	Establecimiento de Origen
16108063-2	Castillo Bernales Johanna Patricia	Drogas (tbco)	Plaza Justicia, Consultorio
16108063-2	Castillo Bernales Johanna Patricia	Drogas (tbco)	Plaza Justicia, Consultorio
17143907-8	Sepúlveda Sepúlveda Macarena Elizabeth	Drogas (tbco)	Plaza Justicia, Consultorio
12673208-2	Navarrete Díaz Rosa Andrea	Drogas (tbco)	Placilla, Consultorio
15927715-1	Aedo Alvial Rebeca Victoria	Drogas (tbco)	Consultorio Jean y Marie Thierry
15927715-1	Aedo Alvial Rebeca Victoria	Drogas (tbco)	Consultorio Jean y Marie Thierry
16488521-6	Fuentes Cortés Cinthia Silvana	Drogas (pasta base) - Retardo Mental	Consultorio Padre Damián Molokai
12625905-0	Hodde Velásquez Evelyn Karen	Drogas (marihuana)	Quebrada Verde, Consultorio (con Sapu)
19329085-K	Contreras Sandoval Daniela Alejandra	Drogas (marihuana)	Marcelo Mena, Consultorio
16485806-5	Vera Montecinos Luisa Esther	Drogas (coca-tbco)	Rodelillo, Consultorio
15071985-2	Arias Muñoz Katherine Alejandra	Drogas (coca-tbco)	Placilla, Consultorio
15071696-9	Flores Uribe Jocelyn Andrea	Drogas (coca-tbco)	Placeres, Consultorio (con Sapu)
18794114-8	Castro Barrientos Daniela Paz	Drogas - Embarazo Ad.	Barón, Consultorio
18127547-2	Avendaño Lopez Luisa	Drogas - Embarazo Adolescente	Consultorio Jean y Marie Thierry
16486582-7	Tobar Hernández Katherine Andrea	Drogas - - Marihuana / Retardo Mental Severo	Marcelo Mena, Consultorio
17805027-3	Aedo Arancibia Marion Arlette Mabel	Drogas	Cordillera, Consultorio
17805027-3	Aedo Arancibia Marion Arlette Mabel	Drogas	Cordillera, Consultorio
13998178-2	Alemparte Loff Caroline Nicole	Drogas	Barón, Consultorio
16968344-1	Cáceres Bravo Daniela Andrea	Droga . Tbco- Coca -Marihuana	Marcelo Mena, Consultorio
13879356-7	Apablaza Phillips Claudia Andrea	Depresión Severa Transtorno Bipolar	Plaza Justicia, Consultorio
11733926-2	Arancibia Vilches Nancy De Las Mercede	Depresión Severa Transtorno Bipolar	Marcelo Mena, Consultorio
18914860-7	Santoro Salazar Dalia Abelinda	Depresión Severa Suicida / Embarazo adolescente	Laguna Verde, Posta
18568276-5	Vidal Vera Katerine Andrea	Depresión Severa Suicida / Embarazo adolescente	Consultorio Padre Damián Molokai
17472028-2	Carvajal Cornejo Yarixza Nohely	Depresión Severa Suicida	Plaza Justicia, Consultorio
13024200-6	Minio Oyarzún Ana Valeska	Depresión Severa Suicida	Plaza Justicia, Consultorio
15089623-1	Alarcón González Claudia Patricia	Depresión Severa Suicida	Consultorio Padre Damián Molokai



RUN del Paciente	Nombre del Paciente	Problema de Salud/Subproblema	Establecimiento de Origen
15717412-6	Gorlier Núñez Zunilda Fabiola	Depresión Severa Psicosis	Plaza Justicia, Consultorio
13426138-2	Herrera Cataldo María Angélica	Depresión Severa / disfunción Familiar	Consultorio Jean y Marie Thierry
16487551-2	Cárcamo Castro Priscilla Guillermin	Depresión Severa - Esquizofrenia-Suicida	Plaza Justicia, Consultorio
11612126-3	Navarro Morales Marianela Ivonne	Depresión Severa	Rodelillo, Consultorio
18565804-K	Salfate Sepúlveda Guillian Francisca	Depresión Severa	Rodelillo, Consultorio
14003144-5	Romero Muñoz Loreto De Los Angele	Depresión Severa	Rodelillo, Consultorio
14363632-1	Arenas Quezada Claudia Alejandra	Depresión Severa	Reina Isabel II, Consultorio
16199667-K	Basualto Chacón Priscilla Andrea	Depresión Severa	Reina Isabel II, Consultorio
17805243-8	Valenzuela García Tamara Alejandra	Depresión Severa	Reina Isabel II, Consultorio
15537910-3	Lagos Molina Carolina Andrea	Depresión Severa	Quebrada Verde, Consultorio (con Sapu)
16968776-5	Fuentes López Macarena Cecilia	Depresión Severa	Puertas Negras, Consultorio
16755369-9	Sánchez Aguilar Jennifer Andrea	Depresión Severa	Plaza Justicia, Consultorio
12230232-6	Espinoza Aros Rossana Del Carmen	Depresión Severa	Plaza Justicia, Consultorio
12230232-6	Espinoza Aros Rossana Del Carmen	Depresión Severa	Plaza Justicia, Consultorio
9883326-9	Leal Vásquez Carmen Guadalupe	Depresión Severa	Plaza Justicia, Consultorio
15557801-7	Pastén Navarro Yanitza Romina	Depresión Severa	Plaza Justicia, Consultorio
13879354-0	González Frez Yiza Carola	Depresión Severa	Plaza Justicia, Consultorio
16665294-4	González Roa Tammy Gianinna Betza	Depresión Severa	Plaza Justicia, Consultorio
14459517-3	Marín Amaya Nancy Pamela	Depresión Severa	Plaza Justicia, Consultorio
9883326-9	Leal Vásquez Carmen Guadalupe	Depresión Severa	Plaza Justicia, Consultorio
15717412-6	Gorlier Núñez Zunilda Fabiola	Depresión Severa	Plaza Justicia, Consultorio
16969971-2	Gonzalez Gonzalez Macarena	Depresión Severa	Plaza Justicia, Consultorio
16346045-9	Carrere Santander Francys Catalina	Depresión Severa	Plaza Justicia, Consultorio
15828984-9	Espinoza Morales Maribel Del Carmen	Depresión Severa	Plaza Justicia, Consultorio
13025422-5	Aliaga Di Domenico Fabiola Antonella	Depresión Severa	Plaza Justicia, Consultorio
17143126-3	Ponce Ampay Denisse Consuelo	Depresión Severa	Placeres, Consultorio (con Sapu)
11733926-2	Arancibia Vilches Nancy De Las Mercedes	Depresión Severa	Marcelo Mena, Consultorio
13881649-4	Bustos Hidalgo María Alejandra De L	Depresión Severa	Marcelo Mena, Consultorio
14000542-8	Neira Saavedra Karen Katherine	Depresión Severa	Marcelo Mena, Consultorio
15750773-7	Nieto Brante Carolina Isabel	Depresión Severa	Marcelo Mena, Consultorio



RUN del Paciente	Nombre del Paciente	Problema de Salud/Subproblema	Establecimiento de Origen
15949520-5	Vargas Carvajal Omara Catherine	Depresión Severa	Las Cañas, Consultorio
17473090-3	Navarrete Venegas Macarena Angélica	Depresión Severa	Las Cañas, Consultorio
11701557-2	Quezada Vidal Ana María	Depresión Severa	Laguna Verde, Posta
12098786-0	Díaz Granados Pamela Andrea	Depresión Severa	Esperanza, Consultorio
13432417-1	Villarroel García Katherine Elizabeth	Depresión Severa	Consultorio Padre Damián Molokai
18269695-1	Pizarro Cruz Hellen Victoria	Depresión Severa	Consultorio Padre Damián Molokai
17143907-8	Sepúlveda Sepúlveda Macarena Elizabeth	Depresión Severa	Consultorio Jean y Marie Thierry
17143907-8	Sepúlveda Sepúlveda Macarena Elizabeth	Depresión Severa	Consultorio Jean y Marie Thierry
12221534-2	Borraz Arellano Susana Del Rosario	Depresión Severa	Consultorio Jean y Marie Thierry
12229633-4	Oyarzún Cisternas Cinthya Valeria	Depresión Severa	Consultorio Jean y Marie Thierry
12260649-K	Riveros Perot Jimena Solange	Depresión	Quebrada Verde, Consultorio (con Sapu)
13230386-K	Cáceres Huerta Catherine Cecilia	Alcoholismo Depresión Severa	Plaza Justicia, Consultorio
16503329-9	Marambio Pizarro Cecilia Mariana	Alcoholismo Depresión Severa	Barón, Consultorio
13651331-1	Oliveros Pérez Lily Johanna	Alcoholismo	Plaza Justicia, Consultorio
13430301-8	Toro Canelo Karina Del Carmen	Alcoholismo	Esperanza, Consultorio



ANEXO NÚMERO 2: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.



Universidad de Valparaíso
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CARLOS VAN BUREN

CUESTIONARIO DE TESIS

“ESTUDIO RELATIVO A LA RELACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA/SECUNDARIA EN
LOS CASOS DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO CON VULNERACIÓN DE DERECHOS”

“Marta Inostroza, Marcelo Narbona”

Nombre	
Fecha	
Centro de Salud	
Teléfono	
Correo electrónico	

El objetivo de esta tesis es: Es un estudio relativo a la relación entre la red de atención secundaria -terciaria y la primaria de salud, pertenecientes al servicio de salud Valparaíso San Antonio, en la atención de Embarazos de Alto Riesgo (EAR) con vulneración de derechos.

Para responder este cuestionario, se entenderá el concepto de “EAR” como:

- -Embarazo Adolescente con Riesgo PsicoSocial.
- -Drogadicción y Alcoholismo durante el embarazo.
- -Patologías Psiquiátricas:
 - Déficit intelectual moderado y severo.
 - Depresión.
 - Esquizofrenia.

Agradecemos su valiosa colaboración!



I. Ubicación en la institución

1. ¿Cuál es el cargo que usted ocupa en el Centro de Salud?

- a) Trabajador/a Social
- b) Matrona

2. Si usted es Trabajador/a Social, ¿Qué nombre recibe el programa institucional en el que se enmarca el control de embarazo?

3. ¿Participa usted en la atención o intervención del programa en el que se enmarca el control de embarazo?

- a) Sí
- b) No



II. Modelo de atención.

4. ¿Existe un protocolo, guía o manual que contenga el modelo o forma de intervención en el programa de control de embarazo?

- a) Si
- b) No
- c) No tiene conocimiento

5. ¿Existe en dicho protocolo, guía o manual un procedimiento específico para intervención en los casos de embarazo de alto riesgo?

- a) Si
- b) No
- c) No tiene conocimiento

6. Si su respuesta anterior es afirmativa, ¿cuál sería este?

7. Si la respuesta n° 5 fue negativa ¿Cuál sería el procedimiento en términos cotidianos?

8. ¿Cuáles y qué profesionales intervienen en los casos de Embarazo de Alto Riesgo? (Puede marcar más de una alternativa)

- a) Médico
- b) Matrona
- c) Trabajador/a Social
- d) Psicólogo/a
- e) Otros _____



9. ¿Cuál es la forma utilizada en el modelo, para pesquisar situaciones de Embarazos Alto Riesgo (EAR)?

- a) Denuncia espontánea Familiar
- b) Denuncia espontánea persona no familiar
- c) Detección equipo médico CESFAM
- d) Revelación de la propia usuaria
- d) Otro _____ (cuál?)

10. ¿Cuál es el procedimiento de intervención profesional en un caso de embarazo de alto riesgo? Describa brevemente.

11. ¿Cuál es procedimiento de intervención posterior al parto en los casos de EAR, en términos de controles tanto para las madres como para hijo/as?

12. ¿Qué casos son derivados al Alto Riesgo Obstétrico (ARO) del Hospital Carlos Van Buren?

13. ¿Se realiza un seguimiento a los casos derivados al área de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) del Hospital Carlos Van Buren?

- a) Si
- b) No



14. Si la respuesta es positiva, señale en qué consiste dicho seguimiento.

15. Si contestó negativamente la pregunta anterior, ¿Cuál es la principal razón?

- a) Al derivar al ARO da por concluida su intervención.
- b) Los funcionarios del ARO debieran enviarle un informe de la evolución del caso
- c) Otro _____

16. ¿Se realiza visita domiciliaria al 100% de los casos de Embarazos de Alto Riesgo Psicosocial pesquisados?

- a) Si
- b) No

17. ¿Si su respuesta anterior es negativa, señale cuál es el % de VD y explique brevemente por qué?

18. ¿En que casos se cursa medida de protección? (Puede marcar más de una alternativa)

- a) Drogodependencia de la madre
- b) Consumo problemático de alcohol
- c) Retardo Mental Moderado-Severo
- d) Abuso Sexual/Violación
- e) VIF
- f) Embarazada Adolescente sin red familiar
- g) Otro _____



19. ¿Existe algún criterio de priorización, para cursar una medida de protección?

- a) Si
- b) No
- c)Cuál? _____

20. ¿Existe un plan de intervención de rescate de redes o factores protectores, previo a judicialización de los casos?

- a. Si
- b. No

21. Si su respuesta anterior fue positiva, describa brevemente el plan de intervención.

22. Si usted es Trabajador/a Social ¿Cuál es la forma en que se cursan las medidas de protección frente a un EAR?



III. Estadísticas

23. Aproximadamente, ¿Cuál es el número de casos de Embarazos de Alto Riesgo atiende usted anualmente?

IV. Contexto Cultural

25. ¿Cuál/es cree usted que son los principales factores socioculturales presentes en torno a su centro de salud familiar, incidentes en que existan casos Embarazos de Alto Riesgo? Defina prioridad con números del 1 al 7

___ Drogadicción.

___ Tráfico de drogas

___ Bajo Nivel Educativo

___ Bajo Nivel Socioeconómico

___ Escaso Apoyo Familiar

___ Escasos Vínculos con Redes de Apoyo

___ Otro _____



V. **Análisis y Conclusiones.**

26. ¿Cuáles considera usted, que son las principales falencias al interior de la red de atención primaria y secundaria/terciaria?

27. ¿Que mejoras realizaría usted para otorgar una intervención más completa frente a los embarazos de alto riesgo?

28. Desde la retroalimentación del HCVB hacia el SOME, ¿Existe por parte de la matrona o profesional que cursó la interconsulta, hacia el centro hospitalario una revisión de las interconsultas que fueron devueltas por parte del ARO?

a) SI

b) No

29. ¿Qué sugerencia haría usted a fin de optimizar la relación entre atención primaria y secundaria de salud, dentro de su profesión?



ANEXO NÚMERO 3: ESTUDIO DE FAMILIA

GUÍA PARA EL ESTUDIO DE FAMILIA

DEFINICIONES:

ESTUDIO DE FAMILIA: Metodología del equipo de salud que tiene por objetivo PROFUNDIZAR en el conocimiento y análisis de la estructura, la dinámica, redes de apoyo, los factores de riesgo y protectores de la familia, para planificar una intervención integral de los problemas.

FAMILIAS OBJETO DE ESTUDIO: Cuando la solución de un problema individual se considera indispensable la intervención de la familia, situaciones de alto riesgo de disfunción familiar, problemas de salud con gran impacto familiar, familia poli consultante, problemas que se hacen crónicos.

INSTRUMENTOS A UTILIZAR:

- APGAR Familiar: para analizar la dinámica de la familia y evaluar la comunicación, los roles y afectos. Permite identificar áreas problemáticas e iniciar un análisis de ellas.
- Genograma: diagrama bidimensional que representa a los miembros de la familia y sus relaciones a lo menos con 3 generaciones.
- Círculo Familiar: que permite establecer el grado de vínculos desde el paciente con otros integrantes de su familia.



ESTUDIO DE FAMILIA

I.- PRESENTACIÓN DE LA FAMILIA.

1.- IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR.

- Nombre, ficha, escolaridad, ocupación, patologías.

2.- MOTIVO DEL ESTUDIO

II.- ESTRUCTURA FAMILIAR

- a) Genograma.
- b) Tipo de Familia.
- c) Etapa del Ciclo vital.
- d) Descripción integrantes de la familia.
- e) Poder/ Jerarquía.

III.- DINAMICA FAMILIAR.

- a) Ecomapa Interno.
- b) Apgar Familiar.
- c) Círculo Familiar.
- d) Resumen de la Vida Familiar.

IV.- FACTORES DE RIESGO DISFUNCION FAMILIAR.

V.- FACTORES PROTECTORES DE DISFUNCIÓN FAMILIAR.

VI.- DIAGNOSTICO DE PROBLEMAS FAMILIARES

- a) Biológicos.
- b) Psicológicos.
- c) Sociales.

VII.- PLAN DE TRABAJO

PROBLEMA OBJETIVO ACTIVIDADES RESPONSABLE PLAZO