

UNIVERSIDAD ARTURO PRAT
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y POLÍTICAS



Universidad
ARTURO PRAT
del Estado de Chile

**SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA DE INTERVENCIÓN SOCIAL
DEL PROYECTO “ACOMPAÑANDO CON AMOR” DEL PROGRAMA
ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
SEVERA, DEL CENTRO DE SALUD FAMILIAR SUR, DE LA CIUDAD DE
IQUIQUE.**

**SISTEMATIZACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO DE
TRABAJADOR SOCIAL
GRADO DE LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL**

**ALUMNAS: DANISA OLIVARES ARANCIBIA
GABRIELA ZARAZA PLAZA
PROFESOR GUÍA: LORETO CASTILLO COLLADO**

IQUIQUE – CHILE

2014

**DEDICADA A MIS HIJOS PILAR Y ARTURO, POR QUITARLES SU TIEMPO,
POR MI AUSENCIA Y COMPRENDER QUE SU MADRE CUMPLIA SU SUEÑO.
GRACIAS MIS BEBES, UDS. SON MI FUERZA Y MI TEMPLANZA.**

Agradecimientos:

A ti Amador, por tu apoyo constante en el logro de mis metas, sobre todo en los momentos más adversos. Y por impulsar siempre mi anhelado sueño de estudiar.

A mi madre Danisa, que me acompañaste sin claudicar, siempre firme, a pesar de todas las adversidades que viví. Por haberme apoyado en todo momento, por tus consejos, tus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser la mujer que soy, pero más que nada, por tu amor.

A ti hermana, por creer en mí, por creer en mi proyecto de vida, acompañándome en mis penas y alegrías y por sobre todo alentándome a salir adelante.

A mis queridos hermanos Jorge y José por llenar este largo camino de sus locuras y por ser mi apoyo incondicional.

A ti papá Manuel Silvano (Q.E.P.D) que antes de partir, me alentaste a continuar mi camino con paciencia y pasión, cuando ya no quería, por hacerme sentir que estabas orgulloso de mí.

A ti Gaby por emprender juntas este camino. A ti amiga que me apoyaste y alentaste para continuar, cuando parecía que me iba a rendir.

A mis amigas Fabiana, María Velarde, Carolina Rocuant, Claudia Bernales, Yissel, Marite, por su apoyo incondicional y ser un pilar fundamental en mi proyecto de vida.

Gracias a toda mi familia, que de alguna u otra manera me apoyaron en este largo camino.

A mi profesora guía Loreto Castillo que depositó su confianza en mí. Por su tiempo compartido y por impulsar en mí el cariño, amor y pasión de nuestra hermosa profesión.

Gracias a todos Uds., por brindarme su valioso apoyo, sincero e incondicional... hoy puedo ver alcanzada mi meta.

Danisa.

**DEDICADA A MI QUERIDA HIJA ANTONELLA, MOTIVO E INSPIRACION
DE MI VIDA, POR LA PACIENCIA Y EL AMOR INCONDICIONAL QUE
SIEMPRE ME BRINDASTE DURANTE ESTE PROCESO.**

Agradecimientos:

A mi querida y amada madre, por ser el pilar fundamental de mi vida, por todo tu esfuerzo para que este sueño hoy sea una realidad.

A mis hermanas, por siempre confiar y creer en mí, porque en los momentos difíciles siempre estuvieron a mi lado.

A mí querida amiga Danisa, por su amistad incondicional llena de cariño y lealtad, porque sin tu apoyo este camino habría sido muy difícil, gracias por tu generosidad, eres una gran mujer.

A mi amiga del alma y de la vida July Olivares, por que aprendimos juntas a soñar y hoy la vida nos volvió a juntar para apoyarnos, gracias por la ayuda , por siempre tener una palabra de aliento en los momentos más difíciles, a ti y a tu familia infinitas gracias.

A la familia Solar Duncan, por hacerme parte de su vida y ser la muestra que dentro de este camino conocí grandes amigos.

A mis amigos, que a lo largo de este camino me brindaron todo su apoyo, no solo a mi si no a mi hija, porque muchas veces ustedes suplieron mis ausencias.

A Rodolfo, por forjar en mí el término de este proceso, porque sin tu insistencia y disciplina jamás lo habría logrado, por tu apoyo cuando más lo necesite, por creer fielmente en mí y ser mi fuente de admiración.

A mi estimada profesora Loreto Castillo, quien me enseñó amar esta profesión.

Gabriela.

INDICE

Capítulo I: Contextualización de la experiencia de intervención a sistematizar.....	5
1. Contextualización de la Política Pública y Social que sustenta el “Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Discapacidad Severa “en el Centro de Salud Familiar Sur, Iquique.....	5
• Rol del Estado.....	5
• Sustento diagnóstico respecto a discapacidad en Chile.....	7
• Política Pública y Social respecto a la labor de cuidadores de personas dependientes severa	10
• Ministerio de Salud en Chile.....	15
2. Contextualización Institucional en la que se enmarca la práctica profesional en el Centro de Salud Familiar Sur de la ciudad de Iquique, CESFAM Sur.....	22
2.1 Descripción de Centro de Salud Familiar sur (CESFAM Sur) Iquique.....	23
2.2 Misión y Visión.....	24
2.3 Programas.....	25
2.4 Radio de Acción.....	25
2.5 Cobertura.....	26
2.6 Programa específico donde se desarrolló la experiencia práctica.....	26
3. Rol del Trabajo Social en la Institución.....	31
3.1 Descripción de funciones genéricas y específicas en el área.....	31
3.2 Competencias profesionales específicas del profesional del área.....	33
3.3 Actividades complementarias de los programas de salud.....	37
3.4 Relevancia de la intervención social dentro de equipos multiprofesionales.....	37
3.5 Modelos de intervención social asociados.....	38
3.6 Facilitadores y Obstaculizadores del ejercicio profesional.....	41
4. Marco Teórico.....	43
Teoría Ecológica.....	43
5. Caracterización del usuario sujeto de intervención.....	48
5.1 Descripción del perfil de usuario, a través de variables de caracterización desarrolladas en etapa diagnóstica de la conformación del grupo de voluntariado “Acompañando con Amor”.....	49

6. Descripción del proceso de clasificación y jerarquización de necesidades o problemas a intervenir.....	53
6.1 Proceso de selección de problemáticas a Intervenir.....	54
Capítulo II: Metodología de la Sistematización.....	55
1. Delimitación de la experiencia a sistematizar.....	55
2. Justificación de la sistematización.....	55
3. Objetivo de sistematización.....	56
4. Definición del método.....	56
4.1 Tipo de sistematización en función del momento de inicio.....	56
4.2 Metodologías y técnicas del proceso de intervención.....	57
Capítulo III: Descripción de la experiencia del proyecto “Acompañando con Amor”.....	59
1. Descripción de acciones no planificadas realizadas en el proceso práctico dentro del CESFAM Sur.....	59
2. Descripción de acciones contempladas en la planificación del proyecto “Acompañando con Amor”.....	60
Capítulo IV: Descripción del proceso de evaluación de resultados planificados y no planificados de la experiencia práctica.....	67
1. Descripción del proceso de implementación de la Metodología de Evaluación utilizada.....	67
2. Impactos generados por la intervención de manera directa.....	70
Capítulo V: Conclusiones y aportes del Trabajo Social en el contexto de la experiencia sistematizada.....	71
Referencias Bibliográficas.	75
Anexos.....	78

CAPITULO I

CONTEXTUALIZACION DE LA EXPERIENCIA DE INTERVENCION A SISTEMATIZAR

La presente sistematización dará cuenta del proceso de práctica profesional dual desarrollada con un grupo de voluntarios que fue capacitado y orientado a realizar actividades de apoyo para asistir a cuidadores informales de pacientes postrados usuarios del Centro de Salud Familiar Sur de la ciudad de Iquique, (CESFAM SUR).

La realización del trabajo práctico que desarrollaron las alumnas se insertó dentro del marco legal del “Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Discapacidad Severa”, el cual entregó las herramientas necesarias para el desarrollo de la presente sistematización, que da cuenta del proyecto “Acompañando con Amor “con cuidadores informales de pacientes postrados del Centro de Salud Familiar Sur de la ciudad de Iquique (CESFAM SUR).

1.- CONTEXTUALIZACION DE LA POLITICA PUBLICA Y SOCIAL QUE SUSTENTA EL PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEVERA EN EL CENTRO DE SALUD FAMILIAR SUR IQUIQUE, (CESFAM SUR).

- **Rol del Estado**

El marco global respecto de las políticas de salud en nuestro país está dado por la Constitución Política de la República de Chile del año 2005, la cual explicita en su artículo 19 N°9, el derecho a la protección de la salud.

Artículo 19. La Constitución asegura a todas las personas:

9°. El derecho a la protección de la salud.

El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo.

Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud.

Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias.

Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado.

La Constitución Política del Estado establece la protección de la salud en nuestro país y no tan solo la protege constitucionalmente, si no, que también garantiza el libre

acceso, promoción, protección y recuperación de la misma, por lo cual nuestro país a través del tiempo ha ido evolucionando en un sistema protector de salud hasta llegar a la creación del Ministerio de Salud que hoy nos rige.

Con respecto a la discapacidad la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad fue adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas, en diciembre de 2006. Chile ratificó este tratado internacional, el 29 de julio de 2008, promulgando el Decreto N° 201 del Ministerio de Relaciones Exteriores, el 25 de agosto de 2008 publicado en el Diario Oficial el 17 de septiembre de 2008.

A continuación se expone el Artículo 1 de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, en donde se establece el compromiso que asume nuestro país al ratificar dicho tratado.

Artículo 1 Propósito.- *El propósito de la presente Convención es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente.*

Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.¹

La Ley 20.422, en su Artículo 4° se refiere a la obligación del Estado en promover la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, haciendo mención a:

Artículo 4°.- *Es deber del Estado promover la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad.*

Los programas destinados a las personas con discapacidad que ejecute el Estado, deberán tener como objetivo mejorar su calidad de vida, principalmente, a través de acciones de fortalecimiento o promoción de las relaciones interpersonales, su desarrollo personal, la autodeterminación, la inclusión social y el ejercicio de sus derechos.²

Dentro de este marco legal es que el “Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Discapacidad Severa” se implementa en nuestro país y ampara la situación del

¹ Artículo 1, Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad.
<http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

² Artículo 34. Ley 20.422, Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 10 de Febrero de 2010.

cuidador informal de un paciente postrado, ya que el programa reconoce la labor, asistiéndolo con capacitación y la entrega de un estipendio según el grado de discapacidad.

- **Sustento diagnóstico respecto a discapacidad en Chile**

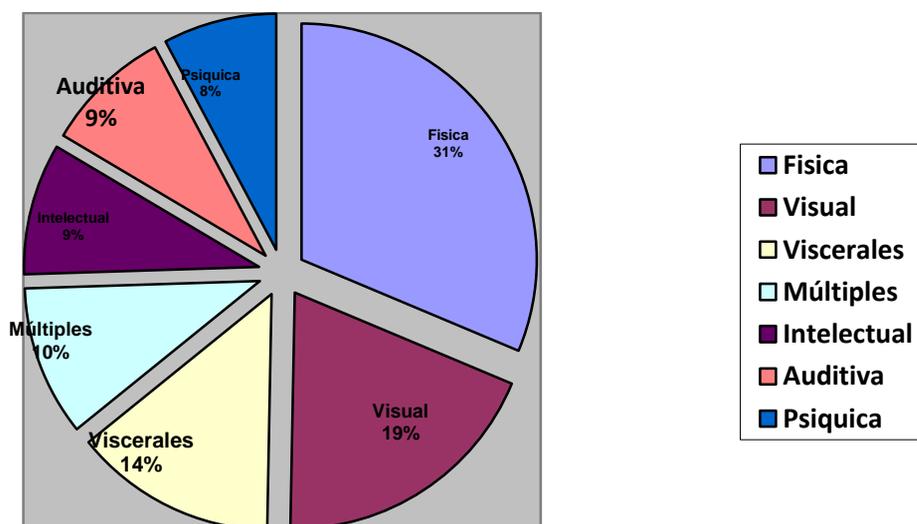
Después de una revisión bibliografía exhaustiva de estudios de investigación cuantitativa respecto a la discapacidad en nuestro país, hemos llegado a la conclusión de la importancia de dar a conocer los datos que arroja el estudio de prevalencia realizado por el Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS) en el año 2004, el cual sirvió como base diagnóstica para la implementación del “Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Discapacidad Severa”.

El Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Discapacidad Severa, constituye una estrategia sanitaria, que comenzó a ser ejecutada a nivel país desde el año 2006 a la fecha en los establecimientos de Atención Primaria dependiente de los Municipios, y en aquellos que dependen directamente de los Servicios de Salud.

Este programa, propende la expansión de una red de cobertura estatal hacia las personas y familias que se encuentren en el rango de pobreza e indigencia.

El Primer Estudio Nacional de Discapacidad ³, refiere que 1 de cada 8 chilenos tiene discapacidad. Según el grado de discapacidad se observa que del total de 12,9% de la población con discapacidad del país, un 7,2% corresponde a discapacidad leve (1.150.133 personas), un 3,2% a discapacidad moderada (513.997 personas) y un 2,5% discapacidad severa (403.942 personas).

Gráfico N° 1: % Tipos de Discapacidad



Fuente: Resultado Nacional. Prevalencia de Personas con Discapacidad en Chile. 2004. Fondo Nacional de la Discapacidad.

³ SENADIS, 2004

En cuanto a los tipos de discapacidades, la discapacidad física constituye el mayor porcentaje, representando un 31,2% de total de discapacidades; la segunda causa corresponde a la discapacidad visual con un 19%; luego discapacidad por causas viscerales (daños graves de alguno de estos sistemas: respiratorio, digestivo, cardiovascular, endocrino) con un 13,9%; discapacidad múltiple 10,7%; discapacidad intelectual 9%; discapacidad auditiva 8,7%; y finalmente, discapacidad psíquica 7,8%.

En cuanto a la discapacidad por sexo, este estudio reveló que las mujeres sufren en mayor medida de alguna discapacidad.

Considerando el total de la población: 15.998.873, correspondiendo al 100%; 1.204.574 son mujeres con discapacidad (58,2%), mientras que hombres con discapacidad corresponde a 863.496 (41,8%).

Discapacidad Según Sexo

SEXO	CON DISCAPACIDAD	%	POBLACIÓN TOTAL	%
Hombres	863.496	41,8%	7.866.343	49,5%
Mujeres	1.204.574	58,2%	8.072.430	50,5%
TOTAL	2.068.072	100%	15.998.873	100%

Fuente: Resultado Nacional. Prevalencia de Personas con Discapacidad en Chile. 2004. Fondo Nacional de la Discapacidad.

De acuerdo al porcentaje de hogares con al menos una persona con discapacidad, el estudio señala que en Chile el 65,4% de Hogares no tiene integrantes con discapacidad, sin embargo, un 34,6% de los hogares si cuenta con al menos una persona con discapacidad.

En cuanto a los grupos etarios, el estudio reveló que el tramo entre 15 – 64 años, se encuentra el mayor número de personas que sufren alguna discapacidad. Este grupo, corresponde a personas en edad de realizar actividades en el ámbito académico y productivo, por lo cual no es menor, si pensamos, que este segmento demanda servicios y por ende, la existencia de dispositivos en la Red que den respuesta a sus necesidades.

Personas con Discapacidad según Edad

GRUPO DE EDAD	PERSONAS CON DISCAPACIDAD	TASA x 100 (Persona con Discapacidad)	Población Total
0-15	117.453	3.2	3.644.341
15-64	1.225.308	11.4	10.684.509
65 y más	725.311	43.4	1.670.023
TOTAL	2.068.072	12.9	15.998.873

Fuente: Resultado Nacional. Prevalencia de Personas con Discapacidad en Chile. 2004. Fondo Nacional de la Discapacidad.

Según situación socioeconómica de las personas con discapacidad en Chile, el estudio señala que 1 de cada 5 vive en condición socioeconómica baja; 1 de cada 8 personas de condición socioeconómica media presenta discapacidad; 1 persona con discapacidad por cada 21 personas de condición socioeconómica alta.

Personas con discapacidad según Condición Socioeconómica

PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEGÚN CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA			
Según Condición Socioeconómica	Personas con Discapacidad	%	TOTAL POBLACIÓN / %
Condición Socioeconómica Baja	817.158	39,5%	4.076.603 (25,5%)
Condición Socioeconómica Media	1.145.836	55,4%	9.723.576 (60,8%)
Condición Socioeconómica Alta	10.078	5,1%	2.198.694 (13,7%)
TOTAL	2.068.072	100%	15.998.873 (100%)

Fuente: Resultado Nacional. Prevalencia de Personas con Discapacidad en Chile. 2004. Fondo Nacional de la Discapacidad.

El estudio refiere que del 100%, el 75,7% recibe atención en el Sector Público, mientras que el 24,3% recibe atención en el Sector Privado.

De acuerdo a lo anterior, fue imprescindible la articulación y desarrollo de estrategias en la Red, por lo cual, Ministerios, Servicios y Municipios, como la Sociedad Civil, debieron planificar actividades pertinentes y necesarias, con el propósito de mejorar la calidad de vida de la persona con discapacidad y de su grupo familiar.

- **Política Pública y Social respecto a la labor de cuidadores de personas dependientes severa**

En 2002 la OMS estableció una nueva definición, basada en un nuevo concepto asociado al Cuidado Paliativo: “Conjunto de cuidados activos dispensados a los pacientes afectados por una enfermedad evolutiva en estado avanzado. El control del dolor, de los otros síntomas y de los problemas psicológicos, sociales y espirituales son un aspecto esencial. Los cuidados paliativos tienen por objetivo garantizar al paciente y a su familia la mejor calidad de vida posible”.

Hoy en día, el concepto de atención a pacientes postrados, se reemplaza internacionalmente por el de Cuidados Paliativos como categoría internacional de este ejercicio de salud. En la década de los 70, en España y Estados Unidos, junto a Canadá, se crean las primeras unidades de cuidado paliativo. La Organización Mundial de la Salud (OMS), establece en ese entonces las primeras recomendaciones a este respecto, las que siguen aún vigentes.

Los cuidados paliativos se pueden ejercer de muchas maneras y en distintos lugares, por ejemplo, en domicilios, hospice, residencias de ancianos, hospitales y servicios propiamente tales. Estas actividades las puede realizar tanto personal de salud como personas no especializadas en cuidados paliativos, como cuidadores informales, voluntariado, personal de enfermería a domicilio, médicos generales y otros especialistas.

Gran parte de los esfuerzos por organizar localmente los circuitos de ayuda en cuidados paliativos, se enfrentan a la escasez de recursos para financiar el trabajo de personal, el que muchas veces descansa en grupos de voluntarios que no siempre pueden tener la continuidad necesaria a esta labor.

En Latinoamérica, el énfasis de las investigaciones sobre cuidadores de pacientes postrados severos dependientes ha estado puesto en las características sociodemográficas de las personas que ejercen este rol. En términos generales se aprecia una alta participación femenina en el cuidado de las personas con discapacidad severa, en especial de hijas, las cuales no reciben en la mayor parte de los casos una retribución económica por esta actividad.⁴

En Chile actualmente el cuidado de los adultos mayores dependientes recae en la familia, y la política nacional para el adulto mayor (Abril 1996), afirma que parte importante de esta problemática, “debe ser resuelta por la propia comunidad y, muy

⁴ Huenchuán, S. y Guzmán, J.M. “Políticas hacia las familias con personas mayores: el desafío del derecho al cuidado en la edad avanzada”, en: “Políticas hacia las familias, protección e inclusión social”, Series CEPAL Seminarios y Conferencias, N° 46, Octubre 2005.

especialmente, al interior de la familia, la cual debe ser ayudada en esta tarea por toda la sociedad”.

Estadísticamente en la prevalencia de discapacidad severa o postración en población menor de 60 años es de un 0,3% y en la población mayor de 60 años es de 4%. Las causas y edades son diferentes, un postrado puede estar al final o comienzo de la vida. La postración constituye una gran tarea de la vida, por un lado para quienes tienen reducida su vida a una cama y por otro lado para quienes ejercen el cuidado de estas personas.⁵

Existe, en el fondo, una ausencia de políticas públicas que permitan explorar soluciones novedosas y viables para obtener recursos que posibiliten la contratación de personal que asuma el cuidado paliativo en un contexto de seguridad laboral y de una adecuada capacitación. Esta carencia no permite potenciar herramientas que sí existen, como por ejemplo la capacitación con código SENCE, sobre cuidado de enfermos que tiene inscrito el Servicio Nacional de Capacitaciones y Empleo (SENCE) para la realización de capacitaciones en este ámbito, sea a través del sistema de becas, como del sistema de franquicia tributaria. Todo lo antes expuesto da sentido al crecimiento excesivo de los cuidadores informales y con ello las problemáticas asociadas a esta labor.

Es así que en nuestro país, el cuidado de las personas con dependencia severa está influido por las tendencias demográficas, las condiciones familiares, las características culturales, las políticas sociales y de salud implementadas por el Estado.

El Ministerio de Salud (MINSAL) el año 2006, aprobó el programa de apoyo al cuidado domiciliario de personas de toda edad con discapacidad severa o pérdida de autonomía, denominado “Programa de Atención Domiciliario a Personas con discapacidad Severa” que nace debido a un grupo de normativas llamada medida 6b, que formó parte de las 36 acciones prioritarias definidas por el Gobierno el año 2006. Una de las tareas de operacionalización apunta a dar un plan de apoyo al cuidador de personas en situación de dependencia severa, como una manera de aportar al conocimiento de éste, a través de talleres de entrenamiento y/ o asesoramiento directo en el domicilio en técnicas de manejo básico y apoyo psicosocial.⁶

Es necesario tener en cuenta que esta medida fue parte de un estudio continuo, constituido por acciones de promoción, preventivas, de recuperación y rehabilitación.

⁵ Servicio Salud Talcahuano; Programa Pacientes Postrados Severos 2013.

⁶ MINSAL, 2007.

En este sentido, el Ministerio de Salud puso énfasis en el desarrollo de una política preventiva de la pérdida de la funcionalidad, a través de un Screening de pesquisa temprana en la Atención Primaria. Se enfatizó también en la importancia de la rehabilitación integral comunitaria. Los cuidados domiciliarios del adulto mayor postrado y personas con discapacidad severa, que también constituyen una política de salud, requieren del soporte de una política social más global. Este es un vacío importante que ha sido detectado por los equipos de salud y por la autoridad, vacío que pretendía corregir la medida 6b.

El tema de la vejez dependiente y en particular postrada, así también como la discapacidad severa en todas las edades, ha sido históricamente asumida por la comunidad. Es esta realidad la que queremos reconocer y dejar plasmada en la presente sistematización, es decir, asumir ese saber acumulado de la comunidad para con sus integrantes con discapacidad severa e integrarlo a la institucionalidad de hoy.

El cuidado de estas personas es una tarea gigantesca, más aún en un contexto de pobreza, por lo que sin el concurso de todos los sectores sociales, no podría enfrentarse.

Una iniciativa importante por parte del estado es la implementación de la medida 6b, la que reconoce e incluye la labor del cuidador informal.

❖ **Medida 6B**

Los antecedentes descritos anteriormente, sirvieron de fundamento para la dictación de una medida (medida 6b) destinada a paliar la situación de los adultos mayores postrados y sus cuidadores. Se trata de una de las 36 medidas definidas por el Gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet, para realizarse dentro de los 100 primeros días de su mandato el año 2006.

La medida 6b contempla una parte legislativa, a través de un proyecto de ley, para que las asignaciones familiares y los subsidios únicos familiares sean pagados a la madre (medida 6A) en caso de que el postrado sea menor de edad y una parte administrativa, que consiste en un subsidio para el cuidado de discapacitados y adultos mayores postrados, que se pagará a quienes estén a cargo de su cuidado medida (6B).

Esta medida apunta a dar apoyo a personas que sufren de dependencia severa y son cuidados por sus familias. Muchas veces este cuidado es inadecuado, además de resultar en una presión agobiante para la familia.

Considerando que el cuidado de un paciente postrado es una necesidad socio-sanitaria básica, la medida consiste en la aplicación de un programa orientado a mejorar la calidad del mismo, en el marco de un sistema de cuidados basado en la capacitación permanente de la familia que cuida al postrado. Así mismo esta medida procura disminuir la carga existente en el cuidador, a través del apoyo monetario a la familia.

Basado en estimaciones sobre la prevalencia de la discapacidad severa en Chile, el programa en sus comienzos contempló atender a 61.966 adultos mayores postrados y a 42.909 personas postradas y con discapacidad, en total 104.875 personas. Se contempla para la totalidad de las 104.875 personas postradas un programa de formación para sus familias. A su vez, de las 104.875, un total de 14.078 son postrados pobres e indigentes 6.011 adultos mayores postrados y 8.067 de 60 años postrados con discapacidad.⁷

❖ **Objetivo de la Medida 6B**

Mejorar la calidad del cuidado de la persona postrada y aliviar a la familia cuidadora, disminuyendo la carga del cuidador/a, impidiendo de este modo la institucionalización.

❖ **Descripción de la Medida 6B**

La iniciativa consiste en la entrega de una ayuda monetaria (22.200 mil pesos mensuales) a todos los familiares que tengan a su cuidado alguna persona postrada de cualquier edad, alguna persona con demencia, que sea beneficiario de FONASA y estén clasificados mediante la Ficha de Protección Social y/o Evaluación Social del municipio, como pobres no indigentes e indigentes. Además consigna capacitación, apoyo y asistencia técnica de un equipo de salud de los CESFAM que corresponda, a través de una visita domiciliar que velará por la condición y calidad del cuidado al interior del hogar en que reside la persona”.⁸

❖ **Definición de persona postrada según la medida B6**

Es aquella que requiere de apoyo, guía y supervisión total en actividades de la vida diaria.

Para determinar el grado de dependencia, se evalúa a través del Índice de Katz. Se trata de un instrumento ampliamente utilizado que evalúa seis actividades biológicas y psicosociales básicas: alimentación, continencia, transferencia, uso del baño, vestuario y aseo. El índice de Katz evalúa 6 actividades que presentan un orden jerárquico en el cual las funciones más complejas de un paciente postrado se pierden primero. En el siguiente cuadro se describe el índice de Katz y su puntaje.

⁷ www.segpres

⁸ www.segpres

	Sin ayuda	Requiere ayuda parcial	Ayuda total
Bañarse <i>(esponja, ducha, tina de baño)</i>	Solo sin ayuda	Ayuda solo para una parte del cuerpo (Ej. espalda o pierna)	Requiere ayuda para más de una parte del cuerpo
Vestirse	Solo sin ayuda	Requiere ayuda solo para amarrarse los zapatos	Requiere ayuda para vestirse o Desvestirse
Uso del baño <i>(para orinar o defecar, limpiarse y arreglarse la ropa)</i>	Solo sin ayuda	Requiere ayuda para ir al baño o limpiarse o arreglarse la ropa	No va a la sala de baño
Transferencia <i>(movilidad desde la cama o silla)</i>	Solo sin ayuda	Se mueve desde la cama o la silla con ayuda	Postrado en cama
Continencia de orina	Solo sin ayuda	“accidentes” ocasionales	Incontinencia, catéter o eliminación
Alimentación	Solo sin ayuda	Requiere ayuda para cortar la carne o poner mantequilla al pan	Alimentación enteral o Parenteral o con ayuda.

Fuente: “Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Discapacidad Severa”

❖ **Criterios de inclusión para obtener el subsidio o estipendio.**

- ✓ Que la persona clasifique como postrado según índice de Katz (OMS/ OPS).
- ✓ Que la persona postrada esté incluida en el programa Postrados de Atención Domiciliaria en Centros de Atención Primaria de Salud (APS).
- ✓ Que el cuidador familiar esté capacitado por el equipo del Centro de Salud Familiar que le corresponde según.
- ✓ Que la persona no este institucionalizada.

❖ **Criterios de continuidad para la mantención del estipendio:**

- ✓ Verificar por medio de visita domiciliaria mensual, la sobrevida de la persona postrada.
- ✓ Certificar que se mantiene el cuidado por parte de él o los familiares capacitados.
- ✓ Indicadores de higiene personal y ambiental inmediato de la persona postrada se mantiene dentro de estándar.

La media 6B ya desarrollada, da origen a la regulación del “Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Discapacidad Severa”, el cual se implementa en los Centros de Salud Familiar, llamados CESFAM.

Respecto al tema de cuidadores informales no existen mayores regulaciones , por lo cual la importancia de esta medida gubernamental, ya que a través de esta se valida la labor de los cuidadores Informales y da importancia a los equipos multidisciplinario encargados de trabajar con pacientes postrados , los cuales se encargaran de poner en marcha el “*Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Discapacidad Severa*”, detectando necesidades , orientando a los cuidadores informales, calificando e instalando dispositivos para satisfacer sus requerimientos y así propender a mejorar su calidad de vida.

Es el estado a través del ministerio de salud el encargado de articular la implementación de este programa.

- **Ministerio de Salud en Chile.**

El Ministerio de Salud fue creado en virtud del Decreto con Fuerza de Ley N°25, 29 de octubre 1959, con la responsabilidad de realizar actividades de programación, control y coordinación en materia de salubridad pública. Sin embargo, desde mucho tiempo atrás una serie de instituciones tuvieron entre sus tareas el de velar por la salud de los chilenos.

Decreto con Fuerza de ley N°25

Artículo 4°: *Créase el Ministerio de Salud Pública con su correspondiente Subsecretaría, encargado de realizar las funciones de programación, coordinación y control en materia de salubridad pública.*

*Este Ministerio tendrá las atribuciones que actualmente se realizan por el Ministerio de Salud Pública y Previsión Social, excepto las que pasan a ser de la competencia del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.*⁹

El art.4 del Decreto Ley 2.763, establece que al Ministerio de Salud le corresponde formular, fijar y formular las políticas de salud, y fija diversas funciones y objetivos que debe desarrollar¹⁰, el art 5 de dicha ley establece la estructura organizacional del ministerio , estableciendo que estará integrado por el Ministro; la Subsecretaría de Redes Asistenciales; la Subsecretaría de Salud Pública y las secretarías regionales ministeriales y organizado en divisiones, departamentos, secciones y oficinas, considerando la importancia relativa y el volumen de trabajo que signifique la función.

⁹ Decreto con Fuerza de ley N°25.-Santiago, 14 de Octubre de 1959.

¹⁰ Decreto Ley 2.763, CAPITULO I. TITULO I.-De las funciones, art. 4.

Dentro del marco constitucional se establece la Ley 18.467, que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud.¹¹

Artículo 1°.- *El ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud comprende el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y a aquéllas que estén destinadas a la rehabilitación del individuo, así como la libertad de elegir el sistema de salud estatal o privado al cual cada persona desee acogerse.*

Nuestro país desde la década de los '90 ha puesto en marcha un proceso de reforma de su sistema de salud, teniendo en consideración los cambios demográficos y epidemiológicos, como también, educacionales, familiares, comunitarios y sociales.

Es así como en el Marco de la Reforma Sanitaria del año 2004, el Ministerio de Salud señala: potenciar la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y cambiar el Modelo de Atención. Surge de esta forma el Modelo de Salud Familiar, el cual sustentado en los enfoques biopsicosocial y sistémico, pone el acento en las personas y su contexto familiar, social y comunitario.

En febrero del año 2004, se publica en la Ley de Autoridad Sanitaria N°19.937, que modifica el DL N° 2763 de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana, dicha modificación da a conocer aspectos del funcionamiento de la red de salud nacional. Dentro de sus especificaciones señala la presencia de Establecimientos de Menor Complejidad: Centros de Atención Primaria y Hospitales de Baja Complejidad, también conocidos como Hospitales de la Familia y la Comunidad.¹²

Cabe destacar que el Sistema de Salud Nacional está compuesto por todas las personas naturales o jurídicas, de derecho público o privado, que realicen o contribuyan a la ejecución de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma, en conformidad del art.- 1 de la ley 18.469.

En sus aspectos generales, los componentes o subsistemas del sistema global de salud pueden ser identificados en base a cuatro tipos de criterios:

- Grado de formalidad de la organización: formal e informal o tradicional.
- Rol institucional en el sistema: previsional-financiero, proveedor de servicios asistenciales o mixtos.

¹¹ Ley 18.469, 23 noviembre 1985

¹² art 4. Ley de Autoridad Sanitaria N°19.937

- Rol institucional en el sistema: previsional-financiero, proveedor de servicios asistenciales.
- Fines de lucro: con y sin fines de lucro.

Por lo tanto, el sector está integrado por instituciones, organismos y entidades pertenecientes al sector público y el sector privado, constituyendo un sistema de salud mixto. El subsector público representado principalmente por Fondo Nacional de Salud (FONASA) en su aspecto financiero y por SNSS (Sistema Nacional de Servicios de Salud) en su componente de prestación de servicios. Por otra parte, el subsector privado principalmente representado por las ISAPRE y mutuales en su aspecto financiero previsional y los profesionales y centros asistenciales privados en su componente de prestación de servicios.

Con el propósito, de llevar a cabo el Modelo de Atención Integral, la Reforma plantea un Modelo de Gestión en Red basado en el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud con el Modelo de Salud Familiar, en la transformación hospitalaria con énfasis de carácter ambulatorio y la articulación de la Red Asistencial, de acuerdo a las necesidades locales.

El Modelo de Gestión en Red, consiste en la operación del conjunto de establecimientos, de diferentes niveles de capacidad resolutive, interrelacionados por una serie de protocolos y estilo de trabajo acordados y validados entre los integrantes, que permiten el tránsito de los usuarios entre ellos, de acuerdo al flujo determinado para cada uno de los problemas de salud asegurando la continuidad de la atención.

En este sentido, la Red Asistencial, corresponde a un Modelo de Gestión del que hacer en salud, que conduce a una mayor capacidad resolutive, a un aumento de la eficiencia y la eficacia, mediante el intercambio y la colaboración e implica la nivelación y actualización continua de la formación de sus equipos de salud.

La conformación de la Red Asistencial de cada Servicio de Salud, contempla al “conjunto de establecimientos Asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos municipales de Atención Primaria de Salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que mantengan convenios con el Servicio de Salud respectivo para ejecutar acciones de salud, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población”

La Red de cada Servicio de Salud se organiza “con un primer Nivel de Atención Primaria, compuesto por establecimientos que ejercerán funciones Asistenciales en un determinado territorio con población a cargo y otros niveles de

mayor complejidad técnica que sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención conforme a las normas técnicas que dicte al efecto el Ministerio de Salud, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la ley y los reglamentos.¹³ De modo esquemático se puede señalar que la Reforma de Salud y su reglamento¹⁴, clasifican a los establecimientos en dos grandes tipos:

➤ **a.-Establecimientos de Mayor Complejidad.**¹⁵

Los establecimientos de salud dependientes de los Servicios, que tengan mayor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones, podrán obtener la calidad de "Establecimientos de Autogestión en Red", o también llamados "Establecimientos Autogestionados", y se rigen por la ley N°19937 y en forma supletoria, por el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud.

Se entiende que tienen mayor complejidad técnica aquellos establecimientos que estén clasificados como de alta complejidad de acuerdo a lo establecido en el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud.

Asimismo, por mayor desarrollo de especialidades se entiende que estos establecimientos, de acuerdo a su complejidad técnica, cuentan con al menos una de las especialidades básicas de: medicina interna, obstetricia y ginecología, y pediatría, y poseen varias subespecialidades de la medicina que no corresponden a las especialidades básicas citadas, tales como cardiología, neurología, nefrología, gastroenterología, oftalmología, otorrinolaringología, entre otras.

La organización administrativa corresponde al conjunto de mecanismos o procesos administrativos que sostienen la gestión asistencial, y que incluyen unidades y procedimientos, tales como sistemas de abastecimiento, contabilidad, información, control de gestión, entre otros, que se disponen de acuerdo al plan de desarrollo estratégico del establecimiento, para facilitar y hacer posible las funciones del establecimiento en forma oportuna, eficaz, eficiente y efectiva.

Pertenecen a este grupo de establecimientos de mayor complejidad los:

✓ **Hospitales**

El Hospital es el establecimiento destinado a proveer prestaciones de salud para la recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de personas enfermas y colaborar en las actividades de fomento y protección, mediante acciones ambulatorias o en

¹³ Art. 16. Ley N° 19.937.

¹⁴ Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red" DTO. N° 38 de 2005.

¹⁵ Art. N° 11 Ley N° 19.937.

atención cerrada. Al Hospital, le corresponderá otorgar, dentro de su ámbito de competencia, las prestaciones de salud que el Director del Servicio le asigne de acuerdo a las normas técnicas que dicte el Ministerio de Salud sobre la materia.

Con tal objeto, propenderá también al fomento de la investigación científica y al desarrollo del conocimiento de la medicina y de la gestión hospitalaria. Será obligación del Hospital la formación, capacitación y desarrollo permanente de su personal, la difusión de la experiencia adquirida y la del conocimiento acumulado.

✓ **Institutos:**

Recibirá la denominación de "Instituto", el establecimiento destinado a la atención preferente de una determinada especialidad, con exclusión de las especialidades básicas, determinado en esa condición por el Ministerio de Salud, de acuerdo a su complejidad, cobertura y apoyo a la Red Asistencial.

➤ **b.- Establecimientos de Menor Complejidad: Dependientes de los Servicios de Salud.¹⁶**

Los establecimientos de salud dependientes de los Servicios de Salud, que tengan menor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones, podrán obtener, si cumplen los requisitos establecidos, la calidad de "Establecimientos de Menor Complejidad" y se registrarán por las normas y, en forma supletoria, por el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud.

Asimismo, por menor desarrollo de especialidades se entenderá que los establecimientos, de acuerdo a su complejidad técnica, no cuentan con las especialidades básicas de: medicina interna, obstetricia y ginecología, y pediatría, o cuentan con una o más de ellas, y no poseen o sólo poseen excepcionalmente algunas de las subespecialidades de la medicina que no correspondan a las especialidades básicas citadas.

Para estos efectos, se entenderá que tienen menor complejidad técnica, aquellos establecimientos de Atención Primaria o que estén clasificados como establecimientos de Mediana o Baja Complejidad de acuerdo a lo establecido en el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud.

Entre los establecimientos de Menor Complejidad deben distinguirse, a su vez, dos categorías: los de Complejidad Mediana y los de Complejidad Baja

¹⁶ Art.º 1 del "Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red" DTO. Nº 38 de 2005

❖ **b.1.-Establecimientos de Complejidad Mediana.**

A este grupo de establecimientos pertenecen los Ex Hospitales Tipo 3, los Centros de Referencia de Salud CRS y los Centros de Diagnóstico y Tratamiento CDT.

✓ **b.1.a) Ex Hospitales Tipo 3**

Son los que realizan acciones de complejidad mediana, dan atenciones de especialidades básicas y algunas subespecialidades. Cuentan con atención ambulatoria de especialidades, dan atención cerrada en hospitalización, con camas básicas y también intermedias.

Se integran a sus redes correspondientes entregando el tipo de atenciones que las redes les demanden, acorde a lo resuelto por su gestor de red.

✓ **b.1.b) Los Centros de Referencia de Salud (CRS)**

Son establecimientos de atención abierta de mediana complejidad, que proporcionan atención de tipo diagnóstico y terapéutico preferentemente a pacientes referidos por los Consultorios Generales.

✓ **b.1.c) Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT):**

Los Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT) son establecimientos de atención abierta, con procesos de alta complejidad, adosados o no a hospitales, que atienden en forma ambulatoria preferentemente a pacientes referidos por los Centros de Referencia de Salud y consultorios generales, y a personas hospitalizadas en el establecimiento al cual está adosado. Cuentan con Laboratorios y pabellones quirúrgicos que les permiten resolver de forma ambulatoria las derivaciones de sus redes.

❖ **b.2.- Establecimientos de Complejidad Baja:**

Los establecimientos de baja complejidad, según las definiciones legales anteriores, son los Consultorios y las Postas de Salud Rural. A estos deben agregarse los Hospitales de Baja Complejidad, actualmente en transformación a Hospitales Comunitarios, que a continuación se detallan:

✓ **b.2.a) Hospitales de Baja Complejidad en transformación a Hospitales Comunitarios:**

El Hospital de la Familia y la Comunidad (HFC), es un establecimiento que forma parte de la estrategia de Atención Primaria, entendida como la manera de organizar el conjunto de la atención de salud, desde los hogares hasta los

hospitales, en la que la prevención es tan importante como la cura y en la que se invierten recursos de forma racional en los distintos niveles de atención.¹⁷

En este marco, estos centros brindan una amplia gama de servicios de atención: ambulatoria, cerrada, urgencia, domiciliaria y hacia la comunidad; todo ello desde la perspectiva de las necesidades y preferencias de la población del territorio al que pertenece, considerando como tal, aquel de dónde proviene la población que acude al centro, más allá de la definición político administrativa de los municipios.

Estos establecimientos, también forman parte de la Red asistencial de los territorios y por tanto, están disponibles con sus recursos, en forma solidaria, para el resto de la red asistencial y del mismo modo cuentan con los recursos de ésta para los casos que superen su capacidad resolutive instalada. En tal sentido también constituyen un puente de desarrollo del Modelo de Atención Integral y Comunitario para todos los establecimientos de la red asistencial.

Todo ello define el carácter particular de estos centros hospitalarios, cuyo eje es asumir la responsabilidad del cuidado integral de la salud de la población de un territorio, contribuir a la continuidad del cuidado en la red asistencial y contribuir al desarrollo social de las comunidades.¹⁸

✓ **b.2.b) Consultorios Generales:**

Son los establecimientos esenciales para dar la Atención Primaria de salud; corresponde al que tiene por objeto satisfacer las necesidades ambulatorias del nivel primario y que cuenta con todas las características de infraestructura, recursos humanos y equipamientos necesarios para dar una atención integral a su población a cargo. Podrán ser urbanos o rurales según se ubiquen en localidades de iguales características.

Realizan actividades de prevención, promoción, tratamiento y recuperación, en los distintos aspectos de la salud familiar e individual, que abarcan todo el ciclo vital, que consideran las características de las diversas comunidades donde se insertan, y para realizar sus actividades trabajan considerando los determinantes sociales de la salud de dichas comunidades y brindan sus prestaciones con pertinencia cultural.

Pertenece a los consultorios generales los:

¹⁷ Informe sobre la salud en el mundo 2008 «La Atención Primaria de salud, más necesaria que nunca» M. Chan, Directora General de la OMS. Octubre 2008.

¹⁸ Marco Referencial para los Hospitales Comunitarios” DIVAP-MINSAL Documento de Trabajo 2008.

- ✓ **CESFAM:** Corresponden a consultorios que han adquirido la certificación como centros de salud integral, con enfoque familiar y comunitario. La certificación se obtiene mediante un trabajo sistemático de los equipos de salud; quienes desarrollarán competencias y destrezas específicas para aplicar las actividades trazadoras de dicho modelo. Éstos, han sido certificados periódicamente mediante instrumentos de medición especialmente formulados para su evaluación en las diversas áreas de desarrollo propuestas.

Cuentan, entre sus estrategias el trabajar en forma sectorizada, con equipos de cabecera a cargo de familias; su programación se hace sectorizadamente, se trabaja con familias con enfoque biopsicosocial, se fomenta el auto cuidado y los estilos de vida saludable, se trabaja con las redes sanitarias y sociales, con constantes nexos con el intersector, las acciones son participativas en todas sus etapas, la atención está en medicina basada en evidencia y se apoya en guías y protocolos, se buscan resultados sanitarios, con permanente mejora de coberturas y compensaciones, disminuyendo agudizaciones o agravamientos de patologías crónicas, disminuyendo hospitalizaciones evitables, disminuyendo daños a las familias tales producidas por disfunciones tales como VIF, alcoholismo y/o drogadicción, mediante la aplicación de estrategias antropológicas y sociológicamente aceptables en el trabajo multisectorial.¹⁹

Dentro de esta rama de centros de atención primaria ambulatoria “CESFAM”, es donde será posesionada nuestra experiencia práctica y lo que da paso a la presente sistematización.

2.- Contextualización Institucional en la que se enmarca la práctica profesional en el Centro de Salud Familiar Sur de la ciudad de Iquique, CESFAM Sur.

El desarrollo de la presente sistematización, está basada en la práctica dual de las alumnas, esta contextualizada dentro del Centro de Salud Familiar Sur Iquique, que desde ahora llamaremos CESFAM SUR, cuya dependencia legal corresponde a la Corporación Municipal de Desarrollo Social Iquique, dirigido por doña María luz Bravo Cerda quien ocupa el cargo dentro directora del servicio de salud.

El CESFAM sur está ubicado en Avenida La Tirana con Playa el Águila s/n, de la ciudad Iquique, para obtener más información se puede acceder a la página web www.cormudesi.cl.

¹⁹ En el Camino a Centro de Salud Familiar” MINSAL Subsecretaría de Redes Asistenciales 2008.

2.1.-Descripción del Centro de Salud Familiar Sur (CESFAM SUR) Iquique.

El Centro de Salud Familiar Sur, se inaugura el 05 de Mayo de 1997, con el objetivo de crear un centro con modelo de atención familiar y no sólo con un enfoque personal, sino integrador, continuo, de excelencia clínica y compromiso primario con la persona, su familia y la comunidad que los rodea.

Para implementar este modelo, es que interviene sobre los factores determinantes de la salud y enfermedad del grupo familiar, ya que los posibles problemas emergentes en general son multifactoriales, por ello es que la atención no solo debe provenir del sector sanitario, sino con la participación de la comunidad y la coordinación de todos los servicios implicados en salud.

El Centro de Salud Familiar Sur (CESFAM sur) pasó por una etapa de transición del Modelo Biomédico hacia la instauración del Modelo de Salud Familiar, representando un gran desafío en la búsqueda de una salud integral para contribuir, junto con las organizaciones comunales, políticas, gubernamentales y profesionales de la salud, a ser partícipes del cumplimiento de los objetivos sanitarios para la década 2010-2020 y junto a ello anticiparse al daño y dar solución a los problemas de salud de las familias a cargo, con énfasis en la promoción y protección de la primera infancia y de la salud familiar y comunitaria.

La acreditación como centro de salud familiar fue en el periodo de 2008 recibiendo la certificación de parte del Ministerio de salud el año 2009, generando cambios trascendentales en los funcionarios en el modelo de atención, gestión y administración. Actualmente se encuentra en el nivel medio superior, destacando que más del 95% de funcionarios categorías C-D-E y F son diplomados en salud familiar y entregan una atención con enfoque integral.

El rol como atención primaria está dirigida a la promoción y prevención de enfermedades y el mayor significado en la intervención que se realiza con las familias y comunidad, es anticiparse al daño procurando estilos de vida saludable, donde trabajadores y comunidad sean gestores de avances, logros y metas en beneficio de una excelente salud física, mental y social.

El Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario en el contexto de la Reforma de Salud promueve el Modelo de Gestión que dentro de sus principales estrategias busca fortalecer la Atención Primaria de Salud. El objetivo es garantizar la eficaz integración de las Redes Asistenciales de Salud, asegurar el cumplimiento del régimen general de garantías en cuanto al acceso, calidad,

oportunidad y protección financiera de las personas, mejorar la satisfacción usuaria y garantizar el uso racional de los recursos.

2.2.- Misión y Visión.

La misión y visión del CESFAM Sur están determinadas por su reglamento interno, el cual determina sus propios objetivos y lineamientos de trabajo.

Misión:

“Ser un Centro de Salud Familiar que brinde atenciones de salud con enfoque integral y de calidad, a través de un trato cercano a las personas, y fomentando la corresponsabilidad en situaciones de su salud, de sus familias y de la comunidad en general, desarrollando actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud a lo largo de su ciclo vital individual y familiar.”

Visión:

“Queremos ser un Centro de Salud Familiar que pueda satisfacer las necesidades de salud de las personas, de sus familias, del entorno y redes sociales, destacándonos por el respeto mutuo y trato cercano a estos. Comprometidos en colaborar con la co-construcción de una salud integral y comunitaria, donde las personas son sujetos activos de sus procesos y en donde todos juntos a través de un trabajo colaborativo, formemos un equipo comprometido con idear, implementar y desarrollar estrategias para promover estilos de vida saludables y de auto cuidado en las familias y comunidad que nos han elegido para cumplir este propósito.”

2.3.- Programas:

Dentro de los programas que se desarrollan dentro del CESFAM Sur Iquique, se encuentran los Programas de salud del Niño y de la Niña, programas de salud del adolescente, programa de salud del adulto y el adulto mayor, programa de Salud de la Mujer (Salud sexual y reproductiva), programa de Salud Mental y programa de Salud Oral.

Además encontramos Sub-Programas los cuales consisten en programa Cardio-Vascular, Programa de Alimentación Complementaria y Programa de Inmunización.

La experiencia práctica sistematizada está basada en la práctica dual desarrollada dentro del Programa de Salud del Adulto Mayor.

El Programa del Adulto Mayor está enfocado en el abordaje del proceso de envejecimiento, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar y Comunitario, está centrado en la funcionalidad, como base fundamental para

construir una vida satisfactoria en la vejez. Todos los esfuerzos se orientan a la mantención y/o recuperación de la funcionalidad que se traducirán de manera directa, en una mejor calidad de vida para la población mayor. Lo anterior implica incorporar a la atención del adulto mayor una mirada que incorpore e integre los elementos y principios del Modelo de Atención.

En este entendido, la implementación de un Modelo de Atención basado en el concepto de envejecimiento activo y saludable, sustentado en un enfoque epidemiológico, en la estrategia de atención primaria, la promoción de la salud y el reconocimiento de los derechos de las personas de la tercera edad, podría superar las actuales barreras de acceso a los servicios de salud, mantener la funcionalidad y reducir la discapacidad, morbilidad y mortalidad por causas evitables.

Los equipos de salud deberán velar por el acceso expedito de los adultos mayores, adecuación de la oferta horaria, evitando tramitaciones que obstaculicen el acceso de este grupo etario, en otras palabras, que las personas mayores de 60 años realicen actividades que les permita retrasar las limitaciones del envejecimiento y puedan mantenerse autovalentes.

2.4.- Radio de Acción:

✓ **Ubicación Geográfica:**

El CESFAM Sur se encuentra en el sector meridional de la ciudad de Iquique, en calle Playa el Águila sin número, entre las avenidas La Tirana y Cerro Dragón.

✓ **Descripción de los límites:**

- **Norte:** Avenida Manuel castro ramos.
- **Sur:** Limite urbano
- **Este:** Faldeo del Cerro
- **Oeste:** Avenida Arturo Prat.

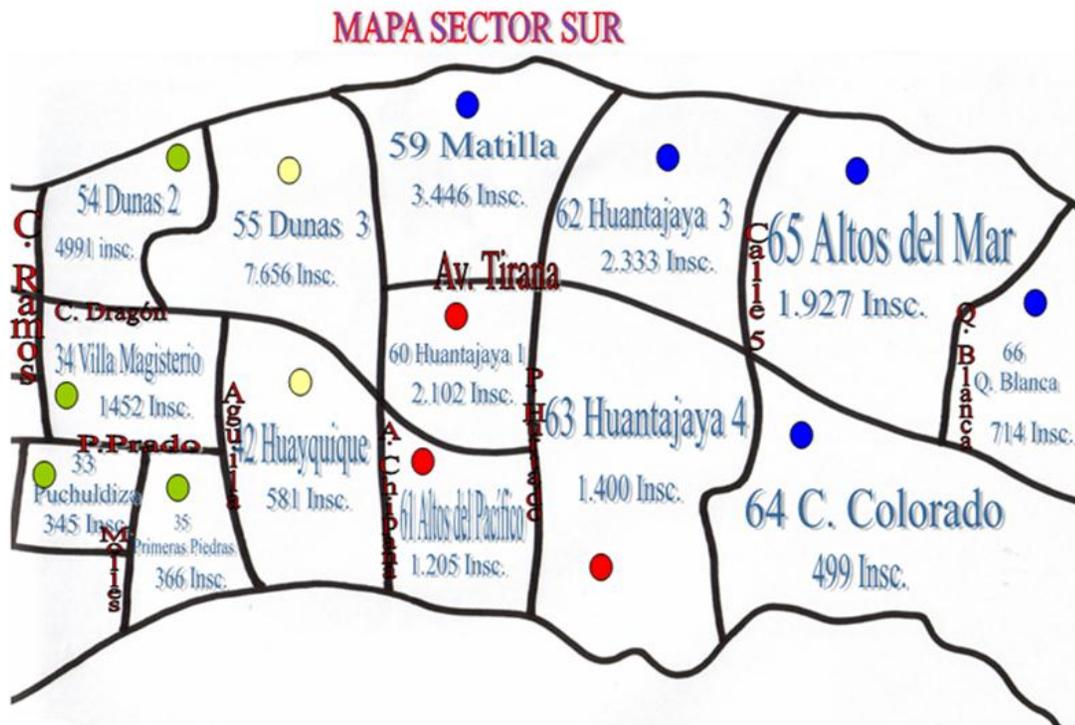
En el faldeo del cerro Esmeralda se encuentra una toma de terreno con data de hace aproximadamente diecisiete años, en la cual albergan alrededor de 300 familias, actualmente se han entregado viviendas, disminuyendo así el número de familias, pero aún se encuentran familias que viven en precarias condiciones se saneamiento ambiental, vivienda y seguridad ciudadana entre muchas otras condiciones que en su asociación determinan un continuo deterioro en la calidad de vida de sus habitantes.

2.5.- Cobertura:

El Centro de Salud Familiar cuenta con una población aproximada de 45.327 usuarios inscritos.²⁰

La población se divide en cuatro sectores, sector uno: con una población aproximada de 8.431 usuarios, sector 2: con una población aproximada de 7.408 usuarios, sector tres: con una población aproximada de 12.580 usuarios, y sector 4 con una población total de aproximados 16.908 usuarios, siendo 9.291 usuarios fuera del sector del CESFAM SUR y 7.617 usuarios intra-sector.

A continuación se grafica la delimitación de sectores de atención de salud por colores y límites geográficos, cabe destacar que cada sector denominado por colores cuenta cada uno con un equipo multidisciplinario, el cual se encarga entre algunas de sus funciones en determinar las necesidades de dicho sector



Sector	Color
1	● Verde
2	● Amarillo
3	● Azul
4	● Rojo

Simbología correspondiente a delimitación geográfica de atención CESFAM Sur Iquique.

²⁰ Sistema inscripción Rayen , octubre 2013.

Sector 1

- U.V. 33 Puchuldiza
- U.V. 34 Villa Magisterio
- U.V. 35 Primeras Piedras
- U.V. 54 Dunas 2



Límites:

- **Este:** faldeos del Cerro Dragón.
- **Norte:** calle Castro Ramos
- **Sur:** desde el este Playa Blanca, toma cerro Dragón y luego de desplaza a Playa el Águila.
- **Oeste:** coste marino.

Sector 2

- U.V. 42 Huayquique
- U.V. 55 Dunas 3



Límites:

- **Este:** faldas del cerro dragón.
- **Norte:** desde el este playa blanca, toma cerro Dragón y luego de desplaza a Playa el Águila.
- **Sur:** Av. Cardenal Silva.
- **Oeste:** coste marino.

Sector 3

- U.V. 59 Matilla
- U.V. 62 Huantajaya 3
- U.V. 64 Cerro Colorado
- U.V. 65 A. del Mar
- U.V. 66 Q. Blanca



Límites:

- **Este:** faldas del cerro dragón.
- **Norte:** Av. Cardenal Silva.
- **Sur:** Padre Hurtado.
- **Oeste:** costa marina.

Sector 4

- U.V. 60 Huantajaya
- U.V. 61 A. del Pacífico
- U.V. 63 Huantajaya 4



Límites:

- **Este:** Av. La tirana
- **Norte:** AV. Chipana.
- **Sur:** calle 5.
- **Oeste:** costa mar

2.6.- Programa específico donde se desarrolla la experiencia práctica:

El desarrollo de la presente sistematización se realizó en el marco del “Programa Atención Domiciliaria a Personas con Discapacidad severa” el cual otorgó al trabajo práctico los lineamientos para desarrollar capacitación al grupo de voluntarios que fue en ayuda y acompañamiento a cuidadores informales de pacientes postrados severos usuarios del CESFAM Sur Iquique, lugar donde se realizó la práctica dual.

A continuación se expondrá parte del programa, para enmarcar y contextualizar su funcionamiento.

➤ Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Discapacidad Severa.

El Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Discapacidad Severa, está dirigido a todas aquellas personas que sufran algún grado de discapacidad: física, psíquica o multidéficit; y por otro lado, a preparar a las familias que cuidan a este tipo de pacientes, entregando acciones de salud integrales, cercanas y con énfasis en la persona, su familia y entorno; considerando aspectos curativos, preventivos y promocionales con enfoque familiar y de satisfacción usuaria, para mejorar así, su calidad de vida.

Lo anterior se basa en la corresponsabilidad que el grupo familiar debe asumir en los cuidados y atenciones de las personas discapacitadas, por lo cual, el Equipo de Salud, deberá entregar las herramientas necesarias a las familias, para el manejo de los pacientes, y por otro lado, la familia comprometerse en este proceso.

➤ Descripción del programa:

a) Objetivo General:

Otorgar a la Persona con Discapacidad Severa, Cuidador y Familia una atención integral en su domicilio, en el ámbito físico, emocional y social, mejorando su calidad de vida, potenciando así su recuperación y/o autonomía.

b) Objetivos Específicos:

- Atender de manera integral a personas que presentan Discapacidad Severa, considerando las necesidades psicosociales del paciente y su familia.
- Entregar a Cuidadores y Familia, las herramientas necesarias para asumir el cuidado integral de la Persona con Discapacidad Severa.
- Reconocer el trabajo de los Cuidadores de las Personas con Discapacidad Severa, entregándoles capacitación y apoyo monetario si cumplen con los criterios de inclusión.

- Resguardar la continuidad y oportunidad de atención en la Red Asistencial, realizando las coordinaciones oportunas en caso que el usuario requiera ser derivado.

➤ **Componentes del programa:**

La Atención Domiciliaria es definida como “el conjunto de acciones de carácter sanitario que se realiza en el domicilio, para atender los problemas de salud de las personas que se encuentran en situación de discapacidad severa física y/o psíquica, reversible o irreversible, sin límite de edad.

La Discapacidad Severa corresponde a “cualquier disminución en las capacidades físicas, psíquicas o de relación con el entorno que implique la dependencia de terceras personas, para ejecutar actividades de la vida cotidiana” de cualquier grupo atareo. Por lo tanto, son aquellas personas que ven gravemente dificultada o imposibilitada la realización de sus actividades cotidianas requiriendo del apoyo o cuidados de una tercera persona y que no logran superar las barreras del entorno.

En función de lo anterior, todo paciente que presente Discapacidad Severa tanto física, psíquica o multideficit, serán beneficiarios de las acciones del Equipo de Salud de su Centro de Salud de APS (Atención Primaria de Salud), específicamente en los CESFAM correspondiente, debiendo estar inscritos en él y ser beneficiarios del Sistema Público de Salud.

La Atención Domiciliaria es una actividad que realiza el Equipo de Salud en forma independiente a la edad de la persona afectada y necesariamente incorpora a los demás integrantes de la familia y agentes comunitarios como cuidadores y protectores de la salud. La metodología utilizada se complementa con una visión biopsicosocial, integral y familiar, de acuerdo al Modelo de Atención con Enfoque Familiar.

La Atención Domiciliaria a Personas con Discapacidad Severa, se divide en dos componentes:

a) Visita Domiciliaria Integral (VDI): Este componente se encuentra en operación en todas las comunas del país y establecimientos dependientes de Servicios. Durante el año 2008 fue incorporado al Aporte Estatal, mediante el mecanismo Per Cápita, para las Comunas con Salud Municipal. Para las comunas de Costo Fijo a partir del 2011, fue financiado a través del incremento de su financiamiento histórico. Por tanto, sólo los establecimientos dependientes del Servicio de Salud recibirán aporte por este programa de reforzamiento de Atención Primaria.

b) Pago a Cuidadores de Personas con Discapacidad Severa: corresponde a un apoyo monetario dirigido a los Cuidadores de Personas con Discapacidad Severa y/o Pérdida de Autonomía y que se encuentran en el rango de pobreza y/o indigencia.

Estrategias:

1. Visita Domiciliaria Integrales en domicilio de Paciente.
2. Reducir el N° de Pacientes con escaras.
3. Cuidadores de Pacientes con Discapacidad Severa capacitados que reciben apoyo monetario.

➤ **Productos esperados del programa:**

Otorgar a la persona con Discapacidad Severa, Cuidador y Familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.

Productos:

- Atender en forma integral, considerando el estado de salud de la Persona con Discapacidad Severa que afecta la realización de las actividades básicas de la vida diaria, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.
- Entregar a Cuidadores y Grupo Familiar, las herramientas necesarias, para asumir el cuidado integral del paciente.
- Reconocer el aporte del trabajo de Cuidadores en los cuidados de las Personas con Discapacidad Severa y que cumplan con los criterios de inclusión. Este reconocimiento, está asociado a Pago a Cuidadores, cuyo monto se define anualmente.
- Coordinar la continuidad y oportunidad de atención de la persona en la Red Asistencial.
- Mantener registro actualizado en página web.

➤ **Monitoreo y evaluación del programa:**

En el proceso de monitoreo y evaluación es importante considerar la responsabilidad que le compete al Gestor de Red en la coordinación de la Red Asistencial.

- Trabajar en el Consejo Integrador de la Red Asistencial (CIRA), la continuidad de atención de los usuarios en la Red, incorporando a este Consejo a los equipos técnicos de los Servicios de Salud encargados de los temas, para definir claramente los criterios de referencia y contra referencia.

- Incorporar las actividades del Programa a la planificación del establecimiento, identificando claramente la brecha de atención existente para cada una de las prestaciones, conforme a la oferta y demanda.

3.- ROL DEL TRABAJO SOCIAL EN LA INSTITUCION

3.1.- Descripción de funciones genéricas y específicas.

Las funciones y roles que ejercen los trabajadores sociales en Atención Primaria de salud, propone la intervención a nivel del individuo, familia, grupo y comunidad en la detección de sus problemas y orientación a la búsqueda de respuesta a sus demandas y/o necesidades. Esta intervención se realiza a través de acciones orientadas a disminuir los factores intervinientes en el daño y/o afectación de la salud, y a desarrollar la promoción y prevención de la salud con un enfoque familiar y comunitario.

Por lo anterior, el Departamento de Salud de la Corporación Municipal de Desarrollo Social de Iquique (CORMUDESI); asume la relevancia de la “Administración de la Atención Primaria de Salud” en cada uno de sus establecimientos de salud , ha establecido el presente **Reglamento Interno** que define de manera específica cuales son las competencias del Trabajador Social en salud para el área de salud primaria de administración, con el objetivo de dar cumplimiento al mandato dispuesto por el Ministerio de Salud y por el Código Sanitario.²¹

Funciones genéricas del profesional Trabajador Social de la Institución.

- Proporcionar atención profesional calificada, oportuna y humana, de acuerdo a lo programado. (Consulta y controles)
- Participar en la programación anual de las acciones conforme al programa de donde se desempeña.
- Participar en evaluaciones periódicas de las actividades realizadas en el cumplimiento del programa.
- Participar en actividades educativas según lo programado. Participar en reuniones clínicas administrativas de su establecimiento, comité asesor al programa y otras que defina el Servicio de Salud, Departamento de Salud, dirección de Centro de Salud o Jefe de programa.
- Conocer y cumplir las normas clínicas y administrativas de programas en que se desempeñe.

²¹ **Reglamento Interno:** Fuente , Pilar Sepúlveda , Secretaria general , Corporación municipal de desarrollo social de Iquique, Asociación de Funcionarios de la Salud Municipalizada de Iquique (AFUSAM), Asociación de Funcionarios de Consultorios y Clínicas Municipalizadas de Iquique (AFUCOMI), Iquique octubre de 2008

- Ser el responsable del material e insumos a su cargo de las unidades en que este trabajando.
- Mantener una presentación personal adecuada al trabajo en el recinto clínico.
- Confeccionar estadísticas diarias y registro de actividades de acuerdo a normas técnicas, siendo su responsabilidad entregarla en la unidad SOME.
- Realizar otras funciones que demande el programa adecuadas a su formación profesional.
- Según lo determine el Departamento de Salud en conjunto con el Servicio de Salud, algunos de estos profesionales deben participar en los censos mensuales, trimestrales o semestrales.

Funciones específica del profesional Trabajador Social de la Institución.

- Organizar, ejecutar, coordinar, administrar y evaluar las actividades de servicio social;
- Participar en los diferentes programas de salud a través de intervenciones en los factores socioeconómicos y culturales de la población, propias de su profesión según el programa en el que trabaja;
- Participar activamente en la identificación de la población y en diagnósticos participativos;
- Contribuir a la solución de problemas biopsicosociales y socioeconómicos;
- Dar atención a la población beneficiaria a través de las siguientes actividades:
- Mantener actualizados los conocimientos teóricos y prácticos, asistiendo a capacitaciones y reuniones clínicas;
- Participar en docencia a funcionarios y en programas de educación establecidos en conjunto por el Departamento de Salud y Jefe de programa;
- Participación en programas de salud;
- Coordinación con redes intersectoriales;
- Coordinar las actividades comunitarias;
- Aplicar con los equipos de salud los enfoques psicosociales, familiares y comunitarios en la prevención, promoción y tratamiento de los problemas específicos de salud;
- Realización de Informes Sociales a beneficiarios según lo amerite;
- Participar activamente en las reuniones de equipos de cabecera, reuniones de estudios de familia, reuniones técnicas, reuniones de estamentos y otras.
- Participar, Coordinar, gestionar y evaluar las instancias de participación comunitaria, como: Consejo de Desarrollo Local, Comité de Gestión, Reclamos y Buen Trato, Comisión Mixta salud-educación y redes sociales y otros.
- Supervisar prácticas profesionales de alumnos de Trabajo Social;

- Apoyar actividades en instancias de pasantías a funcionarios de salud;
- Supervisar y gestionar los departamentos de Calificación y OIRS;
- Brindar atenciones a través de un trato amable y digno;
- Participar en actividades recreativas e insertas en el Plan Preventivo Laboral del CESFAM;
- Mantener actualizado informaciones pertinentes del área social;
- Realizar labores administrativas, como: registro de atenciones en sistema fichas electrónicas, registros de VD I, Registros atenciones REM, actas de reuniones comunitarias y otras.
- Realizar procesos de calificación de derechos de manera excepcional y/o en la ausencia del profesional calificado;
- Realizar inscripción de recién nacidos relacionados a su sector de cabecera.

3.2.- Competencias profesionales específicas del profesional del área.

“La competencia es la capacidad de responder con éxito a las exigencias personales y sociales que nos plantea una actividad o una tarea cualquiera en el contexto del ejercicio profesional.

Comporta dimensiones tanto de tipo cognitivo como no cognitivo.

Una competencia es un tipo de conocimiento complejo que siempre se ejerce en un contexto de una manera eficiente. Las tres grandes dimensiones que configuran una competencia cualquiera son: saber (conocimientos) saber hacer (habilidades) y ser (actitudes) (conocimientos), saber hacer (habilidades) y ser (actitudes).²²

- Las Competencias se utilizan dentro de las organizaciones para potenciar y desarrollar el capital humano, es por esto que las competencias de las profesionales en la institución, aportan desde su conocimiento amplio de las estructuras sociales y procesos sociales al acompañamiento de los individuos, familias y comunidades, desde una perspectiva sistémica e integradora, promoviendo el cambio social y la resolución de problemas en las relaciones humanas a través de la promoción, educación, y participación en salud.

Por lo tanto las competencias específicas del área en salud, asociadas a su labor se orientan a:

²² Rué, 2005, Universitat Autònoma de Barcelona redu.net/redu/documentos/vol10_n2_completo.pdf

	Competencias	Comportamientos
Técnicas	I.- Conocimiento de programas y normas clínicas: Conocimiento y aplicación de Programas y Normas Ministeriales orientados a la Atención Primaria de Salud	1.- Conoce los programas ministeriales dirigidos a niños, adultos, adultos mayores, terminales y postrados.
		2.- Conoce y maneja detalladamente el Sistema de Protección Integral de la Primera Infancia Chile Crece Contigo.
		3.- Conoce y es capaz de orientar a los usuarios respecto de los programas, normas y beneficios que el sistema otorga a los integrantes de la Familia a lo largo del ciclo vital, siendo capaz de referirlos al profesional o instancia correcta en caso de requerirse un abordaje más específico.
		4.- Conoce y maneja las Normas, guías y orientaciones Ministeriales atinentes a su quehacer, dentro de los que destacan aquellas relacionadas con el ámbito de la Seguridad Social y Salud Mental, la participación ciudadana en Salud, los Determinantes Sociales en Salud, la prevención y manejo del consumo de alcohol y drogas, manejo de niños y adolescentes con vulneración de derechos, violencia intrafamiliar.
	II.- Conocimiento de las GES: Conocimiento de las Patologías GES y el Régimen de Garantías Explícitas en Salud, con énfasis en el manejo de aquellas relacionadas directamente con su ámbito de acción.	1.- Conoce las patologías GES y la normativa que regula el Régimen de Garantías Explícitas en Salud.
		2.- Conoce detalladamente y maneja las patologías GES de Atención Primaria relacionadas directamente con su ámbito de acción.
	III.- Conocimientos de Salud Familiar: Desarrollar su labor profesional bajo los parámetros del Modelo de Atención Integral con enfoque de Salud Familiar y Comunitario.	1.- Se orienta por la Atención Primaria como opción de desarrollo personal y profesional.
		2.- Posee conocimientos de Salud Familiar.
		3.- Realiza atención basada en principios del Modelo de Salud Familiar (humanización, respeto, compromiso, visión de la familia, anticipación del daño).
		4.- Forma parte de equipos multidisciplinarios y fomenta la integralidad de la atención de salud.
		5.- Tiene formación en el uso de instrumentos de Salud Familiar.

Fuente: Diseño compartido.

	Competencias	Comportamientos
Técnicas	IV.- Trabajo con la comunidad y en red: Integrar a la comunidad en el desarrollo del Modelo de Salud Familiar, con énfasis en la educación, promoción y prevención de la salud, generando sinergias con la Red Asistencial y el Intersector.	1.- Realiza su labor con una fuerte presencia en terreno, siendo un referente para el equipo de salud del trabajo territorial y comunitario.
		2.- Realiza actividades promocionales y preventivas que impactan en la salud de los individuos, las familias y la población, con fuerte énfasis en el trabajo coordinado con el intersector.
		3.- Genera vínculos con la comunidad, las organizaciones sociales y el intersector, promoviendo la participación en salud, los derechos ciudadanos, el fortalecimiento de la sociedad civil, y la no discriminación y respeto por la diversidad.
		4.- Conoce y aplica conceptos y metodología de educación para adultos.

V.- Mirada integral y de calidad: Realizar atenciones asistenciales con una mirada integral de salud con criterios de calidad.	1.- Realiza atenciones integrales a niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.
	2.- Realiza atenciones psicosociales electivas (Depresión, Violencia Intrafamiliar, Problemas de Salud mental infanto-juvenil, Manejo de Problemas de Adicciones) e intervenciones en crisis.
	3.- Genera planes clínicos de intervención, tratamiento, seguimiento y educación.
	4.- Presenta casos en consultorías.
	5.- Realiza trabajos orientado a resultados, comprometiéndose con el logro de las metas y objetivos del equipo de salud y CESFAM.
	6.- Usa en forma habitual las guías anticipatorias
	7.- Realiza su atención clínica basándose en guías clínicas y protocolos.
	8.- Optimiza el uso de recursos en la atención clínica.
	9.- Favorece la continuidad asistencial prestada a los pacientes a través del correcto registro de los formularios clínico-administrativos y la oportuna entrega de ellos.
	VI.- Destrezas computacionales: Poseer conocimientos y dominio de programas computacionales y sistemas informáticos.

Fuente: Diseño compartido.

	Competencias	Comportamientos
CONDUCTUAL	VII.- Trabajo en Equipo: Capacidad de colaborar y trabajar en conjunto con los demás, valorando el ser parte de un equipo y participando activamente en el logro de un objetivo común.	1.- Se motiva al integrar y participar en equipos multidisciplinarios
		2.- Establece y mantiene relaciones de buen trato con jefaturas, pares y subalternos.
		3.- Construye vínculos de confianza y respeto con jefaturas, pares y subalternos, generando un buen clima de trabajo.
		4.- Colabora con sus pares en forma espontánea en áreas donde posee experiencia.
		5.- Reconoce y acepta los aportes e ideas de otros integrantes del equipo, valorando las diferencias individuales y fomentando el respeto mutuo.
		6.- Colabora en la mantención de un buen clima de trabajo.
		7.- Favorece relaciones colaborativas con equipos de redes comunitarias, red de salud e intersector, generando vínculos que faciliten el trabajo, cooperación y desarrollo del CESFAM.
		8.- Participa en la generación de mejoras que contribuyen al fortalecimiento del equipo de salud.
		9.- Posee sentido de pertenencia al equipo de Sector y CESFAM.

	<p>VIII.- Actitud de Aprendizaje y Mejora Continua: Capacidad de asimilar nuevas informaciones y su eficaz aplicación, adoptando nuevas formas de interpretar la realidad que contribuyan a un desempeño de calidad.</p>	<p>1.- Busca continuamente cómo obtener aprendizajes que mejoren su desempeño, tanto en el ámbito técnico como en el desarrollo de habilidades interpersonales.</p> <p>2.- Reflexiona activamente sobre su trabajo, emprendiendo acciones para mejorar la atención de usuarios.</p> <p>3.- Emprende acciones de autoaprendizaje y formación continua, que impactan en el desarrollo de su trabajo en el CESFAM.</p> <p>4.- Tiene la capacidad de realizar funciones docentes, que contribuyen a cumplir con el rol docente asistencial del CESFAM.</p> <p>5.- Tiene la capacidad para recibir retroalimentación y busca la incorporación de capacitación que le permita mejorar su desempeño.</p> <p>6.- Tiene la capacidad de idear soluciones innovadoras y diferentes para enfrentar situaciones requeridas por el propio puesto, el usuario, el CESFAM o la comuna.</p>
	<p>IX.-Habilidades Interpersonales: capacidades personales necesarias para establecer relaciones profesionales saludables y aportar a la constitución de equipos de trabajo integrados.</p>	<p>1.- Tiene la capacidad para comunicarse efectivamente, desarrollando la escucha activa, asertividad y buen trato.</p> <p>2.- Establece relaciones empáticas, desarrollando la capacidad de atender y comprender apropiadamente a otras personas.</p> <p>3.- Es proactivo/a y tiene iniciativa, anticipándose a los acontecimientos que puedan ocurrir en el corto y mediano plazo, generando acciones que permitan dar respuesta a los requerimientos de su equipo, CESFAM y comunidad.</p> <p>4.- Es flexible, adaptándose apropiadamente a los cambios y situaciones que pueda enfrentar en el desarrollo de su trabajo, respondiendo adecuadamente a las necesidades y contingencias de la Organización.</p> <p>5.- Tiene la capacidad de trabajar bajo presión, ejecutando requerimientos en situaciones exigentes, de tensión o conflicto, logrando responder de manera aceptable y con control de sí mismo.</p> <p>6.- Tiene la capacidad de liderar equipos, articulando recursos personales y de su equipo de trabajo para responder apropiadamente e a los desafíos que enfrenten.</p> <p>7.- Afronta y resuelve conflictos apropiadamente buscando soluciones oportunas y adecuadas.</p> <p>8.- Decide en forma autónoma y oportuna, considerando las consecuencias individuales y colectivas.</p> <p>9.- Protege la confidencialidad de la información entregada por las personas, preservando su intimidad.</p> <p>10.- Empodera y fomenta en los usuarios y equipo un sentido de compromiso, responsabilidad y autonomía personal, para hacerse cargo de su vida y salud.</p> <p>11.- Sus acciones son coherentes con su discurso</p>

CONDUCTUAL		Comportamientos
	X.- Conducta funcionaria: mantener un comportamiento acorde a los requerimientos del Sistema de Atención Primaria.	1.- Cumple con los horarios establecidos en la jornada laboral
		2.- Cuida la presentación personal, usando uniforme limpio y ordenado e identificación.
		3.- Permanece en su puesto de trabajo, estando ubicable durante su jornada laboral, respetando turnos y horas de colación.
		4.- Cumple con informar oportunamente periodos de permiso o licencias médicas, avisando sobre ausencias imprevistas.
		5.- Respeta normas e instrucciones generales y la normativa laboral vigente.
		6.- Es responsable y comprometido en tareas asignadas en relación a sus labores formales y rol dentro del CESFAM, cautelando el uso eficiente de los recursos.
	7.- Conducta social adecuada a un funcionario público	

3.3.- Actividades complementarias de los programas de salud:

- Consulta social;
- Dupla psicosocial;
- Visita domiciliaria Integral;
- Educación individual y grupal;
- Talleres;
- Acciones de promoción y de prevención en la comunidad;
- Consejería individual y familiar;
- Plan de Trabajo;
- Actividades comunitarias en USAC (Unidad de salud comunitaria);
- Reuniones: Consejo de Desarrollo Local, comité de Gestión, Reclamos y
- Buen Trato, Comisión Mixta;
- Reuniones equipo de cabecera (en caso de suplencia);
- Reuniones estudios de familia;
- Reuniones de estamento;
- Otras actividades consideradas en el enfoque de salud familiar y comunitaria.

3.4.- Relevancia de la intervención dentro de equipos multiprofesionales.

La relevancia de las trabajadoras sociales dentro de los equipos multidisciplinarios de salud, es más necesaria que nunca dada las repercusiones sociales, culturales, sumado a la rápida evolución en la estamos viviendo como sociedad, como por ejemplo, factores como el envejecimiento progresivo de la población, la problemática que se

deriva de las situaciones de cronicidad y dependencia, el fenómeno creciente de la inmigración, la muerte, por citar tan sólo algunos de los más relevantes.

En esta tarea, el Trabajador Social tiene una visión más amplia, que puede permitir una intervención más acorde con la realidad a la que se enfrentan día a día. Más en concreto, una respuesta real a las necesidades de los usuarios y la comunidad donde se encuentran inmersas.

Por lo anterior la inclusión del Trabajador Social, permite ampliar la mirada del equipo de salud, desde la perspectiva del enfoque biomédico al enfoque biopsicosocial, incorporando en estos, comprender y entender como la enfermedad afecta a la persona que la vive, desde lo emocional, familiar, laboral y social. Aportando e incorporando desde su disciplina, la comprensión del problema de salud, influyendo e interviniendo de manera efectiva en la recuperación de la salud, desde su estructura, dinámica, procesos familiares, crisis y recursos que posee una familia al momento de enfrentar una enfermedad. Con el objetivo de ampliar la mirada desde el problema hacia sus múltiples dimensiones, consolidando el compromiso en las intervenciones del equipo multidisciplinario, haciendo más realista e integral la intervención.

Otro punto significativo del Trabajador Social, es la comunidad. Ya que el nuevo Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, fomenta la participación, a través del Consejo de Desarrollo Local (representantes de la comunidad) lo cual permite generar acciones, al momento de diseñar, organizar, ejecutar, evaluar acciones preventivas-promocionales para fortalecer el proceso de transformación y cambio social de salud, que está dirigido a instalar nuevas instancias de participación social ante la comunidad.

En este sentido el rol facilitador del trabajador Social es primordial al momento de abogar por el mejoramiento de la calidad de vida de sus usuarios y desde allí, influir en la población para contribuir al empoderamiento comunitario, impulsando en la comunidad, acciones que en conjunto, con el equipo de salud, permitan alcanzar mejores niveles de salud.

3.5.- Modelos de Intervención Asociados.

Los cambios epidemiológicos y demográficos que afectan a la población chilena son la base de las transformaciones que se han suscitado en todo ámbito: familiar, social, educacional y ambiental, entre otros. Estas se traducen, particularmente en el sector salud, es por esto que a partir del año 1995, se intencionan con más fuerza el cambio de modelo, invitando a los equipos de profesionales del área avanzar desde lo biomédico (se preocupa solo de curar la enfermedad de un paciente) a lo biopsicosocial

y de lo individual a lo familiar y comunitario. Bajo la orientación de la OMS y la OPS, se pone énfasis en la prevención y promoción con el fin de fortalecer los determinantes de la salud.

Esquema transición de paradigmas (enfoque biomédico – enfoque biopsicosocial)

FUENTE: Autoría propia de las alumnas.



A continuación presentaremos los diferentes modelos de intervención que se utilizan en Atención Primaria de Salud, específicamente del Centro de Salud Familiar Sur, el cual permitirá comprender de mejor manera el quehacer de las profesionales en la Institución.

El nuevo modelo de atención de Salud Integral con Enfoque Comunitario, es el modelo de base para la atención que sumados a los modelos propios del Trabajo Social, permiten una mirada sistémica sobre el proceso salud–enfermedad, el cual se orienta a la mejoría de la calidad de vida de las personas, familias y comunidades, que constituye uno de los pilares fundamentales para el logro de los objetivos de la Institución.

➤ **El Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Comunitario**

Se define como:

*“El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural”.*²³

Es así que el modelo de atención, se ha conceptualizado de la siguiente forma:

La atención integral centrada en la familia necesita ser complementada con el enfoque multidisciplinario, para así constituirse en la estrategia asistencial que responda de la manera más efectiva a las necesidades de los individuos, ya que toma en consideración

²³ Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión de la Red Asistencial (2005). Modelo de Atención Integral en Salud. Serie Cuadernos Modelo de Atención N° 1.

su historia vital y sus entornos familiares y ambientales, desarrollando acciones en los ámbitos de la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados domiciliarios.

Además el Modelo de Salud con Enfoque Comunitario, cuyo foco de atención es la familia, busca humanizar la medicina de atención primaria, ya que entiende el proceso de salud-enfermedad de una manera integral. Como lo es conocer las interacciones entre la familia y las eventuales enfermedades de cada uno de sus miembros y cómo estas son afectadas por las características estructurales de la familia, su ciclo vital, su sensación de control sobre los problemas y a su percepción de recursos personales y familiares para enfrentar la diversidad. Lo cual plantea una visión más integradora en la atención de salud.²⁴

Después de citar el modelo base de atención en salud. A continuación se expondrán los modelos propios del trabajo social para fundamentar el desarrollo profesional en la institución, a través de sus tres niveles de intervención tradicionales de la práctica profesional, como lo son:

El Trabajo Social individual familiar, el trabajo social de grupo y redes y el método de organización y desarrollo de la comunidad. El punto más importante es la misma naturaleza de los métodos de trabajo social entendido como “un proceso de ayuda a los usuarios (persona, grupo y comunidades) para el uso y la promoción de recursos personales, sociales, informales e institucionales”²⁵

- **Metodología de Persona y Familia:**

El Método de Trabajo Social Individual Familiar centra su intervención en el desarrollo de una relación de ayuda con otro individuo en problemas, en la que ambas partes asumen ciertos acuerdos que les permiten alcanzar la solución escogida. Desde los inicios de la relación, la persona es apoyada para que se convierta en un activo cooperador en la resolución de sus problemas de acuerdo a sus capacidades.

- **Metodología del trabajo de grupo y redes:**

El Método de Trabajo Social de Grupo apunta al trabajo grupal con individuos en torno a procesos de prevención y rehabilitación social, en donde el proceso grupal ayuda a mejorar la interacción de individuos, grupos y sistemas sociales para el beneficio mutuo

²⁴ minsal.cl

²⁵ Bianchi, Elisa (compiladora) “El Servicio Social como proceso de ayuda”. Pág.13, Paidós 1ª, Edición España, 1994.

- **Metodología de Comunidades y Organizaciones:**

El Método de Trabajo Social de Comunidad o Desarrollo y Organización de la comunidad, es un método de acción social que pretende a través de la organización de la comunidad involucrada, la resolución de sus problemas. Para ello la comunidad ocupa un rol protagónico en el proceso de cambio.

3.6.- Facilitadores y obstaculizadores de ejercicio profesional.

Durante el proceso de nuestra práctica profesional desarrollada en el Centro de Salud Familiar Sur, se visualizaron distintos factores que actuaron como facilitadores y otros como obstaculizadores de dicho proceso.

- **Facilitadores**

En relación a los **facilitadores**, podemos referir que es fundamental la participación del Trabajador Social en la planificación y coordinación de actividades de carácter preventivas y promocionales, que se realizan en el centro de salud; ya que esta participación incorpora una mirada integral frente al desarrollo del Diagnóstico Comunitario de la Institución y junto a ello con las planificaciones anuales de las actividades que se programan para cada año.

Otro facilitador de relevancia es la incorporación del Trabajador Social en las diferentes disciplinas profesionales en el área de la salud, ya que posibilita una derivación oportuna del usuario para la correcta realización de estudios de familias y planes de cuidados, con el fin de entregar aportes técnicos los cuales generan instancias de reflexión el cual facilitan información de antecedentes de factores de riesgos y factores protectores de las familias, para así, enriquecer el proceso de intervención según el Modelo de salud integral y comunitario. *Según Carballeda: "la apelación a diferentes saberes constituye una de las tendencias más significativas dentro de la intervención en lo social, ya que ésta se hace sumamente compleja sin la posibilidad de diálogo entre diferentes campos de conocimiento".*²⁶

Uno de los puntos de mayor interés en el proceso práctico y como facilitador primordial del proyecto, tanto para la institución como para las profesionales, es la buena disposición con los representantes de la comunidad (Consejo de Desarrollo Local), ya que a través de estos, hay aceptación de propuestas por parte del equipo de salud, como por ejemplo postular a diferentes proyectos fomentando actividades de promoción y prevención de salud en pro de los usuarios vulnerables y de la comunidad en general.

²⁶ CARBALLEDA, 2002:145.

Por otro lado, el empoderamiento de los Trabajadores Sociales junto con su trayectoria profesional, les permitió posicionarse dentro del área social de la institución, logrando una delimitación del rol profesional de forma clara; estableciendo acuerdos institucionales como con el resto del equipo de salud, trabajando desde una perspectiva de salud integral y respeto por la autonomía del sujeto de atención. Como un ejemplo básico, tener espacios protegidos para atención.

Sin embargo, cabe destacar, que desde el Modelo Salud Familiar, el rol del trabajador social, se ve obstaculizado, para encabezar procesos biopsicosociales, ya que todavía impera dentro de los equipos multidisciplinarios el paradigma biomédico e interdisciplinario regido por normas, cumplimientos de metas y objetivos; lo que va en desmedro en los estudios y planes de cuidados de las familias vulnerables del centro de salud.

- **Obstaculizadores**

En relación a los **obstáculos** visualizados en el proceso práctico, se encuentra vinculado con la alta demanda asistencial, lo que sumado a la falta de Recurso Humano (trabajador social) y la presión asistencial, hace inestable e insuficiente, las prestaciones de servicio lo que genera desgaste en el profesional.

Como antecedentes general se puede referir que un obstaculizador es la situación presupuestaria de la Institución, donde se prioriza la asistencia y atención en desmedro de la prevención y promoción de la salud integral de las familias.

Otros de los obstaculizadores visualizados es la disminución de los tiempos destinados al trabajo en equipo (reuniones de equipo para planificación, estudios de familia, programación, trabajo con instrumentos de salud familiar, multiplicidad de registros, etc.).

Es de relevancia mencionar durante nuestro proceso práctico los, obstaculizadores en la comunicación CESFAM / comunidad (usuarios). Se entiende por esto a la extensión del problema entre la comunidad y el centro de salud, ya que el plan de trabajo de la institución es dar énfasis en la promoción y prevención en la salud de la población, pero como se constató en el análisis diagnóstico y la realización de la encuesta de satisfacción usuaria, no se logró concretar a cabalidad el trabajo comunitario desde la institución hacia la comunidad por la clara falta de interés de los usuarios, (lo que provoca malestar entre el usuario interno y externo) por la escasa difusión e información de las ofertas programáticas del centro de salud ya que la mayoría de los usuarios del sistema, tiene su jornada normal de trabajo, sumado a la poca difusión de los dirigentes hacia sus socios con respecto a las unidades de salud comunitarias y a la baja

convocatoria de las directivas de las distintas juntas vecinales a las reuniones ampliadas que se realizan en el centro de salud.

También visualizamos como un obstaculizador la existencia de canales informales de comunicación, escasa tolerancia al interior del Área Social, la falta de calendarización de reuniones a nivel comunal de estamento y las insuficientes actividades de autocuidado.

4 - MARCO TEORICO

TEORIA ECOLOGICA

Para comprender con mayor profundidad la temática de cuidadores informales de pacientes postrados severos, las alumnas tomarán como guía para el análisis teórico la Teoría Ecológica, de Urie Brofernbrenner.

Según “Urie Bronfenbrenner, refiere y propone que la teoría ecológica está relacionada con la conducta del individuo, su desarrollo individual, familiar y social, que estará influenciado de acuerdo al ambiente y entorno del sistema en el que se desenvuelve”

Según esta teoría cada persona es afectada de modo significativo por las interacciones de una serie de sistemas que se superpone entre si, afirma que los sistemas sociales se organizan de tal manera que los individuos, las familias, las comunidades y las sociedades forman estratos de crecientes inclusión y complejidad, cada nivel del sistema opera en constante intercambio con los demás y el cambio en cualquiera de esos miembros o partes de ellos afecta a los demás. Cada nivel de los diferentes sistemas tiene un impacto significativo para el desarrollo humano ya que operan en intercambio y reciprocidad constante entre ellos. La familia ocupa un lugar central en la mediación de los contextos, papel socializador que ha cumplido de diversas maneras en todas las culturas e internamente hacia sus miembros, siendo la transmisora de cultura y simultáneamente preparando a sus miembros para participar en sociedad.

Este modelo está compuesto por cuatro contextos, en los cuales encontramos:

- El Microsistema: es entendido como un patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que las personas experimentan en un entorno determinado con características físicas y materiales particulares. Es un lugar un entorno de relaciones cara a cara, la escuela, el barrio, etc. Ese espacio es experimentado por la persona en términos directos y es parte integral de su cotidianidad.
- El Mesosistema: Es aquel que comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona participa activamente. Las relaciones

interpersonales que se dan fundamentalmente en la familia, es el sistema educativo al que se pertenece y el ambiente laboral son elementos esenciales del mesosistema.

- El Exosistema: Comprende uno o más entornos que no incluyen participación de la persona, pero en los cuales se producen hechos que si son relevantes y que afectan lo que ocurre en el entorno que comprende a las personas, como situaciones que se pueden producir en el trabajo de un padre o madre de familia y que pueden construir influencia decisiva en el desarrollo de ese padre.
- El Macrosistema : Es entendido como la subcultura, la cultura , los sistemas de creencias, las ideologías que sustenten los contextos menores, como también las instituciones culturales, los valores e ideologías nacionales que pueden tener influencia en uno o en otro sentido en el desarrollo de las personas.

Ya desarrollada la Teoría Ecológica de Urie Bronfenbrenner, se estima pertinente sistematizar utilizando la teoría antes expuesta, entendiendo que la experimentada intervención tiene orientación ecológica desde un entorno institucional desde donde se pretende generar líneas de acción estratégicas, frente a la diada y la mutualidad del cuidador y el paciente postrado.

El Modelo Ecológico desarrollado por Bronfenbrenner, (1979) es particularmente interesante en relación a los cuidadores informales, porque en gran medida es justamente el balance entre las aptitudes en declive del paciente postrado y su cuidador el que acentúa o atenúa ciertos rasgos a medida que se involucra con el medio ambiente en el que se desarrolla. En otras palabras, rasgos de la persona que en sí mismos no son negativos, se transforman en negativos a causa de la relación con el entorno poco apropiado.

El entorno inmediato de un cuidador informal, denominado 'Microsistema' según la terminología de Bronfenbrenner, corresponde al entorno íntimo , al nivel más inmediato en el que se desarrolla el individuo , generalmente constituido por la familia ,donde se dan las relaciones 'cara a cara'. Se refiere al "patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado, con características físicas y materiales particulares".²⁷

La familia inmediata y los amigos cercanos componen este microsistema para el cuidador y el paciente postrado; de a poco este sistema y debido al estado del entorno inmediato se va reduciendo a la familia, la que si no es capaz de

²⁷ Bronfenbrenner, 1979

organizarse para brindar el apoyo emocional requerido y en algunos casos apoyo material concreto de cuidado, va también a abandonar este sistema provocando en el cuidador una sobrecarga en el cuidado del postrado dependiente, llevándolos a un sentimiento abandono, soledad, estrés, ira, baja autoestima, pérdida de autonomía, etc. Por el contrario, una familia apoyadora, proporcionará una muy buena calidad de vida al paciente postrado y a su cuidador, permitiéndole mantener sus capacidades al máximo.

Dentro de este microsistema podemos observar que por lo general existe complejización de las interacciones, llevando al microsistema a experimentar conflicto de roles, ya que muchas veces el cuidador comienza a asumir los roles del paciente postrado, los que con el tiempo se hacen incompatibles con sus propios roles, por ejemplo; roles parentales, filiales o conyugales. Esta dinámica familiar provoca en el cuidador ansiedad ya que al dejar de cumplir sus propios roles, comienzan los conflictos dentro de su propio microsistema, generando una sobrecarga para él y su familia, tanto por el malestar subjetivo que ocasiona la conducta del paciente postrado como la ausencia de habilidades en las relaciones sociales, los problemas que habitualmente se suelen crear con la convivencia diaria y la incompatibilidad de los roles con la nueva realidad que debe enfrentar el cuidador, generan lo que llamamos stress del cuidador, un estado observado por el aumento de actividades y el abandono de su propio microsistema, ya en esta etapa el cuidador y el paciente postrado han formado una diada, la cual para el cuidador es difícil de abandonar y muchas veces difícil de identificar.

Para la Teoría Ecológica el segundo entorno, es el 'meso sistema', corresponde a las interrelaciones de dos o más sistemas en que está inserto el cuidador informal y el paciente postrado, corresponde a su parte relacional, al "conjunto de interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente" (Bronfenbrenner, 1979). En el caso del cuidador de un paciente postrado y para esta sistematización el meso sistema está representado por la relación directa que se genera con su entorno más inmediato, el CESFAM Sur es para el cuidador uno de los vínculos institucionales más importante, no solo como institución asistencial de salud proporcionada hacia el paciente postrado, sino que también para el cuidador es la institución de apoyo para sobrellevar dicha sobrecarga, el CESFAM Sur proporciona un equipo multidisciplinario de profesionales que va en ayuda de estas familias articulando un plan de intervención biopsicosocial que tiene como objetivo prestar atención integral, este es el vínculo institucional más cercano dentro de este sistema y de funcionar de manera adecuada la retroalimentación podría llegar a ser óptima si la interrelación en el meso sistema fuera fluida y de manera adecuada.

Por lo observado durante la realización del proceso práctico, dentro de este sistema suele suceder que el cuidador pierde todo contacto con las instituciones más cercanas donde antes participaba y que servían de redes de apoyo para su desarrollo emocional, como por ejemplo, el trabajo, el colegio de sus hijos, las relaciones con algunas oficinas de la Ilustre Municipalidad o la junta de vecinos, esto debido a que se encuentra dentro de la diada formada con el postrado.

El tercer entorno, el “Exosistema” se ha difundido como “uno o dos entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno que comprende a la persona en desarrollo, o que se ven afectados por lo que ocurre en ese entorno”.²⁸

Corresponde a este nivel la comunidad, la familia extendida, el trabajo, por ejemplo. Para que este entorno sea un apoyo, requiere de ciertas condiciones de seguridad, desde lo arquitectónico hasta la posibilidad de desplazarse para el paciente postrado. Existiendo condiciones de seguridad básicas y grupos formados que incorporen a los cuidadores de pacientes postrados, puede constituirse en un apoyo invaluable para este grupo de personas.

La iniciativa de la conformación de un grupo de voluntarios que asistan a los cuidadores de pacientes postrados usuarios del CESFAM sur, es un buen aporte para que la comunidad conozca y se haga parte de este tipo de problemáticas, ya que la realidad de los cuidadores informales es muchas veces una realidad invisibilizada para la sociedad y el estado .

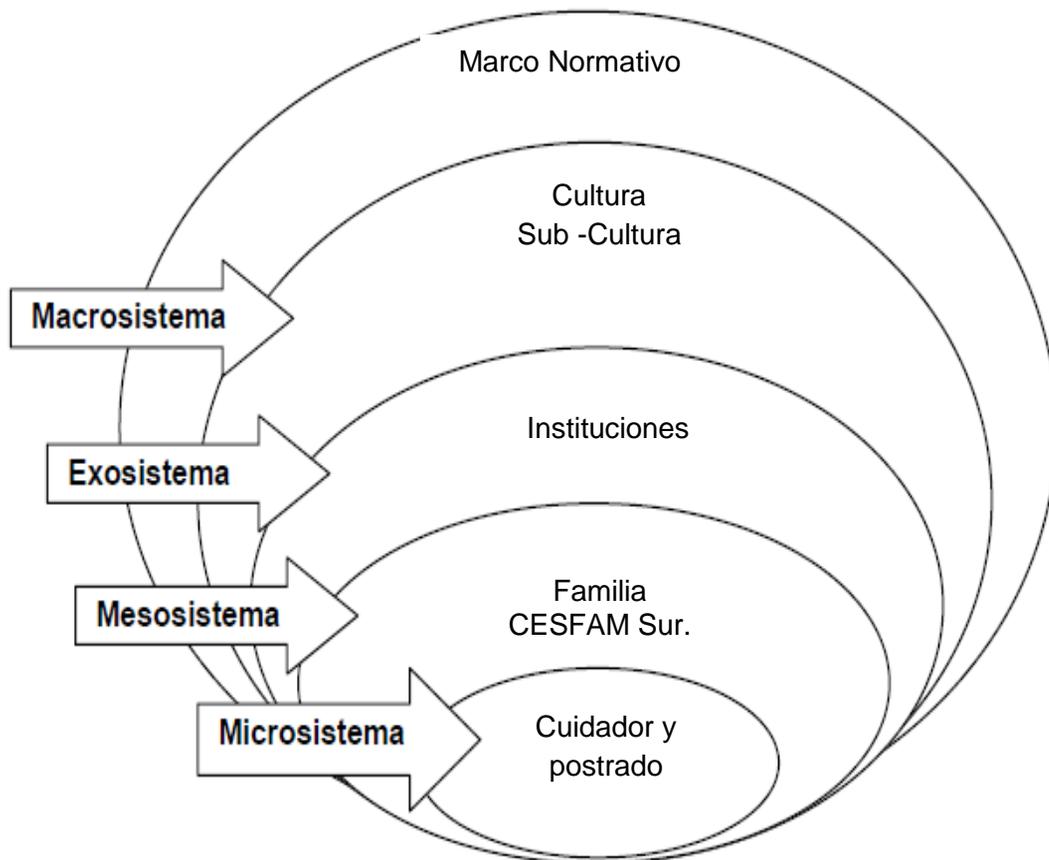
El macrosistema está formado por la cultura y la subcultura en su sistema más amplio, la temática de cuidadores informales y la diada formada con el paciente postrado, se debe explicar desde las políticas públicas que conforman este sistema.

En nuestro país las políticas públicas y los marcos normativos apuntan a la protección de derechos del paciente postrado, a través de normativas legales sobre discapacidad y del adulto mayor, dejando un vacío respecto a la labor del cuidador informal.

El año 2006 se crea una de las medidas de gobierno más importantes y única que existen en nuestra legislación sobre temáticas de cuidadores informales, este es el único soporte legislativo y normativo que reconoce su labor, visibilizando su realidad, desde el “Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Discapacidad Severa “, programa que ampara la labor del cuidador solo en algunos aspectos dentro de los cuales se destaca la entrega del estipendio y capacitación para aminorar la sobrecarga.

²⁸ Bronfenbrenner, 1979

Grafico Teoría Ecológica, respecto a diada formada ente paciente postrado y su cuidador informal.



Conocer el análisis de esta teoría nos permitirá explicar y definir situaciones cruciales como disminuir situaciones de estrés del cuidador.

También permite analizar cómo cada micro sistema permite integrar los conocimientos y experiencias de los demás miembros del sistema, esto quiere decir que una persona postrada con dependencia severa se encuentra directamente relacionado con el cuidador (micro sistema), en donde el cuidador se ve enfrentado a una familia culturalmente distinta o creencias distintas, aceptando indicaciones (meso sistema) junto a ello se encuentra esta familia en donde debe insertar culturalmente las indicaciones de un equipo multidisciplinario perteneciente a una red en donde se le entregan beneficios y conocimientos (Exosistema) , a la vez este institución de salud se encuentra dentro de un régimen de salud en donde se deben cumplir ciertas políticas de bienestar impuestas por una sociedad y políticas gubernamentales dirigidas a la salud.

5.- CARACTERIZACION DEL USUARIO SUJETO DE INTERVENCION.

Para la construcción del perfil de usuario de esta experiencia de intervención se utilizaron datos extraídos del Diagnóstico de Salud Comunitaria, CESFAM sur Iquique

2012 y el 100% de las fichas familiares del “Programa de Atención Domiciliaria de personas con discapacidad Severa” del sector 1 del CESFAM sur Iquique, inscritos en el centro de salud ya mencionado, todos los datos están asociados al proyecto de intervención, a continuación se detallara el resultado de dicho estudio.

El CESFAM sur, está emplazado en unos de los sectores relativamente nuevos de la ciudad, lugar que ha experimentado un rápido y amplio desarrollo urbano comercial y caracterizado por proyectos inmobiliarios y nuevas instalaciones educacionales, tales como colegios, institutos y universidades.

Dicha institución cuenta con una población aproximada de 34.000 usuarios inscritos validados, según Diagnóstico Comunitario y corte de población en Octubre de 2012, distribuidos en los siguientes porcentajes: 17% infantil, 15% adolescentes, 60% adultos y 8% adultos mayores. (Sistema Rayen)

En lo que respecta al grupo etario de los cuidadores, un 38% pertenece al grupo etario entre 34 a 50 años, otro 38% corresponde al grupo etario entre 51 a 60 años del CESFAM sur sector 1 y un 24% restante corresponde al grupo etario entre 60 y 72 años.

Para efectos de la aplicación del Modelo de Salud Familiar este establecimiento de salud se ha sectorizado geográficamente en cuatro sectores, cada uno con un color (sector 1/ verde, sector 2/ amarillo, sector 3/azul y sector 4 /rojo), cuya población se distribuye según el siguiente recuadro.

De acuerdo con los lineamientos ministeriales; la Institución proporciona el cumplimiento a las prestaciones de salud. Bajo la medida B6, impulsada por el gobierno de la presidenta Michelle Bachelet el año 2006, donde se establece el Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia, ejecutado a nivel país por los establecimientos de Atención Primaria de Salud. Programa que está dirigido a todas aquellas personas que sufran algún grado de dependencia: Física, Psíquica o Multidéficit. definida como “conjunto de acciones de carácter sanitario que se realizan en domicilio, para atender sus problemas de salud”.

El Centro de Salud Familiar Sur, cuenta con un total de 150 usuarios con dependencia leve, moderada, severa (total o grave). De estos, 79 usuarios se encuentran ingresados al programa de cuidados domiciliarios. Ante lo cual; más del 50 % de los cuidadores de personas dependientes del CESFAM SUR, presenta Síndrome de Estrés, lo que se asocia a la sobrecarga por cuidar a un dependiente.

Aparentemente, el número de usuarios no sería significativo, pero desde el punto de vista del impacto familiar, esto generaría repercusión 4 veces mayor. Considerando que

las familias son sistemas sociales, en la medida que un integrante de ésta, presente una problemática, esto afectaría el desarrollo sano de los demás integrantes del sistema familiar.

Es así como el grupo objetivo lo constituyen 40 familias con integrantes que presenten condición de dependencia severa y que pertenecen al Programa de Cuidados Domiciliarios del CESFAM Sur de Iquique. En su mayoría son familias de escasos recursos, con integrantes dependientes severos, de ambos sexos, variadas religiones y edades, las que van desde los 3 hasta los 96 años, quienes se encuentran a cargo del cuidado de un familiar directo o indirecto, no remunerado, con antecedentes de sobrecarga y/o síndrome de estrés de cuidador y con interés en recibir acompañamiento a través del proyecto acompañando con amor.

5.1.- Descripción del perfil de usuario, a través de variables de caracterización desarrolladas en etapa diagnóstica de la conformación del grupo voluntariado “Acompañando con Amor “.

➤ Identificación del grupo de voluntarios:

El Grupo de voluntarios lo conforman 11 personas de ambos sexos, sus edades fluctúan entre los 29 y 71 años de edad, conformado por 09 mujeres, 02 hombres, beneficiarios del sistema público-privado de salud, inscritos en su mayoría en el Centro de Salud Familiar Sur, que cumplen condición de voluntarios.

➤ Características del grupo de voluntarios:

El grupo de voluntarios fue formado el 03 de octubre del año 2012; en su mayoría lo integra el género femenino, teniendo solo 2 integrantes del género masculino, conformando un total de 11 integrantes de voluntarios del proyecto “Acompañando con amor”. Pertenecientes en su mayoría al Centro de Salud Familiar Sur, de los cuales todos son usuarios del sistema de salud FONASA.

Si bien algunos voluntarios presentan problemas de salud, todos están bajo tratamientos médicos y compensados dentro de su estado de salud, no presentando ninguna patología de consideración.

Una de las características importantes de mencionar del grupo es su iniciativa e interés por participar de forma voluntaria de este proyecto en ayuda de los cuidadores y sus familias, demostrando en todo momento empatía y preocupación hacia el prójimo.

El grupo de voluntarios son personas con capacidades de resolución de conflicto y tolerancia a la frustración, capacidades que fueron medidas a través de entrevista

personal, evaluada por el grupo de coordinadoras del proyecto “Acompañando con amor” por medio entrevistas semi-estructuradas, con el fin de cumplir un perfil único, capacidad de entender el proceso de deterioro de un adulto mayor con dependencia.

Se puede visualizar dentro del grupo de voluntarios, que poseen roles, reglas y límites claros entre sus miembros.

➤ **Tipología del grupo de los voluntarios:**

En relación a la **Tipología de Grupo**, es un grupo formal porque se han elaborado normas con respecto, a los miembros, a la comunidad y a la institución. Estas normas están determinadas antes del ingreso de los miembros. Los roles están prescritos y la seguridad está dada por reglamentos. Son un grupo organizado y formal, ya que existe la disposición para distribuir y cumplir con las tareas que se les designen, y así lograr una meta determinada, cada una de ellos asume el rol que se les establece, el cual está directamente relacionado con los lineamientos que del centro de salud y los objetivos del proyecto “Acompañando con amor” que espera se desarrollen en pro del bienestar y acompañamiento de los cuidadores y sus familias.

Otra de las características del grupo de voluntarios es que un **grupo Abierto**: Llamamos abierto al grupo flexible que permite el ingreso y salida de los miembros.

Es un grupo Heterogéneo porque encontramos una gran diversidad de factores que diferencian a cada uno de sus integrantes. Como por ejemplo: distintas edades, sexo, condición social, lugar geográfico en el que habitan, etc. Ya que el grupo de voluntarios que lo conforman son hombres y mujeres de distintas edades, situación socioeconómica, nivel educacional y profesional.

➤ **Etapa grupal del grupo de voluntarios:**

El grupo de voluntarios del proyecto “Acompañando con amor” se encuentra en la etapa de **Integración**, por ser un grupo pequeño la relación al interior entre sus miembros es cohesionada y se observa el sentido de pertenencia de grupo y la aceptación mutua entre sus miembros. El grupo funciona como una unidad.

Se puede visualizar dentro de éste grupo de voluntarios, que poseen roles, reglas y límites claros entre sus miembros y se puede identificar a través de los siguientes elementos:

- Integración y Cohesión
- La capacidad de los miembros está dada por su sensibilidad a los problemas de los cuidadores y sus familias.
- Cuentan con habilidades para resolver los problemas del grupo.

- Logran realizar las tareas encomendadas por las coordinadoras del proyecto, lo que posibilita alcanzar los objetivos de los voluntarios y del proyecto.
- El liderazgo está compartido entre todos los miembros

➤ **Dinámica interna dentro de grupo de voluntarios:**

Las normas de comportamiento dentro del grupo son claras y fueron establecidas antes de la formación de grupo, lo que facilitó su dinámica en función del cumplimiento de la asistencia, horarios y acuerdos establecidos.

Respecto a las normas se puede percibir:

- Asistencia regular a las reuniones por parte del grupo de voluntarios, ya que durante las 4 semanas de capacitación asistieron regularmente.
- Existe aceptación y sentido de pertenencia al grupo.
- La división de trabajo es justa y eficiente.
- Hay responsabilidad manifiesta por parte de los miembros, y lo podemos identificar en el hecho que cada vez que uno de ellos no puede asistir a las reuniones o a las actividades pauteadas, ellos con anterioridad nos comunican el motivo y se justifican para que su rol sea suplido por otro integrante, esto nos da indicio de que ya se sienten parte del grupo y saben que su presencia y su función es fundamental dentro del trabajo de acompañamiento hacia los cuidadores y sus familias.

➤ **Roles dentro del grupo de voluntarios:**

Los roles que predominan en el grupo son:

El líder democrático: es la persona fuerte del grupo y el resto de sus miembros le reconocen su autoridad y le respetan. EL LIDER permite que el grupo determine los planteamientos generales, esboza las conductas que conducen al objetivo grupal. Este líder permite que los miembros del grupo tengan una relación más fluida y atiende a las necesidades de los mismos. No impone su voluntad lo que facilita el trabajo del equipo.

El listo: Siempre trata de dar una respuesta en relación al tema a tratar.

El callado: son personas reservadas y permanecen en constante silencio, se caracterizan por ser tímidas y no aportar ideas para el fortalecimiento del grupo.

➤ **Estilos de comunicación dentro del grupo de voluntarios:**

La comunicación en el grupo de voluntarios “Acompañando con amor” es asertiva, exenta de conflictos, tiene que ver con las habilidades sociales y con la dinámica de trabajo desde los monitores hacia el grupo.

El límite entre sus miembros es claro, su comunicación no verbal se ve reflejada en la atención que muestran en los talleres de capacitación; el tono de voz, la comunicación a través de gestos, lenguaje corporal, expresiones faciales demuestran la madurez del grupo de voluntariado, logrando la integración y cohesión del grupo para conseguir las metas trazadas.

➤ **Conflictos dentro del grupo voluntariado:**

Una de las características del grupo de voluntarios, es su carácter Heterogéneo, dada la personalidad de cada uno de sus integrantes, el cual contribuye a un buen funcionamiento como grupo, dando la posibilidad del reconocimiento de las fortalezas de sus miembros para el descubrimiento de la naturaleza del conflicto interviniendo de forma directa en la solución de este. Tratando de dialogar para resolver los conflictos junto con las facilitadoras del proyecto. (Además de recordar la existencia de 2 terapeutas voluntarias, por lo cual la resolución de conflictos se hace en el momento).

➤ **Valores dentro del grupo de voluntarios:**

Dentro del grupo de voluntarios existe una valoración común que tiene que ver con la ayuda mutua y el sentido de colaborar dentro de la comunidad, lo que facilita la cohesión de grupo.

Este grupo de voluntarios decide libremente dedicar parte de su tiempo al proyecto con un alto grado de valores, ya que su labor es desinteresada a favor de las personas que necesitan de su ayuda con el fin de mejorar la calidad de vida del prójimo. En los que pueden visualizar y verificar a través del compromiso de cada voluntario tales como: lealtad, honestidad, sensibilidad, voluntad, sencillez, respeto, compañerismo que son visualizados en las diferentes etapas del grupo y en las diferentes actividades realizadas por el Centro de Salud Familiar Sur.

Cabe destacar que lo mencionado anteriormente se reflejó en el número de visitas asignadas por cada voluntario, ya que según programa son 3 visitas por voluntario, lo cual cada integrante realizó 5 a 6 visitas por cuenta de ellos. Lo que refleja el sentido de trabajo voluntariado y preocupación por el bienestar de los cuidadores y sus familias.

➤ **Clima dentro del grupo de voluntarios:**

El clima al interior del grupo de voluntarios, en el desarrollo de cada taller de capacitación, generó un ambiente de confianza, entre los voluntarios y las facilitadoras del proyecto, lo que facilitó el interés y la participación activa en los talleres.

➤ **Liderazgo dentro del grupo de voluntarios.**

Con respecto a los estilos de liderazgo estos se reflejan en un integrante del grupo de voluntarios “Acompañando con amor”, lo cual permite que el grupo determine los planteamientos generales, esbozando conductas que conducen al objetivo grupal. Esta líder permite que los miembros del grupo tengan una relación más fluida y atiende a las necesidades de los mismos. No impone su voluntad lo que facilita el trabajo el equipo.

➤ **Sub-grupos dentro del grupo de voluntarios:**

Se logra visualizar dentro del grupo de voluntarios que existe un subgrupo, quienes se unieron por intereses especiales (religión) y de seguridad entre ellas. Ambas son reservadas y tímidas.

6.- DESCRIPCION DEL PROCESO DE CLASIFICACION Y JERARQUIZACION DE NECESIDADES O PROBLEMAS A INTERVENIR.

La tendencia epidemiológica y demográfica de los Adultos Mayores en el país (15,6%) y la realidad local (13,4%) se asemeja a esa tendencia, donde el cuidado de la persona con dependencia, ha sido asumido por la familia. Según SENAMA la proporción de personas mayores con dependencia a nivel local llega a un 17,2% y a nivel país a un 24,1%.²⁹

El Centro de salud Familiar Sur cuenta con un total de 150 usuarios con dependencia (leve, moderada, severa total o grave). De éstos, 79 usuarios, pertenecen al sector uno, donde se encuentran ingresados en el Programa de Cuidados Domiciliarios, a quienes se interviene en su domicilio, estos datos estadísticos nos alertan de dicha problemática y nos incentiva a intervenirla.

La incorporación de esta tarea al rol tradicional familiar, genera una crisis por sobrecarga. Más del 50% de los cuidadores de personas dependientes en la Institución presenta, Síndrome de Estrés, lo que se asocia a la sobrecarga por cuidar a un adulto mayor dependiente. Aparentemente, el número de usuarios no sería significativo, pero desde el punto de vista del impacto familiar, esto generaría repercusión 4 veces mayor. Considerando que las familias son sistemas sociales, en la medida que un integrante de

²⁹ www.senama.cl

ésta presente una problemática de salud, esto afectaría el desarrollo sano de los integrantes del sistema familiar.

6.1.- Proceso de selección de problemáticas a intervenir.

El proceso de selección de las problemáticas a intervenir se realizó a partir de una serie de hechos que hicieron que una realidad ya detectada fuera el foco de selección de nuestra sistematización.

Debido a la experiencia de prácticas iniciales en el área y las necesidades del equipo Multidisciplinario de poder abordar la atención de las necesidades sentidas de los cuidadores de pacientes postrados usuarios del sector 1 del CESFAM sur, comienza una serie de conversaciones para dar cuenta de esta problemática que comenzaba a ser visibilizada, avalada con datos técnicos, tales como: fichas familiares de usuarios del “Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Discapacidad Severa” del Sector 1 del CESFAM sur y Diagnostico Comunitario de Salud 2012, CESFAM sur.

Dicho proceso de análisis arroja como resultado que dentro del sector 1 del CESFAM se encuentra concentrado la mayor cantidad de familias beneficiadas del “Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Discapacidad Severa”, por lo cual se hace énfasis en que existe una debilidad sentida por la falta de recurso humano para poder asistir de buena manera y en terreno todas estas situaciones, por lo tanto nace como propuesta trabajar a través de un voluntariado que exclusiva y paralelamente ira en ayuda a los cuidadores de pacientes postrados del sector 1 del CESFAM Sur.

Dentro del proceso de selección de problemática a intervenir, se realiza los siguientes análisis.

1. Revisión de las fichas familiares del sector uno, por medio del cual se detectó que de los 79 usuarios con dependencia severa, más del 50% de los cuidadores presentaba estrés, corroborado con la aplicación del instrumento Escala de Zarit, el cual mide el estrés en los cuidadores.
2. Otra problemática asociada en los cuidadores es el insuficiente apoyo de las familias y casi nulo reconocimiento a su labor, esto reflejado en sentimientos como: soledad, abandono, rabia, falta de tiempo, escasa o nula vida social y familiar, etc., detectado por las entrevistas y visitas domiciliarias realizadas dentro del proceso práctico.
3. Otro indicador visualizado en los cuidadores es el recurrente uso del sistema, la institucionalización es reflejada en la alta demanda por atención de horas Psicológicas y de Asistente Social, lo cual refleja el alto nivel de estrés en ellos.

Son estas problemáticas, las que nos motivaron a implementar y desarrollar el proyecto acompañando con amor, *instruido por la universidad Arturo Prat en conjunto con la Institución*; el cual tiene como objetivo, crear un grupo de voluntarios que vayan en ayuda de los cuidadores para escucharlos, fomentando en ellos el autocuidado y lo más importante sacarlos de su carga y rutina diaria.

CAPITULO II

METODOLOGIA DE SISTEMATIZACIÓN

1.- DELIMITACION DE LA EXPERIENCIA A SISTEMATIZAR

La experiencia sistematizada fue seleccionada debido a la relevancia que tiene concientizar a la comunidad sobre las problemáticas vivenciadas por los cuidadores de pacientes postrados usuarios del CESFAM sur Iquique y como el grupo voluntariado creado para iniciar el proyecto “Acompañando con Amor” a través de la articulación de capacitaciones, puedo acudir en apoyo de estos cuidadores.

El proceso práctico tuvo una duración de cuatro meses, durante los cuales se formuló un marco lógico de actividades que tenían como finalidad capacitar a los voluntarios para que acompañen y asistan a los cuidadores creando instancias de autoayuda, apoyo y comprensión sobre la labor que realizan los cuidadores, que muchas veces se transforma en una sobrecarga difícil de conllevar.

El desarrollo de la presente sistematización comenzó el mes de Septiembre 2012 finalizando en el mes de diciembre de dicho año.

2.- JUSTIFICACION DE LA SISTEMATIZACION.

En el contexto de la reforma de salud y en función del Modelo de Atención Biopsicosocial, que integra de manera innovadora la labor del cuidador informal a través del “Programa de Atención Domiciliaria a personas con Discapacidad Severa”, es de suma importancia dar cuenta de esta realidad muchas veces invisibilizada, abordando esta problemática desde un contexto familiar y comunitario, con la participación activa de los actores sociales de la comunidad, dando vida a un modelo que no funciona exclusivamente desde lo clínico sino desde una mirada innovadora, familiar e integradora.

La importancia de dejar este registro, es vivenciar y dar cuenta como esta experiencia implica un análisis reflexivo del proceso práctico y desde ese análisis reflexivo establecer estrategias de impacto más eficientes y eficaz que puedan seguir

replicándose en estos mismos contextos, haciendo actores comunitarios activos y participes de lo que es la implementación de las medidas estratégicas de salud.

La visibilización de la realidad que viven los cuidadores de pacientes postrados severos es una necesidad sentida dentro de comunidad, por lo que dar cuenta de esta experiencia también es de gran importancia, ya que permitirá ser un aporte para mejorar las políticas institucionales, la retroalimentación con esta y evaluación de las políticas públicas. Además dejar el registro de nuestras intervenciones puede acrecentar el bagaje de conocimiento en cuanto a las intervenciones realizadas, sus éxitos y fracasos dentro del proceso práctico y así dejar un registro para quienes deseen replicarla.

3.- OBJETIVO

El objetivo de la presente sistematización es:

“Sistematizar la experiencia del “Proyecto Acompañando con amor”, con la finalidad de generar estrategias efectivas para la intervención social en el ámbito de cuidadores informales”

4.- DEFINICION DEL MÉTODO

4.1.- TIPO DE SISTEMATIZACIÓN EN FUNCION DEL MOMENTO DE INICIO.

De acuerdo al momento en que se desarrolló nuestro proceso práctico, la metodología utilizada para nuestra intervención es de tipo **Retrospectiva** ya que se realizó cuando fue finalizada la experiencia práctica.

Dentro del proceso de sistematización los actores se reúnen para recordar, organizar e interpretar lo vivido y su objetivo es poder tener una memoria de la experiencia y rescatar los aprendizajes logrados.

Con la finalidad de ser un aporte para la comunidad y para la institución que fomenta el desarrollo comunitario, ya que el registro de esta experiencia deja en evidencia los logros de sus acciones colectivas, con el fin de transformar una necesidad sentida de un grupo de la comunidad.

METODOLOGIA	PROPÓSITO	IDEAS IMPLÍCITAS
RETROSPECTIVA	Rescate y reconstrucción de una experiencia pasada	<ul style="list-style-type: none"> • Se sistematizan las experiencias vividas. • Es necesario estudiar el pasado para aprender y rescatar algo de la experiencia. • La experiencia se analiza y se reconstruye para apropiarse plenamente de ella. • Reconstrucción-interpretación-propuesta.

4.2.- METODOLOGIA Y TECNICAS DEL PROCESO DE INTERVENCION.

Para la construcción del proceso metodológico de la presente sistematización las alumnas dividen el proceso práctico en tres fases, la primera es la etapa de diagnóstico, la segunda es la etapa de planificación y ejecución y por último se encuentra etapa de evaluación.

A continuación se realizara el desarrollo sistemático de las fases:

- **1.- FASE DIAGNÓSTICA:**

En la fase diagnóstica las alumnas aplican Metodología Cualitativa y Cuantitativa y las técnicas utilizadas son las siguientes:

- ❖ **Recopilación de antecedentes:**

A través de esta técnica se busca información estadística para ser recopilada y aplicada en la fase diagnóstica, teniendo como objetivo establecer el perfil del voluntariado y conocer el número beneficiarias del proyecto “Acompañando con amor”

Dentro de la revisión documental podemos mencionar el estudio exhaustivo de insumos como:

- ✓ Diagnóstico Comunitario de Salud 2012, (CESFAM sur , Iquique)
- ✓ Fichas Familiares “Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Discapacidad Severa “del Sector 1 del CESFAM sur Iquique.

- ✓ Planes de cuidados de pacientes postrados usuarios de CESFAM sur, sector 1.

❖ **Entrevista Individual y Grupal:**

Con la técnica anterior para la recolección de antecedentes se realizaron entrevistas estructuradas con preguntas cerradas y semi-estructuradas con preguntas abiertas para la obtención de datos relevantes al informante clave, las coordinadores del proyecto, equipo multidisciplinario, Enfermera encargada del Programa adulto mayor y representantes de la comunidad (Consejo de Desarrollo local).

• **2.- FASE DE EJECUCION Y PLANIFICACION:**

Esta fase está orientada desde la Metodología de Grupo y Redes utilizando el Modelo de Animación Sociocultural.

Las técnicas utilizadas son:

❖ **Visitas Domiciliarias:**

Durante de fase de ejecución y planificación se utiliza la visita domiciliaria para la obtención del consentimiento de la familia cuidadora para la participación en el proyecto “Acompañando con Amor”.

Dentro de las visitas domiciliarias se utilizan las técnicas de la observación y la entrevista estructurada y semi estructurada (Recolección de datos y firma de consentimiento informado del proyecto).

❖ **Dinámicas grupales:**

Las dinámicas grupales se utilizaron para facilitar el funcionamiento del grupo de voluntarios para el logro de sus objetivos y del proyecto. A través de estas técnicas se potencio el desarrollo en las diferentes actividades con el voluntariado, las cuales fueron de; Observación directa y Connotación Positiva, esta última para desarrollar aspectos positivos de cada integrante del grupo de voluntariado y del grupo en general, reconociendo en ellos la importancia de su labor como voluntarios de este proyecto para ir en ayuda de los cuidadores; y tienen como objetivo que en este caso es disminuir la sobrecarga emocional de los cuidadores y sus familias.

Cabe destacar que las sesiones realizadas por las alumnas en práctica permitieron potenciar al grupo habilidades y técnicas de manejo de tolerancia al estrés y frustración, logrando que en los distintos talleres se produjeses la cohesión y empoderamiento. Y a su vez, se utilizó el **Focus Group** como técnica para obtener información más dinámica y participativa tratando de potencias en fortalecer las

aptitudes en los integrantes del grupo voluntariado, fortalecimiento de habilidades sociales y una comunicación clara y fluida.

Además se destaca el desarrollo de actividades de difusión a la comunidad, reuniones los coordinadores y voluntarios seleccionados, sesiones de capacitación para el grupo de voluntarios, autocuidado, Carta Gantt y visita domiciliaria de acompañamiento por parte de voluntarios.

- **3.-FASE DE EVALUACION:**

Dentro de fase de evaluación las alumnas utilizaron Metodología Cuantitativa y Metodología Cualitativa, a través del método Evaluación de Satisfacción, con el objetivo de evaluar el grado de satisfacción en torno del proyecto “Acompañando con Amor”, dirigido a los voluntarios y familias de cuidadores.

Cabe destacar que dicha evaluación se realizó una vez finalizado el proyecto en la actividad de cierre del proyecto.

- **4.- METODOLOGIA Y TECNICAS ASOCIADAS A LA CONSTRUCCION DE LA SISTEMATIZACION PROPIAMENTE TAL.**

Dentro del proceso de sistematización las alumnas utilizaron Metodología Cualitativa de Investigación Social, a través del análisis documental y análisis del portafolio de práctica profesional.

Con la finalidad de optimizar y actualizar la información de la fase diagnóstica, se aplicó entrevista a informantes clave, específicamente a la Enfermera Referente Técnico del Programa Adulto Mayor y la Trabajadora Social del CESFAM sur.

CAPITULO III

DESCRIPCION DE LA EXPERIENCIA DEL PROYECTO “ACOMPañANDO CON AMOR”

1.- Descripción de acciones no planificadas realizadas en el proceso practico dentro de CESFAM Sur.

Durante el periodo de práctica profesional las alumnas realizaron actividades no planificadas las cuales se enmarcan en el desempeño de las necesidades requeridas de la institución.

Estas actividades son contempladas dentro de las actividades genéricas del trabajo social.

- ✓ Atención a usuarios del CESFAM sur desde el Modelo de Atención de Choque.

- ✓ Participación en Duplas Psicosociales, (usuarios sector uno) para estudio de familia.
- ✓ Visitas Domiciliarias a usuarios del “Programa de atención Domiciliaria a Personas con Discapacidad Severa” de cuidados domiciliarios en situación de dependencia moderada o severa (postrados).
- ✓ Aplicación de instrumentos requeridos por la institución como; Valoración Social y Mandato Especial para cuidadores de usuarios postrados para la entrega de beneficio sociales como: Estipendio y ayudas técnicas (silla de ruedas, colchón anti escaras y burritos), tarjetas familiares, escala de Zarit, genograma.
- ✓ Implementación de los talleres “Tu llegada” del programa Chile Crece Contigo, todos los días miércoles del mes, junto con Trabajadora Social, Educadora de párvulos, Matrona del centro de salud, a las madres y sus hijos en el primer mes de vida.
- ✓ Implementación del taller “Habilidades Parentales” del Programa Chile Contigo, los días lunes a viernes, junto con Trabajadora Social y Educadora de párvulos.
- ✓ Asistir a reuniones técnicas del equipo del sector uno, todos los días miércoles de cada semana.
- ✓ Asistir con todo el equipo de sector uno, los días viernes de cada semana a las unidades de salud comunitaria (USAC), para visitas domiciliarias integrales en duplas, para ingresos de usuarios postrados y para consultas espontaneas de la comunidad.
- ✓ Apoyo en la gestión de beneficio de proyecto del centro de salud familiar.
- ✓ Realizar visitas domiciliarias con médico y enfermera para ingresos y evaluación social para usuarios del programa con dependencia moderada o severa.
- ✓ Gestionar horas morbilidad a usuarios con dependencia severa
- ✓ Realizar transferencias técnicas (llamados telefónicos) a usuarios de talleres.
- ✓ Realizar contención a familiares por fallecimiento de usuarios postrados.
- ✓ Apoyar al profesional en resumen estadístico mensual para la institución.
Mejorar redacción

2.- Descripción de acciones contempladas en la planificación del proyecto “Acompañando con Amor”.

Dentro de la descripción de las acciones planificadas de la presente sistematización se debe dar cuenta del proceso práctico realizado en la implementación del proyecto “Acompañando con Amor”,

Para describir el proceso práctico que las alumnas registran en esta sistematización se debe llevar a cabo una serie de actividades articuladas en coordinación con los objetivos del Proyecto “Acompañando con Amor”.

- **OBJETIVOS DEL PROYECTO “ ACOMPAÑANDO CON AMOR”**

- ❖ **Objetivo General:**

“Formar un grupo de voluntarios, con el fin de brindar acompañamiento espiritual, destinado a familias con integrantes que presenten condición de dependencia severa y que pertenezcan al” Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Discapacidad Severa “del sector 1 del CESFAM Sur, Iquique”.

- ❖ **Objetivo Específico:**

- ✓ Realizar capacitación a grupo de voluntarios para entregar apoyo a cuidadores beneficiarios del “Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Discapacidad Severa “del sector 1 del CESFAM Sur, Iquique.
- ✓ Fortalecer el autocuidado en cuidadores de pacientes postrados usuarios de CESFAM SUR Iquique.

Este proyecto se planifica bajo la orientación de la Metodología de Grupo y el Modelo de Animación Sociocultural, estructurando de esta manera las actividades centrales en función de estas directrices, a continuación describen las principales actividades desarrolladas durante el proceso de ejecución:

Para dar cumplimiento al objetivo específico n°1,

“Realizar capacitación a grupo de voluntarios para entregar apoyo a cuidadores beneficiarios del “Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Discapacidad Severa “del sector 1 del CESFAM Sur, Iquique”.

- **1.- Proceso de Reclutamiento:**

El proceso de reclutamiento y selección se inicia a través de tres instancias paralelas de trabajo:

- ✓ En la primera instancia se despliegan todos los esfuerzos para iniciar la difusión a través de la oficina de OIRS del CESFAM sur, los funcionarios de esta oficina se encargan de hacer tres llamados durante en el periodo de una semana, para invitar a los usuarios a formar parte del proyecto voluntariado.
- ✓ En una segunda instancia se realizan actividades de difusión con el Consejo de Desarrollo Local a través de la radio comunitaria que ellos administran, esta

actividad se realizó durante una semana y tenía como finalidad informar e invitar a la comunidad a ser parte del voluntariado.

- ✓ La tercera instancia está compuesta por la realización de trípticos informativos, que se entregaron durante una semana en las dependencias del CESFAM Sur a los usuarios externos e internos.

Ya realizadas las actividades de difusión a la comunidad se comienza recopilación de antecedentes de los voluntarios reclutados y comienza el proceso de selección, se formaliza la nómina de interesados, y se comienza a desarrollar reuniones informativas sobre la metodología del trabajo, motivación del compromiso, responsabilidad y fundamentalmente educar acerca sobre la labor del voluntariado y el impacto que generara el desarrollo del proyecto.

Durante este periodo además las coordinadoras del proyecto formulan y crean un instrumento para determinar el perfil del voluntario, el cual será evaluado por las Asistentes Sociales durante una entrevista personal, posterior evaluación con psicólogo y medición del resultado.

La finalidad de este instrumento es determinar el compromiso, motivación y responsabilidad del participante (Instrumento no fue facilitado a las alumnas en práctica, para su análisis)

Ya finalizado el proceso de selección y determinados los voluntarios, los seleccionados firman un compromiso escrito donde cada uno de ellos se compromete a participar voluntariamente en el proyecto.

El proceso de selección de familias beneficiadas se inicia con la revisión documental de las fichas familiares del sector 1, por parte del equipo de coordinadoras del proyecto, tomando conocimiento que dentro de este sector existen 150 usuarios con dependencia (leve, moderado, total y grave), de estos, 79 se encuentran ingresados en el Programa de Cuidados Domiciliarios, a quienes se interviene en el domicilio. Se determinó en una reunión de selección que se invitaría a participar del proyecto a las familias de usuario dependencia severa.

Para la difusión del proyecto a las familias beneficiadas se realizaron visitas domiciliarias con el fin de informar e invitar a las familias y sus cuidadores a participar del proyecto, actividad aplicada durante el periodo del 8-10-2012 a 19-11-2012.

Cabe destacar que después de informar e invitar a las familias y sus cuidadores, se procedía según su voluntad de participar o no en el proyecto, a firmar autorización de consentimiento familiar, que tenía como finalidad la acogida del voluntario y terapeutas complementarios en el domicilio para realizar acompañamiento.

Luego de la realización de las visitas con la finalidad de reclutamiento de familias beneficiadas, se pudo constatar que de un universo de 40 familias pre seleccionadas 31 de ellas acepto ser parte del proyecto, por lo que podemos deducir que el 25% no acepto participar aludiendo a la falta de tiempo y a que el voluntario podría ser una sobrecarga a su labor diaria.

Una vez que los voluntarios y las familias que pertenecen al programa de cuidados domiciliarios se encuentran comprometidos con proyecto, se procede a realizar la inauguración.

Ya finalizado el proceso de difusión y selección se comienza los preparativos para la ceremonia de inauguración, para dar inicio al proyecto. Las actividades previas a la ceremonia fueron confección de tarjetas de invitación, selección de invitados y despliegue técnico a la entrega de las mismas.

La ceremonia de inauguración se realizó el día 6 de noviembre 2012 , en las dependencias del CESFAM sur, a la cual asistieron familias de cuidadores, cuidadores, voluntarios, Director del Departamento de salud , Director del Servicio de Salud, Directora del CESFAM sur, Presidente del Consejo de Desarrollo Local, coordinadores vecinales de la Ilustre Municipalidad de Iquique, Encargado de Proyecto de la Ilustre Municipalidad de Iquique, Referentes Técnicos, Coordinadoras del Proyecto, Funcionarios del CESFAM sur (invitados) , corresponsales de prensa escrita , televisión y Alumnas en Práctica.

Durante esta actividad las coordinadoras dan la bienvenida a los asistentes y exponen el proyecto y sus objetivos , apoyadas con material audiovisual , luego las autoridades presentes entregaron su apoyo y agradecimientos con la iniciativa y fundamentalmente por el aporte que se entregara a la comunidad, se culmina con la ceremonia de investidura a los voluntarios , con la entrega del material de trabajo que consta de una piocha identificadora , pechera y bolso con material necesario para la intervención, y se da inicio al coctel.

➤ **2.- Planificación de talleres:**

Ya determinados los objetivos del proyecto, el equipo técnico responsable del proyecto integrado por Asistentes Sociales, Enfermera y alumnas en práctica, realizan reuniones de planificación de los talleres a impartir, estos talleres tienen como finalidad educar a los voluntarios en temas propios de los cuidadores y técnicas a utilizar dentro de las visitas que se realizaran. Además durante estas jornadas se plantea la implementación

terapias complementarias y el aporte e impacto que esta provocaría durante el proceso de preparación de voluntarios.

Los temas para talleres impartir fueron: Las funciones del voluntario, Visita domiciliaria, Programa Cuidados Domiciliarios, Estrés del Cuidador, Auto cuidado del Cuidador y terapias complementarias (flores de Bach, Reiki impartida por un profesional de la salud del área Psicosocial y biomédica).

Es de gran importancia mencionar que con la finalidad de lograr la interacción del grupo, confiabilidad, respeto, honestidad y confianza fue necesario aplicar una dinámica grupal en cada temática desarrollada, en donde los resultados se observa confianza, alto nivel de motivación y compromiso.

Este periodo de planificación duro aproximadamente una semana, donde el equipo nombrado con anterioridad se reunía en horario laboral agendado como actividad de proyecto, durante la jornada del día a partir de las 09:00 hasta 16: 30 hrs.

Cabe destacar además que en esta etapa de planificación de los talleres se creó una carpeta de carácter informativo con papelería relacionada con los talleres a tratar, la cual fue entregada a cada voluntario, la exigencia de la participación del voluntariado en el taller era el 100%.

➤ **3.-Capacitaciones para grupos de voluntarios:**

Ya iniciada la etapa de capacitación se realizaron los talleres planificados en la etapa anterior con temáticas de;

- ✓ Taller 1.- Funciones del grupo de voluntariado.
- ✓ Taller 2.- Estrategias de visita domiciliaria de acompañamiento.
- ✓ Taller 3.- Inteligencia emocional, inteligencia espiritual y sinergia.
- ✓ Taller 4.- Programa de cuidadores domiciliarios,
- ✓ Taller 5.- Taller Motivacional.
- ✓ Taller 6.- Síndrome del Stress del Cuidador.
- ✓ Taller 7.- Autocuidado del cuidador y talleres de terapias complementarias.

Finalizado los talleres de capacitación, se realizaron dinámicas lúdicas, con el fin de lograr cohesión en el grupo de voluntarios.

Para dar cumplimiento al **objetivo específico N°2**

“Fortalecer el autocuidado en cuidadores de pacientes postrados usuarios de CESFAM SUR Iquique”.

Se desarrollaron las siguientes actividades:

➤ **1.-Autocuidado para el grupo de voluntarios.**

Se realizó una jornada de autocuidado para el grupo de voluntariado con el fin de fomentar la estabilidad física y emocional, generar identidad de grupo y vínculo afectivo entre los participantes. Además de compromiso y motivación con el proyecto a ser desarrollado.

Dentro del taller de autocuidado se desarrolló terapia de Reiki, la que se inicia con técnicas de relajación a través de aromaterapias y aceites corporales, lo que permite la facilitación a la aceptación de la actividad, esto tiene una duración de 15 minutos, luego comienza la etapa de relajación por medio de música y comunicación verbal de relajación.

En cuanto a esta actividad desarrollada se puede observar en una primera instancia desconfianza por parte de los voluntarios, focalizada en el desconocimiento de la técnica utilizada, sin embargo al desarrollarse la actividad se observa compromiso y motivación por parte del grupo, lo cual al finalizar genera una instancia de análisis y reflexión de la experiencia vivida.

➤ **2.-Visitas domiciliarias de acompañamiento por parte de los voluntarios y terapeutas.**

Esta actividad fue realizada por las coordinadoras del proyecto, las cuales se planificaron en directa relación con la disponibilidad del tiempo del voluntario y la familia que permitía el acceso a éste.

Dentro de estas actividades, se observó la flexibilización de los horarios y fechas pactadas, ya que por motivación propia de voluntarios y familias se encontraban dispuestas a realizar esta actividad en más de una oportunidad a la semana.

Se realizaron en total 198 visitas domiciliarias, siendo 178 efectivas y 20 inefectivas:

➤ **3.- Evaluación del proyecto con grupo de voluntarios.**

Se realiza reunión de análisis y evaluación del proyecto, por medio de la aplicación de una encuesta de satisfacción usuaria como instrumento de evaluación, instrumento que

fue creado por las alumna de Trabajo Social, previa aplicación ésta fue revisada por el equipo de del proyecto , en donde fue permitida su implementación.

Para la aplicación del Instrumento Evaluativo de Satisfacción se invita a una reunión a los voluntarios para la aplicación de mismo.

➤ **4.-Evaluación del impacto en las familias.**

Se procede a invitar a las 31 familias de los cuidadores que participaron del proyecto, se les entrega una invitación formal por medio de una visita domiciliaria explicando el fundamento de la invitación.

Esta evaluación se aplicó a una muestra de las familias beneficiadas, en donde se realizó una entrevista personalizada que permitió recopilar antecedentes para evaluar el impacto del proyecto. Junto a ello se realiza una muestra en audio video en donde se observa la evaluación.

Se realiza reunión de análisis y evaluación del proyecto, además de la aplicación de encuesta de satisfacción a una muestra de las familias beneficiarias.

➤ **5.- Evaluación técnica del proyecto.**

El equipo coordinador se reúnen para evaluar el cumplimiento de los objetivos propuestos por el proyecto “Acompañando con Amor” , este proceso se realizó en el periodo de un día, por medio del instrumento aplicado a las familias de los cuidadores que participaron, en donde se tabularon los antecedentes arrojados del instrumento, los cuales favorecieron el análisis, cumplimiento de los objetivos del proyecto , este análisis tiene relevancia ya que puede generar la posibilidad de promover esta iniciativa en su segunda etapa.

Las alumnas en práctica no participaron con el equipo de coordinadores del proyecto en la evaluación de éste. Se realiza reunión por parte del equipo organizador para evaluar el cumplimiento de los objetivos propuestos.

➤ **6.-Actividad de cierre**

Una vez finalizada todas las actividades del proyecto, cumplimiento de objetivos, actividades desarrolladas y su respectiva evaluación , se procede a planificar la actividad de cierre, en donde se entregaron los antecedentes que arrojó la evaluación del proyecto, en la cual se permitió un espacio de opinión y reflexión por parte de los organizadores y asistentes a la actividad, junto con ello se presentan a los voluntarios y se realiza un reconocimiento simbólico por su responsabilidad, participación, motivación y compromiso hacia las familias que ellos beneficiaron.

Para realizar esta actividad de cierre, se invita a todos los actores de la red social del Centro de Salud, donde se expusieron los resultados del proyecto, se entrega certificado por participación a voluntarios y familias beneficiadas.

CAPITULO IV

DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS PLANIFICADOS Y NO PLANIFICADOS DE LA EXPERIENCIA PRÁCTICA.

1.- Descripción del proceso de implementación de la Metodología de Evaluación utilizada.

Para la realización de la descripción de los resultados las alumnas utilizaron:

- ❖ **Modelo de Evaluación de Satisfacción**, ya que se recogió y se pondero el juicio y valoración de los beneficiarios directos e indirectos respecto al proyecto con la finalidad de mejorar las estrategias
- ❖ **Modelo de Evaluación Iluminativo**, porque a través de este, el facilitador propone el tema , que en este caso es el resultado de la experiencia y desde este relato se fue generando un insumo de información respecto a si efectivamente el proceso fue adecuado o no desde la percepción de los beneficiarios.

El instrumento de evaluación fue aplicado en la actividad de cierre del proyecto “Acompañando con Amor” y se aplicó al grupo de voluntarios, cuidadores y a las familias beneficiadas.

Cabe destacar que durante el proceso no se realizó evaluación de los objetivos y resultados de estos, como por ejemplo la evaluación de los talleres de capacitación, por lo cual esta situación se tomará para las alumnas como una debilidad en la aplicación del proyecto y aprendizaje para tener en consideración en otras futuras intervenciones.

Los registros utilizados y analizados por las alumnas que sirvieron para realizar el análisis antes expuesto fueron; Consentimientos informados, registros de actas de visitas domiciliarias, actas de reuniones, encuestas de satisfacción y relatos de los actores.

A. .- Análisis de Encuesta de Satisfacción.

- **Encuesta de Satisfacción aplicada a las familias beneficiarias:**

La encuesta de satisfacción de impacto a las familias fue aplicada a 31 familias beneficiadas, las que corresponde a un 77.5% de un universo de 40 familias inscritas,

el grado de satisfacción por parte de las familias encuestadas fue de 100% en relación a que consideraban que las visitas realizadas por los voluntarios les fueron beneficiosas. Al ser consultadas respecto a disminución en alguna medida de sus niveles de estrés, los resultados fueron: 91% responde positivamente y 9% sin respuesta; siendo la principal manifestación un mejoramiento en el estado anímico por parte de los cuidadores.

En torno a la consulta, si volverían a recibir voluntarios para continuar esta iniciativa, la respuesta fue: 100% estaba de acuerdo.(Anexos)

- **Encuesta de Satisfacción aplicada a voluntarios del proyecto “Acompañando con Amor”:**

La encuesta de satisfacción fue aplicada a los 11 integrantes del voluntariado dando como resultado que el 81% de los voluntarios seleccionados presentaron compromiso con las actividades planificadas e interés en permanecer en el grupo. Los voluntarios que expresaron no poder continuar se deben a problemas de salud. (Anexos)

Además cabe destacar que el 87% de los voluntarios encuestados se encontraban “muy de acuerdo” en relación a que los conocimientos entregados por el equipo coordinador del proyecto, manifiestan que esto les facilitó el proceso de acompañamiento con las familias, el 75% de los voluntarios encuestados consideraron también que la iniciativa respondió a sus expectativas y que estarían dispuestos a continuar en el grupo.

B. - Análisis de Modelo de Evaluación Iluminativo.

- **Análisis de evaluación de resultado respecto a las familias:**

Luego de analizar el relato de las familias beneficiarias se puede concluir que el principal aporte para ellas fue contar con espacios de acompañamiento y de Autocuidado proporcionado con mucho compromiso y vocación por los voluntarios y terapeutas. También se valora el acceso a insumos para mantener actividades de Autocuidado como aceites, música de relajación, Flores de Bach y otros, además de percibir la necesidad de que puedan generar espacio en su día para ellos mismos, como cuidadores y como personas que son. Creemos que esta experiencia contribuyó a fortalecer la valoración personal del cuidador y de su familia, incrementando su autoestima y visibilizando sus necesidades personales. Desde las familias entonces, el resultado valioso sería la calidad y calidez de la atención y desde los cuidadores el sentido de valoración personal.

Testimonio:

“Es increíble como hace falta que uno pueda conversar con otras personas y no estar pendiente sólo de la persona que está enferma... uno necesita estar al lado de otra persona que te escuche no más...que no nos cuestione... uno cae en la misma enfermedad de ellos... es súper importante que te golpeen la puerta y que te digan: Hoy la venimos a ver a Ud. y no al enfermo, porque al final uno se enferma también... a mí me encantaría que siguiera este proyecto... uno conversa, se ríe, y se desconecta, y se siente más aliviada, más relajada y ve que la vida tiene sentido... siento que hubo un cambio ... es verdad que si uno se da un tiempo empieza el día con otro ánimo... con mucho gusto que siguiera...” (Testimonio Cuidadora).

- **Análisis de evaluación de resultado respecto de los voluntarios:**

Dentro del análisis del relato de los voluntarios se rescata por parte de ellos el compartir con un grupo de personas distintas, con experiencias diversas, movilizadas por un mismo objetivo “ir en apoyo de los cuidadores”. Aprender de la vida y también recibir retroalimentarse de nuevas experiencias. Desarrollar habilidades sociales y emocionales y contribuir con su entorno y la comunidad. Desde los voluntarios entonces, el resultado del impacto generado fue la riqueza de generar identidad de grupo, fortalecer sus habilidades personales y aportar a su misma comunidad.

Testimonio:

“Yo en verdad salía todos los días después de las visitas a las familias con el corazón en las manos, con gratitud, con amor... comprendía la sutileza de la vida... como entregar la escucha, el cariño y en verdad me daba cuenta de que yo también necesitaba de esto... uno también necesita de ese amor... y en verdad lo que ellos nos proyectaban, todos... es la gran fortaleza que tenemos nosotros... y que la vida es así... es simple, es sutil... y que tenemos que aprender... lo único que nos mueve es el amor... a mí me abrieron los ojos, a una prisma distinta, de un amor distinto, de ver la vida diariamente de una forma distinta.” (Testimonio Voluntaria).

- **Análisis de evaluación de resultado respecto de los voluntarios terapeutas:**

Se desprende del relato de las terapeutas que el sentimiento y aporte que ellas expresan es de integración ya que sienten ser parte del equipo como valor agregado, manifestado en la posibilidad de poder integrar una nueva forma de intervención con personas y familias en salud. Refieren agradecimiento por esta oportunidad.

Testimonio:

“En todas las personas, vi mucho agradecimiento... estaban muy contentas en participar... estoy sumamente agradecida... pienso que fue un regalo para mí...les deseo que continúen con este proyecto y que puedan acompañar el resto del iceberg

porque este fue una puntita no más... son muchas las personas que necesitan ayuda. (Testimonio de Terapeuta).

- **Análisis de evaluación de resultado respecto a la comunidad:**

Se destaca como aporte para la comunidad la integración y el sentirse parte del equipo a través de la participación comunitaria, manifestado a través del trabajo coordinado con el Consejo de Desarrollo Local, como también el conformar un equipo de trabajo junto a los funcionarios del CESFAM Sur para trabajar en pro de la calidad de la salud.

Testimonio:

“Hemos logrado formar un equipo de trabajo entre funcionarios y los dirigentes vecinales que a su vez conformamos el Consejo de Desarrollo para la Salud del Sector Sur. Y eso habla bien, porque queremos ser colaboradores para ir mejorando cada día más la calidad de la salud.”(Testimonio del Presidente Consejo de Desarrollo).

- **Análisis de evaluación de resultado respecto de la Institución:**

La institución valoró el sensibilizar a los funcionarios y directivos en torno a entregar un trato humanizado y visibilizar las necesidades de las familias con integrantes postrados; además de la disminución en la demanda asistencial por parte de los cuidadores hacia los Equipos de Salud.

2.- Impactos generados por la intervención de manera directa.

Dentro del planteamiento del proyecto y como una de las causas para la realización del mismo, se identificó una alta demanda de parte de los cuidadores de pacientes postrados de horas psicológicas en el sector 1 del CESFAM sur, posteriormente a la intervención del proyecto “Acompañando con Amor” esta demanda se redujo significativamente, según relato de Trabajadora Social coordinadora del proyecto, por lo cual nos parece destacable relatar , ya que se puede deducir que la salud mental de los cuidadores presenta una notoria mejoría.

Desde la percepción de las alumnas en práctica los voluntarios del proyecto después de las capacitaciones y las visitas a los cuidadores, se muestran con conductas observables tales como, mejor disposición, motivación, alegría, positivismo, voluntad a realizarlas actividades, además expresan entusiasmo por parte de los cuidadores de recibir más visita de parte de los voluntarios y de parte de los voluntarios expresan la disposición de hacer más visitas de lo establecido.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y APORTES DEL TRABAJO SOCIAL EN EL CONTEXTO DE LA SISTEMATIZACION.

El aumento en la esperanza de vida en Chile, ha conducido a un incremento en la población del adulto mayor, quienes presentan una elevada prevalencia en enfermedades crónicas que en muchos casos puede ser invalidante (postración o dependencia), influenciado por las tendencias demográficas, condiciones de vida, estilos de vida saludables y características culturales, es por esta razón que cada vez más familias deben hacerse cargo de cuidar a sus familiares.

En Chile las Políticas Sociales de salud son implementadas por el Estado y se encuentran garantizadas por Constitución Política del Estado quien protege y garantiza el libre acceso, promoción, protección y recuperación de la misma, a través del Ministerio de Salud.

Es así que el Ministerio de Salud, promovió la implementación del “Programa De Atención Domiciliaria a Personas con Discapacidad Severa” cuya finalidad es brindar apoyo al cuidado domiciliario de personas de todas las edades con discapacidad severa o pérdida de autonomía, conocido con el nombre de Medida B6, que formo parte de las 36 acciones prioritarias definidas por el Gobierno durante el año 2006. Una de sus tareas de operacionalización apuntan a dar un plan de apoyo al cuidador de personas en situación de dependencia severa, como una manera de aportar al conocimiento de éste, a través de talleres de entrenamiento y/ o asesoramiento directo en el domicilio en técnicas de manejo básico y apoyo psicosocial.

Desde la perspectiva de la intervención como aporte de la presente sistematización realizada en el Centro de Salud Familiar Sur de nuestra ciudad , podemos concluir que el cuidado de las personas con dependencia severa no puede recaer sólo en un individuo, debe ser compartido con toda la familia, porque la carga y los costos que provoca son muy altos, y sólo se puede sobrellevar con la organización del trabajo familiar en forma igualitaria y equitativa; es aquí donde es fundamental el rol del Trabajo Social .

Esta problemática fue analizada por las alumnas desde la teoría Ecológica de Urie Bronfenbrenner, como herramienta explicativa del proceso de intervención , esta teoría refiere y propone que “La Teoría Ecológica está relacionada con la conducta del individuo, su desarrollo individual, familiar y social, el cual está influenciado de acuerdo al ambiente y entorno del sistema en el que se desenvuelve” Considerando que las familias son sistemas sociales, en la medida que un integrante de ésta, presente una

problemática, afectará el desarrollo de los demás sistemas ; es ahí donde debemos abarcar a la familia desde sus entornos y sus redes sociales , instituciones participantes ya que cualquier alteración en la estructura o función de alguno de ellos, influirá en todos y cada uno de los demás sistemas .

Unos de los ejes fundamentales en el desarrollo de la presente sistematización es el análisis del Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario el que permite una mirada holística de la intervención del trabajador social ya que este profesional cuenta con la espertiz y las herramientas necesarias para aportar al desarrollo de trabajo del equipo multidisciplinario con familias de personas postradas severas.

Cabe destacar que se pretende registrar el trabajo articulado dentro del Centro de Salud Familiar Sur con la participación activa de la comunidad , como apoyo social y factor amortiguador de la sobrecarga del cuidador informal pero también ratifica la necesidad de mejorar con respecto a esta realidad invisibilizada , ya que creemos que las políticas públicas y sociales deberían estar orientadas a la creación de programas más integrales los que involucren a todos los actores sociales , haciendo visible las verdaderas necesidades de los cuidadores informales .

El plan de apoyo al cuidador de personas con dependencia severa que existe en la Institución , principalmente consiste en la realización de visitas domiciliarias que realiza el equipo multidisciplinario de salud comunitaria, con intervenciones como socio educación, consejería, capacitación y entrega de estipendio , para mejorar las necesidades de los cuidadores, involucrando a familiares y activando redes de apoyo a estas personas con compromiso verdadero en la labor del cuidado; para que así se implementen estrategias a favor del cuidado familiar integral.

Es por tanto que el aporte que realizamos como futuras Profesionales de Trabajo Social, es sistematizar el proceso de formación de un grupo voluntariado para ir en apoyo a familias con usuarios que pertenecen al “Programa de Atención domiciliaria a Personas con Discapacidad Severa” del CESFAM Sur; brindando acompañamiento espiritual y terapias complementarias al cuidador y sus familias. De esta manera disminuir los niveles de estrés, acompañar en esta difícil etapa y brindar estrategias para favorecer una mejor la calidad de vida al cuidador y a su familia generando espacios de auto cuidado y así disminuir la sobrecarga.

Además consideramos que los principales aportes y aprendizajes de la experiencia sistematizada fue seguir un proceso lógico de prácticas iniciales , las que nos mostraron una realidad invisibilizada , ya que las Políticas Públicas y programas de

salud en nuestro país están enfocadas en el usuario dependiente y no en sus cuidadores, por lo cual uno de las motivaciones para la implementación de la formación de un grupo voluntariado, fue buscar posibles respuestas a las necesidades sentidas por las familias con integrantes dependientes y que no estaban siendo cubiertas por la canasta de prestaciones del CESFAM Sur, dado que los programas incluyen actividades con rendimientos específicos, lo que limita el tiempo para que el funcionario pueda prestar acompañamiento al paciente y sus familias. Es por ello que se incorporaron en este proceso los recursos y talentos disponibles en la misma comunidad, personas voluntarias, quienes además se sintieron beneficiadas indirectamente con esta iniciativa.

Otro aporte importante a mencionar en la implementación del proyecto “Acompañando con Amor” fue la formación del grupo de voluntarios para ir en ayuda de los cuidadores, observando en ellos motivación y cohesión grupal; destacando y visualizando la disponibilidad y apertura de los hogares por parte de las familias beneficiarias, la colaboración del Consejo de Desarrollo Local, el alto nivel de compromiso por parte del equipo coordinador y la disposición y respaldo por parte de la dirección en conceder los tiempos necesarios para coordinar, planificar, ejecutar, monitorear y evaluar dicha iniciativa por parte de los funcionarios de la institución.

De esta manera, el principal aprendizaje para nosotros como futuras profesionales, es que iniciativas como ésta pueden generar mayor integralidad en la atención de las personas y de sus familias, lo que es congruente con el enfoque de Salud Familiar y Comunitaria; en donde los talentos de la comunidad son valorados e integrados siendo ellos co-responsables en el proceso de sanación y de bienestar de su entorno. Observando además, por parte de algunos cuidadores, el proceso de concientización en torno a su rol y visibilización de este.

Las debilidades encontradas guardan relación con procesos administrativos, como información desactualizada en las carpetas familiares.

Consideramos que de esta manera que la iniciativa fue efectiva desde el punto de vista de la satisfacción generada y por los impactos proporcionados en la vida de los cuidadores beneficiarios. Desde el punto de vista de la sustentabilidad de la propuesta de intervención, se considera que es una práctica viable, efectiva, eficiente y sostenible, ya que no implica mayores gastos, puesto que ya su mayor recurso se encuentra disponible en la misma comunidad y es de carácter voluntario, además replicable por otras instituciones de salud a nivel de local o nacional.

La propuesta es atingente al Modelo de Salud Familiar y Comunitaria ya que viene a

generar capital social y participación en los procesos de promoción en salud.

En cuanto a los objetivos del Trabajo Social, moviliza los recursos institucionales y humanos, facilitando el bienestar de las personas, desarrollando sus competencias para que puedan ser protagonistas de sus procesos de reorganización, necesarios para favorecer la dinámica familiar y, por ende, un contexto apropiado para la calidad de vida de los pacientes del CESFAM Sur.

VI.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BIANCHI ELISA (Compiladora).” El Servicio Social como Proceso de Ayuda”. pág. 13, Paidós 1º, edición España, 1994.

BRONFENBRENNER, U. (1987). La ecología del desarrollo humano .Cognición y Desarrollo Humano. España: Paidós.

CARMEN G. HIDALGO C., EDUARDO CARRASCO B. Salud Familiar: Un modelo de Atención Integral en la Atención Primaria. Ediciones Universidad Católica de Chile.

DIAGNOSTICO COMUNITARIO DE SALUD, Centro de Salud Familiar Sur, Iquique. 2012.

GOBIERNO DE CHILE, MINISTERIO DE SALUD , SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES, DIVISION DE ATENCION PRIMARIA ,DEPARTAMENTO DE DISEÑO Y ATENCION APS: “Manual de apoyo a la implementación de modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario en establecimiento de atención primaria : dirigido a equipos de salud de atención primaria “ . Santiago Chile. Primera Edición. Enero 2008.

HUENCHUÁN SANDRA y GUZMAN, J.M. “Políticas hacia las familias con personas mayores: el desafío del derecho al cuidado en la edad avanzada”, en: “Políticas hacia las familias, protección e inclusión social”, Series CEPAL Seminarios y Conferencias, N° 46, Octubre 2013.

HUENCHUÁN SANDRA y GUZMAN, J.M. “Políticas hacia las familias con personas mayores: el desafío del derecho al cuidado en la edad avanzada”, en: “Políticas hacia las familias, protección e inclusión social”, Series CEPAL Seminarios y Conferencias, N° 46, Octubre 2005.

INFORME DELA SALUD EN EL MUNDO 2008. “La atención primaria de salud, más necesaria que nunca” M. CHAN. Directora general de la OMS. Octubre 2008.

MINSAL SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES 2008. “En el camino a centro de salud familiar”

MINISTERIO DE SALUD. (2011).

Orientaciones para la Planificación y Programación en Red. Santiago: MINSAL.

NIDIA AYLWIN A, MARIA OLGA SOLAR S. Trabajo Social Familiar. Cuarta Edición Santiago – Chile. Editorial Universidad Católica de Chile .Enero 2002.

NORMA DE CUIDADORES DOMICILIARIOS DE PERSONAS QUE SUFREN DISCAPACIDAD SEVERA, Julio 2006, División Prevención y Control de Enfermedades Departamento Ciclo Vital: Programa Adulto Mayor Unidad de Discapacidad y Rehabilitación

PARLETT Y HAMILTON, Modelo de Evaluación Iluminativa., Referencia Cátedra Universidad Arturo Prat.

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, Minsal, 2014.

PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEVERA, División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

S.J TAYLOR; RBOGDAN. "Introducción a los métodos cualitativos de Investigación". Bs.As Argentina. Editorial Paidós 1987.

SENADIS. (2004). Estudio Nacional de Discapacidad. Santiago: Ministerio de Desarrollo Social.

SERVICIO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR (SENAMA). (2012). Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile 2012 - 2025. Santiago de Chile: SENAMA - Ministerio de Desarrollo Social.

UNIVERSIDAD DE CHILE; SENAMA. (2011). Segunda Encuesta Nacional: Inclusión y exclusión del adulto mayor en Chile. Opiniones, expectativas y evaluaciones de la población chilena sobre las diferentes modalidades de inclusión y exclusión de las personas adultas mayores. Santiago, Chile: SENAMA.

XIMENA ERAZO, VICTOR ABRAMOVICH, JORGE ORBE, Políticas públicas para un Estado social de derechos, El paradigma de los derechos universales. vol II.

-REFERENCIA ELECTRONICAS

BIBLIOTECA NACIONAL DEL CONGRESO DE CHILE. <http://www.bcn.cl>

CORPORACION MUNICIPAL DE DESARROLLO SOCIAL IQUIQUE. Reglamento Interno. Iquique, octubre 2008. <http://www.cormudesi.cl>.

DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA E INFORMACION EN SALUD. Obtenido de <http://www.deis.cl>.

FONDO NACIONAL DE SALUD. <http://www.fonasa.cl> .

GIRALDO MOLINA, CLARA INES Y FRANCO AGUDELO, GLORIA MARIA “Calidad de vida de los cuidadores familiares”. Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Medellín Colombia. <http://www.scielo.org.co/scielo> .

SERVICIO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR. <http://www.senama.cl>

MINISTERIO DE SALUD. <http://www.minsal.cl>.

ANEXOS

ANEXO 1.-

“PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEVERA”

I. ANTECEDENTES:

El Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Discapacidad Severa, constituye una estrategia sanitaria, que comenzó a ser ejecutada a nivel país desde el año 2006 a la fecha en los establecimientos de Atención Primaria dependiente de los Municipios, y en aquellos que dependen directamente de los Servicios de Salud

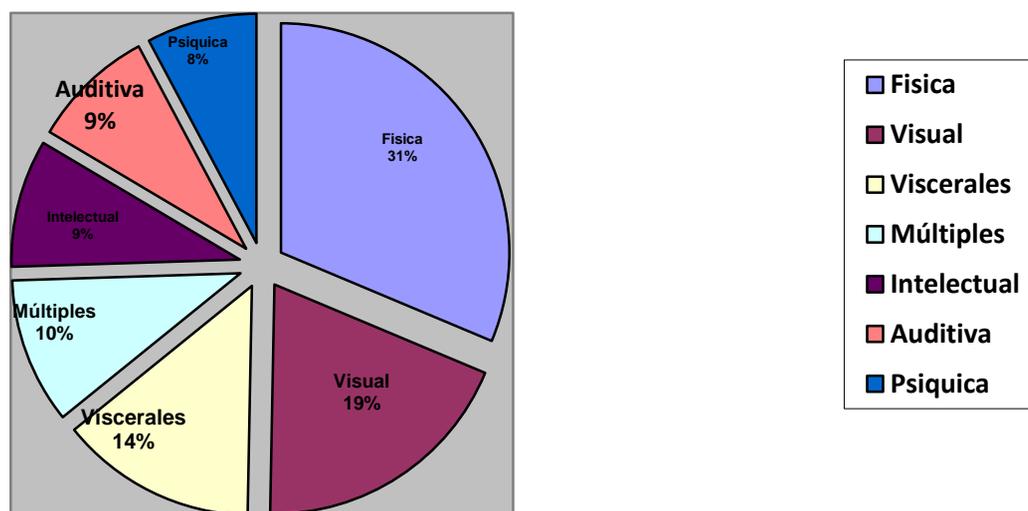
Este programa, propende la expansión de una red de cobertura estatal hacia las personas y familias que se encuentren en el rango de pobreza e indigencia.

De acuerdo a un estudio de prevalencia realizado por el Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS) en el año 2004, se establece que en Chile 2.068.072 chilenos presenta algún tipo de discapacidad, lo que corresponde a un 12,9% de la población del país.³⁰

El estudio antes mencionado, refiere que 1 de cada 8 chilenos tiene discapacidad. Según el grado de discapacidad se observa que del total de 12,9% de la población con discapacidad del país, un 7,2% corresponde a discapacidad leve (1.150.133 personas), un 3,2% a discapacidad moderada (513.997 personas) y un 2,5% discapacidad severa (403.942 personas).

En cuanto a los tipos de discapacidades, la discapacidad física constituye el mayor porcentaje, representando un 31,2% de total de discapacidades; la segunda causa corresponde a la discapacidad visual con un 19%; luego discapacidad por causas viscerales (daños graves de alguno de estos sistemas: respiratorio, digestivo, cardiovascular, endocrino) con un 13,9%; discapacidad múltiple 10,7%; discapacidad intelectual 9%; discapacidad auditiva 8,7%; y finalmente, discapacidad psíquica 7,8%.

Gráfico N° 1: % Tipos de Discapacidad



Fuente: Resultado Nacional. Prevalencia de Personas con Discapacidad en Chile. 2004. Fondo Nacional de la Discapacidad.

³⁰ Resultado Nacional. Prevalencia de Personas con Discapacidad en Chile. 2004. Fondo Nacional de la Discapacidad

En cuanto a la discapacidad por sexo, este estudio reveló que las mujeres sufren en mayor medida de alguna discapacidad.

Considerando el total de la población: 15.998.873, correspondiendo al 100%; 1.204.574 son mujeres con discapacidad (58,2%), mientras que hombres con discapacidad corresponde a 863.496 (41,8%).

Discapacidad Según Sexo

SEXO	CON DISCAPACIDAD	%	POBLACIÓN TOTAL	%
Hombres	863.496	41,8%	7.866.343	49,5%
Mujeres	1.204.574	58,2%	8.072.430	50,5%
TOTAL	2.068.072	100%	15.998.873	100%

Fuente: Resultado Nacional. Prevalencia de Personas con Discapacidad en Chile. 2004. Fondo Nacional de la Discapacidad.

De acuerdo al porcentaje de hogares con al menos una persona con discapacidad, el estudio señala que en Chile el 65,4% de Hogares no tiene integrantes con discapacidad, sin embargo, un 34,6% de los hogares sí cuenta con al menos una persona con discapacidad.

En cuanto a los grupos etarios, el estudio reveló que el tramo entre 15 – 64 años, se encuentra el mayor N° de personas que sufren alguna discapacidad. Este grupo, corresponde a personas en edad de realizar actividades en el ámbito académico y productivo, por lo cual no es menor, si pensamos, que este segmento demanda servicios y por ende, la existencia de dispositivos en la Red que den respuesta a sus necesidades.

Es así, que es indispensable el trabajo integral de las distintas instituciones que trabajan el tema de la discapacidad, ya que se debe de proveer de servicios integrales a las personas y familias, más aún en aquellos segmentos de mayor vulnerabilidad económica y social.

Personas con Discapacidad según Edad

GRUPO DE EDAD	PERSONAS CON DISCAPACIDAD	TASA (Persona con Discapacidad) x 100 con	Población Total
0-15	117.453	3.2	3.644.341
15-64	1.225.308	11.4	10.684.509
65 y más	725.311	43.4	1.670.023
TOTAL	2.068.072	12.9	15.998.873

Fuente: Resultado Nacional. Prevalencia de Personas con Discapacidad en Chile. 2004. Fondo Nacional de la Discapacidad.

Según situación socioeconómica de las personas con discapacidad en Chile, el estudio señala que 1 de cada 5 vive en condición socioeconómica baja; 1 de cada 8 personas de condición socioeconómica media presenta discapacidad; 1 persona con discapacidad por cada 21 personas de condición socioeconómica alta. (Ver Tabla)

PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEGÚN CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA				
Según Condición Socioeconómica	Condición Socioeconómica	Personas con Discapacidad	con %	TOTAL POBLACIÓN / %
Condición Socioeconómica Baja		817.158	39,5%	4.076.603 (25,5%)
Condición Socioeconómica Media		1.145.836	55,4%	9.723.576 (60,8%)
Condición Socioeconómica Alta		10.078	5,1%	2.198.694 (13,7%)
TOTAL		2.068.072	100%	15.998.873 (100%)

El estudio refiere que del 100%, el 75,7% recibe atención en el Sector Público, mientras que el 24,3% recibe atención en el Sector Privado.

De acuerdo a lo anterior, es imprescindible la articulación y desarrollo de estrategias en la Red, por lo cual, Ministerios, Servicios y Municipios, como la Sociedad Civil, deben planificar actividades pertinentes y necesarias, con el propósito de mejorar la calidad de vida de la persona con discapacidad y de su grupo familiar.

II. FUNDAMENTACIÓN:

La Atención Domiciliaria a Personas con Discapacidad Severa, corresponde a una estrategia que ejecutan los Equipos de Salud de los establecimientos de Atención Primaria del país, tanto Municipales, como aquellos dependientes de los Servicios de Salud.

De acuerdo a estudios realizados, específicamente del Fondo Nacional de la Discapacidad en el año 2004, señala que en Chile, existen 2.068.072 personas con discapacidad. Esta cifra resulta significativa, si pensamos que de ellos el 75,7% realiza sus atenciones y demanda servicios en el sector público, en cuanto sólo el 24,3% lo realiza en el sector privado.

De lo anterior, se desprende la importancia que cobran los Equipos de Salud de la Atención Primaria de nuestro país, donde deben brindar atención a un grupo de personas que presenta algún grado de discapacidad, y que de acuerdo a su prevalencia, la tendencia está en aumento.

Es así, que los equipos locales, deban de proveer servicios acorde a sus necesidades, instalando dispositivos para satisfacer sus requerimientos y así propender a mejorar su calidad de vida.

Es importante destacar la corresponsabilidad que el grupo familiar debe asumir en los cuidados y atenciones de las personas discapacitadas, por lo cual, el Equipo de Salud, deberá entregar las herramientas necesarias a las familias, para el manejo de los pacientes, y por otro lado, la familia comprometerse en este proceso.

III. PROPÓSITO:

El Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Discapacidad Severa, está dirigido a todas aquellas personas que sufran algún grado de discapacidad: física, psíquica o multidéficit; y por otro lado, a preparar a las familias que cuidan a este tipo de pacientes, entregando acciones de salud integrales, cercanas y con énfasis en la persona, su familia y entorno; considerando aspectos curativos, preventivos y promocionales con enfoque familiar y de satisfacción usuaria, para mejorar así, su calidad de vida.

Lo anterior se basa en la corresponsabilidad que el grupo familiar debe asumir en los cuidados y atenciones de las personas discapacitadas, por lo cual, el Equipo de Salud, deberá

entregar las herramientas necesarias a las familias, para el manejo de los pacientes, y por otro lado, la familia comprometerse en este proceso

IV. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA:

a) Objetivo General:

Otorgar a la Persona con Discapacidad Severa, Cuidador y Familia una atención integral en su domicilio, en el ámbito físico, emocional y social, mejorando su calidad de vida, potenciando así su recuperación y/o autonomía.

b) Objetivos Específicos:

- Atender de manera integral a personas que presentan Discapacidad Severa, considerando las necesidades psicosociales del paciente y su familia.
- Entregar a Cuidadores y Familia, las herramientas necesarias para asumir el cuidado integral de la Persona con Discapacidad Severa.
- Reconocer el trabajo de los Cuidadores de las Personas con Discapacidad Severa, entregándoles capacitación y apoyo monetario si cumplen con los criterios de inclusión.
- Resguardar la continuidad y oportunidad de atención en la Red Asistencial, realizando las coordinaciones oportunas en caso que el usuario requiera ser derivado.
- Mantener registro actualizado de las personas con Discapacidad Severa en página Web.

V. COMPONENTES:

La Atención Domiciliaria es definida como “el conjunto de acciones de carácter sanitario que se realiza en el domicilio, para atender los problemas de salud de las personas que se encuentran en situación de discapacidad severa física y/o psíquica, reversible o irreversible, sin límite de edad.

La Discapacidad Severa corresponde a “cualquier disminución en las capacidades físicas, psíquicas o de relación con el entorno que implique la dependencia de terceras personas, para ejecutar actividades de la vida cotidiana” de cualquier grupo atareo. Por lo tanto, son aquellas personas que ven gravemente dificultada o imposibilitada la realización de sus actividades cotidianas requiriendo del apoyo o cuidados de una tercera persona y que no logran superar las barreras del entorno.

En función de lo anterior, todo paciente que presente Discapacidad Severa tanto física, psíquica o multideficit, serán beneficiarios de las acciones del Equipo de Salud de su Centro de Salud de APS (Atención Primaria de Salud) debiendo estar inscritos en él y ser beneficiarios del Sistema Público de Salud.

La Atención Domiciliaria es una actividad que realiza el Equipo de Salud en forma independiente a la edad de la persona afectada y necesariamente incorpora a los demás integrantes de la familia y agentes comunitarios como cuidadores y protectores de la salud. La metodología utilizada se complementa con una visión biopsicosocial, integral y familiar, de acuerdo al Modelo de Atención con Enfoque Familiar.

La Atención Domiciliaria a Personas con Discapacidad Severa, se divide en dos componentes:

- a) Visita Domiciliaria Integral (VDI): Este componente se encuentra en operación en todas las comunas del país y establecimientos dependientes de Servicios. Durante el año 2008 fue incorporado al Aporte Estatal, mediante el mecanismo Per Cápita, para las Comunas con Salud Municipal. Para las comunas de Costo Fijo a partir del 2011, será financiado a través del incremento de su financiamiento histórico. Por tanto, sólo los establecimientos dependientes del Servicio de Salud recibirán aporte por este programa de reforzamiento de Atención Primaria.
- b) Pago a Cuidadores de Personas con Discapacidad Severa: corresponde a un apoyo monetario dirigido a los Cuidadores de Personas con Discapacidad Severa y/o Pérdida de Autonomía y que se encuentran en el rango de pobreza y/o indigencia.

Estrategias:

1. Visita Domiciliaria Integrales en domicilio de Paciente.
2. Reducir el N° de Pacientes con escaras.
3. Cuidadores de Pacientes con Discapacidad Severa capacitados que reciben apoyo monetario.
4. Registro actualizado mensual en Página Web.

VI. PRODUCTOS ESPERADOS:

Otorgar a la persona con Discapacidad Severa, Cuidador y Familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.

Productos

- Atender en forma integral, considerando el estado de salud de la Persona con Discapacidad Severa que afecta la realización de las actividades básicas de la vida diaria, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.
- Entregar a Cuidadores y Grupo Familiar, las herramientas necesarias, para asumir el cuidado integral del paciente.
- Reconocer el aporte del trabajo de Cuidadores en los cuidados de las Personas con Discapacidad Severa –y que cumplan con los criterios de inclusión-. Este reconocimiento, está asociado a Pago a Cuidadores, cuyo monto se define anualmente.
- Coordinar la continuidad y oportunidad de atención de la persona en la Red Asistencial.
- Mantener registro actualizado en página web.

VII. MONITOREO Y EVALUACIÓN:

En el proceso de monitoreo y evaluación es importante considerar la responsabilidad que le compete al Gestor de Red en la coordinación de la Red Asistencial.

Al respecto se recomienda:

- Trabajar en el Consejo Integrador de la Red Asistencial (CIRA), la continuidad de atención de los usuarios en la Red, incorporando a este Consejo a los equipos

técnicos de los Servicios de Salud encargados de los temas, para definir claramente los criterios de referencia y contra referencia.

- Incorporar las actividades del Programa a la planificación del establecimiento, identificando claramente la brecha de atención existente para cada una de las prestaciones, conforme a la oferta y demanda (explícita y oculta).

En relación al Sistema de registro de este Programa, el Servicio de Salud estará encargado de:

- Mantener un registro rutificado de las personas atendidas en el Programa.
- Mantener actualizada mensualmente registro en página web: <http://discapacidad-severa.minsal.cl>

Evaluación:

Se realizarán tres evaluaciones durante la ejecución del Programa, en función de los indicadores establecidos y sus medios de verificación.

- **La primera evaluación**, se efectuará con corte al día 31 de Mayo.
- **La segunda evaluación:** Se efectuará con corte al 31 de Agosto del año en curso. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de Octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 60%, de acuerdo al siguiente cuadro para las visitas integrales domiciliarias:

PORCENTAJE CUMPLIMIENTO DE METAS POR COMPONENTE	PORCENTAJE DE DESCUENTO DE RECURSOS 2ª cuota del 40%
60,00 %	0 %
Entre 50,00 % y 59,99 %	50 %
Entre 40,00 % y 49,99 %	75 %
Menos del 40 %	100 %

Para el Pago a Cuidadores de Personas con Discapacidad Severa, la evaluación se efectuará en Octubre con corte a Agosto, con la información registrada en la plataforma web, con dicha evaluación se verificará que los cupos asignados inicialmente a las comunas se estén utilizando, en caso de detectar déficit o superávit, se realizará el ajuste correspondiente de acuerdo con los recursos disponibles, para realizar dicho ajuste se mantendrán los cupos fijos para los meses de Septiembre a Diciembre, de acuerdo con la información de Agosto. Frente a lo anterior se deberán modificar los convenios vigentes.

- **La tercera evaluación** y final, se efectuará al 31 de Diciembre, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas.

El grado de incumplimiento anual, tanto en las actividades programadas y retraso en registro en página web, serán considerado en la asignación de recursos del año siguiente.

Informe de Cumplimiento y Reliquidación:

Para aquellas comunas que administren Salud Municipal o Establecimientos Dependientes del Servicio de Salud, que no alcancen a cumplir con sus prestaciones proyectadas, el excedente de recursos podrá redistribuirse en el mes de Octubre hacia aquellas comunas y establecimientos dependientes de mejor cumplimiento en la evaluación

con corte al 31 de Agosto del año correspondiente (de acuerdo al último registro en página Web).

En el caso de Comunas o Establecimientos Dependientes, que reciben recursos adicionales, como parte de la redistribución que se realice en Octubre, tendrán plazo hasta el 31 de Diciembre del año en curso, para finalizar su ejecución.

Cada Servicio de Salud, deberá informar a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, acerca del cumplimiento del Programa en las fechas establecidas, lo anterior según el siguiente esquema:

- a) A través de página Web
- b) Ingreso al Registro Estadístico Mensual (REM)

Detalle:

- a) A través de página Web: http://discapacidad_severa.minsal.cl

Fecha de Corte	Fecha de Información de las Comunas o Establecimientos dependientes a la Dirección del Servicio de Salud	Fecha de Información de las del Servicio de Salud a la Subsecretaría de Redes Asistenciales
31 de Mayo	22 Junio	30 Junio
31 de Agosto	22 Septiembre	30 Septiembre
31 de Diciembre	25 Enero	30 Enero

La información anterior, será consolidada a nivel de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y se emitirán informes de cumplimiento de acuerdo a las instrucciones que emita el Subsecretario de Redes Asistenciales. El Departamento de Gestión de Servicios de Salud será responsable de revisar con cada Servicio de Salud los motivos del incumplimiento y establecer estrategias de mejora.

- b) Ingreso al Registro Estadístico Mensual (REM) A 26:

Fecha de Corte	Fecha de cierre Estadístico DEIS*
31 de Mayo	22 Junio
31 de Agosto	22 Septiembre
31 de Diciembre	25 Enero

La información de prestaciones realizadas deberá estar ingresada en REM A26 a la fecha de cierre del Departamento de Estadísticas e Información en Salud DEIS.

En el caso del subcomponente de Pago a Cuidadores, se debe considerar:

- Los Municipios deberán realizar el proceso de cierre de mes antes del día 5 de cada mes a través del sistema de registro de cuidadores de pacientes postrados localizado en http://discapacidad_severa.minsal.cl.
- No obstante, durante los dos primeros meses del año (Enero y Febrero) funcionará en forma paralela a este registro, el envío de planillas a cada Servicio de Salud, con el propósito de permitir la actualización completa de las bases de datos comunales.
- Los Servicios de Salud, a su vez, deberán validar la información ingresada por las comunas realizado el cierre de mes antes del día 8 de cada mes a través del sistema de registro de cuidadores de paciente postrados localizado en

http://discapacidad_severa.minsal.cl. No obstante, durante los dos primeros meses del año (Enero y Febrero) funcionará en forma paralela a este registro, el envío de las planillas consolidadas al nivel central.

- Los Servicios de Salud, deberán evaluar una vez al año el cumplimiento del Programa, mediante Auditoria en domicilio, del 7% de su población bajo control que recibe beneficio de pago.

VIII. INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Indicadores Atención Domiciliaria a Pacientes con Discapacidad Severa

Nombre Indicador	Numerador	Denominador
1) Cuidados domiciliarios por paciente	(Número de visitas realizadas en domicilio por paciente)	Nº visitas programadas en domicilio por paciente
2) Población con Discapacidad Severa atendidos en el Programa por tipo de paciente sexo y edad	Existencia al corte de la población bajo control por sexo y edad	
3) Proporción de pacientes con escaras	Nº de pacientes escarados	/Número de personas atendidas en el programa)* 100
4) Cuidadores Capacitados que reciben pago	Nº de Cuidadores capacitados que reciben pago	/Nº total de cuidadores que reciben pago
5) Registro actualizado en Página Web	Nº de Cupos utilizados por Servicio de Salud registradas en planilla web+cupos estimados para completar año.	Nº de Cupos Comprometidos por Servicio de Salud Beneficiarias.

Observación: solo los indicadores 1 y 5 serán utilizados para la reliquidación del Programa.

IX. FINANCIAMIENTO:

▪ Establecimientos de Dependencia del Servicio de Salud:

El Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, glosa 01 y tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este Programa entre los meses de Enero a Diciembre de cada año, de acuerdo al marco presupuestario asignado.

Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente la definición de objetivos, metas a lograr e indicadores, estrategias, beneficiarios legales y localización (Servicio de Salud y establecimientos dependientes).

El Ministerio de Salud, a través de la Dirección de los respectivos Servicios de Salud, asignará a los establecimientos dependientes mediante un convenio, los recursos correspondientes destinados a financiar las actividades específicas de este Programa.

El gasto que irroque el Programa deberá ser imputado al ítem 21 y/o 22, según corresponda.

Los recursos para las Visitas Integrales domiciliarias, serán transferidos a los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas (60% - 40%), la 1º cuota contra total tramitación del convenio y resolución aprobatoria y la 2º cuota en octubre contra el grado de cumplimiento, de acuerdo a la siguiente tabla:

Porcentaje cumplimiento de Metas de Programa	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del 40%
60,00%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	50%
Entre 40,00% y 49,99%	75%
Menos del 40%	100%

▪ **Establecimientos de Dependencia Municipal:**

El Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, asociada al Subtítulo 24 03 298 "Transferencias Corrientes" Ley N° 19.378, glosa 02 y tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este Programa entre los meses de Enero a Diciembre de cada año de acuerdo al marco presupuestario asignado.

Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente la definición de objetivos, metas a lograr e indicadores, estrategias, beneficiarios legales y localización (Servicio de Salud, comuna y establecimientos).

Los recursos serán transferidos por el Servicio de Salud en cuotas, en representación del Ministerio de Salud.

El Ministerio de Salud, a través de los respectivos Servicios de Salud, asignará a los Municipios mediante un convenio, los recursos correspondientes destinados a financiar las actividades específicas de este Programa.

El gasto que irroque el Programa deberá ser imputado al ítem 24 03 298 06.

Los recursos para el Pago a Cuidadores de Personas con Discapacidad Severa serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en 12 cuotas iguales, a contar de la total tramitación del convenio y resolución aprobatoria, sin embargo, se realizará una evaluación en Octubre con corte a Agosto con la información registrada en la plataforma web, con dicha evaluación se verificará que los cupos asignados inicialmente a las comunas se estén utilizando, en caso de detectar déficit o superávit, se realizará el ajuste correspondiente de acuerdo con los recursos disponibles, para realizar dicho ajuste se mantendrán los cupos fijos para los meses de Septiembre a Diciembre, de acuerdo con la información de Agosto. Frente a lo anterior se deberán modificar los convenios vigentes.

Asimismo respecto de las transferencias de recursos, el Servicio de Salud deberá verificar a lo menos trimestralmente en la comuna, el correcto pago a los cuidadores de las personas con discapacidad severa, en cuanto a valores pagados y oportunidad en la entrega del beneficio. En caso de detectar inconformidades en dichas verificaciones, el Servicio de Salud tendrá la facultad de retener los pagos mensuales, hasta que la comuna regularice su situación.

ANEXO 2.-

CONSENTIMIENTO FAMILIAR

CENTRO DE SALUD FAMILIAR SUR
IQUIQUE – CHILE

CONSEJO DE DESARROLLO LOCAL
CESFAM SUR

CONSENTIMIENTO FAMILIAR

Yo,

RUT

DOMICILIADO(A) EN

Tengo interés en que mi familia participe en el proyecto "FORTALECENDO EL AUTOCUIDADO DE FAMILIAS CON INTEGRANTES EN EL PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA", a través de la acogida de voluntarios y terapeutas complementarias en mi domicilio, con el fin de recibir acompañamiento voluntario.

Tengo interés en que mi familia participe en el proyecto "FORTALECENDO EL AUTOCUIDADO DE FAMILIAS CON INTEGRANTES EN EL PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA", a través de la acogida de voluntarios y terapeutas complementarias en mi domicilio, con el fin de recibir acompañamiento voluntario.

.....
FIRMA FAMILIA

Iquique, de 2012

.....
FIRMA FAMILIA

ANEXO 3.-

CONTENIDO TRIPTICO INFORMATIVO ENTREGADO A USUARIOS DEL CESFAM SUR.

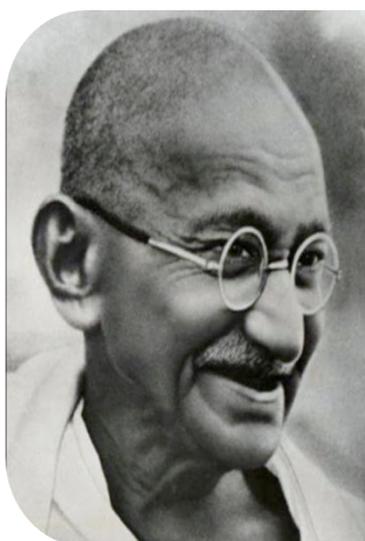
PROYECTO "ACOMPAÑANDO CON AMOR" "Fortalecer el Autocuidado de Familias con Integrantes en el Programa de Atención Domiciliaria"

VOLUNTARIADO ACOMPAÑANDO CON AMOR

Es una iniciativa del Consejo de Desarrollo Local del Centro de Salud CESFAM Sur, junto a los funcionarios del referido CESFAM, en conformar un grupo de voluntariado cohesionado, emocionalmente estable, motivado y que pueda mantenerse en el tiempo con el fin de **entregar escucha activa, compañía y amor a cuidadores de personas con dependencia** y que se encuentran ingresados en el Programa de Cuidados Domiciliarios de nuestro CESFAM.

Este proyecto se encuentra funcionando desde el año 2012, con un grupo de 09 voluntarios quienes acompañaron 40 familias beneficiarias. Como favorecedor de esta iniciativa, se postuló un fondo concursable a través del Fondo de Iniciativas Locales lo que posibilitó la compra de materiales de oficina e implementos para su desarrollo.

Actualmente, tenemos el objetivo de acompañar a 76 familias beneficiarias y la ampliación de voluntarios para un total de 14 voluntarios. Se adjudicó para este año Fondos a través del Fondo Mixto de Apoyo Social (Ministerio de Desarrollo Social).



La vida es como
un espejo:
Si sonrío,
el espejo me
devuelve la
sonrisa.
La actitud que
tome frente
a la vida,
es la misma
que la vida
tomará ante mí.

CONTACTOS

Centro de Salud Familiar Sur, Iquique.

Dirección: Playa El Águila S/N

e-mail: usocialcesfamsur@gmail.com

Fono: 2573646

Consejo de Desarrollo Centro de Salud
Sector Sur.

e-mail: consejodesarrollosur@gmail.com



“FORTALECER EL AUTOCUIDADO DE FAMILIAS CON INTEGRANTES EN EL PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA”

Consejo de Desarrollo Centro de Salud Sector Sur



Objetivos

- Generar una instancia de voluntariado, con el fin de brindar acompañamiento espiritual y actividades de terapias complementarias, destinado a las familias con integrantes que presentan condición de dependencia y pertenecen al Programa de Cuidados Domiciliarios del CESFAM Sur de Iquique. Además de ser una oportunidad para personas que cuentan con disponibilidad de tiempo y motivación para solidarizar con el prójimo.
- Fortalecer el autocuidado en familias que presentan personas ingresadas en el Programa de cuidados domiciliarios.



Público Objetivo:

Familias con integrantes que presenten condición de dependencia (leve, moderado, severo y/o grave) y que pertenecen al Programa de Cuidados Domiciliarios del CESFAM Sur de Iquique.

En su mayoría son familias de escasos recursos, con integrantes dependientes severos de variadas edades, (desde los 3 años de edad), sexo y religión, quienes se encuentran a cargo del cuidado de un familiar directo o indirecto, no remunerado, con antecedentes de sobrecarga y/o síndrome de estrés del cuidador y con interés en recibir acompañamiento.

Cobertura

La etapa actual de continuidad de proyecto “Acompañando con amor” contempla la inserción de 76 familias beneficiarias.



Actores de la Iniciativa

- Familias Beneficiarias;
- Grupo de voluntariado;
- Profesionales colaboradores;
- Terapeutas Complementarias;
- Coordinadores;
- Consejo de Desarrollo Local.

Modalidad de Intervención

- Visitas Domiciliarias de Acompañamiento.
- Apoyo Espiritual;
- Terapias Complementarias;
- Educación;
- Otros.

Trabajo coordinado entre voluntarios y coordinadores de la iniciativa.

Requisitos para participar como Voluntario (a):

- Interés en desarrollar actividad voluntaria;
- Contar con tiempo disponible para capacitación y visitas domiciliarias;
- Disposición en participar de actividades propias del proceso de selección;
- Contar con ingrediente indispensable “amor”

ANEXO 5.-

**ENCUESTA DE SATISFACCION DIRIGIDAS A LOS
VOLUNTARIOS PARTICIPANTES DEL PROYECTO**

Estimado (a) Voluntario (a),

Con el objetivo de evaluar el grado de satisfacción en torno al proyecto “Acompañando con amor” favor responder las siguientes preguntas:

SEXO: () F () M

	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO
1 - Cree Ud. que los conocimientos entregados por el equipo coordinador del proyecto, les facilitó el proceso de acompañamiento con las familias?			
2 - ¿Se sintió Ud. cómodo con el equipo de voluntarios conformado?			
3 - Como evaluaría Ud. el servicio de movilización?			
3- Considera Ud. que los materiales de apoyo e insumos entregados fueron suficientes para su buen desempeño con las familias?			
4 - Cree Ud. que fue importante la actividad de autocuidado realizada?			
5 - ¿Se sintió Ud. conforme con la actividad de inauguración realizada?			
6 - Como evaluaría Ud. la acogida de las familias?			
7 - Cree Ud. que las visitas domiciliarias realizadas fueron suficientes para entregar apoyo emocional y/o espiritual a los cuidadores y sus familias?			
8 -Considera Ud. Que los cuidadores y sus familias presentan sobrecarga?			
9 - Ha respondido el proyecto acompañando con amor a sus expectativas?			
10 - Estaría dispuesto a continuar su participación voluntaria en el proyecto acompañando con amor?			

ANEXO 6.-

Registros fotográficos del proceso del proyecto “Acompañando con Amor”



LANZAMIENTO DEL PROYECTO “ACOMPAÑANDO CON AMOR”

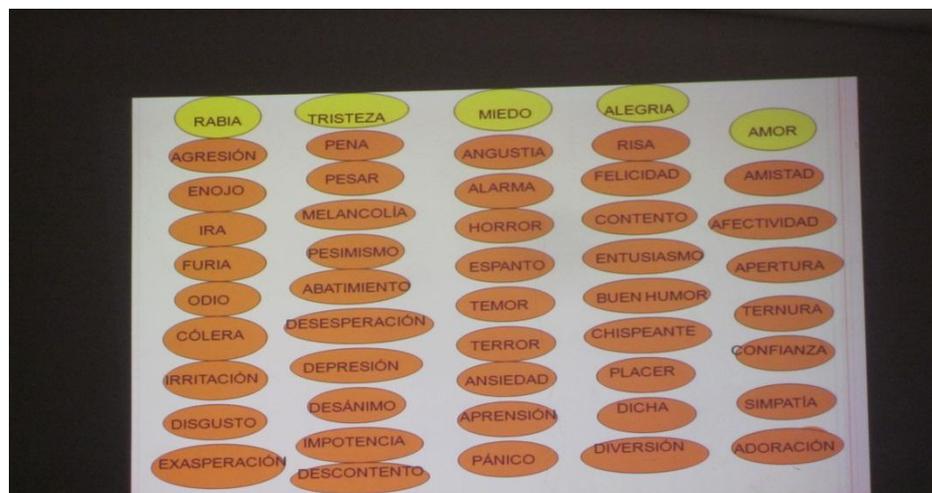




TALLERES DE CAPACITACION DEL PROYECTO “ACOMPAÑANDO CON AMOR”



DINAMICAS GRUPALES DEL PROYECTO “ACOMPAÑANDO CON AMOR”



**ACTIVIDADES DE TERAPIAS COMPLEMENTARIAS PARA
VOLUNTARIOS DEL PROYECTO” ACOMPAÑANDO CON
AMOR”**



ACTIVIDADES DE INAGURACION DEL PROYECTO “ACOMPAÑANDO CON AMOR”



ACTIVIDADES DE CIERRE DEL “PROYECTO ACOMPAANDO CON AMOR”



