

## **PERSPECTIVA PARA DEFINIR EL ROL DEL TRABAJO SOCIAL EN SALUD**

**Este trabajo se originó en el Seminario sobre Servicio Social en Salud, dirigido por Mónica Jiménez y Mónica Poblete, docentes de la Escuela Trabajo Social U. C. Colaboraron: Gladys Cárdenas, Fresia Millesi, Eliana Oyarzún, Eliana Soto y Clara Valdés.**

**El Comité Editorial de Revista Trabajo Social consideró tan importante dar a conocer a sus lectores estas "reflexiones", que decidió incluirlas en el presente ejemplar en las mismas condiciones en que lo conoció: no como un artículo, sino como un documento.**

### **1.— Introducción**

El Ministerio y el Servicio Nacional de Salud se encuentran abocados a una tarea de reestructuración organizativa y definición de políticas y programas de salud.

Una de las cuatro áreas de la política de salud dice relación con el desarrollo y distribución del recurso humano. Están interesados en definir el rol de los diferentes profesionales del equipo de salud, en decidir su mejor ubicación y distribución, procurando de esta forma maximizar los objetivos de los programas.

En el Servicio Nacional de Salud hay 720 asistentes sociales, distribuidos en las 12 regiones y en el área metropolitana; su ubicación es a nivel hospitales, consultorios adosados y consultorios periféricos.

El grupo de asistentes sociales realiza un determinado conjunto de funciones en los lugares en que están trabajando, ¿coincide su conducta de rol con la esperada por las autoridades de Salud?

Para precisar estas funciones y para buscar nuevas perspectivas al rol, se realizó un seminario los días 17 y 18 de octubre de 1977. Un grupo de 36 asistentes sociales, enfermeras y médicos, en dos intensos días de trabajo, diseñaron las funciones del asistente social y analizaron el marco global en el cual se sitúan.

Esperamos que este documento —que representa la posición de la Escuela de Servicio Social sobre estas materias— contribuya a que las autoridades de salud cuenten con mayores elementos para tomar una decisión respecto a la ubicación de las asistentes sociales, a su rol en los equipos de salud y, en particular, les permita valorar el aporte de este conjunto pro-

fesional en algunos programas específicos, tales como salud mental, trabajo con enfermos crónicos y niños desnutridos.

### **2.— Política de Salud**

El concepto que una comunidad o sociedad tenga sobre lo que es salud y enfermedad va a determinar la demanda que ésta haga y las funciones que las organizaciones y los profesionales de la Salud asuman.

Nadie duda hoy que la "salud no es la ausencia de enfermedad, sino que es el estado de bienestar físico y mental de la persona y la sociedad". Esta concepción de salud, como algo positivo, obliga a preservarla y aun a incrementarla a través de funciones de fomento y protección que van más allá de la tradicional función recuperadora.

El Ministerio, en su preocupación normativa, consideró necesario destacar algunos principios conceptuales que guían y orientan su labor en materia de salud. Este marco doctrinario ha orientado la política de Salud, los programas y se espera oriente las acciones que el equipo de salud y la comunidad toda realicen.

Siendo los diez aspectos señalados en el marco doctrinario muy importantes, hay algunos dignos de resaltar desde nuestra perspectiva.

Uno de ellos dice relación con el concepto de salud; al ser considerada la salud como un estado de bienestar físico y psicológico de la persona y de la sociedad, no basta con la mera ausencia de enfermedad, sino que son vitales las funciones de fomento y protección para lograr dicho bienestar.

Esta concepción amplía el radio de acción del profesional de la salud, quien debe romper con el esquema intrahospitalario y preocuparse de otros factores socioeconómicos y ambientales que son determinantes en el nivel de salud de la población.

Entre otros, tienen directa relación con salud, la ignorancia, los bajos niveles de vida, la mala nutrición, el adecuado saneamiento, creencias, mitos de la población, etc.

Siendo la salud un fin y un medio, es un derecho humano y un elemento de desarrollo y, por lo tanto, responsabilidad del Estado.

Todos deben tener acceso libre o igualitario, incluso los pobres que no disponen de ingresos suficientes para financiar su salud.

Tarea inmensa la que se desprende de esta doctrina, tarea que no sólo requiere de un estructurado sistema de salud, en el cual participa el Estado y las organizaciones privadas, sino que requiere de un nuevo sistema de trabajo, de una mística que incorpore a la comunidad en la búsqueda de ese bienestar físico y mental.

Las concepciones modernas de salud pública abogan porque todos los centros vivos de la comunidad, escuelas, industrias, organizaciones de base, se incorporen a la política de Salud, a nivel de prevención e incluso de recuperación con tratamientos sencillos que exigen conocimientos mínimos.

### 3. — El Servicio Social y su vinculación con la política de Salud

El Servicio Social es una profesión universitaria que se propone transformar racionalmente la realidad social, investigando, planificando, ejecutando y evaluando acciones que tienden a lograr el bienestar de la comunidad. El Servicio Social, a través de su desempeño profesional, busca formas de vida más humana, más justas, igualitarias y solidarias.

El objetivo general del Servicio Social es el bienestar social, a través del cual se alcanza el desarrollo de la persona humana en sociedad. Un bienestar que permita "ser más" y no sólo "tener más".

En esta perspectiva, el Servicio Social tiene también como objetivos:

1. "Promover y fortalecer la organización de grupos, ya que a través de ellos los individuos pueden coordinar sus esfuerzos para solucionar sus problemas comunes".

Para salud son grupos importantes de fortalecer:

la familia; los grupos de pacientes o ex pacientes (diabéticos, alcohólicos recuperados, cardiopatas, etc.), los clubes de madres de desnutridos, los talleres para la rehabilitación.

2. "Promover la participación de los individuos y grupos mediante su incorporación organizada en el plano de las decisiones y de la acción".

¿Puede haber salud si el individuo, su familia y la comunidad no participan? ¿Debe esperar la comunidad que "les den", que "les solucionen" sus problemas de salud o más bien deben incorporarse en el tratamiento con tareas concretas? ¿Qué necesita un equipo de salud: "sujetos activos" u "objetos pasivos"?

La experiencia indica que, tanto a nivel individual, grupal o comunitario, todos debemos ser "coterapeutas", no hay recuperación sin participación y menos habrá aún fomento y protección de la salud si la comunidad no está incorporada a la política y a los programas del Ministerio de Salud.

Hay un gran trabajo que hacer no sólo a nivel del sistema económico-social, sino que a nivel de cada familia y de cada población.

3. "Promover la capacitación de individuos y grupos, proporcionándole los elementos teóricos y técnicos necesarios para que aumenten su eficacia y autonomía en el futuro, sin necesidad de ayuda externa o con la menor influencia de ella".

En este sentido, hay un gran trabajo que realizar para que la comunidad se incorpore al bienestar físico y síquico buscado por la salud.

Hay en materia de salud un sinnúmero de acciones que todos podemos realizar con la capacitación necesaria. El pediatra requiere de las madres como colaboradoras; el siquiatra de la familia del enfermo como coterapeutas; el director de un consultorio de toda la comunidad, para luchar y obtener mejores condiciones higiénicas y prevenir las diarreas u otras infecciones del sector.

¿Dan abasto los médicos y enfermeras para enfrentar toda la tarea emanada de la política de Salud?

Según datos oficiales, se cuenta con una tasa de 6,4 médicos, 2,3 enfermeras graduadas y 18,9 auxiliares de enfermería por 10.000 habi-

tantes. Ellos son en general considerados como el principal recurso humano en salud, deben cubrir a juicio de algunas autoridades las necesidades de la población, especialmente la que dice relación con una de las áreas de la política de salud llamada "De acción sobre las personas y el ambiente".

Esta línea de trabajo tiene como propósito extender la cobertura de atención en salud al 100% de la población con acciones integradas de alta calidad.

Para lograr este propósito se han identificado varias líneas de acción.

- 1.1. Diseño de un sistema de atención con diversos niveles de cobertura, complejidad, primario, secundario y terciario.
- 1.2. Determinación de prioridades de situaciones de salud en relación a grupos humanos, acciones y ubicación geográfica.
- 1.3. Diseño de programas integrados para grupos específicos: infantil, maternal y del adulto.
- 1.4. Diseños de programas que apuntan a situaciones específicas de salud, salud rural, mental, bucal, de rehabilitación y de alimentación complementaria.
- 1.5. Coparticipación con otros sectores de programas multisectoriales con Educación, Justicia, Gobierno Interior, etc.

¿Pero es posible que este gran objetivo de bienestar sea logrado sólo con el recurso humano de médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería? ¿No necesita la política de salud de muchos otros profesionales para asumir en un sentido amplio la tarea de mantener sana a la población?

En relación a este problema nos parece interesante analizar la estructuración de las actividades profesionales en salud.

#### 4.— Estructuración de las Actividades Profesionales en Salud

No bastan las líneas claras de acción y la determinación precisa de prioridades de salud para que se cumplan las funciones de "fomento, protección, recuperación y rehabilitación de los enfermos que deben integrarse en forma oportuna —continua— eficiente y con una máxima cobertura". La tarea de dar salud al 100% de la población supone una estructuración adecuada de las actividades profesionales.

Para analizar esta realidad hay cuatro conceptos que debidamente combinados indican quién debe asumir las tareas en un equipo de salud. Estos conceptos rectores son el de "Eficiencia económica", el de "Subsidiariedad", el de "Historicidad" y "Complementariedad".

Entenderemos por eficiencia económica no sólo el aspecto financiero-económico, sino que la producción y la distribución de un bien escaso. Es el recurso escaso la clave de la eficiencia.

En relación al recurso humano para la salud, hay efectivamente pocos medios para preparar profesionales. Al país le cuesta 7 años preparar un médico y 5 años preparar una enfermera o un asistente social. Efectivamente, el médico es un profesional más caro y, por lo tanto, un bien más escaso que debe ser bien distribuido y aprovechado si se quiere ser eficiente. Lo mismo pasa con la enfermera en relación a la auxiliar, la preparación de esta última es más barata y así se entiende que haya 18,9 auxiliares de enfermería por cada 10.000 habitantes y no una tasa de 2,3 como las enfermeras graduadas.

Hay, por lo tanto, en la estructura profesional de salud profesionales más caros y escasos que otros.

El otro concepto es el de subsidiariedad que, aplicado a la estructuración de actividades profesionales, significa que cada actividad debe realizarse por el grupo ocupacional compatible con el desempeño adecuado de la actividad en cuestión.

En el caso del Servicio Social y de la Enfermería, es efectivo que los médicos podrían organizar grupos de pacientes o ex pacientes, entregar contenidos educativos, vacunas, poner sueros y hacer postoperatorias, pero, ¿se justifica desde el punto de vista de la eficiencia económica que lo hagan?

Nuestra proposición plantea que basados en el principio de subsidiariedad y después de tener un listado de todas las tareas a realizar en un hospital y un consultorio éstas se deberían distribuir en la pirámide profesional desde la base a la cúspide, procurando que la mayor cantidad de funciones posibles se encarguen siempre al grupo cuya preparación requiere menor inversión en tiempo y recursos, reservando el profesional del vértice, en este caso el médico, sólo las funciones de mayor complejidad, altamente especializadas y que requieren de una capacitación elevada.

Frente a esta situación cada profesión es responsable de un conjunto de funciones, funciones que aisladamente no son específicas de una sola profesión, que muchas veces se sobreponen y que podrían ser realizadas por varios profesionales, pero que se justifican en la medida que combinadas constituyen el conjunto de funciones de un médico, de una enfermera o de un asistente social.

Toda organización tiene expectativas del recurso humano que la integra, y es por eso que se esfuerza por definir el actuar de las personas que en ella trabajan, para capitalizar su esfuerzo en función de un objetivo común.

El Servicio Nacional de Salud desea estandarizar la conducta del asistente social y definir cuál es el comportamiento esperado de un asistente social en un hospital, en un consultorio y al interior de los diferentes programas.

Independiente de esta definición existe una determinada conducta de rol del asistente social, pues el Servicio Social actualmente está haciendo un conjunto de acciones en salud. ¿Coincide esta conducta con lo que el Servicio Nacional de Salud necesita y espera?

Definir un rol es difícil sobre todo cuando la tarea es compleja y cambiante.

No olvidemos que el rol tiene una validez histórica, que hay funciones permanentes y otras que están fuertemente condicionadas por el medio, el proceso tecnológico, el modelo o tipo de organización y por la política que esta organización define.

Pero muchas veces no hay coherencia entre las definiciones de la política y la realidad; ésta última se escapa quedando la política como una utopía difícil de lograr o de reconocer en la práctica diaria.

Los roles además de históricos son complementarios, es un equipo el que busca la salud de la población, hay una relación y una interdependencia entre los miembros; el médico no puede hacer todo, necesariamente para optimizar su función necesita compartir con otros miembros del equipo y con la comunidad sus tareas, reservándose sólo un rol técnico altamente calificado.

En esta perspectiva de historicidad, complementariedad, subsidiariedad y eficiencia económica debe definirse el rol del Servicio Social en Salud.

## 5.— Generalidades del Servicio Social en Salud

### 5.1. Funciones

Todos los elementos señalados condicionan el rol del Servicio Social: el concepto de salud, el marco doctrinario de la política, la política misma con sus líneas de acción y prioridades, el equipo de salud con sus roles complementarios, la definición y objetivos generales del Servicio Social.

Los roles de educador social informal y de implementador de la política de salud en una dimensión hospitalaria e intracomunitaria los realiza el Servicio Social a través de diversas funciones: generales que se operacionalizan al interior de cada programa y en los diferentes niveles de actuación.

5.1.1. Función de investigación, destinada a recopilar antecedentes en forma sistemática para determinar los factores sociales que están incidiendo en algunas patologías de los beneficiarios del Servicio Nacional de Salud.

Esta función se realiza a nivel individual, de grupos específicos y de organizaciones comunitarias.

Su contenido variará según cada programa, igualmente su técnica, pero siempre dirá relación con variables económico-sociales, factores todos considerados de alto riesgo en los programas infantil, maternal y del adulto.

5.1.2. Función de planificación, programación y coordinación de proyectos sociales destinados a satisfacer las necesidades humanas básicas.

Toda acción que pretenda ser evaluada debe nacer de objetivos claros y precisos; la eficiencia y más aún la eficacia de la acción sólo se logra cuando maximizamos los recursos en relación a los objetivos planteados.

Desde esta perspectiva, el Servicio Social debería programar toda su acción y enmarcarla en los objetivos de los diferentes programas de salud. La función de coordinación sólo tiene sentido cuando existe programa. Se suman esfuerzos y recursos en función de objetivos y éstos están definidos en cada proyecto de acción. Nada debería quedar a la improvisación, todo debería estar definido a priori.

5.1.3. Función de evaluación de los proyectos tanto de infraestructura social como educativos.

El objetivo es dar salud, luchar por el bienestar físico y síquico de la población. Es en la población donde encontramos la retroalimentación de los programas. ¿Se están cumpliendo los objetivos y metas?, ¿con qué costo?, ¿se observan cambios en la conducta individual y grupal?, ¿qué pasa con los tiempos asignados?

**5.1.4. Función motivadora y capacitadora** destinada a promover la incorporación de la comunidad en los programas de salud.

Como señalábamos anteriormente sólo habrá bienestar cuando todos luchemos por él, como sujetos activos. El servicio social es el "traductor" de la política hacia la realidad y de las características socio-culturales hacia el equipo de salud. El asistente social como educador social debe incorporar a la comunidad en cada iniciativa destinada al fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

**5.1.5. Función asistencial** destinada a auxiliar a las personas y grupos en situación de extrema necesidad y dependencia que no pueden solucionar con autonomía sus problemas.

Aunque quisiéramos disminuir nuestra dedicación a la solución de problemas, igual como la política de salud desearía aumentar recursos para el fomento y protección de la salud, es imposible abandonar las tareas de "urgencia" y las propiamente "curativas", el rol del Servicio Social está condicionado por la situación socioeconómica del país y no puede desentenderse de las consecuencias de las realidades de extrema pobreza material y cultural de los beneficiarios del Servicio Nacional de Salud.

## 5.2. Definición de Actividades de Servicio Social en Salud

Las funciones se realizan a través de actividades y éstas tienen unidad de medida, rendimiento e incluyen una serie de acciones o tareas.

En el Servicio Social de Salud se distinguen cuatro tipos de actividades que señalamos a continuación:

**5.2.1. Entrevista preliminar o Consulta de Servicio Social:** Es la relación que se establece con el usuario o alguno de los componentes de su grupo familiar, que se realiza en el establecimiento asistencial, con el fin de conocer e identificar los factores de alto riesgo incidentes en su nivel de salud y otorgar orientación y educación conducente a la superación de los

factores socioeconómicos-culturales intercurrentes.

- Unidad de Medida: Nº de Entrevistas Preliminares.
- Acciones : Motivación  
Anamnesis Social  
Diagnóstico y pronóstico social  
Tratamiento Social  
Educación  
Citación  
Registro
- Rendimiento : 3 Entrevistas Preliminares por hora A. S.

**5.2.2. Entrevista de Tratamiento Social:** Es la relación que se establece con el usuario o alguno de los componentes de su grupo familiar, con el fin de comprobar la evolución del tratamiento social y reforzar la educación y orientación del mismo.

- Unidad de medida: Nº de entrevistas de tratamiento
- Acciones : — Educación  
— Tratamiento  
— Registro
- Rendimiento : 3 entrevistas de tratamiento por hora A. S.

**5.2.3. Visita Domiciliaria:** Es la atención proporcionada al usuario en el hogar con el objeto de conocer su medio y dar tratamiento social y educación en salud, de acuerdo a su realidad socio-económico-cultural.

- Unidad de Medida: Nº de V. D.
- Acciones : Movilización y traslado  
Observación  
Conocimiento del medio socioeconómico-cultural y de las interrelaciones del sujeto de atención con dicho medio.  
Diagnóstico de la situación  
Tratamiento social  
Educación en materia de salud.  
Registro
- Rendimiento : 1 V. D. por hora A. S.

**5.2.4. Educación de Grupos:** Es el desarrollo de unidades de enseñanza destinada a lograr cambios de conducta favorables a la salud del niño, la madre y el adulto.

- Unidad de Medida: Nº de Sesiones
- Acciones : Formación y organización del grupo.  
Motivación  
Desarrollo de la Unidad de enseñanza.  
Evaluación  
Registro
- Rendimiento : 1 Unidad de Enseñanza por hora A. S.

## 6.— Conducta de Rol de Asistente Social en Hospitales, Consultorios Adosados y Consultorios Periféricos

### 6.1. Funciones y actividades del asistente social a nivel hospital y consultorio adosado.

En estos dos niveles operativos, las tareas y acciones que se desarrollan revisten un carácter preponderantemente asistencial; no obstante, también llevan implícitas acciones propias de las funciones de investigación y educación, que se ejecutan en forma simultánea y/o secuencial.

En lo esencial están destinadas a dar una atención inmediata a situaciones de orden socio-económico que interfieren directamente el ingreso oportuno y expedito del paciente, como aquellas que estén incidiendo en requerimientos básicos para su recuperación y consiguiente expedición de su egreso.

En conformidad a ello, los objetivos específicos que cumple el asistente social están en estrecha relación con los objetivos de los Programas de Salud que competen a estos niveles operacionales.

La especificación de tales objetivos, con sus respectivas funciones, actividades, contenidos y proyecciones se establece en el cuadro que se desarrollará a continuación.

### 6.2. Funciones y actividades del asistente social a nivel consultorio periférico.

En este nivel operativo, el asistente social participa en forma simultánea en los Programas de Salud del Niño y Adolescente, Materna y Perinatal, y del Adulto, de acuerdo a las prioridades que determine el nivel local. Ello está condicionado, en parte, por la estructura funcional de este nivel operativo, como asimismo, por la conceptualización técnica que tiene el asistente social del individuo-familia como un todo integral.

Las acciones que aquí se desarrollan están

enfocadas prioritariamente hacia el fomento y protección de la salud, sin que por ello se excluyan aspectos de la rehabilitación frente a situaciones específicas, tales como: desnutrición, alcoholismo, etc. En consecuencia, las funciones que se cumplen son preponderantemente de carácter educativo, acordes a la realidad en salud que ofrezca el nivel local, determinada a través de las acciones pertinentes de investigación.

Al igual que en los niveles anteriores, los objetivos específicos del asistente social de consultorio periférico apuntan directamente a los objetivos de los programas de salud cuya ejecución compete a tal nivel operativo. Objetivos específicos que se establecen, en los mismos términos ya señalados, en cuadro sobre la materia.

## 7.— Servicio Social en Psiquiatría y Salud Mental: Nuevas Perspectivas del Rol Profesional

### 7.1. Antecedentes:

Los problemas de salud mental alcanzan a un 25% en la población general, lo que significa una gran demanda real y potencial de servicios.

Esas patologías representan una grave repercusión en el grupo familiar y en la comunidad, lo que las hace constituirse en uno de los problemas de salud pública de mayor envergadura.

Las tasas nacionales de desórdenes mentales en mayores de 15 años y la estimación del número de casos para una población de 6 millones de habitantes en este rango de edad es la siguiente:

#### Patologías

|                              |     |                     |
|------------------------------|-----|---------------------|
| Neurosis                     | 15% | 900.000             |
| Alcoholismo                  | 5%  | 300.000             |
| Epilepsia                    | 2%  | 120.000             |
| Psicosis                     | 1%  | 60.000              |
| Oligofrenia                  | 1%  | 60.000              |
| Cuadros orgánicos cerebrales | 1%  | 60.000 <sup>1</sup> |

<sup>1</sup> Marconi, Juan, Epidemiología Siquiátrica en América Latina: Monografía Nº 2, Acta Siquiátrica, América Latina, año 1970.

Niveles Hospital y Consultorio Adosado

| PROG. DE SALUD         | OBJETIVOS                                                                                                                                                 | FUNCIONES                              | ACTIVIDADES                             | CONTENIDOS                                                                                    | PROYECCIONES                                                                                              |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DEL NIÑO Y ADOLESCENTE | 1. Colaborar a la recuperación de menores desnutridos hospitalizados por patología agregada, procedentes de hogares con factores de alto riesgo en salud. | Investigación para diagnóstico social. | —Entrevista a la madre y/o familia.     | —Anamnesis social                                                                             | —Disminución de rehospitalizaciones por patología asociada en menores desnutridos.                        |
|                        |                                                                                                                                                           | Asistencial                            | —Visita domiciliaria.                   | —Ubicación transitoria en hogar sustituto.                                                    |                                                                                                           |
|                        |                                                                                                                                                           | Educación                              |                                         | —Concepto de patología específica y de nutrición.<br>—Roles parentales.                       | —Evitar hospitalizaciones prolongadas por abandono de niños en hospital.                                  |
|                        | 2. Facilitar la permanencia de menores en tratamiento ambulatorio de especialidades, procedentes de localidades alejadas y/u otras provincias.            | Investigación                          | —Recepción de la referencia.            | —Conocimiento de la enfermedad.                                                               | —Evitar hospitalizaciones innecesarias.                                                                   |
|                        |                                                                                                                                                           | Asistencial                            | —Visita domiciliaria a hogar sustituto. | —Ubicación en hogar sustituto.                                                                |                                                                                                           |
|                        |                                                                                                                                                           | Educación                              |                                         | —Cuidados requeridos por el menor, según patología.                                           |                                                                                                           |
| MATERNA Y PERINATAL    | 1. Evitar la incidencia del rechazo materno y/o abandono del R.N. en maternidad.                                                                          | Investigación                          | —Entrevista a la madre.                 | —Anamnesis social.                                                                            | —Disminución de abandonos de R.N. en maternidad y consecuentes prolongaciones de estadía en Neonatología. |
|                        |                                                                                                                                                           | Educación                              | —Visita domiciliaria.                   | —Responsabilidad materna: relación madre-hijo.<br>—Roles parentales y paternidad responsable. |                                                                                                           |
|                        |                                                                                                                                                           |                                        |                                         |                                                                                               |                                                                                                           |

| PROG. DE SALUD | OBJETIVOS                                                                                                                   | FUNCIONES                                                  | ACTIVIDADES                        | CONTENIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | PROYECCIONES                                                                                                                |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DEL ADULTO     | 2. Contribuir a la solución de problemas socio-económicos de la madre, que interfieran la evolución normal de su puerperio. | Investigación para diagnóstico social.<br><br>Asistencial. | —Entrevista individual y familiar. | —Anamnesis social.<br><br>—Derivación a otros organismos y/u obtención de recursos económicos-co-materiales requeridos por la puérpera.<br><br>—Concepto de paternidad responsable.                                                                                                                                                     | —Prevención de tensiones emocionales en la puérpera y aporte de requerimientos necesarios a su recuperación.                |
|                | 1. Contribuir a la solución de problemas socio-económicos que interfieran la recuperación del paciente hospitalizado.       | Investigación para diagnóstico social.<br><br>Educación.   | —Entrevista individual y familiar. | —Anamnesis social.<br><br>—Derivación a organismos asistenciales que procuren recursos económicos y/o materiales necesarios para el tratamiento (drogas-prótesis, etc.).<br><br>—Conciencia de enfermedad, según cuadro patológico:<br>—Factores de riesgo.<br>—Manejo de conductas adaptativas.<br>—Beneficios de la Seguridad Social. | —Evitar hospitalizaciones prolongadas.<br>—Prevención de un desajuste familiar que entorpezca la recuperación del paciente. |

| DEL ADULTO | 2. Contribuir a la atención o ingreso expedito del paciente.                                                                                                                    | Investigación, para diagnóstico social y/o calificación. | —Entrevista individual.                                                                                        | —Anamnesis social.                                                                                                                                                                                                        | —Evitar rechazo de pacientes beneficiarios del Servicio.                                                                                                                                       |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|            | 3. Colaborar al incremento de las acciones de rehabilitación factibles de realizar en forma ambulatoria y a la preevaluación vocacional del paciente con secuelas invalidantes. | Investigación para diagnóstico social.<br><br>Educación. | —Entrevista individual y familiar.<br>—Visita domiciliaria.<br>—Técnicas de grupo, para entrega de contenidos. | —Reconocimiento de la enfermedad.<br>—Capacidades remanentes y orientación laboral.<br>—Ambiente emocional adecuado:<br>—Estimulación psicomotora.<br>—Conducta familiar y social.<br>—Beneficios de la seguridad social. | —Evitar hospitalizaciones prolongadas, mediante tratamiento ambulatorio en el que la familia asuma un rol de coterapeuta.<br>—Utilización adecuada de las capacidades remanentes del paciente. |

| PROG. DE SALUD         | OBJETIVOS                                                                                                                                                                       | FUNCIONES                                                                     | ACTIVIDADES                                                                                                   | CONTENIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | PROYECCIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DEL NIÑO Y ADOLESCENTE | 1. Contribuir a la captación e identificación de la población de más alto riesgo y co-laborar en acciones preventivas que aseguren el normal crecimiento y desarrollo del niño. | Investigación para diagnóstico social.<br><br>Asistencial.                    | —Entrevista individual y familiar.<br>—Visita domiciliaria.<br>—Técnicas de grupo para entrega de contenidos. | —Anamnesis social.<br>—Normas de higiene y salubridad.<br>—Roles parentales:<br>—Ambiente emocional adecuado.<br>—Estimulación psico-sensorial.<br>—Relación madre-hijo y lactancia materna.<br>—Derivación a organismos asistenciales, según problemática social.                                                                 | —Aporte de antecedentes para la definición integral del niño y su problemática.<br>—Manejo familiar para modificar un ambiente condicionante de riesgo en salud.                                                                                                                                                           |
|                        | 2. Contribuir a la recuperación del menor con déficit nutricional, a través del tratamiento de factores socioeconómicos de influencia directa en la desnutrición.               | Investigación para diagnóstico social.<br><br>Educación, individual y grupal. | —Entrevista individual y familiar.<br>—Visita domiciliaria.<br>—Técnicas de grupo para entrega de contenidos. | —Anamnesis social.<br>—Concepto médico-social de la desnutrición.<br>—Roles parentales y paternidad responsable.<br>—Beneficios de la seguridad social.<br>—Aporte de recursos específicos en casos calificados (Ayuda económica intrafamiliar).<br>—Derivación a organismos asistenciales, según problemática social concurrente. | —Aporte de antecedentes para el diagnóstico integral de la desnutrición.<br>—Manejo familiar y grupal para modificar patrones culturales condicionantes, de desnutrición.<br>—Proyectos de coordinación intersectorial para el mejoramiento de las condiciones generales del medio y adecuada utilización de los recursos. |

MATERNA Y PERINATAL

1. Colaborar en la modificación de factores socio-económicos de la madre que constituyan riesgo para la evolución del embarazo y del niño.

Investigación para diagnóstico social.  
  
Educación.  
  
Asistencial.

—Entrevista individual y familiar.  
—Visita domiciliaria.  
—Técnicas de grupo para entrega de contenidos.

—Anamnesis social.  
—Familia y afectividad.  
—Roles parentales y paternidad responsable.  
—Patrones culturales en relación a lactancia materna.  
—Recursos de la seguridad social.  
—Derivación a organismos asistenciales, según problemática social específica.

—Contribuir a la disminución de los riesgos de desnutrir a la madre y el niño.  
—Fomento de la paternidad responsable.

DEL ADULTO

1. Contribuir a la identificación y tratamiento de factores psicosociales causantes y/o agravantes de patologías crónicas. (Ej., diabetes, alcoholismo, hipertensión.)

Investigación para diagnóstico social.  
  
Educación.

—Entrevista individual y familiar.  
—Visita domiciliaria.  
—Técnicas de grupo para entrega de contenidos.

—Anamnesis social.  
—Concepto de salud y enfermedad.  
—Conciencia de enfermedad (según patología o estado fisiológico):  
—Factores pre-disponentes y/o agravantes.  
—Apoyo psicológico familiar.  
—Recursos de la seguridad social.

—Manejo familiar de conductas favorables frente al paciente crónico.  
—Disminución de requerimientos de hospitalización en cuadros susceptibles de tratamiento ambulatorio.

| PROG. DE SALUD | OBJETIVOS                       | FUNCIONES                                                                             | ACTIVIDADES | CONTENIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | PROYECCIONES                                                                                                                                                                                                |
|----------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                | EN LOS TRES PROGRAMAS Y NIVELES | 1. Colaborar en la capacitación del personal, para mejorar la calidad de la atención. | Educación.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>—Técnicas de grupo para entrega de contenidos.</li> <li>—Relaciones humanas:               <ul style="list-style-type: none"> <li>—A nivel laboral.</li> <li>—A nivel pacientes.</li> </ul> </li> <li>—Seguridad social: beneficiarios del S.N.S.</li> <li>—Proyección del aporte funcional a los Programas de Salud.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>—Comprensión de la importancia de los roles funcionarios en salud.</li> <li>—Delegación de funciones simples a nivel personal, administrativo y auxiliar.</li> </ul> |

Se estima que la prevalencia de desórdenes mentales en el niño es de orden similar al del adulto 20 a 25%, y que los cuadros más frecuentemente encontrados son:

- trastornos de aprendizaje
- disfunción cerebral mínima
- retardo mental de origen socio-cultural.

Según D. G. Taejan, experto de la OMS en este tema, el R. Mental de origen socio-cultural es al menos 15 veces mayor en un país como USA en los niveles socio-económicos más bajos. Fácil resulta imaginar cuál será la situación en Chile, donde el 60% de la población es obrera campesina.

Las limitaciones de tipo intelectual dan cuenta de más del 50% de las causas de la gran deserción escolar que tenemos en Chile (53% entre 1º y 7º básico) <sup>2</sup>.

El enfoque de salud pública, aplicado a los desórdenes mentales, se conoce como salud mental. Su método fundamental es el epidemiológico y comprende 3 etapas:

1. Epidemiología descriptiva, que define y mide la magnitud del problema de salud mental en una comunidad.
2. Epidemiología explicativa, que estudia las causas, predisponentes y desencadenantes de la patología mental, señalando aquellas susceptibles de ser controladas por un programa.
3. Epidemiología operativa, que enuncia, desarrolla y evalúa programas de salud desde un punto de vista teórico estructural como práctico.

Finalmente, la función más propia de la salud mental significa resolver el dilema entre la magnitud de los problemas y los recursos para solucionarlos <sup>3</sup>.

## 7.2. ¿A pesar de la magnitud del problema, cuál es nuestra realidad chilena?

- Existe un gran conocimiento de la magnitud de los problemas de salud mental; un ejemplo típico es el alcoholismo.
- Mortalidad por cirrosis hepática; en Chile es la más alta del mundo: 163 por 10.000 habitantes hombres. El 11,4% de las muertes en mayores de 15 años reconoce como una de las causas la ingestión excesiva de alcohol.

Por otro lado, varios estudios han demostrado que alrededor del 42% de las consultas en policlínicos de medicina interna son motivados directamente por trastornos psiquiátricos <sup>4</sup>.

Toda la actividad asistencial ha estado orientada prioritariamente a los hospitales psiquiátricos, servicios especializados de alto costo y muchas veces de escaso rendimiento, ante la enorme presión de la demanda, que supera con creces la oferta de atención. Por otro lado, la formación de los especialistas en salud mental ha estado orientado a ese modelo de atención, sin elaborar estrategias de acción que permitan atender con un menor costo a la población que lo requiere con cobertura y calidad suficiente.

Cabe destacar, además, la insuficiencia de recursos humanos (psiquiatras y psicólogos). A manera de ejemplo: no obstante que la mitad de la población del país es menor de 18 años, no existen más de 20 psiquiatras infantiles y un número similar de psicólogos dedicados a niños.

Por las razones anteriormente expuestas es que algunos equipos de salud mental han diseñado diversas estrategias para abordar en forma eficiente y eficaz esta situación. Una alternativa es multiplicar la cobertura de atención incorporando al equipo de salud mental otros profesionales y personas calificadas de la población (profesores, líderes formales, etc.), previamente entrenados y supervisados desde los servicios de salud periféricos.

Estructurando la atención en un sistema de delegación de funciones, el asistente social puede asumir una variedad de tareas, a saber:

- Entrevistas dirigidas a precisar la expresión médica y social de la enfermedad, a objeto de facilitar el diagnóstico del médico.
- Educación a familiares sobre la forma más adecuada de ayudar a los pacientes en su mejoría y/o rehabilitación.
- Educación a pacientes, sea individualmente o en grupo, a fin de cambiar actitudes, hábitos, y/o modificar conductas desadaptativas.
- Capacitación de líderes de salud mental de la comunidad en algunas áreas temáticas específicas.

<sup>2</sup> Dirección General de Educación Básica 1970.

<sup>3</sup> Marconi, Política de Salud Mental en América Latina. Acta Psiq. Psicol. América Latina, 1977.

<sup>4</sup> Rodríguez, H. "Estructura de Morbilidad de Consulta de Medicina Interna en consultorios periféricos urbanos del Área Occidente de Santiago, julio 1973-74. Cuadernos Médicos Sociales 1975, Volumen XVI, Nº 2.

- Asesoría a organizaciones sociales diversas, para que conscientes de los problemas de salud mental que enfrentan a diario contribuyan a los programas de salud en su respectivo sector, etc.

Los asistentes sociales que se desempeñan en Centros Psiquiátricos cerrados tienen una alta especialización que las hace responder en forma eficaz a dicho modelo de atención psiquiátrica. Desempeñan funciones de gran responsabilidad administrativa, jefaturas de programas, talleres, etc., como funciones técnicas, terapéuticas de alto nivel tecnológico con pacientes psiquiátricos, familiares, grupos de rehabilitación y otros.

### 7.3. En relación a las funciones del asistente social en las acciones de salud mental, se propone:

7.3.1. Distinguir dos niveles de acción profesional. Uno al interior de los Servicios de Salud Mental, que ofrecen atención psiquiátrica cerrada (ej.: hospitalización completa, hospital diurno, talleres o centros de rehabilitación) y otro a nivel de los policlínicos periféricos que ofrecen atención psiquiátrica primaria ambulatoria.

#### 1. Las funciones del asistente social en los Servicios de Atención Psiquiátrica Cerrada son las siguientes:

- a) Contribuir al diagnóstico integral de cada paciente, realizando una anamnesis personal, familiar y social.
- b) Contribuir a la creación de una comunidad terapéutica entre pacientes, familiares y personal.
- c) Contribuir a la educación de familiares de los pacientes, a fin de lograr su mejoría y la mantención de ésta, asegurando el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas de todo tipo, etc.
- d) Contribuir a una organización racional de los servicios, a fin de permitir el ingreso, atención y egreso expedito de cada paciente (problemas previsionales, asistencia a la familia, colocaciones familiares, utilización de recursos privados y públicos, etc.).

#### 2. Las funciones del asistente social en los Servicios de Atención Abierta en Salud General.

- a) Contribuir al diagnóstico precoz de desórdenes mentales, sea directamente reconociendo manifestaciones indicadoras de ellos en las personas con las que tiene contacto durante la realización de sus tareas habituales, o indirectamente, entregando a la comunidad contenidos educativos operacionales que le permita la identificación de un determinado desorden mental.
- b) Contribuir a la rehabilitación social, familiar y laboral de los pacientes con desórdenes mentales, a través de la educación, la orientación familiar, orientación laboral y/o vocacional u organizando instancias de rehabilitación extrahospitalarias: ej.: clubes de ex pacientes, talleres semiprotegidos, colocación laboral, etc.
- c) Contribuir a la prevención primaria de algunos desórdenes mentales (alcoholismo, retardo mental de causa socio-cultural, algunos factores emocionales), mediante la educación a la población del sector, implementando un equipo de acción con líderes de la comunidad, clubes de ex pacientes, participación de otras profesionales (ej.: profesores básicos, sacerdotes, pastores) y personal voluntario de algunas Instituciones oficiales y privadas, etc.
- d) Contribuir a la capacitación del equipo de salud general a nivel de los policlínicos periféricos, mediante la información sobre las condiciones sociales de los consultantes y las características micro-sociales del sector.

Para una mayor comprensión de los programas de salud mental en consultorios periféricos, que pueden ser asumidos por asistentes sociales se ofrecen los siguientes cuadros explicativos (ver págs. 47 a 50).

Estos cuadros pretenden graficar las tareas que el Servicio Social puede llegar a asumir si recibe una capacitación adecuada y el apoyo de una decisión programática del Ministerio de Salud, a fin de privilegiar la atención primaria en el campo de la salud mental.

Constituyen una proposición general básica, que puede modificarse, de acuerdo a la disponibilidad de recursos especializados en las distintas regiones, áreas y sectores del país.

En salud mental infantil

| OBJETIVOS                    | FUNCIONES                                                                                                                                                                                     | ACTIVIDADES                             | CONTENIDOS                                                                                                                                                                                                         | PROYECCIONES                                                                                                                                        |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>INTRA<br/>CONSULTORIO</p> | <p>1. Contribuir a la detección precoz de las patologías psiquiátricas infantiles de mayor prevalencia. Ej.: trastornos del aprendizaje, Trastornos del desarrollo, Trastornos reactivos.</p> | <p>Diagnóstico social psiquiátrico.</p> | <p>—Entrevista.<br/>—Visita domiciliaria según caso.</p>                                                                                                                                                           | <p>—Derivación a centros especializados.<br/>—Consejería si la patología es simple.<br/>—Manejo familiar para modificar un ambiente patológico.</p> |
|                              | <p>2. Colaborar al tratamiento de aquellas patologías de menor complejidad que requieren fundamentalmente de un manejo o modificación del ambiente familiar.</p>                              | <p>Educación al paciente y familia.</p> | <p>—Entrevista educativa.<br/>—Actividades de grupo.</p>                                                                                                                                                           | <p>—Disminuir la demanda al especialista, quien podrá atender eficazmente la patología más compleja.</p>                                            |
|                              |                                                                                                                                                                                               |                                         | <p>Crear conciencia de enfermedad.<br/>—Factores predisponentes y desencadenantes.<br/>—Manejo de conductas adaptativas e inadaptativas.<br/>—Manejo del refuerzo para la modificación conductual.<br/>—Otros.</p> |                                                                                                                                                     |

| OBJETIVOS                                                                                                               | FUNCIONES                        | ACTIVIDADES                                                                                                                              | CONTENIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | PROYECCIONES                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Colaborar a la detección de patologías de S. M. en adultos de mayor prevalencia:<br>Alcoholismo 5%.<br>Neurosis 15%. | Diagnóstico social psiquiátrico. | —Entrevista individual y familiar.<br>—Visita domiciliaria, según caso.                                                                  | —Ficha médica social.<br><b>Alcoholismo</b><br>—Tipo de bebedor:<br>—Mixto.<br>—Inveterado.<br>—Intermitente.<br>—Conciencia de enfermedad.<br>—Complicaciones anexas a la patología:<br>Psiquiátricas y/o físicas.<br><b>Neurosis</b><br>—Reconocimiento, síntomas y signos.<br>Neurosis sintomática.<br>—Conducta social y familiar.<br>—Realidad familiar, social y laboral. | —Derivación según el caso a centros especializados para su tratamiento.<br>—Conexión de los pacientes a clubes de rehabilitación de la localidad (Clubes de alcohólicos recuperados, club de ayuda psicológica).<br>—Consejería, en caso de patologías simples. |
| 2. Capacitar a auxiliares de enfermería en Salud Mental (criterio: 1 auxiliar de enfermería por c/10.000 hab.           | Educación.                       | —Técnicas de grupo para entrega de contenidos.<br>—Preparación de material audiovisual.<br>—Entrega de Unidades de enseñanza programada. | <b>Alcoholismo</b><br>—Riesgo del beber excesivo.<br>—Tipo de enfermos alcohólicos.<br>—Cómo se llega a ser enfermo alcohólico.<br>—Condiciones de la enfermedad.<br>—Repercusiones generales.                                                                                                                                                                                  | —Delegación en auxiliares de enfermería, de funciones simples de reconocimiento.<br>—Reasignación de funciones intra equipos de salud.                                                                                                                          |

INTRA  
CONSULTORIO

- Tipos de tratamiento:
- Neurosis**
- Sintomatología.
- neurótica,
- distémica,
- histérica.
- Clasificaciones.
- Diferenciación con patologías físicas (ataques).
- Situaciones y estímulos desencadenantes de sintomatologías neuróticas.
- Catarsis en grupo.

Evitar la hospitalización del enfermo, realizando un tratamiento ambulatorio con un gran apoyo de la familia como de los clubes de ex pacientes.

Conciencia de enfermedad, tanto en enfermos alcohólicos como neuróticos; revisión de historias clínicas y análisis bio-estadístico.

Complicaciones médico-sociales de la respectiva enfermedad. Conductas alternativas al beber patológico y a expresiones emocionales patológicas.

- Reuniones técnicas.
- Visitas a centros especializados.
- Reuniones de auditoría.
- Coordinación con los clubes de la localidad que asumen rol de mantención del tratamiento.
- Educación a enfermos en tratamiento y a los familiares.

3. Contribuir al tratamiento de alcoholismo y neurosis en los casos de menor complejidad.

Coordinación con centros especializados.

Capacitación al personal administrativo, auxiliar y de servicio del consultorio.

| OBJETIVOS            | FUNCIONES                                                                                                                                                            | ACTIVIDADES                                                                     | CONTENIDOS                                                                                                                                                                                                                       | PROYECCIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| EXTRA<br>CONSULTORIO | 1. Contribuir a la prevención primaria de los problemas alcohólicos y neurosis.                                                                                      | Educación.<br>Coordinación.<br>Motivación.<br>Investigación de recor-<br>suros. | Contacto y observación dirigida en reuniones de grupo vecinales (Centros de padres y apoderados, Centros de Ma-<br>dres, Clubes, etc.).<br>Educación a grupos de alto riesgo.<br>Asesoría indirecta a los clubes de ex enfermos. | —Que los centros vivos de la localidad colaboren con las tareas de salud del consultorio, realizando prevención en salud mental.<br>Escuelas: a nivel escolar.<br>Organizaciones: a nivel familiar.<br>—Que la población detecte precozmente alcoholismo y neurosis y sepa derivarlos a los clubes de ex enfermos como a consultorio.                                                                                                                             |
|                      | 2. Implementar la creación de clubes de ex enfermos (alcohólicos recuperados, ayuda psicológica) para que asuman tareas en los programas de Salud Mental del sector. | —Asesoría.<br>—Capacitación de monitores.<br>—Coordinación.                     | Capacitación a monitores y dirigentes de estos clubes.<br>Búsqueda de recursos materiales, económicos, humanos, local supervisión periódica de estos clubes.                                                                     | —Detección precoz de enfermos.<br>—Mantenimiento del tratamiento reforzando conductas adecuadas para la rehabilitación.<br>—Colaboración con el consultorio en la rehabilitación del enfermo mental.<br><br>—Objetivos de los clubes de ex pacientes en la rehabilitación del enfermo.<br>—Organización interna:<br>Técnicas de grupo.<br>—Manejo de asambleas.<br>—Programas de actividades.<br>—Confeción de material audiovisual sobre alcoholismo y neurosis. |

## 8.— Servicio Social con enfermos crónicos (hipertensos)

### 8.1. Antecedentes

Los progresos alcanzados en el control de las enfermedades transmisibles, el aumento en la expectativa de vida, y los cambios culturales y ambientales resultantes de la urbanización e industrialización reciente, siguen contribuyendo al ascenso de las enfermedades crónicas en la mayoría de los países.

En Chile las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar como causa de muerte, siendo las afecciones isquémicas del corazón y los accidentes vasculares cerebrales los diagnósticos más frecuentes y en los cuales la enfermedad hipertensiva juega un papel etiológico importante.

Los estudios epidemiológicos efectuados en Chile muestran que la hipertensión arterial causal tiene a nivel urbano una prevalencia del 19,1% en la población de 20 a 64 años de edad.

De estos individuos, sólo el 34% conoce su condición de hipertenso y sólo un 9% declara seguir tratamiento regular<sup>5, 6, 7</sup>.

El tratamiento apropiado de la hipertensión mejora el pronóstico de estos pacientes en forma ostensible.

### 8.2. Cuál es la realidad chilena

- El conocimiento actual sobre la magnitud de la hipertensión arterial en nuestro medio es en general parcelario y se refiere habitualmente a estudios de muestras seleccionadas de patología hipertensiva en ciertos centros asistenciales.
- Las enfermedades cardiovasculares ocupan en Chile el primer lugar como causa de muerte.
- Los recursos son insuficientes en relación a la demanda.
- Rechazo de pacientes con patología aguda en función de los crónicos.

En base a estas consideraciones y como situaciones aisladas y experiencias locales, se

han dado algunos esquemas de delegación de funciones a otros profesionales no médicos (ej.: enfermeras), a objeto de observar la demanda cada día más creciente del tipo de enfermos crónicos.

Frente a estas situaciones cabría plantearse nuevas estrategias que permitan incorporar a otros profesionales como asistentes sociales, a fin de aumentar las coberturas de atención en el nivel primario.

El área seleccionada en afecciones crónicas sería hipertensión.

- Problema que permite tratarlo por un esquema de delegación por profesionales de salud no especializados.
- Que permite un buen rendimiento con costo bajo.
- Problema que a nivel urbano tiene una prevalencia de 19,1.

En relación a funciones generales del asistente social con enfermos crónicos (hipertensos), se propone:

En consultorios periféricos dos niveles de atención:

1. Nivel primario de prevención, solucionando situaciones de las personas que presentan mayor susceptibilidad, tendiente a eliminar factores de riesgo.
- Realizar anamnesis social y familiar para contribuir al diagnóstico del paciente y tratamiento.
- Contribuir a la organización racional de los servicios, a fin de colaborar en la atención oportuna y eficiente.
- Contribuir a la prevención primaria mediante la educación a la población, implementando un equipo con voluntarios de la comunidad.
2. Nivel de atención.
- Colaborar con acciones educativas a objeto que la enfermedad sea mejor tolerada.
- Contribuir a la rehabilitación laboral del paciente a través de orientación laboral y familiar.
- Implementar equipos de acción con líderes para rescatar enfermos que abandonan tratamiento y educación sobre factores de riesgo.

8.3 El enfoque propuesto para el trabajo con enfermos crónicos hipertensos, puede ser aplicado por el asistente social y el equipo de salud, en otras enfermedades crónicas, que tienen una alta prevalencia:

- Diabetes.
- Enfermedades reumáticas.

<sup>5</sup> Royo R. Teresa: "Programa de atención de enfermería para pacientes ambulatorios con hipertensión arterial", Proyecto Doc. Asist. U. de Chile, Facultad de Medicina Norte, 1976-1977.

<sup>6</sup> Rodríguez, Héctor: "La presión arterial en una comunidad urbana en Chile", O. P. S. 1977.

<sup>7</sup> Enfermedades crónicas (agosto 1977). Extracto Plan Decenal Salud para las Américas, Decreto Oficial N° 118, enero 1973.

## 8.4. Programa Adulto — Enfermedades crónicas (Hipertensión)

| OBJETIVOS                                                                          | FUNCIONES                                         | ACTIVIDADES                                               | CONTENIDOS                                                                                         | PROYECCIONES                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Contribuir al diagnóstico precoz de la enfermedad.                              | Investigación para Diagnóstico Social. Educación. | Entrevista individual y familiar.<br>Visita domiciliaria. | —Conocimiento de la enfermedad.<br>—Tipos de hipertensión.<br>—Complicaciones; factores de riesgo. | —Tratamiento a nivel primario.<br>—Conexión con posibles grupos del sector.                                    |
| 2. Colaborar en la capacitación de Auxiliares de Enfermería y Personal Voluntario. |                                                   | Técnica de grupo para entrega de contenido.               | —Hipertensión.<br>—Tipos de hipertensión.<br>—Factores de riesgo.                                  | —Delegación de funciones simples a nivel de auxiliar de enfermería.<br>—Asignación de funciones a voluntarias. |
| 3. Desarrollar Unidades Educativas a grupos de pacientes.                          | Educación de grupo.                               | Tratamiento de grupo.                                     | —Factores predisponentes.<br>—Manejo de hábitos alimenticios.                                      | —Disminución de demandas por atención de morbilidad (crónica).                                                 |

### 9.— Conclusiones

1. El Rol del Servicio Social y de los otros profesionales de salud está condicionado por diferentes factores, entre otros la política de salud y su marco doctrinario.
2. La definición de los roles de los profesionales de salud debe hacerse teniendo presente los principios de eficacia económica, subsidiaridad, historicidad y complementariedad.
3. Existe una determinada conducta de rol del asistente social a nivel de hospitales, consultorios adosados y consultorios periféricos que debe ser enjuiciado a la luz de los principios antes señalados.
4. El Servicio Social, sin rechazar sus actuales funciones, ve como una nueva perspectiva de su rol asumir funciones derivadas de una concepción abierta de salud mental y de atención primaria de enfermedades crónicas. (Hipertensión, diabetes, reumatismo).
5. A una disciplina, de una determinada estructura profesional, le corresponde definir su conducta de rol y sus expectativas de rol; sin embargo, son las autoridades de salud y el equipo de salud quienes deben expresar en definitiva el rol que a esa profesión le corresponde en el conjunto organizacional en un determinado momento histórico.