



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

Revista Trabajo Social

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

La relación de ayuda en Trabajo Social.

Propuestas para un desarrollo
de calidad

MERCEDES GONZÁLEZ VÉLEZ,
PILAR BLANCO MIGUEL,
CINTA MARTIS SÁNCHEZ,
MABUELA FERNÁNDEZ BORREGO,
PABLO ÁLVAREZ PÉREZ

Prácticas de asistencialidad de Trabajo Social

en la política social de
salud chilena

PATRICIA CASTAÑEDA MENESES,
ANA MARÍA SALAMÉ COULON

¿Qué se enseña y cómo se enseña investigación en las escuelas de Trabajo Social?:

Aproximaciones a la formación
profesional de cuatro universidades
de la Región Metropolitana

PAMELA ANDREA HENRÍQUEZ ENSEMAYER

Prisión, género masculino y Trabajo Social:

Una autorreflexión en torno
a dimensiones a considerar

VÍCTOR I. GARCÍA,
EDUARDO ZAVALA-MENDOZA

Análisis psicométrico preliminar

de un instrumento para evaluar
indicadores proteccionales en
situaciones de maltrato infantil
grave (I-PROT)

VALERIA ARREDONDO, CAROLINA SAAVEDRA,
CRISTÓBAL GUERRA

DICIEMBRE
90|20
16

Prácticas de asistencialidad de Trabajo Social en la política social de salud chilena

Assistential Practices of Social Work in social policy chilean health

PATRICIA CASTAÑEDA MENESES

Trabajadora Social y Licenciada en Trabajo Social. Universidad de Valparaíso. Doctora en Ciencias de la Educación. Universidad de Barcelona. Académica e Investigadora. Escuela de Trabajo Social. Universidad de Valparaíso. Avenida Colón 2128, Valparaíso, Chile. Email: patricia.castaneda@uv.cl

ANA MARÍA SALAMÉ COULON

Trabajadora Social. Pontificia Universidad Católica de Chile. Doctora en Ciencias de la Educación. Universidad de Barcelona. Académica e Investigadora Departamento de Trabajo Social. Universidad de La Frontera. Avenida Francisco Salazar 01145, Temuco, Chile. Email: ana.salame@ufroterra.cl

Resumen

El presente artículo presenta los resultados de un proceso de sistematización que tuvo como objetivo analizar las prácticas asistenciales realizadas por Trabajo Social en el marco de la política social de salud chilena orientada por las directrices derivadas de un modelo de desarrollo nacional de libre mercado. Los resultados obtenidos permiten visibilizar un conjunto de prácticas asistenciales desarrolladas por el colectivo profesional, en orden a garantizar el acceso a la atención de salud, a la gestión de beneficios materiales en salud y a la generación de recursos comunitarios de apoyo a la asistencialidad en salud, como respuesta de frontera a una política de salud que ha transformado la universalidad en la atención en salud a una estructura de repuesta a condiciones básicas o mínimas.

Palabras clave: *Política de Salud, asistencialidad, prácticas.*

Summary

This article presents the results of a systematic process that aimed to analyze assistential practices performed by Social Work within the framework of Chilean health, social policy, which is guided by a model of national free market development. The results allow to visualize a set of care practices developed by the professional group, that ensure access to health care, to management of material health benefits, and to community support resources of health assistance, as a response to a health policy that has transformed the universality in health care into a structure of response to basic or minimal conditions.

Key words: *Health Policy, assistential, practice.*

Introducción

La primera escuela de Trabajo Social de Chile y Latinoamérica fue fundada el 4 de mayo de 1925, bajo los auspicios de la Junta Central de Beneficencia, institución predecesora del Ministerio de Salud, quedando ligado el desempeño profesional desde sus inicios al sector público de salud. Las primeras promociones egresadas fueron contratadas por los servicios de salud de la época, generando una situación de empleabilidad favorable que se ha mantenido permanentemente, a excepción del período dictatorial comprendido entre 1973 y 1990. En el marco de la política social de salud, la profesión ha generado un acervo especializado, caracterizado por

el desarrollo de dos ámbitos de trabajo centrales: el manejo de la asistencialidad y las acciones de educación sanitaria, a través de la participación social y la organización comunitaria. (Castañeda y Salamé, 2012, p. 24). En el caso específico de la asistencialidad, la trayectoria profesional histórica en el sector salud evidencia un manejo avanzado, a través de acciones permanentes ligadas a la urgencia social y la vulnerabilidad inmediata, respaldadas por recursos públicos y por fundaciones de carácter privado (Figueroa, 1976, pp. 20-35). En las últimas décadas y como efecto de la implementación del modelo económico de mercado en el sector salud,

se ha sumado a la acción profesional de asistencia- lidad la calificación previsional de indigencia, para respaldar técnicamente el acceso de la población de menores ingresos a la atención sanitaria. Actualmen- te, se estima que en Chile existen un total de 15.000 profesionales de Trabajo Social en ejercicio, de los cuales un 21% ejerce funciones en el sistema públi- co de salud, por lo que representa la política social con mayor presencia profesional a nivel nacional, otorgando reconocidas condiciones laborales de es- tabilidad y formación continua. (Vidal, 2009, p. 5).

Antecedentes generales del sistema de salud chileno

El sistema público de salud en Chile se caracterizó desde inicios del siglo XX y hasta antes de las refor- mas impulsadas por la dictadura militar a contar de 1979 por ser un sistema articulado de iniciativas le- gales que priorizó la atención maternoinfantil como estrategia sanitaria central. El sistema se fortaleció en 1952, a través de la constitución del Servicio Nacional de Salud, iniciativa de interés nacional lle- vada a cabo por el Ministro de Salud de la época y futuro presidente de la República, Dr. Salvador Allende Gossens, generando un sistema centraliza- do, de alta cobertura, equitativo y de calidad, que consolidó las políticas sanitarias del país y cuyos mayores logros fueron el descenso de la mortalidad infantil (de 136,2 por mil en 1950 a 31,8 por mil en 1980) y el incremento de la esperanza de vida (de 53/56,8 años en 1950 a 67,6/74,6 en 1980) (Scar- paci, 1988:22)..

A partir del Golpe de Estado de septiembre de 1973, la estructura económica del país se reorienta autoritariamente hacia un modelo de libre mercado. En el sector, esta medida se traduce en la Reforma de 1980, que inicia una reestructuración del siste- ma, impulsando el desarrollo del sector privado de salud, a través de seguros previsionales que cubren la atención de la población de mayores ingresos (Vergara, 2006, p. 513). El financiamiento estatal fue destinado a la población de menores ingresos, dado que en ese segmento la inversión privada no es considerada rentable. En esta reorganización, el acceso a la salud debió ser acreditado, siendo re- querimiento comprobar la situación de pobreza a través de evaluación social profesional (Labra, 2002, p. 1.046). En los años siguientes, el sector salud sufrió una drástica reducción de los aportes fiscales, generando graves deterioros en el sistema público que quedó en situación de rezago respecto del sector privado, especialmente en incremento de remuneraciones, mantención e inversión en nuevas

obras en infraestructura del sector e incorporación de avances tecnológicos. La idea de universalidad de las décadas anteriores fue reemplazada por la de prestaciones básicas o mínimas, mientras las res- tantes se dejaron liberadas a las fuerzas reguladoras del mercado (Stolkiner, 2003, p. 218). A contar de 1990, con el retorno paulatino de la normalidad democrática, el sector salud ha sido priorizado por la inversión pública, buscando perfeccionar su fun- cionamiento, a fin de enfrentar las consecuencias sanitarias y epidemiológicas derivadas del proceso de progresivo envejecimiento de la población que enfrenta actualmente el país. Sin embargo, a la fe- cha no se han realizado cambios estructurales en las condiciones de funcionamiento y financiamiento del sector salud, manteniendo vigente las direc- trices derivadas del modelo de economía de libre mercado, que definieron en tiempos dictatoriales la estructura para el sector como sistema mixto públi- co/privado (Acevedo, 1998, p. 192-193).

Prácticas de asistencialidad

Según Zurita (en Centro Interuniversitario de De- sarrollo, CINDA 2000, pp. 37-41) las prácticas son “dominios relativamente cerrados, que proveen los significados con los cuales los individuos compren- den y otorgan legitimidad a lo que hacen en ellas, y por otro lado, comprenden y proyectan significados a los que vienen de fuera de ellas (conocimiento ex- perto, tecnologías, entre otros). En esta tradición, la práctica no puede verse como un dominio de carencias, sino como un trasfondo de saberes activos que operan como interpretaciones y comprensiones a través de los cuales se expresan los desempeños profesionales”. Este enfoque de práctica trasciende a la idea de la representación ideal del desempeño profesional a través de un diseño experto inmutable y avanza a la transformación de las prácticas como referentes capaces de reestructurar los desempeños a través de la reflexión activa de los colectivos pro- fesionales involucrados.

La práctica profesional de Trabajo Social puede ser caracterizada a partir de la convergencia en los si- guientes componentes (Molina y Romero, 2004:20):

- a) Las estrategias de desarrollo de los organismos internacionales que condicionan las concepcio- nes y estrategias de las políticas sociales que se ejecutan en un aparato institucional público y privado, con características determinadas por el tipo de sociedad política o Estado.
- b) Un contexto particular que delimita un campo referido a la problemática social constituida por

la dinámica de las relaciones sociales generadoras de desigualdad social y que, en consecuencia, configuran una diversidad de objetos particulares de intervención. Tales objetos se configuran a partir de la intersección de las relaciones que establece la organización pública o privada, el ciudadano demandante de derechos y el trabajador o trabajadora social.

- c) El tercer componente es de orden disciplinario profesional y se vincula con el desarrollo teórico del campo, con la comprensión del objeto disciplinario y las modalidades de intervención directa con los sujetos (individuales o colectivos) que manifiestan o bien construyen con la trabajadora social objetos de intervención. Este componente incluye también el desarrollo teórico en lo atinente a cómo se gestionan los servicios sociales. Un aspecto adicional se refiere a la sistematización del ejercicio profesional como fuente enriquecedora de lo disciplinario. El proceso de trabajo está conformado por una cadena de producción que genera subproductos que pueden ser información, bienes o servicios, y que requieren, según sea la naturaleza de lo que se demanda, de relaciones de cooperación y de coordinación interorganizacional.

Siguiendo los planteamientos de Castel (1998, pp. 495-591), las prácticas de Trabajo Social realizadas en el marco de la asistencialidad reconocen como concepto raíz la **asistencia**, lo que remite a nociones de cuidado. Tiene como sinónimos los conceptos de ayuda, apoyo y muestra cercanía con las etapas precursoras de la profesión expresadas en la filantropía y la caridad. De cierta forma, la asistencia profesional viene a modernizar y a racionalizar el proceso técnico de evaluación social y asignación de beneficios, acorde al marco legal correspondiente. El autor describe la asistencialidad como una función protectora e integrativa, desarrollada por profesionales especializados y compuesta por una serie de individuos o grupos que poseen un mandato específico para actuar sobre problemas sociales, en calidad de funcionarios de lo social. Una de sus tareas principales corresponde a la selección y a la evaluación de las situaciones sociales a tratar, apoyado en un núcleo de conocimiento técnico referido a las poblaciones en condiciones de riesgo social o vulnerabilidad. Desde una perspectiva profesional, la asistencialidad es un nivel de intervención de Trabajo Social que se encuentra en el origen de la profesión y que implica la detección y tratamiento de las necesidades sociales individuales, familiares, grupales y comunitarias. Su propósito está asociado

a la búsqueda de la resolución de necesidades y problemas sociales, correspondiendo la responsabilidad pública de la administración de las prestaciones, de su distribución, y de la protección de las poblaciones, según los derechos sociales reconocidos y los que se pueda llegar a demandar o generar en nuevos contextos sociopolíticos. La característica más relevante de las prácticas asistenciales es que si bien buscan la resolución de un problema, no siempre la ayuda otorgada supone su resolución definitiva y puede constituir un paliativo o una resolución temporal, siendo su mayor riesgo la habituación a la recepción de la ayuda o clientelismo. Asimismo, en la perspectiva opuesta, pueden ser concebidas como una oportunidad para transitar desde prácticas de asistencialidad hacia prácticas de desarrollo, reconociendo en el contacto asistencial la puerta de entrada de un proceso virtuoso de promoción social y empoderamiento.

Smale y otros (2000, pp. 47-48) plantean condiciones de equilibrio entre asistencialidad y desarrollo, proponiendo la siguiente caracterización de prácticas profesionales orientadas a tal fin:

- Proteger a las personas vulnerables que estén en peligro de recibir malos tratos.
- Mantener a las personas en sus propios hogares cuando sus necesidades de apoyo superen la fiabilidad de su situación social inmediata, mediante la prestación de servicios.
- Crear sistemas que permitan que haya más personas que tengan acceso a los recursos, de manera que puedan organizar sus propios apoyos para mantener una vida independiente.
- Trabajar para reducir la incidencia de la discriminación y la exclusión social.
- Apoyar y ayudar a las personas, familias, grupos y comunidades para que sean más fiables, reforzando su capacidad para evitar que necesiten pedir ayuda o servicios directos a organizaciones ajenas.
- Proporcionar alojamiento con apoyo de asistencia social, cuando temporal o permanentemente no le sea posible a una persona vivir en su propio hogar o con familiares o amigos.
- Ejercer su autoridad en el nombre de la sociedad para garantizar que las personas asuman sus responsabilidades de cuidar a otros de manera adecuada.
- Intervenir en la vida de las personas para modificar conductas autodestructivas o antisociales.

- Trabajar en las comunidades para reducir la incidencia y el impacto de esas conductas antisociales.
- Desarrollar los recursos de la comunidad para asistir a un mayor número de sus miembros, reduciendo la carga que recae en los cuidadores mediante un mayor apoyo del vecindario.

En este marco, la concepción originaria de las prácticas asistenciales de Trabajo Social ha evolucionado desde una condición inicial de dádiva o regalía hacia la definición de lo asistencial como derecho de la ciudadanía y no como regalía del Estado benefactor. Se responde a las insatisfacciones de las necesidades y demandas sociales que requieren de la realización de los Derechos Humanos, lo cual supone abrir espacios para la organización y la promoción social. Así entonces, las prácticas de un modelo de intervención asistencial tienen como objetivo proveer un subsidio material o financiero u ofrecer información a un sujeto individual o colectivo que plantea carencias en la satisfacción de sus necesidades vitales y contingentes y que, para su satisfacción, demanda una acción institucional inmediata. (Molina y Romero, 2004, pp. 59-60).

Material y métodos

El presente artículo expone los resultados de una sistematización de proceso, cuyo objetivo general está orientado a recuperar y analizar las prácticas de asistencialidad desarrolladas actualmente por el colectivo profesional de Trabajo Social en el marco de la atención en salud. Los sujetos participantes de la sistematización son profesionales de Trabajo Social en ejercicio que poseen al menos 3 años de desempeño en el sector salud y con dependencia técnica de los Servicios de Salud Valparaíso-San Antonio, Viña del Mar-Quillota, Aconcagua, Araucanía Norte y, Araucanía Sur. La cantidad final de sujetos participantes correspondió a 176 profesionales, distribuidos 122 en Región de Valparaíso y 54 en la Región de la Araucanía. Los profesionales pertenecen a los niveles de baja, mediana y alta complejidad de los establecimientos de salud pertenecientes a las redes asistenciales públicas de cada región participante.

Cada profesional participó voluntariamente de la sistematización realizada conforme los protocolos establecidos en la Declaración de Helsinki (1975 revisada en 1983) que cautela ofrecer garantías a la vida, salud, dignidad e integridad de los sujetos que participan voluntariamente en una investigación. Para la obtención de la información primaria

se diseñaron y aplicaron guiones de entrevista semiestructurada y pautas de observación respecto de la implementación de prácticas de asistencialidad. Las entrevistas fueron agendadas personalmente con cada profesional y su aplicación implicó una duración promedio de 90 minutos. Las pautas de observación fueron aplicadas durante un período de 6 meses continuados a contar del inicio de la actividad en las instancias profesionales ofrecidas para tal efecto a contar de la aplicación de la entrevista. Para la información secundaria, se trabajó con registros profesionales e informes técnicos generados por el colectivo, en un número promedio estimado de tres documentos por profesional participante. Los resultados obtenidos fueron organizados desde las categorías de análisis propuestas por Smale y otros (2000, pp. 47-48), complementado por los aportes conceptuales de los autores Zurita (en CINDA 2000, pp. 37-41) y Molina y Romero (2004, p. 20), a los que suman las categorías de organización de prácticas aportadas directamente por la experiencia y saturadas temáticamente por la convergencia de información recopilada. Dichas categorías corresponden a garantizar el acceso a la atención de salud, gestión de beneficios materiales en salud y generación de recursos comunitarios de apoyo a la asistencialidad en salud. Estas nuevas categorías organizativas y la descripción de las prácticas de asistencialidad asociadas a cada una de ellas fueron validadas desde los criterios de relevancia, significancia y convergencia en un proceso de devolución de los análisis realizados y los resultados obtenidos a las personas participantes de la experiencia, actividad realizada en instancia única por oportunidad de agenda en reuniones de estamento profesional convocadas por la línea de asesoría o coordinación de cada servicio y cuya asistencia correspondió al promedio histórico del desarrollo de estas instancias técnicas. Para cumplir con los objetivos del presente artículo, se exponen los resultados obtenidos organizados desde la descripción de las prácticas de asistencialidad organizadas desde las categorías propuestas y validadas por los resultados obtenidos en la sistematización y que corresponden a: Prácticas Asistenciales de Trabajo Social vinculadas a garantizar el acceso a la atención de salud; Prácticas Asistenciales de Trabajo Social vinculadas a la gestión de beneficios materiales en salud; y, Prácticas Asistenciales de Trabajo Social vinculadas a la generación de recursos comunitarios de apoyo a la asistencialidad en salud. Cada práctica es analizada desde los criterios propuestos por Smale y otros (2000, pp. 47-48) y la síntesis de las

reflexiones profesionales del colectivo, organizadas a partir de los referentes conceptuales trabajados.

Resultados

Siguiendo la propuesta conceptual de Zurita (en CINDA 2000, pp. 37-41), los hallazgos de la sistematización obtenidos a través de las entrevistas semiestructuradas y pautas de observación aplicadas permiten caracterizar las prácticas de asistencialidad de Trabajo Social en Salud como dominios relativamente cerrados, en la medida que representan un acervo especializado asociado a manejo de criterios técnicos, que permiten establecer la urgencia, pertinencia y oportunidad de asignación de beneficios que demanda la población de menores recursos al sistema público de salud. Este dominio de prácticas de asistencialidad ha desarrollado límites distintivos que dotan de exclusividad a Trabajo Social como la profesión experta en la ayuda social. Esta situación se encuentra legitimada a partir de las normativas institucionales ministeriales vigentes a lo largo de las décadas de historia profesional y por los contextos de desempeño en equipos de salud en los que se inserta la profesión. Asimismo, se reconoce también la existencia de límites en el desempeño que poseen condición relativa, permitiendo el desarrollo de acciones de coordinación y vinculación interinstitucionales orientadas a la amplificación de la base de recursos disponibles y a las oportunidades de acceso a nuevos beneficios asistenciales. La estabilidad y permanencia de estos límites distintivos y relativos fue lo que permitió a Trabajo Social sostener su precaria condición profesional durante el período dictatorial y atravesar una época de abierto cuestionamiento a su labor educativa promocional, al replegarse en este bastión de identidad socialmente reconocido e institucionalmente legitimado.

La información primaria analizada permite constatar que la totalidad de los significados asociados a la asistencialidad en salud están fuertemente enlazados con la condición de Trabajo Social como representante del interés del Estado en el bienestar social de la población. Las decisiones de carácter técnico asumidas por la profesión en sus prácticas de asistencialidad aparecen respaldadas plenamente por las jefaturas y direcciones de servicio, en la medida que aportan información sensible para sus procesos de toma de decisiones, optimizando la gestión asistencial de salud. La evaluación social asistencial realizada en el contexto de visitas domiciliarias o entrevistas sociales con fines de diagnóstico se transmite a través de informes técnicos especializados denominados *Informe Social*, que reportan una

síntesis diagnóstica de la situación socioeconómica familiar y definen claramente los beneficios a los que cada solicitante puede optar conforme su realidad particular y los recursos disponibles en la red de salud o en instituciones colaboradoras. La práctica profesional se ha concebido como un trasfondo de saberes activos en torno a la asistencialidad y a las redes de recursos que operan como interpretaciones técnicas y comprensiones sociales a través de los cuales se expresan un desempeño profesional asistencial experto.

A partir de la información recolectada, las categorías de prácticas de asistencialidad desarrolladas por Trabajo Social en el marco de la política social de salud actualmente vigente y sus situaciones técnicas específicas analizadas desde los criterios aportados por Smale y otros (2000, pp. 47-48) corresponden a las siguientes:

Prácticas asistenciales de Trabajo Social vinculadas a garantizar el acceso a la atención de salud.

En esta primera categoría se identifican las prácticas asistenciales de Trabajo Social que permiten el acceso de la población a las prestaciones de salud, a partir de las gestiones profesionales que se realizan dentro de la legislación y normativa sanitaria vigente. En esta categoría se encuentran la calificación previsional y la condonación de pago de hospitalización.

PRÁCTICA ASISTENCIAL
Calificación Previsional.
DESCRIPCIÓN
Trabajo Social evalúa la situación socioeconómica de las personas usuarias que carecen de previsión social y respalda la calificación previsional asistencial de gratuidad o rebaja.
FRAGMENTO ILUSTRATIVO
<i>“Una de las principales acciones que debemos desarrollar es entregar las tarjetas de salud. Las personas siempre piensan que es casi la única tarea que hacemos. Tienen esa visión porque fue eso lo que hicimos durante muchos años. De todas formas, no hay día en que no se deba atender una solicitud de renovación de credencial o de otorgar la gratuidad por alguna hospitalización”.</i>

La calificación previsional de la población es una gestión formal de responsabilidad de la institucionalidad pública y privada, que confiere a las personas afiliadas a los sistemas de salud vigentes las creden-

ciales de salud que entregan información oficial respecto de la pertenencia al sistema, identificando los tramos de copago que son cubiertos por la institucionalidad y los tramos que deben ser cubiertos por las personas cotizantes. Estos documentos son solicitados en el momento de solicitar una atención en salud, para determinar los aportes económicos que deben realizar las personas cotizantes, con el fin de cubrir complementariamente su propia prestación o las de sus cargas médicas acreditadas en el sistema. Para la población que carece en forma transitoria o permanente de un sistema previsional por razones económicas derivadas del desempleo o empleo informal, el acceso a la atención en salud está condicionado por la acreditación formal de la situación socioeconómica particular que le aqueja. Esta acción profesional es realizada por Trabajo Social y corresponde a una facultad legalmente conferida por Norma General Administrativa N°3 del Ministerio de Salud, publicada en Resolución Exenta N°410 del 08.07.1992, la que permite realizar la calificación previsional asistencial y autorizar el acceso a las prestaciones de salud en el sistema público a título gratuito. Por lo general, esta calificación cubre en forma permanente a personas en situación de indigencia, exclusión social o pobreza y de manera provisoria a personas de ingresos medios que enfrentan problemas económicos, altos gastos en salud o contingencias. Con estas acciones profesionales se contribuye con el criterio de *crear sistemas que permitan que haya más personas que tengan acceso a los recursos, de manera que puedan organizar sus propios apoyos para mantener una vida independiente* (Smale y otros, 2000, pp. 47-48).

Asimismo, dado que la práctica asistencial permite el acceso de la población de menores ingresos en el sistema público de salud, se contribuye con el criterio *trabajar para reducir la incidencia de la discriminación y la exclusión social* (Smale y otros, 2000, pp. 47-48), en la medida que se derriba la barrera económica de entrada del sistema de salud por razones sociales. La reevaluación de las condiciones socioeconómicas de las personas beneficiadas debe tener, al menos, una actualización anual o semestral de los antecedentes, permitiendo el monitoreo profesional en torno a la extensión y legitimidad del beneficio otorgado.

Generalmente, el proceso de calificación previsional va acompañado de orientaciones educativas que permiten informar a la población respecto de la prevención de la ocurrencia de riesgos en salud, coberturas de beneficios y condiciones de protección social a los que se puede acceder conforme a

la realidad socioeconómica particular. Con ello, se busca mejorar las coberturas previsionales, a fin de que posean mayor estabilidad a lo largo del tiempo, cumpliendo de esta forma con el criterio de *apoyar y ayudar a las personas, familias, grupos y comunidades para que sean más fiables, reforzando su capacidad para evitar que necesiten pedir ayuda o servicios directos a organizaciones ajenas* (Smale y otros, 2000, pp. 47-48).

PRÁCTICA ASISTENCIAL
Condonación de pago de hospitalización.
DESCRIPCIÓN
Trabajo Social gestiona las solicitudes de las personas usuarias que presentan dificultades para cancelar los aranceles de los servicios hospitalarios y solicitan condonación de deuda.
FRAGMENTO ILUSTRATIVO
<i>“Aquí en el hospital puedes apoyar en los problemas de pago que presentan algunos usuarios. Hacemos una revisión detallada de la situación económica y social y con esos antecedentes podemos gestionar condonación”.</i>

En esta práctica asistencial de Trabajo Social, el criterio rector corresponde a *crear sistemas que permitan que haya más personas que tengan acceso a los recursos, de manera que puedan organizar sus propios apoyos para mantener una vida independiente* (Smale y otros, 2000, pp. 47-48). La gestión profesional asociada corresponde a la certificación de la situación socioeconómica a través de informe social y visita domiciliaria de verificación. Estos antecedentes son presentados a la dirección del establecimiento de salud, quien autoriza la rebaja o condonación de la deuda o la liberación del pago del arancel del servicio recibido, respaldando en forma plena el juicio diagnóstico emitido por Trabajo Social. La condición de deuda usuaria se genera a partir de las normativas de financiamiento de salud, que establecen que los cotizantes deben cancelar copagos de prestaciones proporcionales, conforme a su tramo de ingresos. A mayor ingreso, mayor copago. Esta situación devela el desplazamiento de la salud como derecho a una concepción de bien social, en donde el costo que asume el Estado es exclusivamente en condiciones de subsidiariedad. Así, entonces, la profesión media entre las demandas de la población y las oportunidades de acceso a recursos públicos que ofrece el sistema, a través de una concesión de

<p>corresponde a la calificación de situaciones sociales que acceden al programa, administración y ejecución del marco presupuestario asignado, junto con la selección y supervisión de los hogares de acogida dependientes del programa.</p>
FRAGMENTO ILUSTRATIVO
<p><i>“Otro problema son los recursos económicos para enfrentar los problemas de aquellas personas que están en situación de abandono, adultos mayores que están postrados, no hay hogares suficientes y siempre se reciben nuevas peticiones”.</i></p>

En esta práctica asistencial es posible reconocer el criterio *proporcionar alojamiento con apoyo de asistencia social, cuando temporal o permanentemente no le sea posible a una persona vivir en su propio hogar o con familiares o amigos* (Smale y otros, 2000, pp. 47-48). El programa de colocación extrahospitalaria compromete recursos públicos para garantizar una atención domiciliaria adecuada a personas que requieren cuidados prolongados posteriores a su alta médica y que carecen de redes familiares que puedan procurarlos. Trabajo Social asume las responsabilidades de administración del beneficio y acompañamiento de las familias receptoras, proporcionando una garantía de fe pública respecto a la calidad de los cuidados asistenciales entregados. Asimismo, se presenta complementariamente el criterio *proteger a las personas vulnerables que estén en peligro de recibir malos tratos* (Smale y otros, 2000, pp. 47-48), ya que el programa de colocación actúa en forma preventiva, anticipando riesgos de maltrato de los pacientes por acción de terceros o por abandono. Se define en las bases técnicas del programa que la responsabilidad de la condición sociosanitaria de las personas beneficiadas está respaldada por el interés público en el bienestar de la población, siendo la profesión la curadora del esfuerzo realizado.

PRÁCTICA ASISTENCIAL
<p>Pago de movilización o costos de traslado a personas de sectores rurales e interprovinciales.</p>
DESCRIPCIÓN
<p>En atención a las distancias geográficas que pueden presentarse entre los centros de salud y los lugares –urbanos o rurales– de residencia de las personas que demandan atención, se cuenta con presupuesto específico para cubrir la movilización o costos de traslado asociados a acciones de asistencia a atención sanitaria, controles, hospitalizaciones, atención de especialistas y exámenes médicos.</p>

FRAGMENTO ILUSTRATIVO
<p><i>“Cuesta tanto conseguir las horas de especialista o para tomarse exámenes, y no deberíamos perder esa hora por no tener los recursos para pagar los pasajes para que la persona pueda ir a Temuco”.</i></p>

Garantizar el acceso a la salud impulsa el desarrollo de prácticas asistenciales orientadas a disminuir o eliminar las barreras sociales, económicas, culturales o geográficas que dificulten esta aspiración. Por consiguiente, la práctica asistencial que solventa los costos derivados de los traslados desde lugares de difícil acceso o conectividad de las personas que requieren atención y cuidados sanitarios es plenamente consistente con el criterio que apunta a *crear sistemas que permitan que haya más personas que tengan acceso a los recursos, de manera que puedan organizar sus propios apoyos para mantener una vida independiente* (Smale y otros, 2000, pp. 47-48). Asimismo, esta iniciativa materializa acciones de subsidio directo para la población, desde presupuestos sectoriales permanentes que permiten a Trabajo Social trabajar para reducir la incidencia de la discriminación y la exclusión social (Smale y otros, 2000, pp. 47-48), que pudiese expresarse como consecuencia de las dificultades materiales y geográficas que afectan a las personas en su accesibilidad directa al sistema de salud.

PRÁCTICA ASISTENCIAL
<p>Hospitalización prolongada de personas con enfermedades terminales o en situación de abandono infantil.</p>
DESCRIPCIÓN
<p>La hospitalización prolongada es un recurso médico-social que se aplica en situaciones de abandono de personas. En el caso de pacientes adultos mayores terminales abandonados, la normativa sanitaria respalda su hospitalización prolongada hasta el fallecimiento. En el caso de recién nacidos, preescolares y escolares, Trabajo Social realiza las evaluaciones sociales correspondientes e informa al Tribunal de Familia para medidas de protección y derivación a instituciones de acogida.</p>
FRAGMENTO ILUSTRATIVO

“Nosotros no trabajamos con programas como en atención primaria, aquí el trabajo interdisciplinario es directo con el equipo. Por ejemplo, en el caso de que tengamos un adulto mayor aban-

donado, se coordina con el médico que no le dé el alta porque le faltan recursos. También los lunes revisamos la nómina de pacientes ingresados sábados y domingos en todos los servicios del hospital y, si estoy en el turno de salida, tengo que ver la ficha y detectar los casos sociales. Si encontramos casos sociales hay que moverse rápido, no te puedes quedar esperando”.

La hospitalización prolongada es resultado de alta médica no ejecutada por razones sociales de abandono. En este contexto, la opinión profesional de Trabajo Social respalda la permanencia hospitalaria extendida de personas que carecen de redes familiares, comunitarias o institucionales que asuman los cuidados de salud en condiciones de alta vulnerabilidad como corresponde a cuidados paliativos y de alivio del dolor en situaciones de salud terminales y cuidados en la primera infancia. Estas acciones asistenciales se adscriben al criterio de proteger a las personas vulnerables que estén en peligro de recibir malos tratos y sitúan a la profesión en un activo rol de coordinación interinstitucional que le permite trabajar para reducir la incidencia de la discriminación y la exclusión social (Smale y otros, 2000, pp. 47-48), cautelando la dignidad personal en situaciones límites, con respaldo institucional del sector salud.

PRÁCTICA ASISTENCIAL
Trámite de sepultación de personas en situación de indigencia.
DESCRIPCIÓN
El fallecimiento en el hospital de personas en situación de indigencia demanda a Trabajo Social la responsabilidad de gestionar servicios funerarios y gratuidad en los derechos de sepultación.
FRAGMENTO ILUSTRATIVO
<i>“Este es un hospital rural. Llega gente muy pobre que vive muy lejos. A veces nos cuesta contactar a los familiares de los pacientes. Y eso se transforma en un tremendo problema cuando algún paciente fallece”.</i>

La práctica asistencial descrita se enmarca en el criterio trabajar para reducir la incidencia de la discriminación y la exclusión social (Smale y otros, 2000, pp. 47-48). En este criterio, la asistencialidad en salud se expresa en una situación de frontera que cautela la dignidad del ser humano en el acto final de su existencia. Se enfrentan las condiciones de

discriminación y exclusión social reales expresadas en la ausencia total de redes personales, familiares o comunitarias al momento del fallecimiento y la discriminación y exclusión social potenciales que pudiesen manifestarse en un acto funerario en condiciones de anonimato y olvido. Trabajo Social asume la responsabilidad de las gestiones de sepultación de la persona fallecida, situándose en condiciones de representatividad plena de la institucionalidad de salud, para ejecutar en su nombre las gestiones asistenciales que permitan la sepultación dentro de los marcos normativos y sanitarios vigentes. El marco legal en que se inscribe esta práctica corresponde al Código Sanitario, Reglamento de Cementerios, Decreto Ley 3.500 sobre Fondos de Pensiones y Ley N° 20.255 de Reforma Previsional.

Prácticas asistenciales de Trabajo Social vinculadas a la generación de recursos comunitarios de apoyo a la asistencialidad en salud. En esta tercera categoría se inscriben las prácticas asistenciales que gestionan los recursos disponibles en la comunidad para ampliar las redes de colaboración social en situaciones de salud con niveles de alta complejidad, que necesitan procesos de acompañamiento y contención de largo aliento, superando en esos horizontes las posibilidades materiales del sector salud de realizarlo directamente. Estas prácticas asistenciales corresponden a organización del voluntariado y proyectos de capacitación comunitaria en atención voluntaria de pacientes en domicilio.

PRÁCTICA ASISTENCIAL
Organización del voluntariado.
DESCRIPCIÓN
Los grupos voluntarios son agrupaciones que desarrollan acciones de colaboración y de ayuda en centros de salud, acompañando asistencialmente a las personas hospitalizadas, especialmente aquellas que se encuentran lejos del lugar de residencia y/o cuentan con escaso apoyo de la red familiar. Entre las acciones de mayor frecuencia, se incluyen gestiones y trámites para las personas hospitalizadas, apoyo con útiles de aseo, alimentación, vestuario o cualquier otro requerimiento derivado del tratamiento intrahospitalario. Su tarea es valorada y reconocida por los equipos de salud, siendo Trabajo Social el estamento que coordina la eficiencia de su acción asistencial y la acoge la necesidad de nuevos conocimientos y orientaciones técnicas en su tarea.

FRAGMENTO ILUSTRATIVO

“Lo más gratificante es trabajar con la comunidad, organizar a la comunidad, a los grupos voluntarios, a los familiares de pacientes para trabajar en salud. Ver resultados positivos en la gente, conductas positivas, que se entusiasmen con lo que les propones. Te apoyan en tus proyectos y permiten que podamos salir adelante con los problemas de salud de la gente aquí en el hospital”.

Los equipos de salud han valorado los apoyos organizados que representan los grupos voluntarios, incluyendo explícitamente este recurso social en las acciones sanitarias regulares desarrolladas a lo largo de las últimas décadas. Si bien la práctica asistencial del voluntariado no corresponde a un desempeño directo de Trabajo Social, los objetivos de ayuda solidaria y aporte material que les identifican aportan estratégicamente a su desempeño, ya que le permiten amplificar su repertorio profesional de acciones y recursos asistenciales, basados principalmente en las subvenciones aportadas por la institucionalidad estatal, sumando el esfuerzo de la comunidad en la búsqueda del bienestar de la población. El reconocimiento que realizan los equipos de salud y las propias organizaciones voluntarias en la tarea de coordinación profesional legitiman el despliegue del criterio *ejercer su autoridad en el nombre de la sociedad para garantizar que las personas asuman sus responsabilidades de cuidar a otros de manera adecuada* (Smale y otros, 2000, pp. 47-48).

PRÁCTICA ASISTENCIAL

Proyectos de capacitación comunitaria en atención voluntaria de pacientes en domicilio.

DESCRIPCIÓN

Acciones de colaboración comunitaria voluntaria de personas en situación de discapacidad o continuidad de situaciones de hospitalizaciones abreviadas.

FRAGMENTO ILUSTRATIVO

“Aquí se trabaja con el dolor, con el sufrimiento, con el drama de una familia que se está desmoronando por tener un hijo con enfermedad terminal. Y muchas veces los recursos no nos alcanzan para acogerlos a todos. Por eso el aporte de la comunidad es invaluable”.

Los cuidados domiciliarios de personas afectadas por discapacidad o cáncer terminal representan acciones de mantención o de cuidados paliativos que

demandan acciones asistenciales complementarias de largo aliento en el acompañamiento y apoyo al grupo familiar frente a las tareas especializadas del cuidado. Los proyectos de capacitación comunitaria en atención voluntaria representan experiencias en donde es factible comprometer a personas de la propia comunidad en el acompañamiento familiar en domicilio, conjugando el apoyo en las tareas de cuidado físico que atenúen la progresiva pérdida de autonomía de la persona enferma o implementen acciones vinculadas al alivio del dolor, junto con la contención de los procesos de stress y desgaste de las personas cuidadoras. En este tipo de experiencias, la labor profesional coordina las acciones vinculadas a la capacitación de las personas voluntarias y la oportunidad del apoyo voluntario en domicilio, basada en el criterio orientado a *desarrollar los recursos de la comunidad para asistir a un mayor número de sus miembros, reduciendo la carga que recae en los cuidadores mediante un mayor apoyo del vecindario* (Smale y otros, 2000, pp. 47-48).

En la complejidad de este tipo de situaciones, concurren además el criterio vinculado a *proteger a las personas vulnerables que estén en peligro de recibir malos tratos* (Smale y otros, 2000, pp. 47-48), ya que la contención del desgaste de las personas cuidadoras les permite renovar esfuerzos en su tarea y anticipar quiebres o alteraciones emocionales que pudiesen traducirse en malos tratos en el hogar. Asimismo, potencia la posibilidad de *mantener a las personas en sus propios hogares cuando sus necesidades de apoyo superen la fiabilidad de su situación social inmediata, mediante la prestación de servicios* (Smale y otros, 2000, pp. 47-48), evitando hospitalizaciones prolongadas y aportando con recursos comunitarios en la calidad de la permanencia domiciliaria. La incorporación de la comunidad en el acompañamiento de los problemas de salud relacionados a los cuidados en etapas avanzadas de enfermedad permite a la profesión *trabajar para reducir la incidencia de la discriminación y la exclusión social* (Smale y otros, 2000, pp. 47-48) y refuerza el reconocimiento social de Trabajo Social para *ejercer su autoridad en el nombre de la sociedad para garantizar que las personas asuman sus responsabilidades de cuidar a otros de manera adecuada* (Smale y otros, 2000, pp. 47-48).

La descripción y análisis de categorías, prácticas y criterios realizada en la presente sistematización revela la existencia de tres categorías de prácticas de asistencialidad desarrolladas por Trabajo Social en el marco de la política social de salud actualmente vigente y nueve prácticas de asistencialidad o situaciones técnicas en salud de plena responsabilidad

profesional y en donde se encuentran presentes la casi totalidad de los criterios de análisis propuestos por Smale y otros (2000, pp. 47-48). Los criterios ausentes del autor corresponden a *intervenir en la vida de las personas para modificar conductas autodestructivas o antisociales* y *trabajar en las comunidades para reducir la incidencia y el impacto de esas conductas antisociales*. Ambos criterios se expresan en prácticas que son consideradas especializadas por la normativa sanitaria y por la experiencia profesional chilena, y que se relacionan directamente con salud mental y con participación social en salud respectivamente. Por lo tanto, no son considerados criterios referidos a prácticas de asistencialidad, dado que no manifiestan situaciones sociales de urgencia social o vulnerabilidad inmediata.

Reflexiones finales

La sistematización realizada permite visibilizar las prácticas de asistencialidad que forman parte del acervo profesional distintivo de Trabajo Social en el sector salud. A modo de síntesis del análisis precedente, se presentan las matrices por tipo de práctica de asistencialidad definida y los criterios de equilibrio entre asistencialidad y desarrollo que implican en su ejercicio. La primera matriz síntesis presenta los resultados obtenidos en prácticas de asistencialidad de Trabajo Social vinculadas a garantizar el acceso a la atención de salud, que permitieron identificar dos prácticas asociadas, correspondientes a calificación previsional y condonación de pago de hospitalización.

MATRIZ SÍNTESIS N°1	
Prácticas de asistencialidad de Trabajo Social vinculadas a garantizar el acceso a la atención de salud y criterios de equilibrio entre asistencialidad y desarrollo (Smale y otros, 2000, pp. 47-48)	
Prácticas Asistenciales	Criterios
Calificación Previsional	- Crear sistemas que permitan que haya más personas que tengan acceso a los recursos, de manera que puedan organizar sus propios apoyos para mantener una vida independiente.
	- Trabajar para reducir la incidencia de la discriminación y la exclusión social.
	- Apoyar y ayudar a las personas, familias, grupos y comunidades para que sean más fiables, reforzando su capacidad para evitar que necesiten pedir ayuda o servicios directos a organizaciones ajenas.
Condonación de pago de hospitalización	- Crear sistemas que permitan que haya más personas que tengan acceso a los recursos, de manera que puedan organizar sus propios apoyos para mantener una vida independiente

La segunda matriz síntesis presenta los resultados obtenidos en prácticas de asistencialidad de Trabajo Social vinculadas a la gestión de beneficios materiales en salud, que permitieron identificar cinco prácticas asociadas, correspondientes a Coordinación interinstitucional por ayudas asistenciales sanitarias, Gestión técnica del programa de colo-

cación extra hospitalaria; Pago de movilización o costos de traslado a personas de sectores rurales e interprovinciales, Hospitalización prolongada de personas con enfermedades terminales o en situación de abandono infantil y Trámite de sepultación de personas en situación de indigencia.

MATRIZ SÍNTESIS N° 2

Prácticas de asistencialidad de Trabajo Social vinculadas a la gestión de beneficios materiales en salud y criterios de equilibrio entre asistencialidad y desarrollo (Smale y otros, 2000, pp. 47-48)

Prácticas Asistenciales	Criterios
Coordinación interinstitucional por ayudas asistenciales sanitarias	- Crear sistemas que permitan que haya más personas que tengan acceso a los recursos, de manera que puedan organizar sus propios apoyos para mantener una vida independiente.
Gestión técnica del programa de colocación extrahospitalaria	- Proporcionar alojamiento con apoyo de asistencia social, cuando temporal o permanentemente, no le sea posible a una persona vivir en su propio hogar o con familiares o amigos. - Proteger a las personas vulnerables que estén en peligro de recibir malos tratos.
Pago de movilización o costos de traslado a personas de sectores rurales e interprovinciales	- Crear sistemas que permitan que haya más personas que tengan acceso a los recursos, de manera que puedan organizar sus propios apoyos para mantener una vida independiente. - Trabajar para reducir la incidencia de la discriminación y la exclusión social.
Hospitalización prolongada de personas con enfermedades terminales o en situación de abandono infantil	- Proteger a las personas vulnerables que estén en peligro de recibir malos tratos. - Trabajar para reducir la incidencia de la discriminación y la exclusión social.
Trámite de sepultación de personas en situación de indigencia	- Trabajar para reducir la incidencia de la discriminación y la exclusión social.

Finalmente, la tercera matriz síntesis presenta los resultados obtenidos en prácticas de asistencialidad de Trabajo Social vinculadas a la generación de recursos comunitarios de apoyo a la asistencialidad

en salud, que permitieron identificar dos prácticas asociadas, correspondientes a organización del voluntariado y proyectos de capacitación comunitaria en atención voluntaria de pacientes en domicilio.

MATRIZ SÍNTESIS N° 3

Prácticas de asistencialidad de Trabajo Social vinculadas a la generación de recursos comunitarios de apoyo a la asistencialidad en salud y criterios de equilibrio entre asistencialidad y desarrollo (Smale y otros, 2000, pp. 47-48)

Prácticas Asistenciales	Criterios
Organización del voluntariado	- Ejercer su autoridad en el nombre de la sociedad para garantizar que las personas asuman sus responsabilidades de cuidar a otros de manera adecuada
Proyectos de capacitación comunitaria en atención voluntaria de pacientes en domicilio	- Desarrollar los recursos de la comunidad para asistir a un mayor número de sus miembros, reduciendo la carga que recae en los cuidadores mediante un mayor apoyo del vecindario.
- Proteger a las personas vulnerables que estén en peligro de recibir malos tratos.	- Mantener a las personas en sus propios hogares cuando sus necesidades de apoyo superen la fiabilidad de su situación social inmediata, mediante la prestación de servicios.
- Trabajar para reducir la incidencia de la discriminación y la exclusión social.	- Ejercer autoridad en el nombre de la sociedad para garantizar que las personas asuman sus responsabilidades de cuidar a otros de manera adecuada.

Cada categoría aporta componentes claves que permiten analizarlas integradamente a partir de los componentes de práctica profesional planteados por Molina y Romero (2004, p. 20) develando importantes consideraciones respecto a su implementación. Desde el componente que refiere a las estrategias de desarrollo de los organismos internacionales que condicionan las concepciones y estrategias de las políticas sociales que se ejecutan en un aparato institucional público y privado, con características determinadas por el tipo de sociedad política o Estado; se constata que el sistema público de salud chileno desarrolla su gestión en coincidencia con el modelo económico social de mercado que caracteriza a la economía a contar del Golpe Militar de 1973 y que cuenta con el pleno respaldo de los organismos internacionales que orientan actualmente los procesos de desarrollo latinoamericanos. En ese contexto, las prácticas asistenciales implementadas por Trabajo Social representan los espacios de intersección entre un sector público que destina recursos para subsidiar situaciones sociales puntuales que no pueden ser asumidas por la lógica de mercado, dada la carencia evidente de recursos de la población que les impide acceder a la adquisición de servicios sanitarios privados, y representa a la vez el esfuerzo profesional de reconocimiento de la condición de la salud como un derecho universal que debe otorgarse en forma plena a quienes la demanden, obligando por lo tanto a la búsqueda de soluciones frente a los obstáculos derivados de dificultades económicas diversas que no constituyen una razón valedera que impida otorgar las prestaciones solicitadas. Esta intersección no está exenta de contradicciones, dado que los presupuestos sectoriales destinados a la asistencialidad resultan limitados para respaldar una demanda indefinida de beneficios, a lo que se suma la lógica de autofinanciamiento que obliga a la búsqueda permanente de nuevas fuentes de recursos para mantener los niveles de apoyo requeridos por la población. Como contraparte, Trabajo Social debe amplificar forzosamente las oportunidades de aportes y beneficios asistenciales desde su propia gestión, impulsando la ampliación de las fronteras de su propio desempeño. Así, entonces, captura nuevos recursos provenientes de otros servicios públicos, de fundaciones privadas y de la propia comunidad organizada, a fin de enriquecer la gestión asistencial con nuevos esfuerzos que devienen desde fuera de los límites formales declarados por la política sectorial. Sin embargo, ello es una demostración para la lógica neoliberal de que efectivamente el sector

salud puede funcionar con los recursos asignados y, por tanto, con el riesgo de sugerir en forma errada que la responsabilidad prioritaria de la atención de la asistencialidad en salud correspondería a la sociedad civil y no al Estado.

El segundo componente propuesto por Molina y Romero (2004, p. 20) para el análisis de las prácticas profesionales refiere a un contexto particular que delimita un campo referido a la problemática social constituida por la dinámica de las relaciones sociales generadoras de desigualdad social y que, en consecuencia, configuran una diversidad de objetos particulares de intervención. Específicamente en el sector salud, las prácticas asistenciales de Trabajo Social se desarrollan en un contexto particular vinculado a la política pública sanitaria del país, que expresa una problemática social más amplia y multicausal que supera con creces el problema específico que ha desencadenado la demanda por atención asistencial. En efecto, las prácticas recopiladas en el colectivo profesional representan amortizaciones a las evidentes condiciones de desigualdad estructural en el acceso a salud, afectando las garantías de la atención sanitaria de calidad a la que tiene derecho la población. Ícono de la desigualdad estructural es la práctica asistencial definida como calificación previsional, que es considerado requisito universal de acceso al sistema y evidencia concreta de las dificultades económicas que enfrentan las personas para asumir los costos de los servicios recibidos. Ha sido concedida a la población desde patrones de evaluación social institucional y su renovación se encuentra sujeta a la permanencia de la situación socioeconómica desfavorable que le dio origen, dado que cualquier variación favorable podría hacerle perder el beneficio y sumarle a la formalidad de los grupos cotizantes del sistema institucional. Así, entonces, la calificación previsional sintetiza la tensión existente entre la aplicación de criterios profesionales que buscan hacer posible el acceso a la salud a partir del cumplimiento de un requisito formal y los avatares derivados de una política social inserta en un modelo económico de mercado, que debe realizar esfuerzos importantes para aportar al autofinanciamiento del funcionamiento público. La intersección de las relaciones que se establecen entre el sistema público de salud, las personas que demandan el derecho a la salud y Trabajo Social en su condición de profesión legitimada y reconocida por el sistema para atender la indigencia, la gratuidad o la excepción, se caracterizan por constituir alianzas dinámicas y contextuales. En dichas alianzas puede reconocerse que la institucionalidad respalda a la

profesión en su labor asistencial, que la población demanda el respaldo profesional para obtener el acceso en condiciones de excepción y gratuidad y que la profesión media entre ambos respaldos con un acotado margen de maniobra, que le permite ampararse en los criterios técnicos definidos desde la normativa universal, para expandir sus beneficios a la mayor variabilidad de condiciones particulares que representa cada situación social analizada.

El tercer componente propuesto por Molina y Romero (2004, p. 20) es de orden disciplinario profesional, siendo su primer referente el desarrollo teórico del campo. En el marco de la política pública de salud, Trabajo Social realiza un aporte conceptual específico derivado de su condición experta de análisis de la realidad social, tributando sus aprendizajes y experiencias asistenciales en la humanización del sistema de salud, tradicionalmente regido en forma predominante por las normas y perspectivas biomédicas, a las que el modelo económico ha sumado las lógicas del financiamiento como nuevo punto cardinal. Un segundo referente se define respecto del objeto, en donde la construcción disciplinaria en torno a la asistencialidad abstrae principios éticos y profesionales que permiten su definición como práctica avanzada, cuyos dominios no se limitan exclusivamente a la transferencia de recursos o beneficios, sino que además implica manejos especializados de la situación social en condiciones de carencia, emergencia o vulnerabilidad. El tercer referente alude a las modalidades de intervención directa con los sujetos, que en la asistencialidad en el sector salud refiere a prácticas que se sitúan en las intersecciones claves de acceso y cobertura de beneficios, tensando los límites formales definidos por una política pública en salud que lidia permanentemente con las demandas de eficiencia, eficacia, impacto, costo y productividad que exige su funcionamiento bajo lógicas de mercado. Un cuarto referente incluye el desarrollo teórico en lo atinente a la gestión de los

servicios sociales. Los resultados obtenidos en esta sistematización indican como evidencias de dicha gestión las dimensiones intrainstitucionales e interinstitucionales, relacionadas en forma activa y permanente para amplificar las oportunidades de solución a las demandas asistenciales en salud planteadas por la población. Estas dimensiones validan la asistencialidad como práctica histórica y distintiva de la profesión y subrayan la relación potencial siempre vigente entre asistencialidad y promoción a partir de la concepción de que cada urgencia inmediata de corto plazo representa una oportunidad de promoción y desarrollo en el mediano y largo plazo. Finalmente, un quinto y último referente demanda la importancia de la sistematización del ejercicio profesional como fuente enriquecedora de lo disciplinario. Esta base impulsa a procesos de reflexión e inferencia generados a partir de la intervención directa que permiten la trascendencia del conocimiento construido desde la urgencia y de la necesidad inmediata.

Como corolario de la experiencia de sistematización realizada, se constata que las prácticas de asistencialidad de Trabajo Social en el marco de la Política Social de Salud en Chile representan un desempeño profesional distintivo, exclusivo y legitimado social e institucionalmente. No obstante, debe tenerse presente que el desarrollo y perfeccionamiento de las prácticas asistenciales, si bien fortalecen el dominio técnico en el tema, evidencian simultáneamente las contradicciones que representa el modelo de desarrollo del país y develan la presencia de las lógicas neoliberales en la organización del sistema de salud nacional, que con tres décadas de funcionamiento aún no logra integrar en forma equitativa a toda la población en los beneficios del desarrollo, exponiendo en el mermado ejercicio del derecho a la salud uno de los rostros de más profunda exclusión generados por el modelo.

Valparaíso/Temuco, otoño de 2016

Referencias bibliográficas

- ACEVEDO A.** (1998) La provisión de servicios de salud en Chile. Aspectos históricos, dilemas y perspectivas. *Revista Saúde Pública*, vol. 32 núm. 2 Págs. 192-199. En <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v32n2/p192-199.pdf>. Recuperado 7 jul. 2013.
- CASTAÑEDA, P. Y SALAMÉ A. M.** (2012) Profesionalidad del Trabajo Social chileno. Tradición y Transformación. (1ª Edición). Temuco. Ediciones Universidad de La Frontera.
- CASTEL, R.** (1998) *As metamorfoses da questão social. Uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes, 1998.
- FIGUEROA A.** (1976) Evolución del servicio social profesional en Chile, durante el período comprendido entre los años 1925 y 1975. Memoria de prueba para optar al título de asistente social. Universidad de Chile, sede Valparaíso, Departamento de Ciencias Humanas y Desarrollo Social, Escuela de Servicio Social.
- LABRA M.** (2002) La reinención neoliberal de la inequidad en Chile: el caso de la Salud. En *Cadernos Saúde Pública*, vol. 18, núm. 4, pp. 1.041-1.052. En: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000400010> Recuperado en: Agosto 2014.
- MINISTERIO DE SALUD** (1992) Norma General Administrativa N°3 del Ministerio de Salud, Publicada a través de Resolución Exenta N°410 del 08.07.1992. En <http://webhosting.redsalud.gov.cl/transparencia/public/seremi15/archivos/7D4C0DDA3323D91EE04001011F017146> Recuperada el 09.06.2016.
- MINISTERIO DE SALUD** (2016) Ley de Presupuestos Partida Ministerio de Salud. Santiago de Chile. En: http://www.dipres.gob.cl/595/articles-140833_doc_.pdf. Recuperada 09.06.2016.
- MOLINA L. Y ROMERO M.** (2004) Modelos de intervención asistencial, socioeducativo y terapéutico en Trabajo Social. Editorial de la Universidad de Costa Rica. San José.
- SCARPACI, J.** (1988) *Salud y Régimen Militar*. Santiago de Chile. Colectivo de Atención Primaria.
- SMALE G., TUSON G. Y STATHAM D.** (2004) Problemas sociales y Trabajo Social. Ediciones Morata, Madrid.
- STOLKINER, A.** (2003) Pobreza y subjetividad. Relación entre las estrategias de las familias pobres y los discursos y las prácticas asistenciales en salud. *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos*. Pp. 211-227. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales <http://dspace.uces.edu.ar:8180/jspui/handle/123456789/496>.
- VERGARA M. Y MARTÍNEZ M.** (2006) Financiamiento del sistema de salud chileno. En *Salud Pública de Mexico*. Vol. 48, núm. 6. Pp. 512-521. En: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342006000600010&script=sci_arttext&tlng=pt. Recuperado: 20 agosto 2014.
- VIDAL P.** (2009) *Aproximación a una caracterización del espacio socioocupacional de Trabajo Social chileno*. En: <http://www.trabajadoressociales.cl/provinstgo/documentos/ESTUDIO%20cARACTERIZACION%20n.pdf> Recuperado 22 jul. 2013.
- ZURITA, R.** (2000) La crisis de confianza en el conocimiento profesional. Implicaciones para la docencia universitaria. En: *Las Nuevas Demandas del Desempeño Profesional y sus implicancias para la Docencia Universitaria*. Centro Interuniversitario de Desarrollo, CINDA (Pp. 15-50) Santiago de Chile.