

**PROTOCOLO DE GESTION EN LOS SERVICIOS SOCIALES DEL
HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ DE CUENCA.**

TATIANA ISABEL HERRERA AGUIRRE

AURELIO LASCORZ FUMANAL

Docente

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y EDUCACION
TRABAJO SOCIAL
X Semestre**

**UNIVERSIDAD DE CASTILLA LA MANCHA
ESCUELA UNIVERSITARIA DE TRABAJO SOCIAL
Prácticas nivel II**

Cuenca, Junio 15 de 2010

España

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

1 REFERENTE INSTITUCIONAL	8
1.1 UNIVERSIDAD DE CARTAGENA	8
1.1.1 Misión	8
1.1.2 Visión	9
1.1.3 Objetivos	9
1.2 FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y EDUCACION	11
1.2.1 Misión	11
1.2.3 Visión	
1.3 PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL	11
1.3.1 Misión	11
1.3.2 Visión	12
1.3.3 Objetivo de la Práctica	12
1.4 UNIVERSIDAD DE CASTILLA LA MANCHA	14
1.4.1 CAMPUS CUENCA	16
1.4.2 ESCUELA UNIVERSITARIA DE TRABAJO SOCIAL	17
2 JUSTIFICACION	19
2.1 METODOLOGIA	20

CAPITULO 1

1 CUENCA	21
1.1 HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ	22
1.2 Historia	23
1.3 Valores	24
1.4 Actividad	24
1.5 Organigramas	25
1.6 Recursos	27
CAPITULO 2	
2. SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA	29
2.1 Ley 100/1993	29
2.2 Régimen subsidiado	30
2.3 POS Régimen subsidiado	32
2.4 Régimen contributivo	33
2.5 POS Régimen contributivo	34
CAPITULO 3	
3. SISTEMA DE SALUD EN ESPAÑA	35
3.1 Instituto nacional de gestión sanitaria (INGES)	35
3.2 Historia	36
4 LEY GENERAL DE SANIDAD 14/86	39
4.1 Estructura de la Ley	41
3.5 Evolución y Organización del Sistema Sanitario Español	44
3.5.1 Servicio Nacional de Salud	44
3.5.2 Organización de los Servicios de Salud	45
3.6 FINANCIACIÓN	47
3.6.1. Distribución de recursos por Comunidades Autónomas	48

3.7. DOFA	50
3.7.1 Debilidades del Sistema Sanitario Español	50
3.7.2 Oportunidades del Sistema Sanitario Español	51
3.7.3 Fortalezas del Sistema Sanitario Español	51
3.7.4 Amenazas del Sistema Sanitario Español	51
3.7.5 Conclusión	52

CAPITULO 4

4.1 SESCOAM	53
4.2 Organización	53
4.3 Organigrama	54

CAPITULO 5

5. SALUD	54
5.1 Concepto	54
5.2 factores de riesgo	55
5.3 Salud mental	55
5.4 Prevención	56
5.5 Promoción	56
5.6 Atención primaria	57
5.7 Atención especializada	58
5.8 Urgencias	58
5.9 Camas concertadas	59
5.10 Estancias temporales	59
5.11 Clasificación de enfermedades	59

CAPITULO 6

6 ANTECEDENTES DEL TRABAJO SOCIAL EN ESPAÑA	
6.1.1 La asistencia social en España	62
6.1.2 las etapas del Trabajo Social en España	63
6. 2 EL TRABAJADOR SOCIAL EN LA SANIDAD	66
6.2.1 Historia	67
6.2.3 Concepto	
6.2.4 Pilares que sostienen la presencia del trabajador social en la sanidad	68
6.2.5 Tipología del procedimiento (características)	70
6.2.6 Intervención del trabajador social sanitario	71
CAPITULO 7	
7 TRABAJO SOCIAL HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ	72
7.1 Población	72
Grafica 1	73
Grafica 2	73
7.2 Coordinaciones	73
7.3 Sistema de registro	74
7.4 ATENCION EN EL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL	74
7.4.1 Diagrama de Flujo	75
7.5 Narrativa del proceso	75
7.5.1 Inicio	75
7.5.2 Seguimiento de flujo	76
BIBLIOGRAFIA	

Anexos

INTRODUCCIÓN

Las y los alumnos pueden encontrar en las prácticas profesionales de fin de carrera, el desarrollo de los conocimientos adquiridos a lo largo de la misma, además actualizarse en requerimientos que las organizaciones demandan de los futuros profesionales, y que estos no se pueden encontrar total o parcialmente en los estudios universitarios. Así las cualidades de liderazgo, trabajo en equipo, adaptación al cambio, multifuncionalidad, capacidad de innovación; habilidad de planificar, organizar y comunicar; capacidad de análisis, busca de información, negociación, persuasión, etc. Son competencias que se pueden desarrollar o ganar en el proceso que brinda las pasantías.

Del mismo modo es de vital importancia estar al tanto de la realidad social a la que se enfrenta con el fin de brindar un accionar profesional asertivo en el proyecto que se haya fijado en dicho compromiso. Esto conlleva a que él, la estudiante, conozca, investigue, no solo sobre la institución que lo acoge, sino también sobre los conceptos acerca del tema que vaya a manejar durante todo el proceso.

El tema central de mis pasantías internacionales es El Trabajo Social en la Sanidad, como vengo de un País distinto a, en el que realizo las practicas por ser pasante internacional, es menester, Estudiar aun más sobre la sanidad Española y tomar como punto de referencia, para lograr una mejor comprensión, la sanidad de mi país (Colombia). Así pues mirando de manera muy general como están constituidos los sistemas de salud de ambos países, inicia el desarrollo de este documento, luego aborda conceptos básicos de salud que serán primordiales para mi desempeño en el campo y finalizo

describiendo un poco el concepto, la intervención y características de una, un Trabajador Social en la sanidad.

El Hospital Virgen de la Luz de C , busca proporcionar con todos los medios técnicos y humanos con los que cuenta, lograr la más pronta recuperación de sus usuarios.

Su objetivo es conseguir que la estancia en el Hospital resulte lo más satisfactoria posible y para ello cuentan con un equipo humano con una alta cualificación, amplia experiencia y sensible con la enfermedad.

Comprenden que la estancia en este centro de salud es debida a una necesidad y la misión es poner el saber a su servicio, proporcionar la mejor solución y que la permanencia en el Hospital resulte lo más cómoda y agradable para el paciente y los familiares.

Nivel de salud general de la población, según la esperanza de vida; la existencia de diferencias de salud entre la población; el grado general de 'reactividad' del sistema (la satisfacción de los enfermos relacionada con el buen funcionamiento del sistema); el reparto de esta 'reactividad' en la población y el reparto de la carga que supone para los ciudadanos la financiación del sistema de salud, son los criterios de evaluación que utilizó la OMS para darle a el Sistema Sanitario Español el séptimo mejor del mundo.

1. REFERENCIAL INSTITUCIONAL

1.1. UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

La universidad de Cartagena cuenta con 4 sedes:

1. San Agustín (principal) Centro cra. 6ª No. 36-100
2. Campus de Zaragocilla
3. Piedra de Bolívar
4. Seccional Magangue, calle 8 cra 3A urbanización Monte Carmelo.

1.1.1. Misión:

La Universidad de Cartagena, es un centro generador y transmisor de conocimientos culturales, científicos, tecnológicos y humanísticos. Forma profesionales de alta calidad, dentro de claros valores de justicia, ética y tolerancia, capacitados para promover el desarrollo integral de la región y el país, para competir exitosamente en el ámbito internacional.

Como institución de educación superior de la costa Caribe, históricamente comprometida con su desarrollo, presta un servicio cultural; y cumple una función social fundada en los siguientes principios: formación integral y

universalidad, espíritu reflexivo y de autorrealización. Como institución universitaria promueve y garantiza la calidad en la producción y transmisión del conocimiento, en concordancia con el desarrollo de las ciencias, las tecnologías, los artes y la filosofía, dentro de un marco de respeto y tolerancia en la prioridad de razas, credos, edades, condiciones económicas, políticas y sociales.

1.1.2. Visión:

La Universidad de Cartagena, como institución pública de la región Caribe y actor social de desarrollo, liderará procesos de investigación científica en su área geográfica, constituyéndose en la primera institución de educación superior de la costa Caribe colombiana, con el mayor número de proyectos de investigación generadores de nuevos conocimientos, con el fin de elevar la competitividad de nuestra región en todos los órdenes. Orientará los procesos de ausencia basados en una alta cualificación de su recurso humano, facilitando la capacitación en su saber específico y en los procesos de enseñanza – aprendizaje. Por la presencia permanente en la interpretación y aporte a las soluciones de la problemática regional y del país, se verá el mediano plazo como la mejor opción para la comunidad académica, empresarial y sociedad civil en general.

1.1.3. Objetivos:

- ❖ Impartir educación superior como medio eficaz para la realización plena del hombre colombiano, con miras a configurar una sociedad más justa, equilibrada y autónoma, enmarcada dignamente dentro de la comunidad internacional.

- ❖ Elaborar y promover políticas, planes, programas y proyectos orientados a resolver problemas regionales de la comunidad en su área de influencia y participar en ellos.
- ❖ Establecer una política permanente de orientación docente y capacitación profesional, la cual debe fomentar el desarrollo personal, la práctica de la enseñanza y la investigación, en busca de un mejoramiento de la calidad institucional.
- ❖ Propiciar el intercambio científico, tecnológico y cultural, con el propósito de mantener una actualización permanente que garantice la adecuada orientación del desarrollo de la región Caribe y del país.
- ❖ Armonizar su acción académica administrativa, investigativa y de extensión con otras instituciones educativas y entidades de carácter público y privado a nivel nacional e internacional.
- ❖ Garantizar el cumplimiento de los programas de formación en sus diversos niveles y modalidades, de acuerdo con lo establecido en las normas académicas.
- ❖ Impulsar en sus programas académicos el desarrollo del hombre, con base en sólidos componentes de formación humanísticos, instrucción cívica y en los principios y valores de la participación ciudadana.
- ❖ Fomentar de conformidad con las necesidades y demandas de la región y del país nuevas áreas del saber que permitan el desarrollo cualitativo y cuantitativo de las comunidades en su zona de influencia.
- ❖ Propender por la conservación del patrimonio histórico y cultural de Cartagena, de la región y del país, mediante acciones y programas educativos tendiente a ese fin.
- ❖ Promover un ambiente sano, mediante acciones y programas de educación y cultura ecológica.
- ❖ Ofrecer un adecuado servicio de información y documentación.

1.2. FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y EDUCACIÓN

1.2.1. Misión:

Formar integralmente profesionales a nivel de pregrado en Trabajo Social y Comunicación Social para la producción de conocimientos e interpretación de la realidad tendiente a promover acciones hacia una sociedad más solidaria, justa, humana, pacífica. De igual manera, desarrollar procesos de formación continua y postgrado en el área de las ciencias sociales y de la educación, contribuir con la educación sociopolítica y educacional en la calidad de la región y el país fundamentándose en una gestión participativa y en la articulación de la investigación, la docencia y la proyección social.

1.2.2. Visión:

La Facultad de Ciencias Sociales y Educación será reconocida en el año 2020 como la unidad académica que produciendo conocimientos e interpretando la realidad social, lidera académicamente los procesos de formación de profesionales en las ciencias y educación a nivel de pregrado y postgrado y su contribución a la formación sociopolítica y educativa de la región Caribe colombiana y del país, mediante la institución como eje articulador, una docencia de excelencia, la responsabilidad social de la proyección y una gestión estratégica.

1.3. PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL

1.3.1. Misión:

El programa de Trabajo Social tiene como misión, la formación de trabajadores (as) sociales con alta calidad profesional, capaces de intervenir de manera responsable y creativa en espacios y proyectos de interacción social en la localidad, en la región y el país, en razón de su sólida fundamentación epistemológica, ética, política, teórica y metodológica a partir de procesos académicos flexibles, investigativos, de docencia problematizadora de proyección social y compromiso con el desarrollo integral humano.

1.3.2. Visión:

El programa de Trabajo Social, en concordancia con la visión de la Universidad de Cartagena, se propone mantenerse hacia el año 2020 como programa líder en la formación de trabajadores (as) sociales en la región Caribe colombiana; y ser reconocido en Colombia y América Latina por el desempeño profesional de sus egresados, la solidez de la labor investigativa, la pertinencia de su proyección en el contexto, la calidad y compromiso de su cuerpo docente y la idoneidad como órgano consulta de entidades estatales y no gubernamentales en la formulación de políticas y planes de desarrollo social.

1.3.3. Objetivos de la Práctica:

La práctica en el programa de Trabajo Social de la Universidad de Cartagena, es entendida como un medio para construir nuevos conocimientos a través de la experiencia, afianzar la identidad profesional, transformar la realidad, aumentar el sentido de pertenencia y la proyección profesional en el contexto local y regional, protagonizar el orden y el equilibrio social, posibilitar el desarrollo de habilidades y de destrezas para identificar, formular, evaluar y sistematizar proyectos sociales como unidad misma de acción profesional y de

ofrecer a la comunidad profesional competente que participe en acciones de nivel directivo, administrativo y operativo.

Desde esta perspectiva la práctica permite:

Contribuir a la construcción y reconstrucción de conocimientos, de las problemáticas sociales de manera creativa, crítica y reflexiva a través de las prácticas investigativas, el diagnóstico y la sistematización de experiencias.

Construir estrategias de intervención profesional.

Intervenir de forma efectiva y eficiente la realidad.

Evaluar constantemente todo proceso de prácticas profesionales y apoyar procesos de evaluación.

Fomentar en el estudiante una actitud investigativa que conlleve a la reflexión permanente de la realidad social en la que interviene.

Hallar las prácticas que respondan al perfil profesional del trabajador social partiendo de sus capacidades, actividades, experiencias e intereses en pro de su conocimiento personal y profesional

Proporcionar elementos teóricos – prácticos que le permitan al estudiante, construir y proponer nuevas líneas de intervención e investigación que enriquezcan la identidad y la acción profesional.

Dinamizar procesos participativos con individuos, familias, grupos, organizaciones, aplicando conocimientos teórico – metodológicos que le permitan adquirir destrezas y habilidades propias de la profesión.

Integrar los procedimientos metodológicos de las distintas áreas del conocimiento para la promoción de desarrollo social de contexto y espacios donde se interviene.

Contribuir al desarrollo de políticas, programas y proyectos de carácter social.

Sistematizar experiencias y procesos de la acción profesional como estrategias para la construcción de conocimientos teóricos y mejorar el desarrollo de la práctica.

Promover el avance de la profesión del trabajador social en los aspectos teóricos metodológicos y técnicos de la realización teórica – práctica.

1.4. UNIVERSIDAD DE CASTILLA LA MANCHA

La Universidad de Castilla-La Mancha se creó mediante la Ley de 30 de junio de 1982 y se hizo efectiva en 1985, aunque históricamente existieron diversas instituciones en lo que actualmente es el territorio de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, como fue el Convento Universidad.

Pontificia y Real de Nuestra Señora del Rosario de Almagro, creada en 1550, la Universidad de Sigüenza, donde se pudieron obtener grados académicos desde 1489 y, sobre todo, el Colegio Universidad Pontificia y Real de Santa Catalina de Toledo, creado en 1485, aunque desde 1172 aparecen en la Ciudad Imperial las Escuelas "catedralicias" origen de la histórica Escuela de Traductores, que hoy tiene una vida renovada.

Con la creación la Universidad de Castilla-La Mancha se integran en una misma institución los diferentes centros universitarios existentes en la región que hasta ese momento habían dependido de distintas universidades. A estos centros se les irán añadiendo posteriormente facultades y escuelas de nueva creación hasta configurar lo que hoy es la Universidad de Castilla-La Mancha. En 1982, el profesor Javier de Cárdenas y Chávarri es nombrado presidente de la Comisión Gestora encargada de poner en marcha la Universidad de Castilla-La Mancha. Un año más tarde, y hasta 1988, este cargo sería ocupado por el

profesor Isidro Ramos Salavert, actualmente Rector Honorario de la Universidad de Castilla-La Mancha, y desde esta fecha el cargo de Rector es desempeñado por el profesor Luis Arroyo Zapatero. Le sucede hasta la fecha el profesor Ernesto Martínez Ataz.

Aunque su creación formal data del 82, es en octubre de 1985 cuando tiene lugar su efectivo nacimiento. Su implantación representó la vocación de la Comunidad Autónoma por dotarse de un sistema universitario propio, al servicio de más de millón y medio de ciudadanos asentados en los 80.000 km² de su territorio.

La Universidad de Castilla-La Mancha es una institución regional, que se encuentra estructurada en cuatro Campus: Albacete, Ciudad Real, Cuenca y Toledo, y extiende sus enseñanzas a las localidades de Almadén y Talavera de la Reina, así como a Puertollano. La provincia de Guadalajara y su Campus está adscrita a la Universidad de Alcalá de Henares.

La creación de la Universidad de Castilla-La Mancha ha comportado un relevante progreso social al democratizar radicalmente el acceso de los jóvenes a la enseñanza superior.

La descentralización de los campus, que dota a cada campus de una gran autonomía, tiene un gobierno central, cuyo Rectorado se encuentra en Ciudad Real y cuenta con Vicerrectorados de Campus en los demás lugares, todo tejido mediante una red de fibra óptica que permite la multiconferencia múltiple entre los cuatro Campus a la vez, al mismo tiempo que la totalidad de comunicaciones internas de voz y datos en tiempo real.

1.4.1. CAMPUS DE CUENCA

Ubicada al norte de la zona conocida como La Mancha y a tan sólo 170 kilómetros al Este de Madrid, es el Centro geográfico de un extenso territorio, con importantes recursos agrícolas y ganaderos, que por su estratégica situación entre las hoces del Júcar y el Huécar, debió ser lugar habitado y fortificado en la antigua Celtiberia. Toda la actual provincia de Cuenca experimentó una rápida romanización. De su pertenencia al imperio han quedado abundantes huellas, especialmente en Segóbriga y Valeria.

Durante los siglos XII y XIII, la ciudad de Cuenca, en la que también se asienta la Orden de Santiago, vive momentos de esplendor gracias a la fertilidad de las vegas, su riqueza ganadera y la floreciente industria textil. Aún durante el siglo XV, superadas las grandes calamidades que la peste trajo, Cuenca mantuvo su buena situación política y económica. Sin embargo, a partir del XVI se inicia una decadencia paralela al de otras ciudades castellanas.

En la actualidad cuenta con 45.000 habitantes. Gracias a su configuración urbanística es fácil caminar sin encontrar grandes distancias.

La parte antigua de la ciudad está construida entre dos valles, lo que conforma un laberinto de estrechas y angostas calles llenas de curiosos miradores y espléndidas vistas que aparecen repentinamente entre las altas casas. A este paisaje lo denominamos hoces. El paseo junto a los ríos es especialmente agradable, disfrutando así en menos de diez minutos del paisaje montañoso que rodea a la ciudad.

El museo de Arte Abstracto es quizá el más conocido por su inigualable colección de obras de artistas españoles y por su situación en la parte antigua dentro de uno de los edificios más importantes, las Casas Colgadas.

El Campus de Cuenca se encuentra a las afueras de la ciudad, cerca del Hospital Virgen de la Luz, y cuenta con aproximadamente 4.000 alumnos y en él se ubican el Vicerrectorado de Campus y de Extensión Universitaria.

1.4.2. ESCUELA UNIVERSITARIA DE TRABAJO SOCIAL

La Escuela Universitaria de Trabajo Social de Cuenca fue creada a comienzos del curso 1989-90. Su propósito es ofrecer a los alumnos una formación teórica y práctica de calidad y atenta a los cambios que tienen lugar en nuestras sociedades. Su objetivo es formar profesionales capaces de contribuir con sus intervenciones sociales, a que en nuestras sociedades se respeten, protejan y promuevan los Derechos Humanos.

Porque el programa formativo del Centro está orientado a la práctica, la Escuela Universitaria tiene firmados convenios de colaboración con instituciones, empresas y organizaciones de toda Castilla-la Mancha, donde los alumnos desarrollan sus proyectos de intervención social.

Se trata de un Centro comprometido en contribuir a la creación de una ciudadanía europea a través de la educación. De ahí que la Escuela Universitaria de Trabajo Social de Cuenca participe en los Programas Europeos de Movilidad e Intercambio de alumnos, como es el Programa Erasmus.

El Centro está dotado con un profesorado multidisciplinar (titulados en trabajo social, derecho, psicología, economía, sociología, historia, antropología, informática, enfermería ...), muchos de sus profesores han tenido experiencia profesional directa en la intervención social.

La Escuela de Trabajo Social de Cuenca participa en el primer Plan de Calidad de las Universidades, evaluando la calidad de la docencia durante el curso 1998-99. Y en el marco del segundo Plan de Calidad, realiza el Seguimiento del Plan de Mejora durante el curso 2003-2004.

2. JUSTIFICACIÓN

Conocer previamente los diferentes contextos en los que un, una Trabajadora Social debe enfrentarse, supone una ventaja a la hora de intervenir en dicha sociedad. Por ello este documento recopila de forma compacta y completa, la sanidad Española y la intervención de el, la Trabajadora Social en ese Campo. Por ello este protocolo serviría como guía y consulta a la hora de querer tener referencia sobre el accionar profesional del Trabajo Social en la Salud Española. Lo cual nos brindaría un panorama más amplio sobre como son los procesos de intervención en este campo fuera de Colombia. Creo que compartir mi experiencia a través de este protocolo será de gran utilidad para los y las Trabajadoras Sociales en formación de la Universidad de Cartagena.

Además para los Trabajadores Sociales que participan en el proceso del servicio social del Hospital Virgen de la Luz les sería útil para aclarar cómo funcionan las cosas y cómo pueden mejorarse.

Este producto ayuda también a buscar los elementos claves de un proceso, a la vez que se delinea claramente dónde termina un proceso y dónde empieza el próximo. El trazado de un diagrama de flujo establece la comunicación y el conocimiento general del proceso. Además, podría utilizarse para identificar los miembros adecuados del equipo, identificar quién proporciona insumos o recursos a quién, establecer áreas importantes para la observación o recopilación de datos, identificar las áreas para mejorar o hacer más eficientes, y para generar hipótesis sobre las causas.

Puede usarse para examinar los procesos para el flujo de pacientes, el flujo de información, el flujo de materiales, los procesos de atención clínica o las combinaciones de estos procesos.

2.1. METODOLOGIA

Para realizar este documento la revisión documental es la primera herramienta de obtención de datos, también es menester aplicar entrevistas no estructuradas para la realización de un DOFA, y por último utilizar la técnica del flujograma de primer nivel que muestra los pasos principales de un proceso y puede incluir también los resultados intermedios de cada paso (el producto o servicio que se produce) y los subpasos correspondientes.

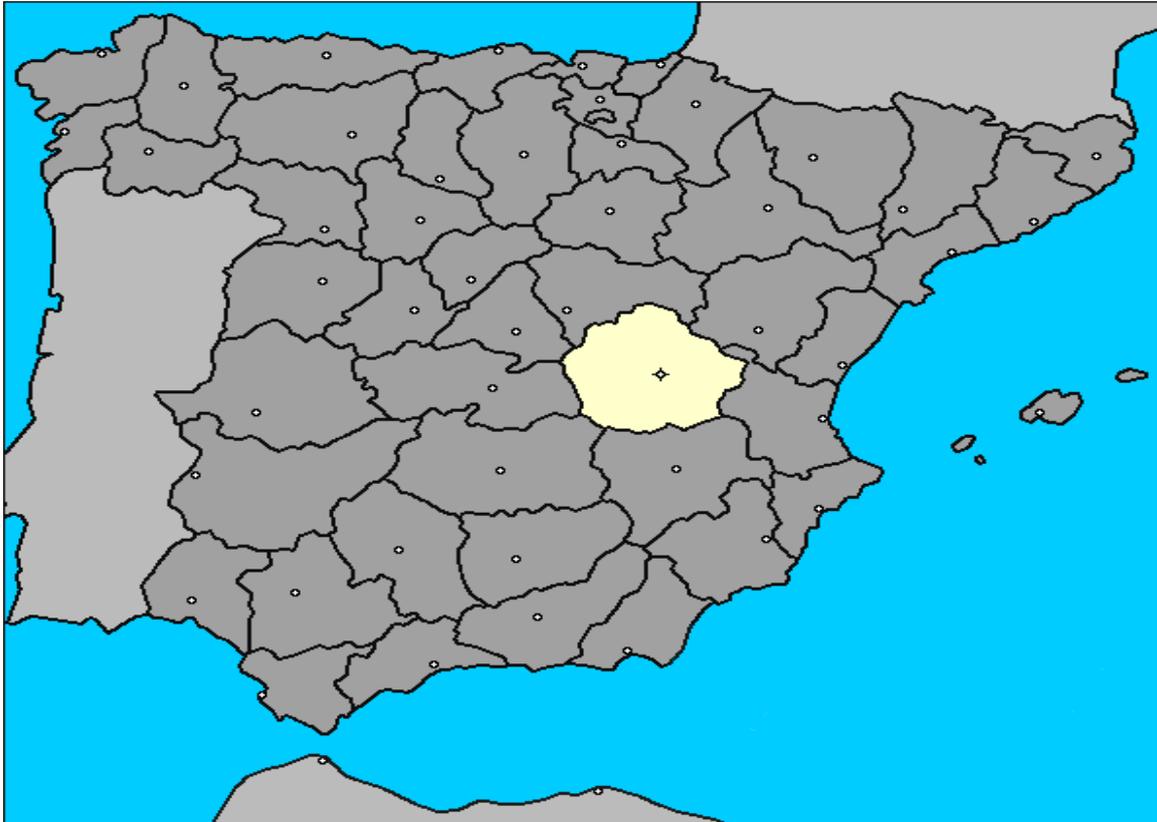
Se usa por lo general para obtener un panorama básico del proceso e identificar los cambios que se producen en el proceso y elaborar indicadores para observar y seguir el proceso por su concentración en los resultados intermedios.

CAPITULO 1

1. CUENCA

Ciudad española perteneciente a la comunidad autónoma de Castilla-La Mancha y capital de la provincia de su mismo nombre. Está declarada Patrimonio de la Humanidad y es candidata a Capital Europea de la Cultura en el año 2016.

Situada en las coordenadas, Latitud 40° 04' Norte y Longitud 2° 08' Oeste, la ciudad se divide en dos zonas bien diferenciadas: la ciudad antigua, situada sobre un cerro rocoso bordeado por las hoces del río Júcar al Norte y su afluente el río Huécar al sur, desembocando este último en el primero en la parte baja de la ciudad antigua, poco antes del llamado Puente de San Antón. Al Oeste y Sur de la ciudad antigua, y separada por el río Huécar, se extiende la ciudad nueva en dirección Norte-Sur. La altitud de la ciudad oscila entre los 920 metros de la ciudad nueva y los poco más de 1000 de la parte más alta de la ciudad antigua.



1.1. HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ

El Hospital Virgen de la Luz de Cuenca es un centro sanitario, dependiente del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), que desde su inicio en 1964, tiene entre sus objetivos la mejora de la asistencia sanitaria, la docencia y la investigación. Se encuentra ubicado en la calle Hermandad de donantes de sangre N° 1 C.P 16002 atendiendo a toda la población de la provincia de Cuenca.



El Hospital 'Virgen de la Luz' consta de un Edificio Principal, donde se hallan las áreas de Hospitalización, Quirúrgica, Urgencias y Servicios Centrales, que comunica mediante dos pasarelas acristaladas, con otros dos edificios de cuatro plantas. En el primero de ellos (Edificio Administrativo) se encuentra ubicada la Dirección, Administración, Biblioteca, Unidad de Investigación y Laboratorios. En el segundo edificio, (Policlínico), se sitúan las Consultas Externas, el Servicio de Admisión, el Servicio de Atención al Paciente, la Sala de Extracciones y el Almacén de Suministros.

1.2. Historia

El Hospital 'Virgen de la Luz' es una institución sanitaria de atención especializada y de ámbito provincial con más de 40 años de historia. El Hospital fue inaugurado en el año 1964 y se acometió la ampliación más importante en el año 1985, lo que supuso doblar los recursos materiales y humanos con los que se contaba entonces.

Además de un referente social, se puede calificar el Hospital como motor económico de la provincia, ya que se perfila como la primera empresa provincial de servicios, con el mayor número de empleados.

En el año 1996 se puso en marcha el Centro Policlínico anexo al Hospital y a finales del año 2001 se inauguró el Edificio Administrativo, lo que permitió desplazar del edificio principal de hospitalización toda el área administrativa y de formación, así como los laboratorios y la remodelación de los servicios de Urgencias y Radiodiagnóstico, además de la puesta en marcha posteriormente de las unidades de Medicina Nuclear y Cirugía Maxilofacial.

1.3. Valores

El hospital pretende garantizar la calidad de las prestaciones y mejorar la atención que se presta a los pacientes. Son valores que mueven a esta institución sanitaria y a todos los profesionales del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca.

El objetivo es avanzar en el grado de satisfacción de los usuarios del sistema sanitario de carácter público en la provincia de Cuenca y para ello cuentan con un equipo de profesionales cohesionado y preparado para la atención sanitaria. A su trabajo se une una gestión sanitaria encaminada a mejorar servicios y recursos con el fin de lograr un modelo de atención a los ciudadanos.

1.4. Actividad

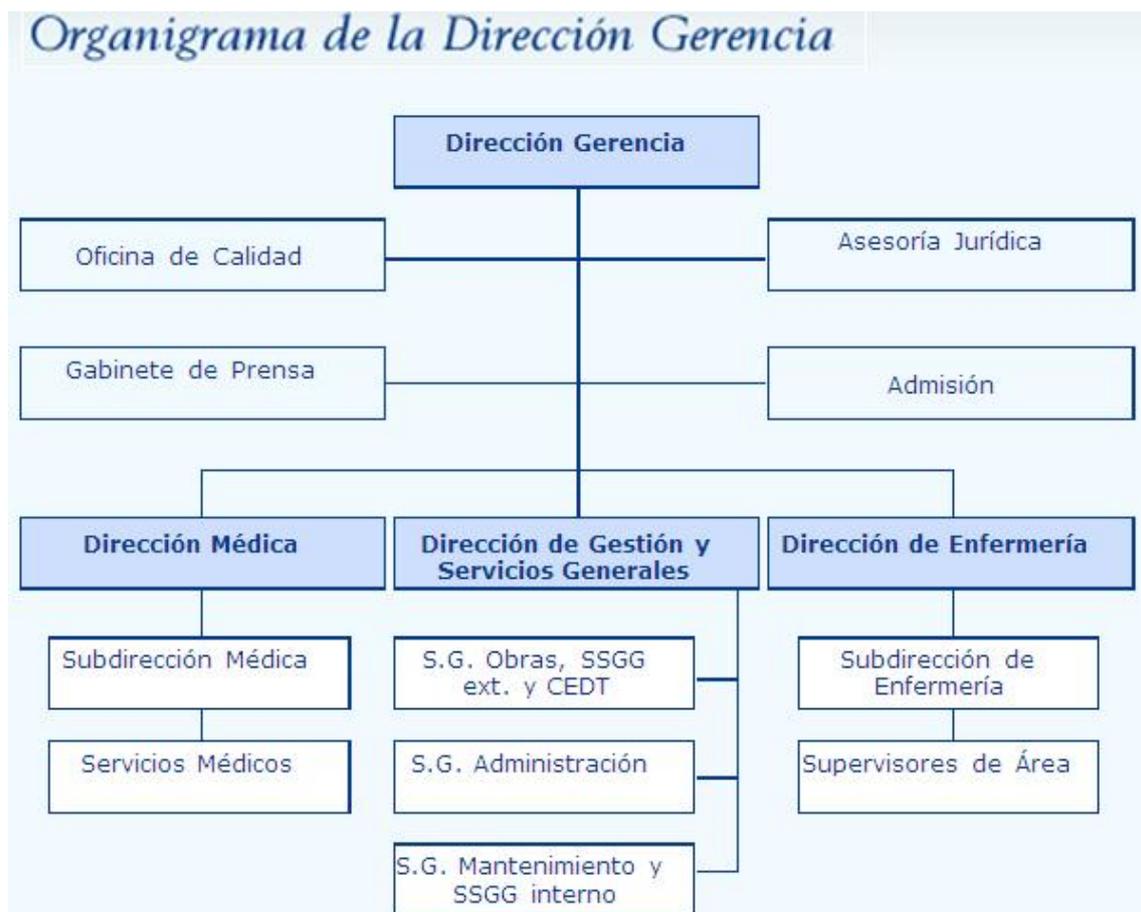
El Hospital tiene actualmente 364 camas en funcionamiento y 34 servicios/unidades médicas, pertenece al Grupo II de los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud y desde enero de 2002, fecha en la que se produjo el traspaso de competencias sanitarias a la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, depende del Servicio de Salud de Castilla-La

Mancha (SESCAM), un organismo autónomo adscrito a la Consejería de Sanidad.

En la actualidad trabajan en el Hospital más de 1.400 trabajadores, que prestan sus servicios a una población del Área de Salud de Cuenca de 170.000 personas, aproximadamente.

Mejorar la calidad de la asistencia sanitaria, prestar una atención moderna, cercana y efectiva, y reducir la demora en la atención especializada son algunos de los objetivos del trabajo realizado.

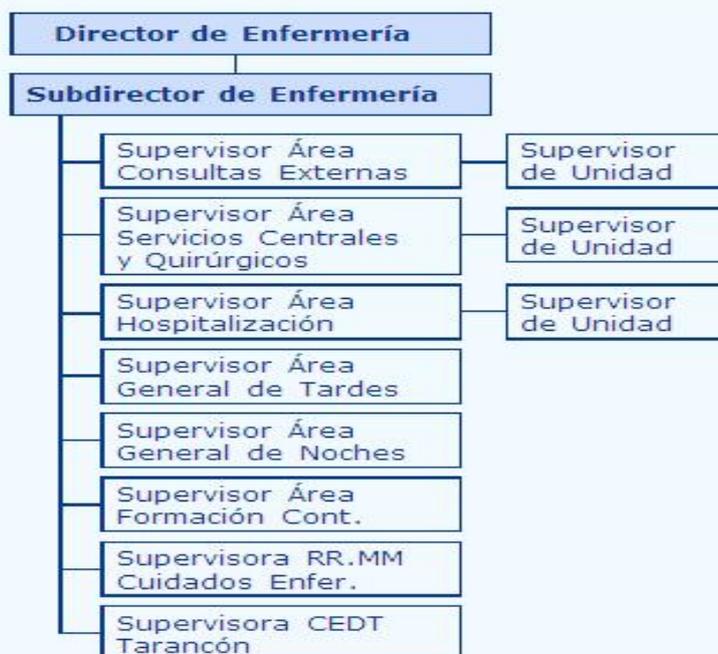
1.5. Organigramas



Organigrama de la Dirección Médica



Organigrama de la Dirección de Enfermería



1.6. Recursos

En cuanto a los recursos materiales con los que cuenta el 'Virgen de la Luz', incluyendo el CEDT de Tarancón, se cuenta con 411 camas instaladas; 8 quirófanos; 91 locales de consultas; 16 puestos de hemodiálisis; 2 paritorios; 30 puestos en el Hospital de Día y un importante equipo tecnológico entre el cual se encuentran: 3 TC helicoidal; 14 ecógrafos en el Servicio de Radiodiagnóstico y 9 en otros Servicios; 2 mamógrafos; 7 salas convencionales de RX; 2 telemando de RX; 2 equipos radioquirúrgicos y 1 Resonancia Magnética y 1 Gammacámara.

Los CEDT (Centros de Especialidades de Diagnóstico y Tratamiento) son centros de última generación, que estarán conectados mediante las más avanzadas tecnologías con el Hospital 'Virgen de la Luz' que será su *hospital de referencia*, lo que permitirá la alta resolución de los procesos sin desplazamientos añadidos y sin duplicaciones innecesarias de estudios.

Son centros que integran la atención primaria, la atención especializada y el servicio de urgencias.

Además, tanto el CEDT de Tarancón que fue inaugurado en enero de 2007, como el de Motilla del Palancar, que se encuentra en fase de ejecución, han sido dimensionados por el SESCAM para atender una demanda superior a la existente en la actualidad, lo que permitirá hacer frente en el futuro y sin dificultad a las nuevas necesidades sociales.

Tras asumir las transferencias sanitarias en enero de 2002, uno de los principales objetivos de la Consejería de Salud y Bienestar Social y el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) ha sido incrementar la calidad de la asistencia sanitaria y mejorar la accesibilidad a las prestaciones, acercando los recursos y modernizando los servicios.

En este sentido, la construcción de Centros de Especialidades de Diagnóstico y Tratamiento (CEDT) en Tarancón y en Motilla del Palancar, supone un paso más en esta línea de facilitar el acceso de los ciudadanos a la atención sanitaria especializada.

CAPITULO 2

2. SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA

El sistema de salud en Colombia, es concebido como un conjunto de instituciones, (sean públicas o privadas) recursos y reglamentos dispuestos de manera organizada para garantizar el acceso a los servicios de salud.

El Estado, es quien deberá garantizar el acceso a las atenciones en salud a través del Sistema de Salud, garantizar los recursos físicos y financieros, dentro de un ordenamiento jurídico, que le permitiera a los colombianos acceder a un ambiente saludable, Es así como la Ley 100 crea el régimen contributivo para garantizar el aseguramiento de la población con capacidad de pago, y un régimen subsidiado para los pobres.

2.1. Ley 100/1993

La Ley 100 de 1993 «por la cual se crea el sistema de Seguridad Social Integral¹» establece una legislación nueva sobre Seguridad Social para Colombia, con énfasis en el Sistema General de Pensiones en el Libro Primero, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Libro Segundo, en el Sistema General de Riesgos Profesionales en el Libro Tercero y en Servicios Sociales Complementarios en el Libro Cuarto.

La reforma de la Salud en el País se orientó en 3 direcciones: la desmonopolización de la seguridad social en salud para los trabajadores del sector privado al brindarle a todos los asalariados la opción de elegir la entidad que les preste el servicio de salud; la presencia del sector privado como opción adicional al Instituto de Seguros Sociales (ISS) y la aparición de un sector subsidiado que se sustenta en la creación de un Fondo de Solidaridad y Garantía, y que brinda aseguramiento a la población pobre del país.

Los principios generales de la Ley, expresados en el Capítulo 1, Artículo 2, establecen «el servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.» Además, en el Artículo 153 establece los fundamentos del servicio público de salud, y define que los patrones rectores del Sistema General de Seguridad Social en Salud son equidad obligatoriedad, protección integral, libre elección, autonomía de instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad.

2.2. Régimen subsidiado

El régimen subsidiado de la Salud se encuentra definido en el artículo 211 de la ley 100 de 1993, como “un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad “.

Por lo tanto, este régimen se orienta a garantizar este derecho a la población más vulnerable de la sociedad y sin capacidad de pago, quienes se vinculan al sistema general de seguridad social en salud, a través del pago de una unidad de pago por capitación subsidiada

Los objetivos de este régimen se describen en el artículo 212, en los siguientes términos:

“ART. 212. Creación del régimen. Créase el régimen subsidiado que tendrá como propósito financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que no tienen capacidad de cotizar. La forma y las condiciones de operación de este régimen serán determinadas por

el consejo nacional de seguridad social en salud. Este régimen de subsidios será complementario del sistema de salud definido por la Ley 10 de 1990”.

Los criterios de identificación de la población beneficiaria de este sistema subsidiado han sido definidos por el CNSSS, el cual, a su vez, se ha encargado de ajustar los mecanismos de afiliación para garantizar la viabilidad y de estabilidad de la operación del mismo.

El propósito fundamental por el que existe este régimen, es financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que no tienen capacidad de cotizar. Los afiliados a este, será la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana, teniendo especial importancia dentro de este grupo, personas como las madres durante el embarazo, parto y postparto y período de lactancia, las madres comunitarias, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, las personas mayores de 65 años, los discapacitados, entre otros.

Por otro lado, la proporción de la cobertura del subsidio que podrá ser variable se establece según la capacidad económica de las personas, medida en función de sus ingresos, nivel educativo, tamaño de la familia y la situación sanitaria y geográfica de su vivienda.

En cuanto a la administración del régimen subsidiado, corresponde a las direcciones locales, distritales o departamentales de salud, las cuales suscribirán contratos de administración del subsidio con las Entidades Promotoras de Salud que afilien a los beneficiarios del subsidio. Estos contratos se financiarán con recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía y los recursos del subsector oficial de salud que se destinen para el efecto. Las EPS que afilien a los beneficiarios del régimen subsidiado prestarán, directa o indirectamente, los servicios contenidos en el POS

2.3. POS Régimen subsidiado

En cuanto al contenido del POS-S, el artículo 162 de la ley 100 de 1993, dice: “El sistema general de seguridad social de salud crea las condiciones de acceso a un plan obligatorio de salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001. Este plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.

Al inscribirse en el Régimen Subsidiado, los beneficiarios reciben el POSS que incluye las siguientes áreas de servicios:

- Acciones de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, incluida la vacunación
- En maternidad: consulta durante el embarazo, nacimiento y servicios al bebé Consulta: con el médico general y con el especialista
- En diagnóstico: laboratorio clínico y radiología básicos
- Urgencias y hospitalización de menor complejidad
- Suministros de medicamentos esenciales y de material quirúrgico, yesos y vendas
- Odontología y atención a problemas visuales para menores de 19 y mayores de 60 años
- Atención para enfermedades de alto costo como cáncer, VIH/ sida, enfermedades del corazón, renales, del sistema nervioso central, cirugías de cráneo y de columna, y la unidad de cuidados intensivos, entre los más importantes.

Es necesario anotar que aquello que no está incluido, lo cubre el Estado a través de las Secretarías y/o Direcciones de Salud de cada departa

2.4. Régimen Contributivo

Es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador “(Artículos 202, 203 y 204 de la Ley 100 de 1993)

Al cual normalmente se afilian las personas que tienen una vinculación laboral, es decir, con capacidad de pago como los trabajadores formales e independientes, los pensionados y sus familias.

Según la ley todos los empleados, trabajadores independientes (con ingresos totales mensuales superiores a un (1) salario mínimo) y los pensionados, deben estar afiliados al Régimen Contributivo. La responsabilidad de la afiliación del empleado es del empleador y del pensionado es del Fondo de Pensiones.

La persona que se afilia y paga se llama cotizante. Los otros miembros de la familia afiliados por él se llaman beneficiarios. La cotización cubre sus necesidades y las de su familia.

A la hora de la atención en este régimen todos los afiliados (cotizante y beneficiarios) pagan unas pequeñas sumas llamadas «cuotas moderadoras», establecidas. Estas cuotas se pagan cuando se usa un servicio y varían de acuerdo con el ingreso base de cotización y son actualizadas cada año.

Solamente los afiliados beneficiarios deberán cancelar además unos «Copagos», cuando el servicio que requieren incluye hospitalización o cirugía. Estos Copagos se rigen también por el Ingreso Base de Cotización del cotizante y además tienen un tope máximo por evento (entendiendo por evento el manejo de una enfermedad en el mismo año calendario) y un tope máximo acumulado por año.

2.5. POS régimen Contributivo

El POS o Plan Obligatorio de Salud, es el conjunto de servicios de salud que todas las EPS, sin excepción, deben prestarles a todas las personas que estén afiliadas al Sistema de Seguridad Social en Salud por el Régimen Contributivo.

- Programas de prevención de enfermedades.
- Urgencias de cualquier orden, es decir, necesidades que requieren atención inmediata.
- Consulta médica general y especializada en cualquiera de las áreas de la medicina.
- Consulta y tratamientos odontológicos (excluyendo ortodoncia, periodoncia y prótesis).
- Exámenes de laboratorio y Rayos X.
- Hospitalización y cirugía en todos los casos en que se requiera.
- Consulta médica en psicología, optometría y terapias.
- Medicamentos esenciales en su denominación genérica.
- Atención integral durante la maternidad, el parto y al recién nacido.
- Además está incluida la atención de enfermedades graves como SIDA y Cáncer.

Ciertos tratamientos con fines estéticos están excluidos del POS.

CAPITULO 3

3. SISTEMA DE SALUD EN ESPAÑA

El Sistema de Salud español establece que todas las personas, independientemente de su nacionalidad, tiene derecho a la salud y a la asistencia sanitaria. Este principio es aplicable independientemente de la situación económica y laboral de los interesados, es decir, que el 100% de la población residente en España está cubierta por el sistema sanitario español. Para que todos puedan tener acceso a la sanidad ésta se ha ido descentralizando progresivamente, por lo que muchos servicios son prestados directamente por las distintas Comunidades Autónomas.

Los responsables directos de la asistencia y prestaciones sanitarias en territorio español son el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (antiguo INSALUD)¹ que actúa bajo la tutela del Ministerio de Sanidad y Consumo, y los organismos competentes de las Comunidades Autónomas.

3.1. Instituto Nacional de gestión sanitaria (INGS)

En 1979, como consecuencia de la reforma efectuada sobre la gestión institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo por el Real Decreto Ley 36/1978 de 16 de Noviembre, se suprimió el Instituto Nacional de Previsión, pasando la gestión y administración de los servicios sanitarios del Sistema de Seguridad Social al Instituto Nacional de la Salud, Organismo de nueva creación.

¹ Antiguo instituto de salud de España que vino a ser remplazado por el INSG (instituto de gestión sanitaria)

Con la Ley General de Sanidad, de 14 de abril de 1986, se configura el nuevo módulo de organización creándose el Sistema Nacional de Salud, y toma forma el concepto de servicio sanitario público que debe prestar el Estado.

A partir de 1989, se amplía la previsión constitucional en lo que se refiere a la protección de la salud de los ciudadanos, por una parte, se produce el cambio de financiación del gasto sanitario público, que pasa a ser fundamentalmente asumido por el Estado, a través del sistema impositivo ordinario, y por otra parte, se extiende la cobertura sanitaria de la Seguridad Social a las personas no incluidas en la misma y sin recursos suficientes.

De acuerdo con el principio de descentralización territorial, se inicia, en 1981, el traspaso de competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las Comunidades Autónomas, proceso que se culmina en el año 2001.

Culminado el proceso de transferencias a las Comunidades Autónomas, a este nuevo Instituto le corresponde la gestión de los derechos y obligaciones del INSALUD, así como las prestaciones sanitarias en el ámbito territorial de las Ciudades de Ceuta y Melilla (2002) y realizar cuantas otras actividades sean necesarias para el normal funcionamiento de sus servicios, en el marco de lo establecido en la disposición transitoria tercera de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

3.2. Historia del Sistema Sanitario Español

Antes de conocer más a fondo como es el sistema sanitario español actual, es menester dar un paseo por sus inicios e identificar algunos hechos que han influido en el actual sistema.

A principios del Siglo XX el estado español se ocupa de los problemas sanitarios que afecta la colectividad. Los ciudadanos resolvían sus problemas

de salud acudiendo a la medicina privada, la caridad y los organismos religiosos o gremios que debían resolver los problemas de salud, o los que no podían pagar la asistencia médica.

A partir de 1900 se van creando seguros para distintos sectores el primero fue para accidentes de trabajo y después el de enfermedad maternidad.

En 1919 el instituto nacional de previsión INP se convierte en el gestor de todos los servicios. El sistema se va desarrollando hasta 1974 en el que la ley general de seguridad social configura un sistema de asistencia sanitaria con libre elección de médico general, pediatra.

En 1978 se celebra una conferencia sobre atención primaria de salud en la ciudad de ALMA-ATA los expertos cuestionan los sistemas de salud por costosos e ineficaces y propone como solución que la atención primaria de salud dirigida a las comunidades sea el corazón de los nuevos sistemas sanitarios.

Ese mismo año se crea en España la especialidad de medicina de familia y comunitaria encargada de la atención primaria de salud , este mismo año 1978 cuando se promulga la constitución española y el órgano hasta entonces encargado de la sanidad pública INP se transforma en tres instituciones:

INSS -instituto nacional de la seguridad social, encargado de gestionar y administrar las prestaciones de índole económica de la SS.

INSERSO-instituto nacional de servicios sociales, responsable de dirigir los servicios sociales de tipo complementario y gestionar las pensiones de invalidez y jubilación no contributivas.

INSALUD-instituto nacional de la salud, se encarga de gestionar y administrar los servicios sanitarios de la seguridad social.

Con la Ley General de Sanidad, de 14 de abril de 1986, se configura el nuevo módulo de organización creándose el Sistema Nacional de Salud, y toma forma el concepto de servicio sanitario público que debe prestar el Estado.

A partir de 1989, se amplía la previsión constitucional en lo que se refiere a la protección de la salud de los ciudadanos, por una parte, se produce el cambio de financiación del gasto sanitario público, que pasa a ser fundamentalmente asumido por el Estado, a través del sistema impositivo ordinario, y por otra parte, se extiende la cobertura sanitaria de la Seguridad Social a las personas no incluidas en la misma y sin recursos suficientes.

De acuerdo con el principio de descentralización territorial, se inicia, en 1981, el traspaso de competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las Comunidades Autónomas, proceso que se culmina en el año 2001.

Culminado el proceso de transferencias a las Comunidades Autónomas, a este nuevo Instituto le corresponde la gestión de los derechos y obligaciones del INSALUD, así como las prestaciones sanitarias en el ámbito territorial de las Ciudades de Ceuta y Melilla (2002) y realizar cuantas otras actividades sean necesarias para el normal funcionamiento de sus servicios, en el marco de lo establecido en la disposición transitoria tercera de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Veamos a continuación que dice la Ley general de sanidad en sus artículos mas relevantes en cuanto a la normatividad actual de como está concebida la sanidad en España.

4. LEY GENERAL DE SANIDAD 14/86

Desde el punto de vista político la probación por las cortes del 31 de Oct. De 1978 de la constitución española supuso un hecho de indudable importancia política que trascendía los aspectos sanitarios.

Algunos preceptos de la constitución hacen referencia a la sanidad

Artículo 43 reconoce el derecho a la prestación de la salud siendo competencia de los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

Artículo 41 reconoce textualmente: los poderes públicos mantendrán un régimen público de seguridad social para todos los ciudadanos que garanticen la existencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidades sobre todo en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones serán libres.

Estos dos artículos suponen el principio de la universalización de la asistencia sanitaria, lo que obliga a modificaciones organizativas y financieras

Los criterios seguidos para tener derecho a la asistencia sanitaria estaban ligados al trabajo pero fueron progresivamente ampliándose a determinados beneficiarios (mujeres, niños.....)

Una vez que las prestaciones sanitarias se conciben como derecho de todos los ciudadanos lo más razonable es que el sistema este financiado a través de los presupuestos generales del estado.

Entre los cambios políticos que se propiciaron con la aprobación de la constitución hay que hacer referencia a los derechos y deberes de los españoles

Artículo 14 los españoles son iguales ante la ley sin que pueda prevalecer discriminación alguna por raza de nacimiento, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.

Este artículo implica que la asistencia además de universal tiene que ofrecer uniformidad en la prestación.

Artículo 148-149 La constitución recoge las competencias cuya gestión es susceptible de ser transferida, así como las exclusivas del estado como sanidad exterior sobre algunos productos farmacéuticos.

Artículos 157-158 se refieren al modo de financiación de las competencias asumidas por las comunidades autónomas y a la relación de un fondo de compensación cuyos recursos se distribuirán de forma que se corrijan los equilibrios económicos interterritoriales y se hagan efectivos los principios de igualdad y solidaridad.

Las competencias asumidas por las comunidades autónomas varían de unas a otras:

- Comunidades que accedieron a la autonomía por el artículo 151: Cataluña, Andalucía, Galicia, País Vasco.
- Comunidades pluriprovinciales que accedieron por el artículo 143: Valencia y Canarias con competencias semejantes a las anteriores
- Comunidades pluriprovinciales que accedieron por el artículo 143: Extremadura, Castilla la mancha y León
- Comunidades uniprovinciales que accedieron por el artículo 143: Navarra y la rioja

El pleno del congreso de los diputados en su sesión del 18-05-86 aprobó la conformidad con lo establecido en el artículo 90 de la constitución el proyecto

general de la ley de sanidad publicado como ley 14/86 general de sanidad del 25-04 (BOE 29-04-86)

La finalidad de esta ley recogida en el artículo primero es regular todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de salud , reconocido en el artículo 43 y concordante de la constitución. Con este fin el objetivo es acabar unificando la red sanitaria en torno a un sistema nacional de salud que cubra la asistencia primaria especializada y farmacéutica.

4.1. Estructura de la Ley

1 título preliminar: es el derecho a la protección de la salud , aquí se destaca el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria a todos los españoles extranjeros residentes en el territorio nacional así como su carácter de norma básica del estado.

2 título primero; del sistema de salud: se establecen los principios generales las actividades del sistema, la salud mental, laboral y el papel de la inspección y las infracciones y sanciones. Son principios generales de la ley:

- prioridad a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad
- extensión de la asistencia a toda la población
- acceso al sistema en condiciones de igualdad
- superación de las desigualdades , territoriales y sociales
- participación comunitaria a través de las cooperaciones territoriales
- establecimiento de derechos y deberes de los usuarios
- libre elección de medio en el área sanitaria

3 título segundo; las competencias de las administraciones publicas: En él se señalan las competencias exclusivas del estado, las propias de las

comunidades autónomas, las que corresponden a las corporaciones locales y las de la alta inspección.

4 título tercero; la estructura del sistema sanitario público: El sistema nacional de salud es el conjunto de los servicios de salud de las administraciones del estado y de las comunidades autónomas, integrando las funciones y prestaciones sanitarias para el cumplimiento del derecho a la protección de la salud.

Características de este sistema:

- extensión de su servicio a toda la población.
- atención integral a la salud comprensiva tanto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como de la curación y la rehabilitación.
- La coordinación y la integración de todos los recursos sanitarios públicos en un único dispositivo
- la financiación de las coordinaciones derivadas de esta ley mediante recursos de las administraciones públicas, cotizaciones y tasas por la prestación de determinados servicios.
- altos niveles de calidad en la atención debidamente evaluados y controlados
- los límites en la prestación de tipo sanitario se producen en la odontología.

5 título cuarto; de las actividades sanitarias privadas: En él se reconoce el derecho al ejercicio libre de los profesionales sanitarios, la libertad de empresa en el sector sanitario y los criterios básicos para las relaciones entre el sistema público y privado.

6 título quinto; de los productos farmacéuticos: recoge diversos aspectos relacionados con la autorización, dispensación, control de calidad, de los

producidos farmacéuticos, tarea que corresponde a la administración sanitaria del estado.

7 título sexto; la docencia y la investigación: Se regula la disponibilidad de toda la estructura asistencial del sistema para la docencia pregraduada, posgraduada y continuada y se señala el papel de la investigación biomédica y ciencias de la salud como elemento fundamental para el progreso del sistema.

8 título séptimo; instituto de salud Carlos III: Este instituto se constituye como órgano de apoyo científico-técnico del departamento de sanidad y de los distintos servicios de salud de la comunidad de Madrid.

5. EVOLUCIÓN Y ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

El sistema sanitario establecido por la ley general de sanidad se ha ido modificando a lo largo del tiempo en artículos o parte de ellos.

Modificaciones:

- La Ley 41/2002 deroga los artículos 10,11y 61
- La Ley 16/2003 deroga los artículos 43 y 47
- La Ley 21/2001 deroga el articulo 68
- La Ley 55/1999 deroga el articulo 100
- La Ley orgánica 6/2001 deroga el articulo 105

5.1. Servicio Nacional de Salud

El Servicio Nacional de salud se basa en el principio de que toda persona tiene derecho a la salud, independientemente de su situación económica y laboral. El Estado se responsabiliza plenamente de garantizar este derecho gestionando y financiando, a través de los presupuestos generales, un servicio sanitario que integra, ordena y normaliza todas las funciones sanitarias, lo cual debe permitir el paso de una concepción presidida por la enfermedad a una práctica sanitaria basada en la salud igual para todos.

Las principales características de este modelo son:

1. Universalización de la atención. Cubre al 100% de la población, independientemente de su situación económica y de su afiliación a la seguridad social.

2. Accesibilidad y desconcentración. Para garantizar la equidad en el acceso a los servicios se ha instrumentalizado la regionalización sanitaria, basada en situar los diferentes servicios sanitarios lo más cerca posible de donde vive y trabaja la población. Se trata así de reducir la concentración de centros sanitarios en los núcleos urbanos.

3. Descentralización. En la actualidad se tiende a descentralizar la gestión de los recursos sanitarios; para ello se han emprendido unas reformas en la organización del sistema sanitario, con el fin de asegurar una mayor capacidad de respuesta por parte de los servicios y de los profesionales a las necesidades y aspiraciones de los ciudadanos. Se tiende a implicar a la comunidad en la toma de decisiones sobre la gestión del gasto y en el modo de utilización de los servicios.

4. Atención Primaria. Según la definición aceptada universalmente, es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan aportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

5. Participación de la comunidad. Los ciudadanos participan en la orientación y el control del funcionamiento del sistema nacional de salud, a través de los órganos de gestión locales y regionales.

5.2. Organización de los Servicios de Salud

En el sistema sanitario español, en la actualidad, pueden identificarse tres niveles organizativos: Central, Autonómico y Áreas de salud.

Administración Central

El órgano fundamental de la administración central del Estado es el Ministerio de Sanidad y Consumo, encargado de la propuesta y ejecución de las directrices generales del gobierno sobre la política de salud, planificación y asistencia sanitaria y consumo, así como de la coordinación de las actividades dirigidas a la reducción del uso de drogas y de sus consecuencias.

Autonómica

La ordenación territorial de los servicios sanitarios es competencia de las Comunidades Autónomas y debe basarse en la aplicación de un concepto integrado de atención a la salud.

En cada Comunidad Autónoma debe constituirse un servicio de salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia comunidad, diputaciones, ayuntamientos y otras organizaciones territoriales intracomunitarias, respetando las distintas titularidades que existan, aunque a nivel funcional dichos servicios estén adscritos al servicio de salud de cada Comunidad Autónoma.

Áreas de Salud

Las áreas de salud, según las define la Ley de Sanidad, son las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsables de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del servicio de salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios por ellos desarrollados. Las áreas de salud se delimitan teniendo en cuenta factores geográficos, demográficos (población entre 200.000 o 250.000 habitantes, excepto en algunas Comunidades, pero en cualquier caso, con un mínimo de un área por provincia), socioeconómicos, laborales,

epidemiológicos, culturales, climatológicos, vías de comunicación e instalaciones sanitarias.

Con el fin de lograr la máxima operatividad y la mayor eficacia en la atención de salud, las áreas de salud se dividen en *zonas básicas de salud*, que constituirán el marco territorial de la Atención Primaria de Salud.

6. FINANCIACIÓN

del SNS español se realiza través de impuestos y está incluida en los presupuestos de cada Comunidad Autónoma. Tiene carácter no contributivo y contiene dos fondos adicionales, el de Cohesión, gestionado por el propio Ministerio de Sanidad, y el Programa de Ahorro temporal e incapacidad temporal. Las competencias autonómicas en materia de salud están vinculadas a la competencia fiscal, es decir, se unen competencias y decisión sobre la gestión presupuestaria. Esta descentralización queda plasmada en la Ley 21/2001 de 27 de Diciembre por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del sistema de financiación de las CCAA. A partir del año 2002 tiene precisamente como novedad su rango de Ley que le otorga carácter de permanencia, pues hasta el momento de su promulgación, la financiación autonómica se publicaba en B.O.E.

La mencionada Ley 21/2001 se fundamenta en los siguientes principios:

- Generalidad. Este principio abarca la financiación de todas las competencias susceptibles de traspaso a las Comunidades autónomas.
- Estabilidad. Es un principio que pretende garantizar la permanencia e implícitamente la planificación a largo plazo.
- Suficiencia. Que garantiza los recursos necesarios en cada CCAA.

- Autonomía. Amplia la potestad fiscal de las autonomías en la toma de decisiones en materia fiscal, tanto en la forma de obtener sus recursos como en las condiciones de prestación de servicios.
- Solidaridad. Garantiza la equivalencia de servicios entre CCAA
- Coordinación. Con este principio el sistema de financiación incorpora normas concretas de localización y administración de los tributos cedidos a las CAA así como la colaboración con la administración en gestión, liquidación, recaudación e inspección de tributos y en la revisión de actos de gestión tributaria con el fin de dar mayor seguridad y estabilidad al ejercicio de las potestades fiscales de las CC

6.1. Distribución de recursos por Comunidades autónomas

Según la revista Enfermería Global, N°10 con datos de 2007 refleja lo siguiente:

En Asistencia especializada, España cuenta con 3,59 camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes, situándose en la media europea, siendo Cataluña la Comunidad Autónoma con mejor tasa de camas hospitalarias, con 4,52 por cada 1.000 habitantes, y la Comunidad Valenciana la peor con 2,71

Los hospitales españoles disponen de un total de 157.926 camas, lo que supone una tasa de 3,59 camas por cada 1.000 habitantes, menos de la mitad de lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (entre 8 y 10 camas por cada 1.000 habitantes), según datos del Catálogo Nacional de Hospitales 2005 y del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Los últimos datos del Instituto de Información Sanitaria, perteneciente al Ministerio de Sanidad y Consumo, ponen de manifiesto que, a 31 de diciembre

de 2004, había en España 779 hospitales, con una media de 202 camas por cada centro.

Por comunidades autónomas, Cataluña es la que dispone de una mayor tasa de camas hospitalarias, con 4,52 por cada 1.000 habitantes, seguida de Cantabria (4,30), Aragón (4,29), Canarias (4,25), País Vasco (4,02), Asturias (3,94), Extremadura y Navarra (3,93) y Galicia (3,76). Baleares cuenta con la misma tasa per capita que la media nacional (3,59 camas por cada 1.000 habitantes), y por debajo se encuentran Madrid (3,51), Melilla (3,40), La Rioja (3,37),

Murcia (3,22), Andalucía (2,91), Ceuta (2,84), Castilla-La Mancha (2,72) y Comunidad Valenciana (2,71).

La comunidad autónoma con más camas por hospital es Madrid (289), seguida de Andalucía (245), Cantabria (241), Galicia (221), Castilla y León (218), Asturias y Extremadura (212) y Comunidad Valenciana (204).

En la media nacional se encuentra La Rioja (202), y por debajo Aragón (201), País Vasco (194), Castilla-La Mancha (184), Canarias (181), Navarra (179), Murcia (165), Cataluña (163), Baleares (147), Melilla (111) y Ceuta (106).

Del total de hospitales existentes en España, el 61,4% son privados (478), frente al 38,6% de centros públicos. No obstante, el número de camas en hospitales públicos representa el 66,5% del total (105.052), frente al 33,5% de los privados (52.874).

Entre los hospitales públicos, 208 están adscritos al Sistema Nacional de Salud, 22 a diputaciones o cabildos, 13 a comunidades autónomas, 8 al Ministerio de Defensa, 5 a municipios, 2 a la Administración Penitenciaria, y 43 a otros organismos públicos.

En cuanto a hospitales privados, hay 333 no benéficos (el 42,7% del total), 57 benéficos dependientes de la Iglesia, 8 de Cruz Roja, 56 catalogados como 'otros privados benéficos, y 24 de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

En números absolutos, las Comunidades Autónomas con más camas hospitalarias son Cataluña (31.626), Andalucía (22.784), Madrid (20.814), Comunidad Valenciana (12.676) y Galicia (10.405). En cuanto al número de hospitales, Cataluña tiene 194 (el 25% del total), frente a los 93 de Andalucía, 72 de Madrid, 62 de la Comunidad Valenciana, 47 de Galicia, 46 de Canarias y 44 de País Vasco y Castilla y León.

En Atención primaria, la relación nacional de Centros de salud es de 2.702 todos de carácter público distribuidos por todo el territorio nacional, lo que muestra una tasa de 6,3 centros por cada 100.000 habitantes.

7. DOFA

Ahora veamos a groso modo la situación del sistema sanitario español, a través de un DOFA en el cual se encuentra sintetizada la opinión recogida por medio de una entrevista no estructurada, a una muestra escogida al azar en las diferentes comunidades autónomas. Pretendiendo así, acercarse lo más acertado posible, a la percepción general de la población Española.

7.1. Debilidades del Sistema Sanitario Español

Una de las debilidades del sistema Sanitario Español que expresan los ciudadanos es la larga espera para las consultas y la atención de urgencia generando insatisfacción en los pacientes además conlleva la falta de diagnóstico, la tardanza y la prolongación de los tratamientos. Sobre todo, en tratamientos crónicos. Pero esta a mi parecer es provocada por otra de las

debilidades expuestas, que es la falta de personal sanitario, el número es muy reducido y la población demandante va cada vez va en aumento.

7.2. Oportunidades del Sistema Sanitario Español

Si Duda alguna y en coherencia con las debilidades que tiene el sistema actualmente, la gran oportunidad es aumentar del número de personal sanitario en todas las áreas, llevando esto a la oportunidad de creación de más centros de atención al paciente.

La aparición de las nuevas tecnologías, tanto para la atención de los paciente como para la sistematización de los mismo.

7.3. Fortalezas del Sistema Sanitario Español

La Principal y gran fortaleza del sistema Sanitario es su nivele de gratuidad y asistencia universal, por ellos es considerado el 7 mejor sistema sanitario del mundo (según informes de la OMS)

Por otro lado los profesionales con los que cuenta, son de alta cualificación, esto y la innovación tecnológica en sus herramientas para facilitar el diagnóstico y el tratamiento, constituyen el conjunto de fortalezas que hace del sistema sanitario español tenga el puesto que en el que hoy se sitúa.

7.4. Amenazas del Sistema Sanitario Español

Aun con sus fortalezas y de las oportunidades que puede generar el Sistema Sanitario se ve amenazado por el envejecimiento de la población, en diez años,

uno de cada cinco españoles tendrá más de 65 años. Esto presume que 10 millones de personas tendrán un coste sanitario entre 4 y 12 veces mayor que el del resto de la población.²

Y la que más preocupa al ciudadano es la privatización, teniendo como punto de partida la posibilidad de cobrar un copago, el cual consiste en abonar una cuota moderadora al utilizar los servicios de la sanidad el cual ayudaría (según los que la defienden) a el sostenimiento de la misma y a valorar el servicio por parte de los usuarios

7.5. Conclusión

El Sistema Sanitario Español es aun uno de los mejores del mundo, y a pesar de sus debilidades tiene satisfecho a la mayor parte de la población, ya que aun se sienten protegidos por el sistema y la buena calidad de los profesionales.

Este se está viendo amenazado por el polémico copago que para muchos es el comienzo de la privatización, donde los que la defienden aseguran que el sistema tal y como se lleva a cabo es insostenible y las Comunidades Autónomas tienen deudas por varios millones de Euros. Los que están en contra argumentan que debilidades serian resueltas, las oportunidades llevadas a cabo y seguir siendo un país abanderado por su fortaleza en la sanidad, si se diera el porcentaje del PIB que corresponde a la sanidad, (ya que actualmente solo gasta en ello el 5,4%. Siendo esta la cifra más baja de la UE.)³ De esta forma los recursos permitirían corregir las deficiencias existentes.

² Según informe presentado por la Fundación de Estudios de Economía Aplicada (Fedea) y la consultora McKinsey

³ Según informe "Key Data on Health 2000" (EUROSTAT)

CAPITULO 4

4.1. SESCAM

Desde Enero de 2002 Castilla-La Mancha gestiona la asistencia sanitaria de la Seguridad Social. La ley 8/2000, de 30 de noviembre crea el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), cuya estructura orgánica y funciones se establecen en el Decreto 1/2002, de 8 de enero.

El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, como parte integrante del Sistema Nacional de Salud, se basa en los principios de cobertura universal, equidad en el acceso y financiación pública, con el objetivo de prestar una asistencia más moderna, cercana, efectiva y de mayor calidad.

4.2. Organización

El Área Sanitaria está dividida en 16 Zonas Básicas de Salud (4 urbanas y 12 rurales) que cuentan con:

16 Centros de Salud

13 Puntos de Atención Continuada (1 urbano y 12 rurales)

92 Consultorios Locales

En cada ZBS trabaja un Equipo de Atención Primaria (EAP) al frente del que se encuentran el Coordinador Médico y el Coordinador de Enfermería, primeras personas a quien se debe acudir para solventar aquellas situaciones que surjan en el desempeño profesional.

Junto a esto, existen las Unidades de Apoyo de Área, que prestan atención a más de una Zona Básica de Salud: 1 Unidad de Salud Bucodental, 1 de Psicoprofilaxis Obstétrica y 1 de Fisioterapia.

4.3. Organigrama del SESCAM



CAPITULO 5

5. SALUD

5.1. CONCEPTO

En una definición clásica, la salud es el hábito o estado corporal que nos permite seguir viviendo, es decir, que nos permite superar los obstáculos que el vivir encuentra a su paso.

Según la definición de la OMS⁴ (Organización mundial de la salud) la define como el estado de perfecto bienestar físico, psíquico y social, y no sólo la ausencia de lesión o enfermedad. En 1992 un investigador agregó a esta definición "y en armonía con el medio ambiente", ampliando así el concepto.

⁴ Es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial.

5.2. Factores de Riesgo

La actuación en el ámbito de los principales factores determinantes de la salud tiene un gran potencial para reducir los efectos negativos de las enfermedades y promover la salud de la población. Los factores determinantes de la salud pueden dividirse en las siguientes categorías:

comportamiento y estilo de vida personal; influencias dentro de las comunidades que pueden reforzar la salud o dañarla; las condiciones de vida y de trabajo y el acceso a los servicios sanitarios; y las condiciones generales de tipo socioeconómico, cultural y medioambiental.

5.3. Salud Mental

La salud mental es un concepto que se refiere al bienestar emocional y psicológico del individuo.

La manera como se conoce, en términos generales, el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida.

La salud mental ha sido definida de múltiples formas por estudiosos de diferentes culturas. Los conceptos de salud mental incluyen el bienestar subjetivo, la autonomía, la competitividad y potencial emocional, entre otros. Sin embargo, las precisiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establecen que no existe una definición "*oficial*" sobre lo que es *salud mental* y que cualquier definición al respecto estará siempre influenciada por diferencias culturales, asunciones subjetivas, disputas entre teorías profesionales y demás.

5.4. Prevención

Son aquellas actividades que permiten a las personas tener estilos de vida saludables y faculta a las comunidades a crear y consolidar ambientes donde

se promueve la salud y se reduce los riesgos de enfermedad. La prevención implica desarrollar acciones anticipatorias. Los esfuerzos realizados para "anticipar" eventos, con el fin de promocionar el bienestar del ser humano y así evitar situaciones indeseables, son conocidos con el nombre de prevención. Trabajar en prevención es trabajar con las causas reales o hipotéticas de algo que, de dejarlo pasar ahora para tratarlo después. Significaría un gran costo en dinero, en sufrimiento, en expectativas de vida

La Prevención en el campo de la Salud implica una concepción científica de trabajo, no es sólo un modo de hacer, es un modo de pensar. Es también un modo de organizar y de actuar, un organizador imprescindible en la concepción de un Sistema de Salud. Un Sistema de Salud es más eficaz en la medida que prevenga más que cure, lo cual implica un bienestar de sus miembros y un mayor desarrollo socioeconómico. Es más eficaz económicamente - curar implica la inversión de una mayor cantidad de recursos económicos, de mayores gastos. Lo más importante es que es más eficaz porque, como se señala, la prevención persigue "la identificación de aquellos factores que permitan promover la salud y la puesta en marcha de diferentes intervenciones, de cara a mantener saludables a las personas" (Guiofantés S, 1996, Pág. 31)

5.5. Promoción

La promoción de la salud se define como el proceso mediante el cual, los individuos y las comunidades, ejercen un mayor control sobre los determinantes de su salud para mejorar su calidad de vida.

Para la gestión y la acción en promoción de la salud son indispensables la intersectorialidad y la participación social, así como también la reorientación de los servicios de salud, recordando que el objetivo en cuestión es lograr un impacto en el componente biológico de nuestro capital humano.

- Aquellos dados por los estilos de vida y el ambiente que son los que tienen que ver con las condicionantes de la salud: alimentación, actividad física, tabaco, factores protectores psicosociales y ambientales.
- Sin embargo, la capacidad de promocionar los estilos de vida saludables y un ecosistema que interactúa saludablemente con las personas, también depende en gran parte de otros determinantes de la salud como la cultura, el empleo, la educación y los ingresos.
- Además, también son determinantes de la salud el estatus socioeconómico y la presencia de otros factores socioeconómicos en una sociedad, como la desigualdad y la inequidad en salud.
- Por ello, la promoción de la salud aumenta las habilidades y capacidades para la salud y la calidad de vida.
- Acciones que promueven la salud también evitan la enfermedad.

5.6. Atención primaria

La atención primaria de salud es el primer nivel de contacto de los individuos, familia y comunidad con el sistema de salud llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria

También se puede definir como el primer nivel de acceso de los ciudadanos y ciudadanas a la asistencia sanitaria.

Los y las ciudadanas tienen servicios de atención primaria en un centro de atención primaria (CAP) el cual es el primer lugar al que se debe ir cuando se tiene un problema de salud o cuando se quiere prevenir algo. En los pueblos más pequeños, la visita se hace en los consultorios locales.

5.7. Atención especializada

La atención especializada en salud es el segundo nivel de acceso de los ciudadanos y ciudadanas a la asistencia sanitaria.

La atención especializada de la sanidad pública comprende:

- Atención hospitalaria
- Atención socio sanitaria
- Atención a drogodependencias
- Atención psiquiátrica y salud mental
- Otros recursos de atención especializada

5.8. Urgencias

Es el servicio inicial de la atención médica para aquel paciente que presenta daños a la salud, que ponen en riesgo la función orgánica, psicológica o la vida y que por ello requiere atención médica inmediata y habitualmente es multidisciplinario. Podemos distinguir 2 tipos de urgencia:

- Urgencia real

Es aquel padecimiento o daño que pone en riesgo algún órgano vital o la vida del paciente.

- Urgencia sentida

Es la necesidad de atención motivada por el paciente en la que no precisamente existe el riesgo de perder la vida o un órgano, sin embargo, el paciente considera que debe ser atendido aún cuando los factores que motivan esta necesidad son múltiples.

5.9. Camas concertadas

La fuerte demanda de camas hace que los hospitales deriven a algunos enfermos a clínicas con las tienen firmado un concierto de colaboración. Ese sistema de desviar usuarios a la sanidad privadas se hace sobre todo en el caso de pacientes que van a necesitar estar ingresados una temporada larga.

5.10. Estancias temporales (personas mayores)

La Estancia Temporal en un Centro Residencial es la permanencia en régimen de alojamiento, manutención y atención integral por un periodo de tiempo limitado y predeterminado, originada por motivos de carácter temporal y que se puede establecer previamente su duración.

5.11. Clasificación de las enfermedades

Una clasificación de los distintos tipos o formas de enfermedades se puede realizar atendiendo a diversos criterios:

Rapidez con la que aparecen y por su duración

- Agudas: Se manifiestan rápidamente, pero son de corta duración (por ejemplo la gripe)
- Crónicas: se desarrollan con lentitud y duran mucho tiempo, en ocasiones toda la vida (por ejemplo la artritis)
- Por la frecuencia:
 - Esporádicas: solamente se producen algunos casos en la población (por ejemplo, los derrames cerebrales)
 - Endémicas: Exclusivas de una región concreta, donde se registran casos de manera habitual (por ejemplo, el paludismo en las zonas tropicales)

- Epidémicas: Atacan a gran números de personas en un período corto de tiempo. Si la epidemia afecta a muchos países, o incluso a todo el planeta, se denomina pandemia.
- Por su origen:
 - Infecciosas: Son causadas por microorganismos patógenos
 - No infecciosas: No son provocadas por microorganismos.
- Por su ubicación:
 - Externas: Desarrolladas hacia fuera del organismo (heridas, úlceras, pestes)
 - Internas: Desarrolladas al interior del cuerpo.
- Clasificación Internacional

Existe una clasificación realizada por organismos internacionales de salud (OMS y OPS) que las agrupa de la siguiente manera:

1. Enfermedades infecciosas y parasitarias
2. Neoplasmas
3. Enfermedades de la sangre y del sistema inmunológico
4. Enfermedades endocrinas
5. Desórdenes mentales
6. Enfermedades del sistema nervioso central y de los órganos sensoriales
7. Enfermedades de los sentidos
9. Enfermedades del sistema cardiocirculatorio
10. Enfermedades del sistema respiratorio
11. Enfermedades del sistema digestivo
12. Enfermedades de la piel

13. Enfermedades del aparato locomotor
14. Enfermedades del sistema genitourinario
15. Enfermedades del embarazo, parto y puerperio
16. Enfermedades del feto y del recién nacido
17. Enfermedades congénitas, malformaciones y alteraciones cromosómicas
18. Síntomas y observaciones clínicas o de laboratorio anormales no clasificados en otra parte (R00-R99)
19. Lesiones, heridas, intoxicaciones y otros factores externos (S00-S98)
20. Otras causas de mortalidad y morbilidad
21. Caídas, golpes, y accidentes diversos
22. Efectos secundarios
23. Factores que afectan el estado sanitario

CAPITULO 6

6. ANTECEDENTES DEL TRABAJO SOCIAL EN ESPAÑA

6.1.1. La Asistencia Social en España

Hasta los siglos XIII, XIV y XV la acción social se ejerce desde los monasterios y por los preladados; pero ya en el siglo XVII se institucionalizan las Casas de Misericordia, los albergues y los hospitales especializados, a la vez que aparecen los primeros marcos legislativos de la acción asistencial.

A pesar de ser español, las teorías de Juan Luis Vives tuvieron más resonancia en el resto de Europa que en España, en donde se encontró con el debate sobre ellas del benedictino Robles y el dominico Soto.

Robles, defendía una intervención estatal sobre la pobreza separándola del ámbito civil y religioso, y abordándola desde la obligación al trabajo. Sin embargo, para Soto la asistencia al pobre no era cuestión del Estado, sino una cuestión de conciencia, sometida al orden religioso.

Pero es en el siglo XVIII con el paso de la beneficencia de la Iglesia al Estado, cuando se asumen nuevas teorías reformistas basadas en las experiencias europeas. Las aportaciones de algunas figuras importantes contribuyeron a configurar la síntesis de la vertiente asistencial llevada a cabo por la Junta de la Caridad.

En el siglo XIX, a las consecuencias de la industrialización sufridas en Europa, se les suma en España las crisis agrarias, las epidemias y la guerra de 1803 a 1834.

Ante el caos de la beneficencia, la Constitución de 1812, plantea la municipalización de la asistencia, dando origen al primer intento de ordenamiento general de beneficencia en el país.

De este modo, y en los años posteriores, empezaron a surgir una serie de leyes en las que el Estado asumía la beneficencia como tarea propia, contemplando para su desarrollo la creación de recursos a nivel estatal, municipal y provincial, así como la tutela de organizaciones privadas. Sin embargo, la falta de recursos financieros del Estado provocó el requerimiento complementario de la Iglesia y la iniciativa privada.

Dentro de este contexto se suele citar a Concepción Arenal, figura fundamental entre los profesionales españoles de la época, que creía que debe partirse del estudio de la realidad social para comprender sus actividades y comportamientos.

De este modo, la autora consideraba que es la sociedad la que debe procurar los bienes necesarios para cubrir las necesidades, y que la acción solo será benéfica y eficaz si parte del estudio de las mismas miserias humanas, pero siempre respetando la dignidad de la persona a la que se presta ayuda y procurando el desarrollo de todas sus potencialidades.

6.1.2. Las Etapas del Trabajo Social en España

El Trabajo Social en España avanza, como en el resto de países, al ritmo del proceso de industrialización y a medida que se van cubriendo las necesidades en el ámbito laboral sin tener que recurrir a lo benéfico.

Etapas benéfico-asistencial

El Trabajo Social surge con el requerimiento de profesionales para una mejor administración de la antigua beneficencia pública y privada.

El Trabajo Social también se desarrolla en España con una estrecha vinculación a la medicina. Durante la Segunda República se presta especial atención a la medicina social mediante la coordinación de campañas preventivas, a través primero de la Dirección General de Sanidad y luego del Ministerio de Trabajo, Previsión y Sanidad.

La evolución del Trabajo Social en España se vio frenada por la Guerra Civil. Los profesionales debieron asumir un papel eminentemente asistencial dirigido a paliar las consecuencias del conflicto bélico con un talante marcadamente paternalista, produciéndose un aumento sin precedentes de los profesionales del Trabajo Social.

A pesar de estos avances, el Estado social se va imponiendo con más retraso en España que en los países europeos, aunque también se percibe cierta influencia de la Declaración Universal de los Derechos del Hombre.

Una vez superada la etapa de la posguerra y el aislamiento internacional, se inicia en España el proceso de industrialización, y con ello, un importante éxodo de la población rural a las ciudades, lo que produce alteraciones y cambios en la estructura social:

- Crecimiento notable del proletariado industrial.
- Disminución progresiva de la población agrícola.
- Notable expansión de las clases medias.

Toda esta situación suscitó la aparición de nuevos problemas (carencias en infraestructuras básicas, chabolismo, desarraigo...), al tiempo que empiezan a surgir sindicatos de clase y una izquierda clandestina que impulsaba movimientos vecinales en colaboración con la Iglesia.

La evolución del Trabajo Social en España se vio frenada cuantitativamente y cualitativamente por la Guerra Civil. Los profesionales debieron asumir un papel eminentemente asistencial dirigido a paliar las consecuencias del conflicto bélico con un talante marcadamente paternalista. Entre 1932 y 1950 se diplomaron en España 270 asistentes sociales, de los cuales 149 trabajan profesionalmente.

Etapa de desarrollo (1950-1970)

Comienza a remitir el aislamiento internacional y la industrialización produce un importante éxodo del mundo rural al mundo urbano. Ello origina alteraciones en la estructura social, con un aumento notable del proletariado industrial. Estas nuevas situaciones reclamarían mejorar la formación, así como el aumento del número de profesionales.

Hay un incremento de los puestos de trabajo en este periodo, y lo que es más significativo, se produce la oficialidad de las enseñanzas del servicio social, más tarde llamado Trabajo Social, ya que el Ministerio de Educación y Ciencia reconoció en los estudios con un nivel de técnicos de grado medio.

A partir del reconocimiento de las escuelas y convalidación de los títulos se da una estabilización de la profesión. Se crea la primera escuela oficial de Madrid y se celebra el Primer Congreso Nacional en Barcelona, donde se aprueba el término Trabajo Social para designar el campo de actividad propia del Asistente Social. Además se plantea la necesidad de elaborar un Código Deontológico profesional y se solicita la clasificación de los estudios a nivel universitario.

Etapa de estabilización técnica y perspectiva científica

En un intento de fundamentación de la disciplina, las Escuelas de la Iglesia se federaron con el fin de favorecer el intercambio y la investigación en el Trabajo Social. Y al igual que en el resto de los países del mundo, el avance del Trabajo Social se produjo en las zonas más industrializadas y de mayor

desarrollo económico. Pero hay también un factor innegable que influye en el avance del Trabajo Social en España, y es la apertura y el establecimiento de relaciones diplomáticas con otros países.

La revisión que entre los años 65 y 70 se produce en todo el mundo sobre el Trabajo Social, se da también, aunque con retraso, en España. Es en este tiempo cuando la profesión inicia una serie de replanteamientos del contexto que encara el problema social.

Resulta particularmente relevante para la revisión del Trabajo Social el Tercer Congreso Nacional, celebrado en 1976 en Sevilla, ya que en él se acuerda el cambio de denominación de asistente social por la de trabajador social, y la de servicio social por la de Trabajo Social.

Como consecuencia de los procesos anteriores, y ante la constatación de la necesidad de una formación más consolidada para un ejercicio profesional eficiente, en 1981 se publica un Real Decreto sobre la incorporación de los estudios de asistentes sociales en las escuelas universitarias de Trabajo Social. El reto consiste en garantizar una formación técnica y científica de calidad para los trabajadores sociales siguiendo las directrices de la Ley de Reforma Universitaria, que ofrece un soporte para la docencia y la investigación.

6.2. El Trabajador Social en la Sanidad

En los últimos años se ha producido la progresiva incorporación a las instituciones sanitarias de profesionales procedente de áreas de conocimiento no relacionadas con la salud, entre estos destaca a el trabajador social, cuya incorporación a los servicios de la salud ha puesto un verdadero cambio cualitativo en el modo de concebir la atención sanitaria, que conlleva la tarea de orientar cuando el problema a si lo requiera, el resto del equipo sanitario, así

como a el propio paciente y a su entorno, sobre los recursos sanitarios y sociales q puedan ser adecuados para el logro de los objetivos de la salud.

La entrada del trabajador social en el ámbito sanitario se produce en el mismo momento en que la salud es entendida no solo como una cuestión de fisicobiologica, sino como el resultado de la relación del individuo con su entorno, es decir cuando se concibe al hombre como un ser total en el que lo físico, lo psicológico y lo social son dimensiones interrelacionadas cuyo desorden puede propiciar la aparición de enfermedades. Desde este planteamiento, los servicios de salud deben interesarse no solo por los problemas físicos o psicológicos que aquejan a los pacientes sino también por sus condiciones sociales (medio familiar, recursos económicos, vivienda, ocupación laboral, etc.).

6.2.1. Historia

En 1905 el Dr. Richard Cabot e Ida M. Canoon crearon en el Massachusetts General Hospital el primer departamento de trabajo social sanitario tomando primero el nombre de Servicio Social Medico. Pero ya toma forma de Trabajo Social sanitario ante la aparición de la gran obra de Mary Richmond (Social Diagnosis 1917) la que en estos momentos sigue siendo el pilar fundamental del accionar profesional de una, un Trabajador social en la sanidad.

En España entre los años 1950 y 1959, se creara en Madrid y Barcelona los primeros servicios de asistencia social hospitalaria, la implantación de unidades de trabajo social, primero en hospitales y luego en centro de atención primara ha sido progresiva. No obstante la velocidad de implantarlo ha sido diferente en cada comunidad autónoma, en función, en función de cómo ha evolucionado los procesos de transferencia de de competencias en materia de salud y servicios sociales y del grado de sensibilización de los responsables autonómicos

6.2.2. Concepto

El trabajo social sanitario es la práctica que se produce en los hospitales y otros establecimientos sanitarios con objetivos de facilitar una buena salud, prevenir la enfermedad y ayudar a los pacientes enfermos y a sus familias a resolver los problemas sociales y psicológicos relacionados con la enfermedad⁵. Igualmente trata de sensibilizar al resto del personal sanitario sobre aspectos sociales y psicológicos de la enfermedad.

También podría decirse que es el profesional que asume dentro del sistema de salud la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud-enfermedad así como el tratamiento de los problemas psicosociales⁶ que aparecen en relación a las situaciones de enfermedad, bien sea como aspectos que tienen que ver con dicha situación (aspectos previos a la enfermedad), bien sea como consecuencia de ella (aspectos derivados de la enfermedad)

6.2.3. Pilares que Sostienen la Presencia del Trabajador Social en la Sanidad.

La presencia del trabajo social sanitario en las organizaciones de salud se apoya en cinco pilares básicos:

- El ser humano es una unidad psicosomática y social.

Evoluciona en solitario pero siempre, con diferentes grados dentro de un entorno familiar, social y ambiental. La tensión sanitaria sitúa su centro de gravedad de la enfermedad pero en ningún caso puede dejar de lado al enfermo, ni a su medioambiente. El trabajo social sanitario atiende en la

⁵ Concepto según The Social Work Dictionary en su segunda edición de 1991

⁶ Concepto según La Revista Trabajo Social y Salud n°15

vertiente social a la persona enferma, a su familia , si es preciso actúa sobre el entorno con ayuda de otros servicios de la comunidad.

- El médico no puede renunciar a hacer de médico, a pesar de la tecnología.

Ser capaz de manejar un sofisticado equipo no significa ejercer de médico. Los últimos años la medicina clásica a sufrido grandes movimientos tectónicos Desplazando, por error, la esencia de los patrones clásicos de su intervención. La tecnología no puede impedir al facultativo sentir al enfermo y su enfermedad. No se pueden eliminar las fuentes directas de observación.

La enfermedad siempre es una ruptura de lo vital. La premisa refuerza el argumento de que la enfermedad siempre fractura la dinámica social de las personas que la sufren y de quienes las acompañan. La recomposición puede darse por si sola con leves orientaciones, o requerir Ayuda precisa. A través de técnicas de *screening*, el trabajador social sanitario Averigua el umbral de resistencia, la capacidad propia. El primer objetivo es Evitar el deterioro personal y del grupo familiar producido por la desatención Psicosocial. El apoyo del trabajador social sanitario facilita la reinserción Apoyada en los pasos de los protagonistas. Su toma de conciencia y responsabilidad racionaliza de manera natural el uso indiscriminado de apoyos externos.

- El enfermo, antes de ser persona enferma bajo la tutela del sistema sanitario, ha sido una persona en su domicilio.

La persona no puede verse diseccionada de su entorno social pues es allí donde se espera regresara. El Trabajador Social.

- El enfermo necesita confiar en su autonomía psicosocial.

La enfermedad Puede restar vitalidad psíquica para afrontar el diagnostico médico en sus consecuencias necesitando un reajuste de su perspectiva.

Dentro de la tensión que supone la recuperación y/o mejora, o al contrario, la pérdida de capacidades, el trabajador social sanitario ayuda al enfermo a gestionar sus pérdidas, reelaborar sus miedos, sus enfados por la nueva situación, a planificar el futuro a medio/largo plazo. Introduce elementos para la esperanza sin perder de vista la realidad médica. Dentro del procedimiento se da una cierta impresión en cuanto al contenido de los focos de intervención alimentada por unicidad. Cada individuo es diferente. Si cabe, se recurre a otros especialistas como pueden ser psiquiatra, psicólogos, abogados, arquitectos, etcétera. El propósito estratégico es implicar a los protagonistas en el proceso para lograr una mayor comprensión de las nuevas circunstancias. Bien tratado resulta una gestión de problemas que también evita el uso indiscriminado de recursos.

6.2.4. Tipología del procedimiento (características)

Por su finalidad dentro del trabajo social sanitario se diferencian dos grandes tipologías de procedimientos, por una parte los que permiten una intervención y tratamiento social, el método de trabajo social de caso que hace referencia a la actuación del trabajador social sobre individuos concretos y sus familias, además también pueden aplicar de ser necesario Trabajo social de grupo es un método de trabajo social que ayuda a los individuos por medio de las experiencias intencionadas en equipo, a mejorar su funcionamiento social y a enfrentarse de una manera más efectiva con sus problemas personales de grupo y comunidad.

Por la otra parte encontramos, los que solventan problemas sociales generados por circunstancias concretas apoyadas en un momento determinado. Estos se expresan en la citada “atención profesional individualizada” en este segundo caso la práctica de desarrollo en situaciones concretas ya que trabajan con

heridas sociales abiertas siempre en relación con la enfermedad de la persona y su cuidado inmediato, los servicios de urgencias son un claro ejemplo.

6.2.5. Intervención del Trabajador Social Sanitario

Las formas de intervención del trabajador social en el campo sanitario puede ser indirectas o directas y ambas significan la aplicación práctica de la teoría, los conocimientos y las habilidades propias del trabajo social para conseguir los objetivos de salud.

La forma indirecta, incide en aspectos de la promoción de la salud y prevención de enfermedad, así como también en asistencia y rehabilitación a través de la planificación, de la organización y gestión de los servicios sanitarios, implica:

Valoración de los factores psicosociales y su incidencia en salud de personas, grupos y comunidades.

Análisis de aspectos que requieren atención especial.

Programar y efectuar acciones promocionales y preventivas.

Coordinación interinstitucional.

La forma directa, incide en la atención a los problemas psicosociales aunque ejerce también funciones de prevención y promoción. Implica:

Diagnóstico psicosocial.

Tratamiento psicosocial individual, familiar y grupal.

Orientación sobre recursos y servicios socio sanitarios.

Coordinación interna y externa.

CAPITULO 7

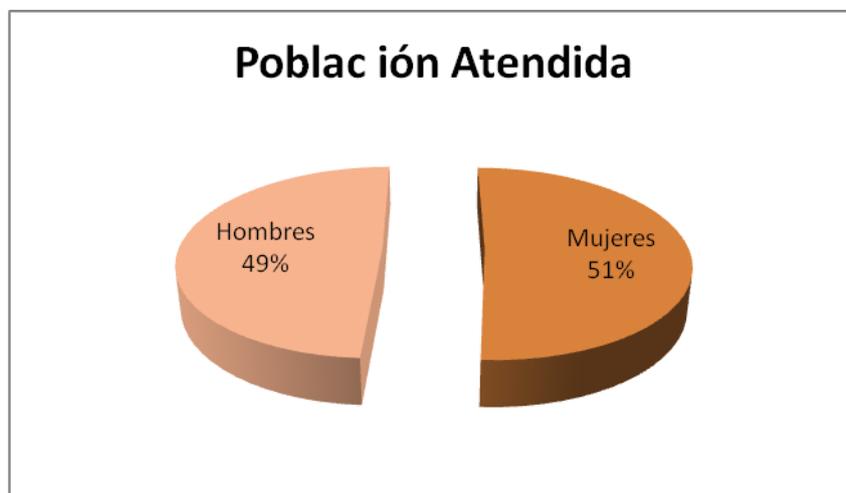
7. TRABAJO SOCIAL HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ

Oficina situada en la Planta Baja del Hospital Virgen de la Luz. Atendida por dos trabajadores Sociales, Ricardo García y Nuria Yubero. El horario de atención por demanda es 8:30 a 10:00 am (aunque están prestos a seguir atendiendo fuera de este horario) y atención directamente con los pacientes internos de 12:00 a 15:00 pm. Las visita a las habitaciones esta asignada por plantas. Nuria tiene la responsabilidad de los casos que se presenten en las plantas 1, 3,5, 6 y Ricardo las plantas 2, 4,7, Urgencias y UCI.

7.1. Población.

Como es principio base en la sanidad Española la universalidad del servicio, cualquier persona puede ser atendida en el Hospital Virgen de la Luz. Aun así sus beneficiaros directos son los ciudadanos de la provincia de Cuenca.

En el año 2009 fueron atendidas 904 personas por la oficina de Trabajo social, 655 de las cuales fueron pacientes nuevos, es decir que por primera vez solicitan los servicios sociales del hospital y 249 de ellas ya tenían historia social. También podemos destacar que 444 de las personas atendidas fueron hombres y 460 eran mujeres.



7.2. Coordinaciones

Para poder garantizar la mejor intervención es necesario coordinar con el resto de profesionales y además con instituciones externas, por ello la oficina de Trabajo Social, cuenta con una coordinación interna y otra externa.

Coordinación interna:

Trabajo social de Salud mental.

Cuerpo médico.

Supervisora.

Personal de planta.

Oficina de prestaciones.

Coordinación externa:

Zonales-Trabajadores Sociales de Base.

Residencias temporales.

Hospital de Recoletas (Camas concertadas).

Viviendas tuteladas.

Ayuntamiento- Intervención social

Consejería de Bienestar Social.

7.3. Sistemas de registro:

Para la posterior identificación del paciente y de todo el proceso llevado a cabo durante la intervención se crea una ficha con los nombres, apellidos y número de historia social del paciente, además se guardan en un sobre con los datos anteriormente mencionados que contiene la historia social y todos los documentos que se utilizaron durante la intervención y fueron necesarios para la adjudicación del recurso si este ha procedido. También se tiene una memoria informática, guardada en tabla Excel.

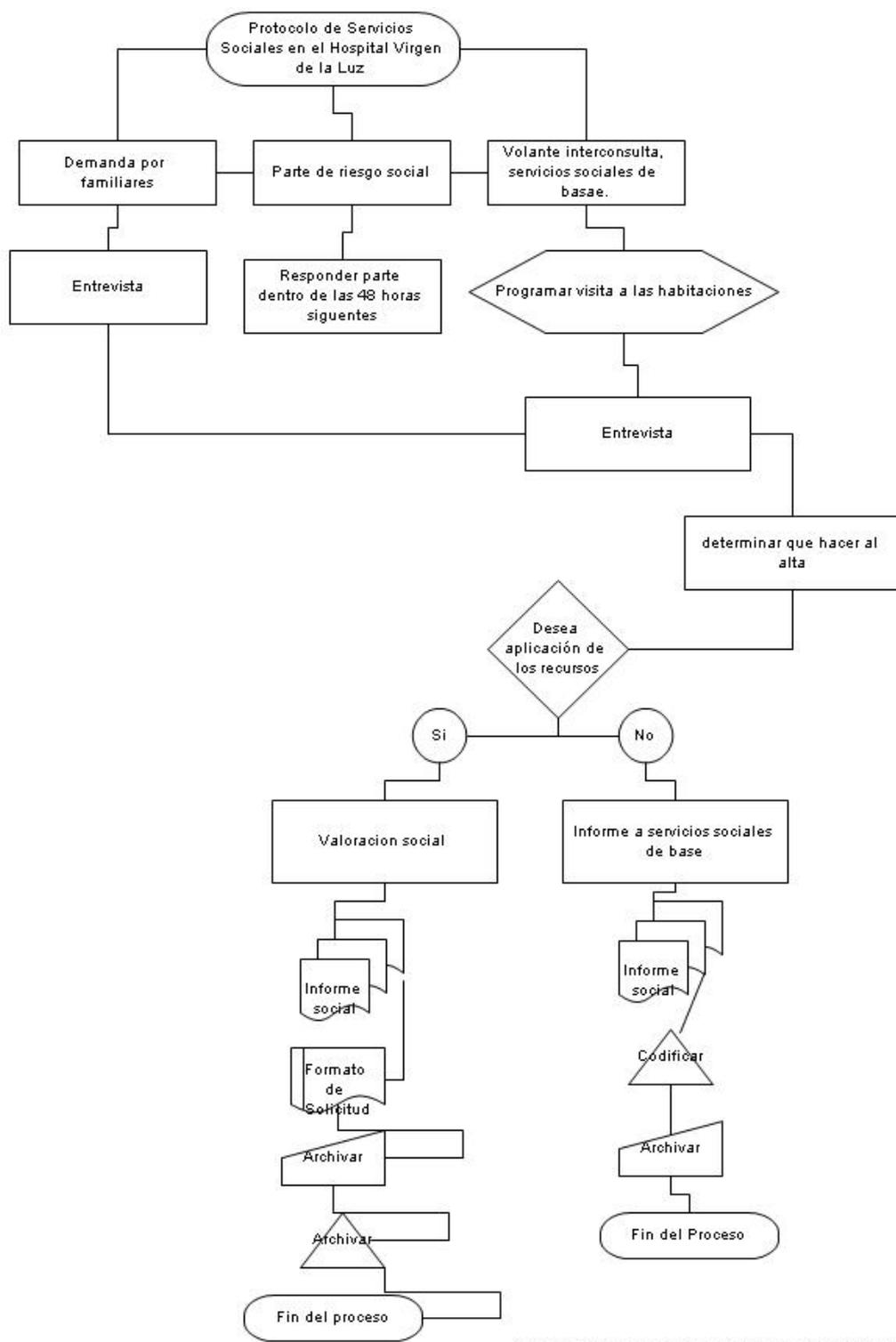
7.4. ATENCION EN EL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL

La función principal de la intervención del Trabajador Social del Hospital Virgen de la Luz es garantizar que el paciente a la salida por el alta hospitalaria salga con las mejores condiciones sociales para su recuperación total.

Para ello cuenta con una gama de recursos de los sistemas públicos de protección social a las distintas situaciones de necesidad, identificando y

definiendo las carencias o dificultades derivadas de su problema de salud, teniendo en cuenta los factores causales, limitantes, favorecedores, siempre en el contexto del paciente y en tiempo real. Además también brindan orientación cuando el paciente necesita acogerse a los diferentes recursos a los que tiene derecho que les brinda el estado de bienestar.

7.4.1. DIAGRAMA DE FLUJO



7.5. Narrativas del Proceso

7.5.1. Inicio

El proceso inicia cuando llegan las solicitudes de asistencia a la oficina a través de tres vías. La primera es por solicitud directa de los afectados o su familia es decir, por demanda, la segunda, las remitidas por las enfermeras o medico cuando el paciente ingresa, y es valorado por ellos cuando detecta que el paciente está en riesgo social, para ello enfermería utilizan un protocolo de riesgo social que contiene los criterios para considerar un paciente en riesgo social (anexo 1) y emiten un parte de riesgo social. Por último encontramos el volante de interconsulta médica (anexo 2) o de los servicios sociales de base que generalmente se trasmite por llamadas.

Es importante anotar, que el parte de riesgo social debe ser respondido en un margen de 48 horas después de recibido, va filtrado por la oficina de atención a el usuario y de calidad, la cual es dependiente la oficina de Trabajo Social.

7.5.2. Seguimiento del Flujo

De inmediato empieza la identificación del paciente, consultando su historial médico y tomando los datos personales que se tengan registrado hasta el momento (programa informático HPHIS) estas primeras anotaciones sirven para abrir la historia social (anexo 3) y además es importante ya que permite observar si ha tenido ingresos previos, que tipo de paciente se estaría interviniendo y de esta manera tener las primeras valoraciones sociales.

Durante las primeras horas de la mañana se recibe los casos a intervenir, a partir del mediodía se inicia las vistas en las habitaciones. Esta parte del proceso es muy importante y esencial, aquí es cuando el o la Trabajadora Social tiene contacto directo con el paciente, durante la entrevista se crea un proceso dialectico que facilita la comprensión de la situación, el conocer a fondo el sujeto, generar confianza en él y sienta que además de estar en el

Hospital para mejorar su salud. Hay una persona que se interesa por su bienestar social y vea en el servicio social un apoyo, sobre todo cuando son personas mayores, ya que el 90% de las personas atendidas por Trabajo Social están por encima de 75 años y de ellos el 50% no tienen soporte familiar, por ello, al llegar a un hospital el Trabajador Social se convierte en la persona en la que puede apoyarse sobre todo porque mientras el paciente este ingresado y haya sido remitido a Trabajo Social las vistas son diarias , puesto que esta no se limita solo ha realizar una entrevista, a partir de ahí se crea el vinculo antes mencionado. Además se hace el seguimiento diario de la salud del paciente interaccionando con el facultativo que lo atiende puesto que este da las pautas para que el Trabajador Social evalúe y tome la mejor decisión a la hora de ofrecer los recursos, esto hace el proceso interdisciplinario donde la participación de cada profesional optimiza el éxito de la intervención.

También tiene como fin, mostrarles al paciente y a sus familiares que cuenta con un profesional presto ayudarles.

El tiempo de aplicación del recurso (si lo desea) está marcado por el día del alta por ello es tan importante la información del médico. Cuando se tiene un día del alta previsible se le pide a los familiares y al paciente que comuniquen que han pensado hacer a el alta y según lo que digan se le ofrece posibles de recursos.

Después de ello empiezan las gestiones pertinentes para que el día del alta todo este listo. Como lo he dicho anteriormente las personas mayores ocupan el primer lugar en pacientes que hacen uso de Trabajo Social del Hospital, por ello la mayoría de recursos que se ofrecen van encamidos a ellos, los mas comunes son:

- Estancias temporales en residencias de mayores.
- Viviendas tuteladas.

- Orientación para la solicitar dependencia (anexo4)
- Derivación a camas concertadas (generalmente sucede cuando son pacientes terminales o que necesitan un periodo largo de recuperación).
- Orientación acceder a los diferentes recursos que ofrece la ley de dependencia.

Para poder gestionar la mayoría de los recursos, se necesita un informe y valoración social del paciente., además de formatos de solicitud que sea pertinente al caso.

Pero ¿que sucede cuando el paciente no desea aplicación de recurso?

Ante todo la decisión del paciente se respeta y se intenta concertar con él, pero si definitivamente la respuesta es negativa, el Trabajador social envía informe social a los servicios sociales de base, para que este, a el alta del paciente, haga el seguimiento del caso en el domicilio del paciente.

Cuando se verifica en el HPHIS que ya el paciente ha sido dado de alta se procese a codificar el sobre donde irán contenidos todos los documentos utilizados durante la intervención junto con la entrevista. Para codificar se utiliza la tabla de variables sociales (anexo 5) esa codificación registra también en la tabla de Excel llamada “memoria” esta a su vez sirve para sistematizar los pacientes atendidos y luego hacer el balance anual.

BIBLIOGRAFIA

Masfret Colom Dolors, **El Trabajo Social Sanitario**. Madrid: Siglo XXI, 2008

Mondragón Jasone, Trigueros Isabel, **Manual de Prácticas de Trabajo Social en el Campo de la Salud**. Madrid: Siglo XXI, 1999

Piédrola Gil Gonzalo, **Medicina preventiva y Salud Pública**. Barcelona: Masson D.L, 2003

Orozco Africano Julio Mario, **Porqué Reformar La Reforma**. Eumed.net, 2006

www.sescam.jccm.es

www.msc.es

ANEXOS

