

**APRENDAMOS A MOVERNOS EN EL SISTEMA DE SALUD: INFORME DE
PRÁCTICA EN TRABAJO SOCIAL, HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN LUZ
CASTRO DE GUTIÉRREZ**

REALIZADO POR:

ANGELICA SALDARRIAGA SALDARRIAGA

Informe de práctica para optar al título de Trabajadora Social

ASESORA:

NATALIA ANDREA ARROYABE BOTERO

Trabajadora Social

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

MEDELLIN

2018

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	4
CONTEXTUALIZACIÓN DEL CAMPO DE PRÁCTICA	6
DIAGNÓSTICO.....	26
Población	27
Referente teórico.....	28
Metodología	29
Identificación de la problemática.....	32
Causas:	35
Consecuencias.....	37
Pronóstico	38
Recursos.....	39
Actores	40
Análisis de contingencias.....	41
Alcance de la intervención.....	45
PROYECTO DE INTERVENCIÓN: APRENDAMOS A MOVERNOS EN EL SISTEMA DE SALUD	46
Identificación de la situación	47
Sujetos de la intervención	48
Justificación	49
Objetivos.....	52
Objetivo general	52
Objetivos específicos.....	52
Referentes teóricos y conceptuales	53
Atención integral	54
Sujetos activos.....	55
Rutas de atención integral en salud (RIAS)	56
Determinantes sociales en salud.....	57
Ruta metodológica	58
Línea estratégica 1: ¡Aprende a moverte en el sistema de salud!	59
Línea estratégica 2: ¡Se garante de derechos y cumple el rol de cuidado y protección!	66
Línea estratégica 3: ¡Humanicemos nuestro trabajo!	71

EVALUACIÓN DEL PROCESO DE PRÁCTICA	74
Hospital General de Medellín	74
Coordinador institucional	76
Asesora académica.....	76
Autoevaluación	77
REFLEXIONES DEL TRABAJO SOCIAL EN EL CAMPO DE LA SALUD.....	78
BIBLIOGRAFÍA	82

TABLA DE IMÁGENES

Imagen 1: Mapa de actores. Archivos personales autora	22
Imagen 2: Folleto acción de tutela. Archivos personales autora	61
Imagen 3: Folleto situacional. Archivos personales autora.....	66
Imagen 4: Folleto ICBF. Archivos personales autora	67
Imagen 5: Píldora de la empatía. Archivos personales de la autora	71

INTRODUCCIÓN

El proceso de práctica profesional de Trabajo Social de la Universidad de Antioquia se constituye como un escenario de aprendizaje, en el cual se deconstruyen, se construyen y se reafirman los conocimientos y habilidades adquiridas durante la formación académica, es por ello que el proceso de práctica, fue realizado en el Hospital General de Medellín, reconociéndolo como una institución que posibilita adentrarse desde la acción en las múltiples realidades a intervenir y para las cuales la profesión tiene aportes significativos.

El presente informe da cuenta de la trayectoria recorrida durante el proceso de práctica profesional de Trabajo Social de la Universidad de Antioquia, en convenio con el Hospital General de Medellín – HGM- el cual se constituye como una Empresa Social del Estado, y de acuerdo a su misión, presta servicios de salud, de forma integral, segura y humana, se ubica como un hospital de tercer nivel y de referencia en el cual se atienden pacientes del departamento de Antioquia y quienes son remitidos del departamento del Chocó.

El tiempo de duración de la práctica, fue de ocho meses comprendidos entre el 4 de septiembre del 2017 y 15 de mayo del 2018, periodo en el cual se desarrollaron las actividades propias del campo de práctica en los servicios de hospitalización - Pediatría y Lactantes principalmente, además de proponer y ejecutar el proyecto de intervención *“Aprendamos a movernos en el sistema de salud”* construido a partir de la contextualización y diagnóstico. Este proyecto estuvo orientado a la Implementación de espacios educativos sobre las rutas de atención en salud para pacientes y cuidadores del Hospital General de Medellín, ubicados en el servicio de hospitalización, generando así procesos de autogestión y posibilitando la adherencia a tratamientos.

De igual manera, el informe además de dar cuenta del proyecto de intervención, con su respectiva identificación de la situación, los sujetos a quien va dirigido, la justificación, los objetivos, referentes teóricos y conceptuales, la ruta metodológica y el sistema de evaluación, también hace una evaluación al proceso de práctica, retomando al HGM, al coordinador institucional, a la asesora académica que acompañó el proceso y la autoevaluación. Así mismo finaliza con una reflexión acerca de la intervención del Trabajo Social en el campo de salud.

CONTEXTUALIZACIÓN DEL CAMPO DE PRÁCTICA

Los derechos son inherentes al ser humano, lo que supone, que toda persona, en el ser y estar de su existencia, está amparado por los mismos, con el fin de garantizar su bienestar y calidad de vida. Según esta concepción, todos los individuos han de tener la posibilidad de gozarlos, sin ninguna distinción de raza, color, sexo, idioma, religión, edad u otra condición.

Dentro de los derechos fundamentales, se establecieron las garantías, las cuales se configuran a partir de instrumentos o acciones jurídicas y extrajurídicas que tienden a reforzarlos, es decir son el instrumento para “la defensa de los derechos humanos, en el sentido de su consagración plena y de defensa en el supuesto de agresión o amenaza de agresión”. Respecto de las garantías, aparecen las que se refieren a los derechos de primera, segunda y tercera generación, estas corresponden a los derechos civiles y políticos, seguido de los derechos económicos, sociales y culturales, y colectivos respectivamente.

Dentro de los derechos de segunda generación, se encuentra el derecho de la SALUD, el cual en su conceptualización, “exige un conjunto de criterios sociales que propicien la salud de todas las personas, entre ellos la disponibilidad de servicios, condiciones de trabajo seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos”, los cuales están interrelacionados, y no deben fragmentarse, es decir, que vinculan los demás derechos humanos fundamentales, como el derecho a la vivienda, alimentación, educación, acceso a la información y participación (OMS, s.f).

En aras de claridad, es necesario profundizar en este concepto de salud, según la OMS (s.f), abarca el estado integral de la persona, «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». De igual forma,

la Organización Panamericana de la salud, aportó un elemento adicional para comprender el estado de la misma: la salud también tiene que ver con el medio ambiente que rodea a la persona.

Es de anotar, qué, para hablar de salud, es necesario abordar su contrario: la enfermedad. Para la OMS (s.f) , la enfermedad aparece como una afectación que atenta contra el bienestar del ser humano, y por ende con su condición de salud. Hablar de enfermedad, sugiere la desviación o alteración del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, manifestada por síntomas o características, y cuya evolución puede ser previsible.

Para comprender la relación salud- enfermedad, es necesario revisar social e históricamente su evolución, “A finales de los sesenta surge como resultado de la crisis social, política y económica, así como de la medicina misma, una corriente de pensamiento médico crítico que cuestiona el carácter puramente biológico de la enfermedad y de la práctica médica dominante y propone que el proceso salud-enfermedad puede ser analizado con éxito como un hecho social” (Laurell, 1981). Esta propuesta buscaría comparar los niveles de desarrollo de fuerzas productivas y relaciones sociales de producción, para demostrar que las diferentes clases sociales de una misma sociedad se enferman y fallecen de modo distinto.

Esta propuesta emergente se basó según Laurell (1981), en exponer tres dimensiones, la primera, que la enfermedad tiene un carácter histórico y social, proceso que se da en la colectividad humana y en los perfiles patológicos de los grupos sociales a lo largo del tiempo, es decir, que la naturaleza social de la enfermedad no se verifica en el caso clínico sino en el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos en relación con las transformaciones de la sociedad. Un segundo elemento, sería profundizar en la comprensión del proceso salud-enfermedad como social, en la medida que no es posible fijar la normalidad

biológica del hombre al margen del momento histórico, por ejemplo, en el hecho de que no es posible determinar cuál es la duración normal del ciclo vital pues es distinto en diferentes épocas. Por último, el autor aborda el modo de conceptualizar la causalidad, planteando el problema de su articulación con otros procesos sociales, ya que al preocuparse por el modo como el proceso biológico se da en la sociedad, necesariamente recupera la unidad entre “la enfermedad” y “la salud” dicotomizada en el pensamiento médico clínico.

Para otros autores, abordar esta diada, implica un reto en aras de demostrar que concebir la relación entre ambas, tiene potencialidad para movilizar recursos de poder en función de obtener cambios favorables direccionados a las condiciones de vida y perfiles de salud de diferentes grupos de población, para generar desarrollos del pensamiento estratégico y de la planificación en salud, y, finalmente, garantizar un enfoque humanizado en el proceso de salud -enfermedad (Gallego, R., 2008, Pág. 171)

Actualmente en Colombia, el derecho a la salud está amparado bajo la reforma de 1991, y la consagración de un Estado social de derecho, en el cual, se decretó el artículo 49 de la constitución política de Colombia (2009), se estableció que “la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud

se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad”.

Para asegurar la prestación de los servicios de salud, el Estado Colombiano, planteó la organización y financiamiento de la misma, sugiriendo una reforma en el sistema de salud, proponiendo como alternativa la Ley 100 de 1993. A partir de este momento su funcionamiento se trazaba así: “El sistema de salud colombiano compuesto por un amplio sector de seguridad social financiado con recursos públicos, y un decreciente sector privado, que reciben las cotizaciones de empleados y empleadores, que aportan al régimen contributivo. Su eje central es el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La afiliación al sistema es obligatoria y para todos, y se hace a través de las entidades promotoras de salud (EPS), públicas o privadas, y, se atiende, a través de las instituciones prestadoras de servicios (IPS), las cuales, ofrecen el Plan Obligatorio de Salud (POS) o el POS-S para los afiliados al régimen subsidiado (RS). (Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio, Vásquez, 2011).

Este modelo resultante, ubica un esquema de mercado regulado e integrado por tres subsistemas: ***subsistema de regulación y control***, el cual está descentralizado y comprende los instrumentos de regulación del SGSSS y las agencias responsables de su diseño y aplicación, incluidas el Consejo Nacional de Política Social y Económica-CONPES, el Ministerio de Salud, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud-CNSSS, la Superintendencia Nacional de Salud y las Direcciones Territoriales de Salud-DTS; el ***subsistema de financiamiento y aseguramiento***, el cual está organizado en dos regímenes,

subsidiado y contributivo, y comprende el Fondo de Solidaridad y Garantía-FOSYGA, y los diferentes tipos de Empresas Promotoras de Salud-EPS; y, 3) el *subsistema de prestación de servicios*, el cual comprende las instituciones prestadoras de servicios-IPS, públicas o privadas. (Guerrero, et al, 2011)

Es necesario, profundizar en los elementos centrales del subsistema de financiamiento y aseguramiento, mencionados en el párrafo anterior, para comprender el funcionamiento de la prestación de los servicios de salud. Así, el sistema de salud colombiano, tiene una función mediadora entre los recursos y la prestación del servicio, donde se propende, por la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud.

Para comprender el **financiamiento** del SGSSS, es necesario abordar el funcionamiento del FOSYGA, el cual tiene como finalidad, recoger y custodiar los recursos del sistema, mediante una cuenta administrada por cargo fiduciario, que maneja cuatro subcuentas, de acuerdo con diversas actividades que deben financiarse dentro del sistema:

- **Solidaridad:** recauda 1,5 de los 12 puntos de la cotización de los trabajadores al régimen contributivo y está destinada a subsidiar el régimen subsidiado.
- **Compensación:** se encarga de recaudar los superávits que generan aquellas EPS, cuyos recaudos sobre los ingresos superen la suma de las UPC que les corresponden. Estos dineros se transfieren a las EPS que presentan déficit.
- **Riesgos catastróficos y accidentes de tránsito (ECAT):** recauda aportes especiales del seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT, y de otras fuentes para cubrir este tipo de eventos.

- Promoción y prevención: encargada de recaudar hasta un punto de la contribución obligatoria para garantizar programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud (Vélez, 2016, pág. 35).

Cabe hacer el paréntesis, -dadas las condiciones particulares que pueden presentar los pacientes-, qué, otros de los actores del Sistema de salud, son por un lado, las aseguradoras de riesgos laborales (ARL), que son de carácter obligatorio para trabajadores y cubre accidentes de trabajo y enfermedad profesional. Y por otro lado, las aseguradoras de medicina prepagada, que ofrecen planes complementarios de salud, servicios ambulatorios, consulta externa, acceso directo a especialistas. (Vélez, Op. cit)

Así mismo, el **aseguramiento**, sugiere dos regímenes: el contributivo y el subsidiado, corresponden a la afiliación de la población colombiana a las Empresas Promotoras de Salud (EPS). El régimen contributivo cobija a los trabajadores y a su núcleo familiar, y se financia con los ingresos laborales, dadas las condiciones de capacidad de pago como cotizante, o aportes económicos financiados por empleados o empleadores. Por otra parte, el régimen subsidiado asegura en salud a toda la población no trabajadora perteneciente a los estratos más pobres, y/o población especial, donde previamente, deben demostrar su incapacidad de pago ante un sistema de clasificación que los acredita como pertenecientes a los estratos 1 y 2, y se les garantiza el derecho a los servicios de salud mediante subsidios del Estado (Vélez, Op. cit, pág. 34).

Para materializar la prestación del servicio de salud, las EPS, contratan el plan obligatorio de salud (POS) de su población afiliada, con las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), las cuales pueden ser clínicas, laboratorios, hospitales y otras instituciones con las cuales tienen convenios las aseguradoras, y que dichas instituciones puede ser, tanto de carácter público

como privado; así mismo, la atención en el sistema de salud se divide en cuatro niveles, de acuerdo a la complejidad de los procedimientos e intervenciones realizada, en el primer nivel, se cuentan con servicios como consulta médica general, atención inicial, estabilización, atención odontológica, laboratorio clínico básico, radiología básica, medicamentos esenciales; en el nivel dos, se brinda atención médica no quirúrgica, cuenta con laboratorio clínico especializado, radiología especializada, y procedimientos diagnósticos y terapéuticos; en el nivel tres, se brinda atención especializada por cardiólogo, neumólogo, reumatólogo, otorrinolaringólogo, oftalmólogo, además de laboratorio clínico, imágenes diagnósticas y exámenes especiales no considerados para niveles I y II, finalmente en el nivel cuatro, se brinda atención a las enfermedades consideradas catastróficas, de alta complejidad o alto costo.

El funcionamiento en la atención de la Salud, se realizan a través los copagos y las cuotas moderadoras. “El artículo 187 de la ley 100 de 1993 estableció que los usuarios estarían sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y copagos- deducibles para acceder a los beneficios contenidos en el POS – con el fin de racionalizar el uso de los servicios del sistema y de complementar la financiación (Vélez, Op. Cit, pág. 47). En el régimen contributivo las cuotas moderadoras tienen diferencias entre quienes devengan ciertos tipos de salarios, por su parte, en el régimen subsidiado el valor del copago es del 10% del costo del servicio recibido servicio recibido.

En el mismo sentido, están los medicamentos no POS, los cuales no los cubren a cabalidad las aseguradoras- EPS. Por tanto y ante la dificultad en la cobertura, esta situación obliga a millones de colombianos a interponer acciones de tutela, por los servicios reclamados, no POS. En particular, las tutelas se han convertido en el principal mecanismo de los ciudadanos

para reclamar y garantizar su derecho legítimo a la salud. Así mismo, ante las demoras, se llegan a instancia como el fenómeno de desacato, el cual obliga a garantizar el derecho. Por tanto, “la defensoría manifiesta que es necesario pensar la obligatoriedad de las entidades al cumplimiento de dichos fallos, sin que los usuarios tengan que interponer desacatos, que en última instancia, son también ignorados en detrimento de su estado de salud” (Vélez, Op, cit. Pág. 38). Es importante añadir las trabas en las demoras en asignación de citas, autorizaciones para tratamientos y cirugías, entre otras decena de trámites por parte de las EPS, hacen más lento y limitan el acceso real a los servicios de salud, se convierten en un problema real de acceso.

Así, por ejemplo, el aseguramiento, que propendía por la cobertura, -como inicialmente se había pensado- como la atención oportuna a la enfermedad, en cualquier lugar y a cualquier persona con el fin de activar las estrategias para preservarlo sano, con la ley 100, se concebía que solo con estar afiliado a una aseguradora se consideraba como cubierto, sin importar que se reciba o no la atención médica requerida.

Este panorama del “derecho” se disputa con la necesidad de la población que dice beneficiar, a pesar que la corte constitucional ha señalado que las dificultades mencionadas no pueden convertirse en barreras de acceso al derecho de la salud, ya que algunas personas no cuentan con los recursos económicos para cubrir tratamiento médico, además, visibilizan las necesidades, dado que parte de los pacientes no tienen ni siquiera para movilizarse desde sus lugares de residencia a los centros asistenciales, además de los costos que una estancia hospitalaria genera en cuanto a la supervivencia del paciente, el acompañante y su grupo familiar. Esto pues, afecta a la población en general, ya que no se cuenta con oportunidades

para el acceso real al derecho de la salud y a su vez aparecen las necesidades de cada paciente en relación con el contexto en el que vive.

Carballeda (s.f) ha realizado un análisis acerca de dicha situación, “La emergencia de las Problemáticas Sociales complejas se manifiesta en una significativa tensión entre necesidades y derechos cuando se multiplican las expectativas y disminuyen las posibilidades de alcanzarlas, donde el mercado, aún de los cambios que se generaron en los últimos años, se sigue presentando como un gran disciplinador”. Estos modelos clásicos, según el autor, parecieran no tener capacidad de respuesta, frente a sus lógicas inflexibles, manifestada en prácticas conservadoras de intervención.

Estas lógicas, responden pues a modelos herméticos que buscan abarcar el derecho pero no conciben la necesidad, las implicaciones se manifiestan en las diferentes dimensiones, emergen las manifestaciones físicas: por condiciones de salud y del proceso de recuperación de los pacientes, cambios en las jornadas de descanso, agotamiento; económicas: sostén en la ciudad o movilidad diaria a la visita hospitalaria, habitabilidad en albergues para personas fuera del área metropolitana, además de alimentación durante el día, y sumado a esto los gastos que tenga en su contexto intrafamiliar; culturales: cosmovisiones otras que van en contravía al pensamiento hegemónico, tradiciones en el cuidado de sí y de los otros; familiares: tener otros familiares en los municipios de origen al cuidado de vecinos o familia extensa, conflictos y tensiones al interior de la familia generados por las hospitalizaciones, además de recursos emocionales y familiares, dado que no encuentran red de apoyo motivacional ni moral; sociales: problemas en los lugares de trabajo, insuficiente oferta institucional que apoye el pleno desarrollo de la vida, administrativas: por dificultades en el

aseguramiento del grupo familiar, por demoras en entregas de medicamentos suplementarios, oxígenos domiciliarios.

De igual forma, las necesidades de la población demandan la puesta en marcha de estrategias de integración social y del abordaje de necesidades concretas, una intervención desde la heterogeneidad, mirada a la singularidad donde cada historia social, es diferente y requiere de un abordaje distinto e integral, con enfoque de derechos, pero especialmente de un proyecto de intervención singularizado para atender las necesidades concretas que plantea la complejidad de la cuestión social (Carballeda, s.f.).

Ahora bien, una vez clarificado el panorama acerca de la salud como derecho, la diada entre salud-enfermedad, el lugar que ocupa el Estado y las instituciones prestadoras de servicios de salud y sus dinámicas; se ubicará contextualmente el Hospital General de Medellín (HGM), como la IPS donde se desarrolla el convenio de práctica Profesional de Trabajo Social de la universidad de Antioquia.

El HGM es una institución pública, prestadora de servicios en salud de forma integral, con un alto compromiso por la seguridad del paciente. Se encuentra ubicado en la zona céntrica de la ciudad de Medellín, comuna 10, en el barrio Perpetuo Socorro, Fue fundado en el año 1942 como Unidad de Atención Obstétrica, en 1949 el Concejo Municipal de Medellín le da vía jurídica bajo el nombre de Clínica de maternidad de Medellín y finalmente después de la promulgación de la ley 100 de 1993, se consolida como el Hospital General de Medellín, Luz Castro de Gutiérrez.

Se ubica en un tercer nivel de atención, lo que implica desarrollar servicios de alta complejidad con especialidades médicas y quirúrgicas, actualmente cuenta con urgencias,

cirugía, gineco obstetricia, imagenología y hospitalización, además de complementar con servicios de apoyo como, banco de sangre, banco de leche humana, laboratorio clínico, patología, farmacia, central de mezclas enterales y parenterales, central de esterilización y laboratorio de metrología; igualmente presta servicios de cuidados intermedios y cuidado crítico de adultos, pediátrico y neonatal.

Así mismo, plantea una política de calidad, orientada a contribuir en la calidad de vida de sus pacientes, a cuidar y proteger el medio ambiente y a mejorar las condiciones de vida y trabajo de sus colaboradores, para lo cual instaura las siguientes acciones (HGM, 2017):

- Brindar una atención segura, oportuna, confiable y cálida.
- Prevenir el impacto ambiental negativo asociado con el uso de los recursos y la generación de residuos, vertimientos y emisiones.
- Prevenir y controlar los riesgos operacionales.
- Promover y mantener condiciones y factores ocupacionales seguros, procurando un bienestar físico, mental y social a nuestros colaboradores
- Promover y desarrollar relaciones docencia-servicio que permitan al Hospital y a las instituciones de educación superior, con las que se suscriben convenios, contribuir con el fortalecimiento de sus misiones.
- Promover y desarrollar las investigaciones básicas y aplicadas, cuyos resultados deben corresponder con desarrollos y soluciones innovadoras en beneficio del desempeño del Hospital y de sus partes involucradas.

En el HGM se brinda atención a población especial, definida por la Secretaría de Salud como “las personas que, por sus condiciones de vulnerabilidad, marginalidad, discriminación o en situación de debilidad manifiesta y según lo dispuesto por la ley deben pertenecer al régimen

subsidiado. Decreto 780 de 2016. Para ser beneficiarios del régimen subsidiado estas poblaciones se identifican mediante el Listado Censal y no por la encuesta SISBEN. El listado censal es elaborado por la entidad competente responsable de cada población” e incluye dentro de esta categoría las personas que presentan los siguientes tipos de condiciones:

- Población infantil abandonada a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- Población infantil perteneciente al Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- Menores desvinculados del conflicto armado.
- Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF.
- Comunidades Indígenas
- Población desmovilizada.
- Adultos mayores en centros de protección
- Población Rrom
- Personas incluidas en el programa de protección a testigos
- Víctimas del conflicto armado
- Población privada de la libertad a cargo de las entidades territoriales
- Población Habitante de la calle
- La población migrante de la República Bolivariana de Venezuela en el marco del Decreto 1768 de 2015.

Dentro del HGM se cuentan con servicios ambulatorios y de hospitalización, el primero está orientado a la atención de usuarios que requieren procedimientos médicos que se pueden

realizar en pocas horas, sin la necesidad de pasar la noche o varios días en la institución y está materializada en la consulta externa; por su parte, en el área de hospitalización, “se cuenta con un equipo profesional interdisciplinario, encargado de la atención de patologías de alta complejidad en aspectos Bio-Psico-Sociales ” (HGM, 2017).

Durante la hospitalización del paciente, se generan acciones encaminadas a la asistencia del mismo, teniendo como base el concepto de salud integral entendida según la OMS (s.f) como “un estado de bienestar ideal que solo se logra cuando existe un balance adecuado entre los factores físicos, emocionales, espirituales, biológicos y sociales” lo que conlleva la valoración e intervención no solo médica sino también social, que garantice el alta hospitalaria segura, pasando de ser un proceso administrativo dependiente del área médica a una multidisciplinar, en donde se tienen en cuenta aspectos del contexto social, económico y cultural que pueden desencadenar en Riesgo Social para el paciente, éste entendido como una serie de situaciones desfavorables que desencadenan condiciones que rompen el estado de bienestar y calidad de vida de una personas. Entre los Factores de Riesgo Social se encuentran los siguientes:

- Vulneración de derechos
- Falta de recursos económicos
- Ambientes familiares violentos
- Falta de prácticas de autocuidado
- Consumo de SPA y bebidas alcohólicas
- Inseguridad social y familiar
- Problemas de socialización
- Incumplimiento de roles

- Abandono total o parcial del paciente
- Deserción escolar
- Pérdidas afectivas
- Deterioro físico y/o mental

Los factores anteriormente mencionados, atentan contra el bienestar del paciente, tanto en el transcurrir cotidiano de su vida, como en el proceso de recuperación ante el episodio por el cual ingresó a la institución, por esto se hace necesaria la intervención interdisciplinar orientada a la atención integral de la salud, lo que a su vez demanda el quehacer del Trabajador social. Así como lo describe el Consejo Nacional de Trabajo Social (2014):

“El Trabajo social concibe la salud y la enfermedad como hechos sociales particulares y colectivos que superan la concepción biológica y trascienden la intervención más allá de las ciencias médicas; por tanto, propendemos por una mayor participación de trabajo social en el área de la salud, para intervenir en los procesos de promoción, prevención, atención y rehabilitación, y se plantea esto en primer lugar, porque el área de la salud es un campo de desempeño profesional de tipo clínico que implica participar en la definición del diagnóstico clínico de la persona enferma y su entorno, lo cual, a su vez con lleva a dos tratamientos: el médico y el social. Por tanto el trabajador social aporta al tratamiento sistémico individual, familiar o grupal, con respecto a las problemáticas sociales que pueden incidir en el proceso salud-enfermedad, y con miras a lograr objetivos de rehabilitación y mantenimiento de la salud”. (P.15)

Es de esta manera que en el HGM, trabajo social tiene ocupaciones tanto administrativas como asistenciales, con líneas de atención distribuidas de la siguiente manera (Herrera, 2017):

- Atención oportuna a casos:

- Riesgo social
- Abuso Sexual, maltrato físico, vulneración de derechos.
- Acceso integral a los servicios de salud
 - Población Especial (Indígena, Habitante de calle , ICBF, Desplazados)
 - Adultos mayores con alto grado de vulnerabilidad
 - Pacientes con algún tipo de discapacidad
 - Documento identidad (NN, Niños y adultos sin identificación)
 - Sisben y afiliación a EPS (afiliaciones, movilidad y portabilidad)
 - Tramite jurídico (orientación y apoyo en vulneración de derechos en Salud)
- Articulación de redes de apoyo
 - Continuidad de la asistencia por parte de otros servicios de atención sanitaria y/o social.
 - Orientación al paciente y su familia
 - Reincorporación a grupo familiar
 - Ubicación en hogar de paso
 - Ubicación en Instituciones de bienestar Social
 - Consecución recursos
 - Establecimiento y conexión con entes de control y vigilancia
 - Apoyo a remisiones
- Alta temprana y alta segura
 - Garantía de entorno favorable que le apoya al Paciente en el egreso hospitalario, para asegurar la continuidad del tratamiento y evitar estancias y reingresos por causas no médicas.

- Medicina domiciliaria
- Retorno a su lugar de residencia

En este sentido, el área de Trabajo Social desde HGM, se caracteriza por tener un enfoque de derechos, el cual según la OMS debe estar orientado a:

“Ofrecer estrategias y soluciones que permiten afrontar y corregir las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder injustas que suelen ser aspectos centrales de la inequidad en los resultados sanitarios. El objetivo de un enfoque basado en los derechos humanos es que todas las políticas, estrategias y programas se formulen con el fin de mejorar progresivamente el goce del derecho a la salud para todas las personas. Las intervenciones para conseguirlo se rigen por principios y normas rigurosos que incluyen, no discriminación, disponibilidad, Accesibilidad, aceptabilidad, calidad, rendición de cuentas y universalidad” (OMS, 2015)

Por lo anterior, desde la intervención de Trabajo Social, se debe propender por impactar los factores estresores que padece el paciente, entendidos como elementos del contexto del paciente que se reflejan en tensiones que desencadenan efectos desfavorables, no solo en su recuperación, sino en términos generales de la vida. Estos factores corresponden a aspectos sociales, emocionales, físicos, económicos, entre otros, los cuales se tornan claves para la asimilación y e implementación de acciones encaminadas al tratamiento que se requiera, tanto en términos clínicos como sociales.

Para incidir favorablemente en la reducción o eliminación de los factores estresores, el trabajador social debe orientar su intervención haciendo uso de procesos comunicativos asertivos, la contención emocional, la indagación por representaciones propias de la situación (imaginario) y la búsqueda de corresponsabilidad en el tratamiento y el cuidado de sí. Cabe resaltar que este proceso no va solo en una dirección (profesional – paciente, familiar y/o

cuidador) sino que por el contrario es una relación entre ambas partes, la cual incide el doble vía, lo que a su vez permite la generación de alternativas para la apropiación, comprensión y manejo de la situación problema.

Por su parte, el área de hospitalización del HGM, específicamente Trabajo Social, se encuentra articulado con diversas redes de apoyo familiar e institucional, dispuestas para garantizar el cumplimiento de los derechos del paciente y el mejoramiento de la calidad de vida.

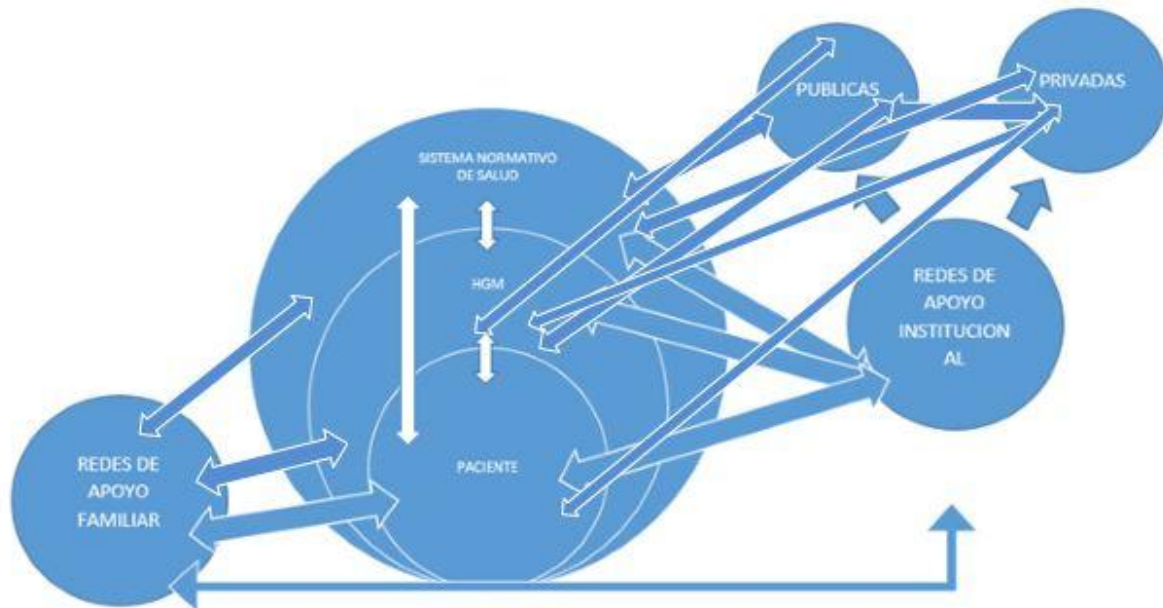


Imagen 1: Mapa de actores. Archivos personales autora

El sistema familiar es un actor clave en el proceso de hospitalización del paciente, en tanto este en el deber ser, se constituye como el responsable del acompañamiento tanto emocional y afectivo, como en la gestión de trámites administrativos, brindando condiciones que permitan la estabilidad del paciente y una adecuada estancia y adherencia a los tratamientos; sin embargo, cabe reconocer que la existencia de un sistema familiar no garantiza que sea una red de apoyo familiar, en tanto se encuentran casos en los cuales hay rupturas de

relaciones que impiden ese acompañamiento, convirtiéndose en una dificultad presente en el proceso. En el caso de los niños, niñas, adolescentes y adultos mayores, el hecho de no presentar una adecuada red de apoyo familiar, e incluso abandono por la misma, implica acudir a otras instancias de orden institucional, como lo son comisarías de familia, ICBF y Amauta.

El ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - “es la entidad del estado colombiano que trabaja por la prevención y protección integral de la primera infancia, la niñez, la adolescencia y el bienestar de las familias en Colombia, brindando atención especialmente a aquellos en condiciones de amenaza, inobservancia o vulneración de sus derechos” (ICBF, 2017). El cual se constituye en un actor fundamental dentro de la red institucional, ya que dentro de los casos atendidos en hospital, se encuentran situaciones de maltrato físico y verbal, vulneración de derechos y abandono, lo que implica una intervención y posible protección del Estado. Así mismo, las Comisarías de Familia “brindan apoyo a la familia en los ámbitos jurídicos y psicosocial, habilitando a sus miembros en el ejercicio de sus derechos y en la exigibilidad de los mismos” (Alcaldía de Medellín, 2017). Así como se encuentra el ICBF para la atención de casos de niños, niñas y adolescentes, Amauta es el Centro de atención al adulto Mayor, adscrito a la Secretaria de Inclusión Social y de Familia del Municipio de Medellín, al cual se le remiten casos de adultos mayores en situación de abandono.

En el HGM se atiende múltiples tipos de población, entre ellos indígenas, lo que implica una atención diferenciada debido a las cosmovisiones propias de las comunidades y su lengua, en este sentido, no se cuenta en el hospital con personal capacitado para la atención integral de dicha población, por lo cual se hace necesario acudir a entidades como la OIA, Cabildos

de los resguardos y la Unidad Móvil de Atención en Territorio, a fin de traer a leguajes comunes los mensajes de ambas partes y facilitar la comunicación. De igual manera gran parte de los indígenas que son atendidos en el hospital, provienen de otros municipios y departamentos, lo que se convierte en una dificultad para la estancia del acompañante en la ciudad, en tanto no conoce el entorno y no poseen recursos para acceder a un lugar para permanecer durante la estancia hospitalaria, es allí donde estas instituciones juegan un papel importante, ya que facilitan albergues, alimentación y en algunos casos recursos económicos.

Así mismo, otra parte de la población especial que atiende el HGM, son los habitantes de calle y para ello se apoya en Centro día, encargado de la certificación de los mismos, además brinda albergues para la recuperación posquirúrgica y continuidad de tratamientos médicos ambulatorios. De igual manera, al hospital llegan personas sin identificación (NN), por lo cual se acude a la OPADI, la cual hace parte de la Registraduría Nacional del Estado Civil y se encarga de realizar la plena identificación del paciente, garantizando el derecho a la identidad y con ello a la salud.

De igual manera, otra de las instituciones con las cuales se articula el trabajo, es el Caivas, “Centro de Atención Integral a las Víctimas de Violencia Sexual, anteriormente dirigido por la Fiscalía, actualmente cuenta con la intervención de cuatro secretarías de la Alcaldía de Medellín, Secretaria de Gobierno, de las Mujeres, Bienestar Social y Secretaría de salud, además de la participación del Instituto de Bienestar Familiar” (El Colombiano, 2009). Entidad con la cual se activa la ruta de atención por violencia sexual, de manera tal que se puedan tomar acciones legales y se brinde atención psicosocial a la víctima.

Adicionalmente, los hogares de paso o albergues son un actor fundamental en la atención de los pacientes y cuidadores, en tanto son instituciones sin ánimo de lucro que ofrecen a la

población proveniente de otros municipios o de otras localidades hospedajes y alimentación por no contar con una Red de apoyo familiar en la ciudad. Se tramita para pacientes que requieren tratamiento ambulatorio bajo la supervisión del Hospital, Pacientes posquirúrgicos hasta su cita de control y que no están en condiciones físicas de un retorno inmediato y acompañantes de pacientes que se encuentran hospitalizados.

Finalmente, conviene mencionar que los actores se encuentran interrelacionados, sin embargo es de aclarar que estas relaciones no se dan de forma horizontal y armónica, ya que dentro sus dinámicas existen diversos intereses y jerarquías que desencadenan tensiones entre sí, adicionalmente, al ser actores externos al hospital manejan tiempos y demandas diferentes, lo que desencadena en procesos lentos y desgastantes tanto para los pacientes como para el mismo Hospital, es el caso de la relación IPS (HGM) y las EPS con la cuales se tiene convenio, en tanto éstas últimas no autorizan procedimientos y medicamentos a tiempo, e incluso los niegan, atentando contra el bienestar e integridad del paciente, de igual manera ocurre con instituciones como el ICBF, AMAUTA, Comisarías de Familia, Centro día y OPADI, quienes por razones de tiempos, disponibilidades de cupos y demás, retrasan el proceso requerido ante la solicitud de intervención realizada por la institución y generando estancias hospitalarias prolongadas.

Para concluir, a lo largo del proceso de contextualización se develó la importancia que tiene el trabajo social dentro de los espacios clínicos, con el fin de brindar una atención en salud de forma integral, teniendo en cuenta aspectos del contexto, económicos, sociales, políticos, ambientales y culturales, los cuales pueden llegar a desencadenar situaciones desfavorables para los pacientes, marcadas por la inequidad e injusticia. Sin embargo ante esto, se cuentan con mecanismos de participación ciudadana que son utilizados para exigir el cumplimiento

de los derechos, tales como la acción de tutela, permitiendo de esta manera que los pacientes, familiares y/o cuidadores sean quienes se apropien de su realidad e implementen acciones orientadas al bienestar, no solo en términos legales, sino también en lo concerniente al cuidado de sí.

DIAGNÓSTICO

“cuando llegué al hospital con mi hijo, solo quería que se aliviara rápido para salir de acá, pero ahora se va a demorar, tengo que esperar a que el seguro le dé una droga para que le den salida y yo ni tengo idea de cómo pedir eso, a uno es que le toca pelear con ellos para que se la den” (Cuidadora, E4, P1)

La elaboración del diagnóstico estuvo enfocado principalmente en identificar el nivel de conocimiento que tienen los pacientes y sus familiares y/o cuidadores, acerca de las rutas de atención en el sistema de salud, además de los mecanismos de exigibilidad para garantizar el cumplimiento de la salud como derecho. Lo anterior, orientado en el área de hospitalización del HGM, el cual recibe pacientes de todas las edades y diversas condiciones sociales y económicas, resaltando mayor presencia de pacientes pertenecientes a los estratos socioeconómicos 1 y 2 , y aquellos que hacen parte del régimen subsidiado de salud.

Población

Las personas que participaron en el diagnóstico, corresponden en primera instancia a los familiares y/o acompañantes de los pacientes hospitalizados en los servicios de pediatría y lactantes, el personal médico que atiende estos servicios y el equipo de trabajo social del HGM. Cabe mencionar que por el momento, estas son las personas con las cuales en el proceso de práctica se ha tenido mayor acercamiento. Pese a esto, la propuesta es aplicable a cualquier servicio dentro del área de hospitalización, tales como maternas, adultos mayores, unidad de cuidados intensivos, unidad de cuidados especiales, entre otros.

Es de resaltar, que en el proceso de diagnóstico, se tuvo en cuenta a los familiares y/o cuidadores de los pacientes, como principal fuente de información, ya que por lo general, son quienes se encargan de ser garantes de los derechos de los éstos, representando a su vez una red de apoyo. Lo anterior, no implica el desconocimiento de la necesidad de trabajar directamente con los pacientes en cuanto a las prácticas del cuidado de sí. En este caso, el servicio de pediatría y lactantes, cuenta con la presencia de niños, niñas y adolescentes entre las edades de los 0 a los 14 años, a quienes de acuerdo a la norma, sus derechos prevalecen sobre el resto.

Como se mencionó anteriormente, la población más recurrente y con la cual se llevó a cabo el ejercicio, pertenecen a los estratos 1 y 2 en su mayoría del municipio de Medellín, aunque también, se cuenta con pacientes remitidos de los diferentes municipios de Antioquia y Chocó. De igual manera, en el servicio de pediatría y lactantes, en su gran mayoría, quienes ejercían el rol de cuidadoras y acompañantes durante la estancia hospitalaria, corresponden a las madres de los pacientes, para lo cual es pertinente generar espacios educativos, en el

cumplimiento y garantía de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, dentro del marco de la función de cuidado y protección requerida en el vínculo parentofilial.

Así mismo, dentro del diagnóstico, se identificó que población especial, como indígenas y desplazados son unos de los actores más propensos a la vulneración de los derechos ya que existen condiciones sociales que limitan la apropiación y la autonomía en los procesos de atención en el sistema de salud, el cual a lo largo del tiempo ha generado dependencias al mismo.

Referente teórico

El referente teórico que guio el proceso del diagnóstico es el *construccionismo social*, en tanto permite comprender las dinámicas en las que se encuentran los pacientes y sus cuidadores en relación a sus concepciones de salud, de bienestar y atención, dando cuenta de esta manera, los posibles escenarios de acción que confluyan con sus construcciones propias, teniendo como punto de partida el contexto en el que se desenvuelve la persona. Así como lo menciona Barnett Pearce, W (s.f) “Según la perspectiva del construccionismo social, los contextos tienen suma importancia: siempre actuamos desde y hacia contextos. El contexto en que nos encontramos prefigura cómo debemos actuar. Es decir que rara vez carecemos de nociones acerca de qué acciones son adecuadas, cuáles no, cuáles se requieren y cuáles son permitidas” (p.11). Así mismo desde el construccionismo social, “se enfatiza el rol de las personas respecto de su propia experiencia, así como la descripción y lectura que de ella hacen. Son los sujetos, no el observador, quienes generan las distinciones que definen como “realidad” a partir de su propia realidad, aquellas distinciones que surgen en el espacio

subjetivo conversacional y que operan a través del lenguaje” (Donoso Niemeyer, T; 2004). Por tanto desde este enfoque teórico, el reconocimiento y relacionamiento con los sujetos, parte del principio de la otredad y la alteridad, lo cual implica reconocer y valorar a cada persona en su autonomía, en su diversidad y en su particularidad, en sus necesidades pero también en sus potencialidades, en sus trayectorias y experiencias, en su historicidad, en sus sentidos y significados, en los saberes y capacidades que cada quien porta, de acuerdo a su contexto. Esto permite orientar la intervención al fortalecimiento de las capacidades de los pacientes y/o cuidadores para la conformación de sujetos autónomos, participativos, conscientes, críticos, reflexivos y políticamente responsables de su realidad, en este caso, particularmente de su proceso y trayectoria clínica.

Metodología

El diagnóstico se enmarcó en el paradigma **comprensivo interpretativo**, lo que conlleva al reconocimiento de los sujetos como intérpretes de la realidad que viven, requiriendo una mirada holística a dicha realidad y teniendo en cuenta la subjetividad. Este paradigma, permitió en el proceso del diagnóstico, identificar cuales con las concepciones de salud de los pacientes y/o cuidadores, ante qué circunstancias acuden a una institución de salud, y si saben cuáles son los mecanismos para reclamar y exigir sus derechos, todo esto partiendo del reconocimiento de la diversidad, las particularidades en las formas de vida de los pacientes y los factores sociales, políticos, económicos y culturales del contexto en el cual se encuentran inmersos.

Así mismo el enfoque **cuantitativo** es de gran utilidad en el proceso, ya que permite dar cuenta de las necesidades particulares de la situación de cada paciente retomando los elementos del contexto, y a partir de ello, orientar en la ruta de atención que sea requerida según el caso. Un ejemplo de ello es la ruta de atención a víctimas del desplazamiento forzado, en donde no es lo mismo la orientación requerida para un adulto, como lo es para un niño, niña o adolescente los cuales requieren de mayores garantías en el proceso.

Por su parte, **la fenomenología** como método, aporta en la comprensión de las realidades en las cuales se encuentran inmersos los pacientes, en la medida en que invita a ver más allá de lo evidente y de lo perceptible en un primer contacto, así como lo menciona Osorio, F citando a Schmitt:

“La fenomenología nos conduce a cuestionar lo que previamente parecía evidente (...). Esto involucra un cambio de actitud, debemos mirar el mundo con 'ojos nuevos'. ¿Qué es exactamente esta nueva actitud que adopto al realizar la reducción fenomenológico-trascendental? Aquí Husserl nos provee de una variedad de frases pensadas para mostrar esta nueva actitud al lector: ya no le atribuyo ninguna validez a la 'creencia natural en la existencia de lo que experimento'; 'invalido', 'inhibo', 'descalifico' todos los compromisos con referencia a objetos experimentados; 'yo pongo entre paréntesis el mundo objetivo'. Esta última es una de las frases más conocidas usadas en este contexto" (Osorio, F 1998. p.7)

Para justificar la incidencia que tiene la fenomenología en el proceso de diagnóstico y en el posterior proyecto de intervención, se retoma un caso presentado en una interconsulta a trabajo social en el HGM:

Un niño de 6 años diagnosticado con una discapacidad cognitiva, presentó en repetidas ocasiones convulsiones, por tanto es remitido al HGM desde Quibdó, en la historia clínica del paciente, el personal médico hace hincapié que aunque el niño padece esta enfermedad

desde el nacimiento, no ha sido tratado clínicamente, por tanto interconsultan a Trabajo Social por presunta negligencia materna y vulneración de derechos. A partir de lo descrito en la historia clínica, se entrevista a la madre del paciente quien relata una cantidad de factores que han dificultado el tratamiento del niño, factores como, la distancia del lugar de residencia al centro médico más cercano, refiere que de la vereda donde vive hay que ir en canoa a la cabecera municipal y tardan alrededor de 5 horas de traslado, además no tiene los recursos económicos para estarse trasladando y mucho menos para la medicina, sin embargo ella acudió al médico tradicional de su comunidad, quien le suministraba plantas curativas para la enfermedad del niño. (Cuidadora. E3, p1)

Este caso es pertinente en tanto la interconsulta realizada era por negligencia materna ante la inadherencia a tratamientos médicos que garantizara el derecho a la salud, lo desde una mirada corta de la situación, conllevaría a un reporte a ICBF, sin embargo, analizando la situación manifestada por la madre del paciente, desde una mirada holística, se puede observar que desde sus cosmovisiones y recursos procuraba brindarle tratamiento a la enfermedad del niño, por tanto se invalida lo que inicialmente se observaba como negligencia.

Una vez definido el método, se implementaron técnicas para la recolección de la información, tales como la observación, la entrevista y el rastreo bibliográfico. En el espacio de las interconsultas, se hacen entrevistas a los acompañantes de los pacientes o al paciente mismo, con el fin de identificar los factores de riesgo que se pueden presentar, de esta manera se aprovechó este espacio para identificar el nivel de conocimiento que tenían las personas con relación a las rutas de atención para los casos que presentaban, así, se hizo uso de la **entrevista semiestructurada** para alimentar el diagnóstico en miras al objetivo principal del

mismo.se realizaron 13 entrevistas, 9 de ellas a los cuidadores y las otras 4 al equipo de Trabajo Social del HGM.

Así mismo, la **observación** nos permitió identificar el nivel de relación entre lo expresado verbalmente con el lenguaje corporal, las posturas frente a las orientaciones brindadas, el interés y la receptividad, estas observaciones se dieron en el espacio de interconsultas, al tiempo con las entrevistas.

Por su parte, el **rastreo bibliográfico** es un proceso necesario, no solo en la fase del diagnóstico sino de la propuesta de intervención, en la cual se busca constantemente retroalimentar la experiencia vivida en la práctica, con las orientaciones teóricas las cuales confluyen en dialogo, dando lugar a encuentros, desencuentros, continuidades y discontinuidades entre ambas. Es importante mencionar que estas técnicas tienen como propósito generar un dialogo de saberes, en donde se escuchen las voces de quienes viven la realidad, sin perder de vista el objeto de la intervención profesional por el cual fue requerido.

Identificación de la problemática

En el periodo de la hospitalización se generan factores estresores que no sólo tienen repercusión en el paciente sino también en sus cuidadores, invisibilizando el panorama de posibilidades y alternativas que se tiene frente a la atención de las problemáticas vividas por dichas personas, es en este sentido en donde la duración del periodo de hospitalización recobra gran importancia, en el entendido de que “La duración de la estancia en el hospital podría tener una gran importancia. Una hospitalización media de más de una semana o repetidas readmisiones de pequeña duración podrían asociarse con un considerable aumento

de las alteraciones conductuales del paciente y con un aumento de su estrés y el de sus padres” (Fernández Castillo, A; López Naranjo, I; 2006 p. 634) es por lo anterior, que una orientación temprana influye en la disminución de dichos factores estresores y deja una capacidad instalada en los pacientes y/o cuidadores, para que ellos mismos sean quienes gestionen sus necesidades.

De esta manera conviene no solo enfocarse en los problemas de salud que padece el paciente, sino que como lo hemos mencionado anteriormente, para garantizar el bienestar es necesario tener en cuenta aspectos relacionados a las condiciones de vida:

“Para brindar una atención de salud satisfactoria a los pacientes pediátricos, además de enfocarse el proceso de enfermedad y recuperación, es necesario evaluar muy bien todos los aspectos que influyen en el desarrollo normal de un niño, sin olvidar por supuesto las necesidades de la familia y, sobre todo, las de los padres que tienen a un hijo enfermo, junto con abarcar los aspectos socioculturales que rodean al enfermo y su familia. La presencia de los pilares familiares, principalmente de los padres durante el proceso de hospitalización es fundamental para favorecer la mejoría del niño, teniendo siempre presente que el trabajo del equipo de salud va de la mano con ellas; se debe fomentar la participación de los familiares, junto con generar un ambiente propicio para la adaptación y aceptación del hospital por parte del niño.” (Alfarado Rojas, A; Atria Machuca, R, 2009, p.37)

Además de los factores estresores, existe otra realidad ligada al desconocimiento de la norma y los mecanismos de exigibilidad, lo que da lugar a la necesidad de una orientación en las rutas de atención inicialmente en el marco del sistema de salud, pero que a su vez, podría implicar la relación con otras instituciones responsables de garantizar el bienestar del paciente. “a mí la doctora me dijo que la niña necesitaba esa leche para recuperar el peso,

pero yo no tengo la plata para compararla, según ella es muy cara, es una leche especial y que sin eso no puede salir del hospital, yo no sé qué hacer, porque lo que gano no me alcanza y mi patrona me ayuda a veces con la lechita pero no es suficiente” (Cuidadora, E1, p1)

Tomando este caso de ejemplo, desde Trabajo social se hace la solicitud a la aseguradora de la formula oligomérica que requiere la paciente y en caso de que esta sea negada se acude a la acción de tutela con el fin de garantizar el suministro de la formula requerida, sin embargo la madre no sabía que tenía derecho al suministro de este medicamento y desconocía los medios para exigirlo. Así como este caso, ocurren muchos más dentro del servicio de hospitalización, en el cual, e desconocimiento de las rutas, puede llegar a impedir la adherencia al tratamiento y con ello la vulneración de derechos.

Así como se ha mencionado anteriormente, son muchas las rutas de acción existentes y en términos de alcance de la intervención, conviene delimitarla a una sola, es por ello que se enfatizará en la ruta del ICBF, ya que por medio del diagnóstico, se identificó que existe gran temor ante el reporte a esta institución por parte de los padres, creyendo que el accionar del ICBF se reduce a quitar la custodia de sus hijos. “yo no quiero que ustedes llamen a bienestar, yo sé que me van a quitar mi hija y yo no voy a permitir eso, yo a ella la cuido bien y la quiero mucho, sé que he consumido marihuana pero eso no me hace una mala madre, a ella a mi lado no le va a pasar nada, no me hagan eso” (Cuidadora, E7. P2). En lo referido por la madre, se puede observar que la concepción del reporte radica en una forma de castigo ante la existencia del riesgo social en que se encuentra la niña y además desconoce completamente el proceso que se lleva a cabo con la institución, en la cual se le puede brindar ayuda para la deshabitación del consumo de sustancias psicoactivas, además de los espacios formativos

que se les brinda, para el ejercicio de las funciones de cuidado y protección en el cumplimiento del rol de madre.

Por otro lado, una situación manifestada por parte de una madre del servicio de pediatría, es la falta de comunicación asertiva y empática por parte de algunos integrantes del equipo médico. Este caso en particular, es la negativa de una madre para realizarle a su hija una gastrostomía “yo me niego a que le hagan esa cirugía a mi hija, ella come bien, pero esa doctora se hace de lejos, ni toca a mi niña para revisarla, parece que le tuviera fastidio y viene a decirme que la van a intervenir, ella ni me ha explicado bien en que consiste eso, que implicaciones tiene y por qué se la van a hacer, yo no quiero que a mi hija le hagan eso y tampoco me siento cómoda con la doctora”. Ante esta situación, se visibiliza la necesidad de que el personal médico realice intervenciones más humanas, en donde brinden espacios de confianza y credibilidad en los pacientes y ante todo que asuman con respeto al paciente y su acompañante.

Causas

Dentro de las causas que se pudieron identificar en el transcurso del diagnóstico y por medio de las técnicas ya mencionadas, se encontró que la falta de conocimiento frente a las rutas se debe a:

- Factores estresores que sesgan la mirada en términos de enfermedad y no permiten ver el panorama de acción frente a ello, entre estos se encuentran la existencia de otros hijos que se están en casa al cuidado de otros integrantes de la familia, la falta de recursos económicos para sostener la hospitalización, la preocupación porque en

el trabajo los pueden despedir, o porque salen de su entorno cotidiano y se encierran en un hospital.

“yo no me siento muy bien estando con el niño hospitalizado, hay cosas que debo dejar de hacer, por ejemplo el trabajo, no he podido ir a trabajar y si no trabajo no tengo la plata para la comida de este y de mis otros hijos” (Cuidadora, E6, p1)

- Un sistema que desinforma a la ciudadanía. En algunos casos las personas acuden a determinadas instancias o instituciones para iniciar procesos en pro del cumplimiento de sus derechos y lo que encuentran es un problema de competencias entre las instituciones, enviando a la persona de un lado a otro sin darle la solución a las necesidades que presentan. En este caso, la experiencia narrada por un padre permite dar cuenta de ello. “a mí me preocupa la salud y el bienestar de mi hijo, la mamá de él y yo hace dos años que no vivimos juntos, pero yo respondo por el niño cumplidamente, estos últimos meses me ha tocado ver que el niño ha desmejorado mucho, mantiene en la calle, en el estudio no le va bien, en general, ella no cuida bien de mi hijo, me dicen que la han visto consumiendo drogas y deja al niño solo, por tanto acudí a la comisaría de familia de Itagüí para exponer el caso y allá me dijeron que no podían atenderme, que no habían suficientes pruebas y que ante todo ella era la mamá y con ella iba a estar mejor que conmigo, que si quería que fuera a ICBF. Al ir al ICBF me dicen que ellos no son la entidad que responde ante estos casos, que debe ser en la comisaría de Familia de la zona donde vivo y hasta entonces no he podido solucionar nada y vea ahora como está el niño, le tuvieron que hacer esa apendicetomía, por eso quiero que ustedes me digan que debo hacer para yo quedarme con la custodia de mi hijo” (Cuidador, E2, p1)

- Situaciones del contexto económico, territorial, social y político que no permiten el conocimiento de los mecanismos de participación ciudadana. Existen pacientes y viven en áreas rurales distantes de las cabeceras municipales y no tienen ningún tipo de vínculo con alguna institución que facilite o ayude a gestionar acciones que garanticen el cumplimiento o restablecimiento de derechos, también existen casos en donde es el primer contacto con un proceso de hospitalización y por tanto desconocen cómo desenvolverse tanto en la entidad hospitalaria como en el sistema de salud.
- El sistema de creencias y la cosmovisión. así como se narró el caso de la entrevista 3, la madre no acude en primera instancia al sistema de salud occidental, sino que primero retoma alternativas propias de su sistema de creencias para brindarle atención a su hijo, por medio de un médico tradicional de su comunidad, cabe mencionar que la familia es afrodescendiente y con ello se despliegan otras formas de concebir la salud y las alternativas para atender la enfermedad.

Consecuencias

Las consecuencias que trae el desconocimiento de las rutas de atención, es la limitación que tienen los pacientes y/o cuidadores para desenvolverse en el sistema de salud y acudir ante las instancias correspondientes para la atención de sus necesidades en vías del cumplimiento de sus derechos, además de la reproducción de un sistema paternalista que limita la actuación de los ciudadanos, por medio de paliativos como la otorgación de subsidios, como si por medio de esto subsanaran la necesidad de formar ciudadanos que conozcan sus derechos y deberes, que participen y exijan el cumplimiento de estos. Con ello, no se trata de desconocer la importancia que tiene la asistencia en términos del bienestar, sino que cuestiona si por

medio de estos paliativos monetarios, se aporta a la construcción de sujetos políticos empoderados de su realidad, o por el contrario, personas que únicamente se atienen a lo que el gobierno pueda brindar, asumiéndolo como dadas y no como derechos que deben ser garantizados.

Pronóstico

Al llevar a cabo acciones de tipo educativo, las cuales permitan brindar herramientas para el conocimiento de las rutas de atención, se impactaría positivamente no sólo a los pacientes y/o cuidadores, en la medida en que amplían las posibilidades de desenvolvimiento en el sistema de salud, sino también al HGM, ya que por medio de la apropiación de los mecanismos de exigibilidad por parte de los pacientes y/o cuidadores, existe mayor garantía en la adherencia a los tratamientos y con ello menor posibilidad de reingreso hospitalario del paciente.

En caso de no intervenir la situación del desconocimiento de las rutas de atención en salud, habría mayor posibilidad de reingresos hospitalarios por parte de los pacientes, a causa de la falta de adherencia, ya que si bien se les dio una orden médica, con la receta del tratamiento requerido, no se profundizó en cómo se puede obtener el medicamento, cual es la forma de tomarlo, donde puede pedir las citas para los controles en caso de requerirse y ante que instancias puede entablar procedimientos legales para exigir la entrega de medicamentos, remisiones a otros hospitales, intervenciones quirúrgicas, entre otras. Así mismo se estarían vulnerando los derechos en salud a los pacientes, ya que no se les brindan las herramientas necesarias para garantizar el cumplimiento de los mismos.

Recursos

En el servicio de hospitalización del HGM, se cuenta con instalaciones físicas dotadas de espacios dispuestos para la atención y orientación de los pacientes y cuidadores, no solo en los pisos donde los pacientes se encuentran hospitalizados, sino también en la oficina de trabajo social ubicada en el primer piso de la torre sur, esta además, se encuentra dotada de sillas y escritorio.

Con relación a los recursos humanos, se cuenta con el personal médico que atiende a los pacientes y que en caso de ser requerido para el apoyo en las intervenciones, se hará uso de este, adicionalmente se encuentra el equipo de trabajo social, conformado por 7 profesionales y 2 practicantes del área, con quienes se ejecutará el proyecto de intervención. Estos recursos son propios.

De igual manera se requieren equipos tecnológicos como computador e impresora, los cuales hacen parte de la capacidad instalada del HGM. Dentro de los materiales que se deben gestionar, se encuentra hojas de papel para el trabajo con los pacientes y/o cuidadores, lapiceros e impresiones.

Así mismo, se buscará la posibilidad de realiza trabajo en red con las instituciones involucradas dentro de la ruta de atención, con el fin de propiciar espacios para la educación, orientación y acción de los pacientes y cuidadores frente a sus necesidades y en términos de asistencia se cuenta en el hospital con el voluntariado con quienes se puede buscar apoyo para materiales o montos económicos pequeños requeridos para dichas actividades.

Actores

Dentro de esta estrategia de intervención se identifican actores relacionados a las redes de apoyo institucional, familiar, la normatividad y finalmente el paciente, las cuales se articulan para la consecución del bienestar y el cuidado de la salud. Por su parte entre las instituciones con las cuales se genera vínculo para la ruta de atención son:

- OPADI: Oficina para la Atención al Discapacitado, es una institución de Registradora Nacional del Estado Civil, cuyo el objetivo es tramitar los documentos de identificación a los pacientes que ingresan al hospital como NN y de esta forma poder garantizar el derecho a la identidad y con ello a la salud. (Registraduría, 2017)
- OIA: Organización Indígena de Antioquia “Es una organización Social encargada de la representación política de las comunidades indígenas de Antioquia pertenecientes a los pueblos Tule, Sinú y Embera a través de la reivindicación de la integridad de derechos humanos y étnicos” (OIA, 2017)
- CAIVAS: “Centro de Atención Integral a las Víctimas de Violencia Sexual, anteriormente dirigido por la Fiscalía, actualmente cuenta con la intervención de cuatro secretarías de la Alcaldía de Medellín, Secretaria de Gobierno, de las Mujeres, Bienestar Social y Secretaría de salud, además de la participación del Instituto de Bienestar Familiar” (El Colombiano, 2009)
- AMAUTA: Centro de atención al adulto Mayor de la Secretaria de Inclusión Social y de Familia del Municipio de Medellín.
- ICBF: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, “es la entidad del estado colombiano que trabaja por la prevención y protección integral de la primera infancia, la niñez, la adolescencia y el bienestar de las familias en Colombia, brindando

atención especialmente a aquellos en condiciones de amenaza, inobservancia o vulneración de sus derechos” (ICBF, 2017).

- Comisaría de Familia: “Las Comisarías de Familia son instituciones creadas para brindar apoyo a la familia en los ámbitos jurídicos y psicosocial, habilitando a sus miembros en el ejercicio de sus derechos y en la exigibilidad de los mismos” (Alcaldía de Medellín, 2017)
- Centro día: Institución de atención a población en situación de calle.
- Hogares de paso: Son instituciones sin ánimo de lucro que ofrecen a la población proveniente de otros municipios o de otras localidades hospedajes y alimentación por no contar con una Red de apoyo familiar en la ciudad. Se tramita para paciente que requieren tratamiento ambulatorio bajo la supervisión del Hospital, Pacientes posquirúrgicos hasta su cita de control y que no están en condiciones físicas de un retorno inmediato, acompañantes de pacientes que se encuentran hospitalizados.
- Personería: estancia que vela por la promoción y protección de los derechos humanos y vigila el debido proceso. Ante esta instancia se presentan los mecanismos de exigibilidad, por medio de los cuales los ciudadanos apelan por sus derechos.

Análisis de contingencias

Es importante destacar que en el proceso de hospitalización de un paciente, existen diversos actores que en función del deber ser, orientan acciones a brindar bienestar al paciente, por este motivo, se procura por hacer un análisis de la participación de cada uno de ellos y la necesidad de articular el trabajo por medio de redes. Adicionalmente, se reconoce que los pacientes y/o cuidadores, quienes configuran el centro del proyecto de intervención,

desconocen en su gran mayoría, la existencia de los actores institucionales que hacen parte de las rutas de atención o si las conocen, se han presentado tensiones en el relacionamiento, bien sea por la falta de actuación institucional frente al caso o por la negativa para el acceso a estos. Así mismo, es importante reconocer que las relaciones entre las instituciones no son siempre de cooperación y se presentan conflictos en torno a las competencias que cada una asume, lo que trae repercusiones principalmente al paciente y/o cuidador, en la medida en que se le niega la atención en una institución y no se le brinda la atención requerida.

Actores	Aspectos favorables	Aspectos desfavorables
<p style="text-align: center;">Hospital General de Medellín</p>	<p>Esta institución prestadora de servicios, no solo ejecuta la atención de los usuarios en términos clínicos, sino que además se encuentra comprometido con la detección de riesgos sociales que lleven al paciente al deterioro de la salud a causa de factores sociales, económicos y culturales. Develando la necesidad de orientar en estas cuestiones,</p>	<p>Si el hospital dejara de cumplir esta función, los pacientes retornarían de forma periódica al hospital, su calidad de vida no contaría con condiciones mínimas para su desarrollo. Un ejemplo de ello, es que si no se orienta en mecanismos de exigibilidad para medicamentos, el paciente reingresa por inadherencia al tratamiento.</p>

	garantizado una atención integral dentro del sistema.	
Instancias institucionales de la estructura gubernamental del Estado	Estas instituciones brindan apoyo en casos en los cuales la atención del paciente requiere resolver cuestiones de aspectos no clínicos, que agravan su estancia hospitalaria, y requieren de otro tratamiento. En este caso se puede tener en cuenta casos de maltrato, violencia intrafamiliar y/o social, abusos sexuales, condiciones de extrema pobreza, atención a población especial, entre otros.	Si estas instituciones no brindan pautas para la atención de estos casos, los trámites de los mismos se tornarían complejos en su atención, en tanto aumentaría los conflictos por competencias y se afecta la integridad de los pacientes.
Personería	Es una instancia de control que posibilita implementar mecanismos de exigibilidad por parte de los pacientes, familiares y/o cuidadores,	Si no se tiene el apoyo de esta instancia, la atención quedaría en manos de las voluntades institucionales, afectado de manera

	<p>hacia las entidades prestadoras de servicios en salud, debido al incumplimiento o negación de la prestación de un servicio al cual tiene derecho</p>	<p>significativa la vida de las personas.</p>
<p>Organizaciones sociales y comunitarias</p>	<p>Las organizaciones brindan un apoyo de corte asistencial, por medio de las cuales se facilita la estancia hospitalaria, la cual en su mayoría está marcada por condiciones socio-económicas complejas.</p>	<p>La propuesta de intervención sin el apoyo de organizaciones que brindan asistencia con albergues, comida, transporte, entre otras, se ve afectada por los alcances que tiene en este caso los demás actores que inciden, en el entendido de que las demás instituciones no suplen estas necesidades presentes en el periodo hospitalario.</p>
<p>Pacientes, familiares y/o cuidadores</p>	<p>Finalmente estos actores son los principales involucrados en el proceso, ya que si</p>	<p>Si el paciente decide no hacer parte del proyecto, ocurren situaciones</p>

	<p>cuentan con disposición para encaminar acciones, se puede realizar el proceso de orientación en la ruta de atención que su caso en particular requiera, dejando claro que son ellos quienes deben llevar a cabo su propio proceso de apropiación y conciencia de la realidad vivida y las posibilidades de intervenir en ella</p>	<p>encaminadas a alimentar un sistema de salud paternalista en donde externos deciden y hacen por estas personas, inclusive se puede incurrir en la reproducción de acciones que atacan la integridad de las personas, es el caso de las rutas de atención a activar por situaciones de abuso, maltrato, abandono, entre otras.</p>
--	--	---

Tabla 1: Análisis de contingencias. Archivos personales autora.

Alcance de la intervención

El proyecto de intervención se desarrolló a fin de dar manejo a la problemática identificada, asociada al desconocimiento de las rutas de atención por parte de los pacientes y/o cuidadores, es de tipo educativo. Por tanto, a través de la entrevista inicial, se identificarán factores claves que requieran de la activación de una ruta de atención, posteriormente se orientó al paciente y/o cuidador sobre la ruta, en qué consiste y como accede a ella y finalmente en caso de requerirse se le brindó asesoría sobre los mecanismos de exigibilidad que existe para la reclamación y garantía de los derechos.

Si bien el proyecto de intervención se llevó a cabo en el servicio de hospitalización pediátrica y lactantes con las diversas rutas de atención existentes según necesidades del caso, se tuvo énfasis en la ruta de atención del ICBF ante el posible reporte a esta institución por la existencia de factores de riesgo social en el entorno familiar del niño, niña y adolescente y la vulneración de derechos. Es de interés esta ruta, ya que como se mencionó en la identificación del problema, existe temor por parte de los padres ante este reporte, ya que en el imaginario está que se les va a quitar a su hijo. En este sentido, es importante tener un espacio de dialogo con los padres, en donde se identifiquen de manera conjunta y conscientes los derechos vulnerados, dotando de sentido el reporte y con ello la activación de la ruta, además de mostrarles esta institución, como una ayuda, para formarse en las funciones del cuidado y protección de sus hijos, lo que finalmente garantiza el bienestar de los niños, niñas y adolescentes.

PROYECTO DE INTERVENCIÓN:

APRENDAMOS A MOVERNOS EN EL SISTEMA DE SALUD

Una vez realizada la contextualización y el diagnóstico, se derivó el proyecto que guio la intervención dentro del HGM, dicho proyecto estuvo basado en la orientación sobre las rutas de atención a los pacientes y o cuidadores hospitalizados en los servicios de pediatría y lactantes, sin desconocer que ocasionalmente se apoyó en los demás servicios de hospitalización.

A continuación, se dará a conocer a conocer cuál es la realidad a intervenir, los sujetos que hacen parte de ella, la justificación, los objetivos planteados, los referentes teóricos y

metodológicos que orientaron la intervención y la ruta metodológica con sus respectivos logros y dificultades.

Identificación de la situación

Por medio del diagnóstico realizado previamente, se evidenció, que, en su gran mayoría, las personas que se encuentran hospitalizadas en el HGM y sus acompañantes, desconocen cómo desenvolverse en el sistema de salud y las rutas de atención que existen para garantizar el cumplimiento de los procedimientos requeridos durante la estancia hospitalaria y posterior egreso. Según refieren los pacientes y/o cuidadores, el desconocimiento del procedimiento que deben seguir, radica en que en la mayoría de casos no se les explica bien cuál es la situación que presentan, las implicaciones que esto tiene y qué deben hacer para garantizar el tratamiento de la enfermedad. Adicionalmente en otros casos influye que dichos pacientes no residen en la ciudad y por tanto no saben a qué estancias acudir, diferentes al hospital al que fueron remitidos.

Ante esta situación, Trabajo social tiene una gran responsabilidad en términos de orientación a la población, ya que si bien el personal médico brinda algunas indicaciones a los pacientes y cuidadores sobre el diagnóstico de la enfermedad y el tratamiento que requiere, no siempre poseen las herramientas para explicar a profundidad ante qué instancias se pueden hacer reclamaciones o qué instituciones aparte del hospital brindan apoyo para el manejo integral de la enfermedad, entendido no solo en aspectos de salud, sino también, en condiciones sociales que tienen incidencia durante la hospitalización y el egreso, como lo es el caso de la asignación de albergues, gestión de pasajes para el retorno al lugar de residencia,

alimentación, conexión con redes de apoyo familiar y social que brinden condiciones de protección y bienestar para los pacientes.

Ahora bien, es importante mencionar que existen diversas rutas de atención, de acuerdo a las situaciones en las cuales se encuentra el paciente, por ejemplo, no es la misma ruta requerida por un paciente que fue víctima de abuso sexual, como la requerida por otro al cual la EPS le está negando la entrega de su medicamento, es por esto que se hace necesario delimitar para el proyecto una ruta de atención específica, sin desconocer que en el cotidiano de las intervenciones, independientemente del caso, se brindará asesoría sobre ello.

De esta manera, el proyecto está orientado a los pacientes hospitalizados en el servicio de lactantes y pediatría, cuyos derechos sean vulnerados en el entorno familiar y/o se detecten factores de riesgo social, requiriendo entonces, la intervención por parte del ICBF como institución garante. De acuerdo al diagnóstico, es importante trabajar esta ruta con los cuidadores, en la cual la mayoría de veces son madre o padre, ya que existe grandes temores ante un posible reporte a la institución, debido al imaginario de que perderán a sus hijos, o se les está castigando por alguna deficiencia en el proceso de crianza, desconociendo las posibilidades que el ICBF brinda a los padres para educarse y poder ejercer su función de cuidado y protección de sus hijos.

Sujetos de la intervención

Como se menciona en la identificación de la situación, se brindará asesoría a los pacientes y cuidadores que requieran activar una ruta de atención, independientemente del caso, sin embargo, el énfasis del proyecto, está en la población hospitalizada en el servicio de lactantes

y pediatría, los cuales se encuentran entre las edades de los 0 a 1a años y sus respectivos cuidadores, quienes por lo general son la madre o el padre. Además el factor característico de la población para la cual está diseñado el proyecto, es que existan dentro del entorno familiar, vulneración de derechos y/o factores de riesgo social, tales como, maltrato, abandono, desnutrición, violencia intrafamiliar, consumo de sustancias psicoactivas por parte de los padres, desescolarización del niño, niña o adolescente, entre otros, los cuales desencadenan condiciones desfavorables para su desarrollo y crecimiento, y en términos de salud, tiene implicaciones como la falta de adherencia a los tratamientos, lo que pone en riesgo el alta segura el cual debe ser garantizada por el hospital, para disminuir las posibilidades de reingreso hospitalario.

Así mismo, hará parte del proyecto el personal médico encargado de los pacientes, quienes son los que evidencian en un primer momento situaciones que puedan atentar contra la integridad de los pacientes, teniendo en cuenta esto, es importante generar procesos de sensibilización con ellos, ya que se logra identificar, que asumen posturas de juicio ante los hechos que visualizan, produciendo de esta manera, tensiones en la relación médico y cuidador/paciente, lo que se traduce en una condición desfavorable en el entorno hospitalario.

Justificación

La concepción de salud y enfermedad, son elementos que inciden en que una persona acuda o no a una institución de salud, por lo general, en lo que se encontró en el diagnóstico, quienes asisten al HGM son personas que presentan alguna manifestación de enfermedad y requieren tratamiento para ello, más no, quienes buscan mejorar sus condiciones o hábitos de salud.

De igual manera, en los procesos de hospitalización, no sólo se identifican y se tratan aspectos propios de las patologías, sino que además, existen casos en los cuales se evidencian factores sociales que inciden en el paciente y requieren de la intervención del área de Trabajo Social del HGM.

“El Trabajo social concibe la salud y la enfermedad como hechos sociales particulares y colectivos que superan la concepción biológica y trascienden la intervención más allá de las ciencias médicas; por tanto, propendemos por una mayor participación de trabajo social en el área de la salud, para intervenir en los procesos de promoción, prevención, atención y rehabilitación, y se plantea esto en primer lugar , porque el área de la salud es un campo de desempeño profesional de tipo clínico que implica participar en la definición del diagnóstico clínico de la persona enferma y su entorno, lo cual, a su vez con lleva a dos tratamientos: el médico y el social . Por tanto el trabajador social aporta al tratamiento sistémico individual, familiar o grupal, con respecto a las problemáticas sociales que pueden incidir en el proceso salud-enfermedad, y con miras a lograr objetivos de rehabilitación y mantenimiento de la salud”.
(Consejo Nacional de Trabajo Social, 2014. P15)

En este sentido, Trabajo Social en el HGM debe propender por brindar una atención integral, que genere mecanismos para la apropiación de la realidad por parte del paciente y/o cuidador. Para el alcance de este objetivo, la Trabajadora social inicia con una entrevista al paciente o cuidador, con la cual identifica aspectos que requieren de intervención social, se triangula la información con la historia clínica del paciente y con el personal médico y posteriormente se estructura un plan a seguir de acuerdo a las necesidades identificadas.

Uno de los mayores problemas identificados en las interconsultas (proceso descrito anteriormente), es el desconocimiento de las rutas de atención en salud, la gran mayoría de pacientes y/o cuidadores, llegan al hospital sin saber qué hacer, qué procedimientos debe

realizar para que se les cumpla algún derecho que esté siendo vulnerado, qué mecanismos de exigibilidad existen para el cumplimiento de sus derechos, ante que instituciones deben acudir, o simplemente no son de la ciudad y no saben cómo moverse para realizar trámites. Es por ello que se hace necesario brindar espacios educativos, en donde se proporcionen herramientas que garanticen la posibilidad de autogestión y empoderamiento por parte de los pacientes y/o cuidadores y que sean ellos actores de su propia realidad.

Del mismo modo, en el servicio de pediatría y lactantes, existe otro factor recurrente en las interconsultas y es la existencia de factores de riesgo social y la vulneración de los derechos de los niños, niñas y adolescentes dentro del entorno familiar, como es estipulado en la norma, los derechos de los niños deben prevalecer ante cualquier circunstancia, es por ello que el HGM se convierte en una entidad garante de los mismos. En este sentido, si se detecta algún factor de riesgo que atente contra ello, se está en el deber de realizar el debido reporte a la institución competente, en este caso el ICBF. Dicho reporte genera incertidumbre, preocupación, tristeza, enojo, entre otras emociones, al cuidador, el cual en la mayoría de casos respecta a la madre o al padre, por esto es importante llevar un proceso educativo responsable y respetuoso con los padres, en donde se les indique el porqué del reporte y pedagógicamente se trabajen los derechos de los niños niñas y adolescentes, además de buscar mecanismos para la vinculación consciente de los padres en los procesos de formación que brinda el ICBF, como los son las escuelas de padres, lo que a su vez permite el fortalecimiento de la función del cuidado y protección.

“La educación social intenciona la capacitación para la vida ciudadana y democrática, para la realización de acciones y actividades específicas que permitan enfrentar las necesidades, el desarrollo de la identidad individual y colectiva.(...)” (Kisnerman, sf. p123)

Los procesos educativos sobre las rutas de atención, generan impactos positivos, como lo es la adherencia a los tratamientos médicos, la reducción de posibilidades de reingreso hospitalario por las mismas causas, el manejo adecuado de la patología, el empoderamiento de las personas con relación a los procesos realizados para la garantía de derechos y la autogestión, lo que a su vez conlleva al mejoramiento de la calidad de vida.

Objetivos

Objetivo general

Implementar espacios educativos sobre las rutas de atención en salud para pacientes y cuidadores del Hospital General de Medellín, ubicados en el servicio de hospitalización, en el periodo comprendido entre enero y mayo del 2018 garantizando así la autogestión y la adherencia a tratamientos.

Objetivos específicos

- Proporcionar la información necesaria a los pacientes y/o cuidadores sobre las rutas de atención que debe activar para garantizar el cumplimiento y restablecimiento de derechos.
- Asesorar sobre los mecanismos de exigibilidad y reclamación existentes para garantizar por parte de la EPS, la entrega de medicamentos y tratamientos que requiera el paciente.

- Generar espacios educativos para los padres, sobre la función del cuidado y protección de los niños, niñas y adolescentes.

Referentes teóricos y conceptuales

El trabajo social a lo largo del tiempo ha tenido grandes retos para hacerle frente a realidades como la inequidad y la vulneración de derechos, y es innegable que ha encontrado en la educación una herramienta importante para combatir esta situación, brindando herramientas a los sujetos para el empoderamiento y la transformación social, así como lo plantea Kisnerman:

“En primer lugar, definimos educación como un proceso de interacción entre sujetos y su medio, mediante el cual éstos se apropian de instrumentos para operar en una realidad concreta, transformándola y transformándose ellos. Adquirir conocimientos, sistemas conceptuales y valorativos, habilidades técnicas y actitudes cooperativas y solidarias, tiene un carácter instrumental para los hombres, ya que les permite actuar en su medio y realizarse como tales” (2005, p110)

Es entonces desde la interacción de los sujetos y su entorno como se da lugar a prácticas consientes de resignificación de la realidad y nuevas formas de acción para incidir en procesos de transformación. Teniendo en cuenta esto, el referente teórico que orienta la intervención es el construccionismo social, en tanto permite comprender las dinámicas en las que se encuentran los pacientes y sus cuidadores en relación a sus concepciones de salud, de bienestar y atención, así mismo, favorece el autoreconocimiento como actor de su realidad y el lugar asumido dentro del sistema de salud, sin desconocer la incidencia de los determinantes sociales en salud.

Por su parte, Barnett Pearce, W (s.f) resalta la importancia del contexto dentro del construccionismo social, ya que éste dota de patrones comportamentales a los sujetos. “Según la perspectiva del construccionismo social, los contextos tienen suma importancia: siempre actuamos desde y hacia contextos. El contexto en que nos encontramos prefigura cómo debemos actuar. Es decir que rara vez carecemos de nociones acerca de qué acciones son adecuadas, cuáles no, cuáles se requieren y cuáles son permitidas” (p.11).

Así mismo desde el construccionismo social, “se enfatiza el rol de las personas respecto de su propia experiencia, así como la descripción y lectura que de ella hacen. Son los sujetos, no el observador, quienes generan las distinciones que definen como “realidad” a partir de su propia realidad, aquellas distinciones que surgen en el espacio subjetivo conversacional y que operan a través del lenguaje” (Donoso Niemeyer, T; 2004). Por tal razón, los sujetos desde el construccionismo social, se asumen como capaces de incidir y construir sus propias realidades, sin desconocer que existe un conglomerado de factores del contexto que inciden en esa construcción de realidad.

De igual manera, se hace necesario retomar la atención integral, los sujetos activos, las rutas de atención y los determinantes sociales en salud, como referentes conceptuales que permitan dar cuenta del proceso a llevar a cabo por medio de la intervención.

Atención integral

El Ministerio de Salud y Protección Social, ha definido la Atención Integral en Salud como el conjunto de acciones coordinadas, complementarias y efectivas para garantizar el derecho a la salud, expresadas en políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y servicios, que

se materializan en atenciones dirigidas a las personas, familias y comunidades para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. En este sentido, la atención integral en salud se caracteriza por:

- Estar centrada en las personas, familias y comunidades reconociéndolas en su diversidad y singularidad.
- Reconocer el carácter multidimensional del desarrollo, superando las visiones fragmentadas por órganos, sistemas o daños específicos y/o temáticos; con el objetivo de apoyar e impulsar el desarrollo humano sostenible.
- Promover la complementariedad en la gestión de los actores sectoriales e intersectoriales para la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud y la garantía del derecho a la salud.
- Garantizar el continuo de la atención con calidad.
- Garantizar la complementariedad de las acciones/intervenciones entre: Los planes de beneficio individual y colectivo, Los prestadores primarios y complementarios, Las modalidades de prestación servicios, Los servicios sociales y sanitarios, Asegurar resultados en salud en las personas, familias y comunidades.

Sujetos activos

Por su parte, una de las necesidades identificadas a través del diagnóstico, es proporcionar condiciones para la existencia de sujetos activos, conscientes de su situación y apropiados de su realidad, que posibiliten procesos de autogestión que propendan por la búsqueda de

condiciones óptimas para la atención integral en salud. Es así como Jovella, A; Navarro M, Fernandez L, Blancafortd S (2006) lo definen:

“Es un paciente que se preocupa por su salud y se hace responsable de obtener la mejor asistencia sanitaria posible y de controlar la evolución de su enfermedad. A veces, este rol lo asume un familiar directo del paciente. El concepto de paciente activo está vinculado al de apoderamiento o empowerment de los pacientes. Este último término define a los pacientes que tienen el conocimiento y las habilidades necesarias para hacerse responsables de su salud, establecer un modelo deliberativo de relación con los profesionales que les atienden y, por lo tanto, definen objetivos terapéuticos y adoptan de forma compartida con sus médicos las decisiones que les permiten asumir esos objetivos.”

La anterior cita habla en mayor medida en términos médicos, sin embargo en ámbitos sociales, se hace necesario contar con sujetos activos que conozcan y hagan uso de las rutas de atención y para ello es fundamental el proceso educativo propuesto en este proyecto.

Rutas de atención integral en salud (RIAS)

De acuerdo al Ministerio de salud, las rutas de atención en salud son una herramienta para garantizar a los pacientes el acceso a la atención integral, el cual articula diferentes instituciones hospitalarias y no hospitalarias en dicho proceso.

“Las RIAS son una herramienta que definen a los agentes del Sistema de Salud (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurarla integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación. El objetivo de las RIAS es garantizar la atención integral en

salud a las personas, familias y comunidades a partir de intervenciones de valoración integral de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud, teniendo en cuenta el mejoramiento de la calidad en todo el continuo de atención, el logro de los resultados esperados en salud, la seguridad y aumento de la satisfacción del usuario y la optimización del uso de los recursos. (Ministerio de salud, sf)

Este es uno de los aspectos más relevantes del proyecto, ya que es en éste en el que se enfoca la intervención, proporcionando herramientas a los pacientes y /o cuidadores para el conocimiento de dichas rutas, además de los mecanismos de exigibilidad como lo es la acción de tutela y desacato. De igual manera es importante mencionar que existen tantas rutas de atención como problemáticas o condiciones de vida de los pacientes, por ejemplo existen rutas para la atención de habitantes de calle, adultos mayores abandonados, violencia intrafamiliar, abuso sexual, pacientes bajo protección de ICBF, población especial como indígena, entre otros.

Determinantes sociales en salud

Según la Organización Mundial de la Salud, los determinantes sociales en salud, se constituyen en los factores externos que inciden en las condiciones de vida de las de las personas, específicamente en términos del sistema de salud.

“Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades

sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.” (OMS, sf)

Adicionalmente, conviene articular estos determinantes sociales en salud, con los factores de riesgo a los cuales se pueden ver expuestos los sujetos de la intervención, tales como la vulneración de derechos, la falta de recursos económicos, ambientes familiares violentos, falta de prácticas de autocuidado, consumo de SPA y bebidas alcohólicas, inseguridad social y familiar, problemas de socialización, incumplimiento de roles, abandono total o parcial del paciente, deserción escolar de los niños, niñas y adolescentes, pérdidas afectivas y deterioro físico y/o mental. Permitiéndonos de esta manera identificar aspectos puntuales a trabajar para facilitar el acceso a la atención en salud integral.

Ruta metodológica

El proyecto de intervención, contó con tres líneas estratégicas, las dos primeras, orientadas principalmente a la asesoría de pacientes y/o cuidadores en términos de acceso a rutas de atención según sea el caso requerido y la última, a fortalecer los procesos de atención humanizada en el sistema de salud. Es importante aclarar, que las rutas de atención fueron definidas de acuerdo la situación vivida por el paciente, sea un factor de riesgo o un determinante social en salud.

En este sentido, es menester brindar claridades sobre cómo se concibe dentro del proyecto la asesoría, entendiéndola entonces, como el proceso mediante el cual se brinda acompañamiento y orientación al paciente y/o cuidador sobre el manejo de la situación que motivó la interconsulta y la activación de la ruta de atención acorde a las necesidades, teniendo como principal objetivo, fortalecer las capacidades y habilidades de la persona

asesorada, para que por sí mismo pueda gestionar y tramitar lo requerido. Así mismo, la asesoría debe propiciar cambios en las formas de ver y afrontar las múltiples realidades existentes en el entorno, no sólo en la persona a quien se le está brindado el acompañamiento, sino también en quien lo realiza, retomando a Pérez, Basantes y Velasquez (2014 p. 45) quienes citan: “El proceso de asesoría está relacionado con el cambio y el desarrollo; pero no significa que el asesor intente cambiar al sujeto, es el sujeto quien busca el cambio y el desarrollo en su interior, es ayudar a dicho cambio sin quitarle la dirección al sujeto, sino haciendo que pueda aclarar metas y sentimientos hasta que sea capaz de tomar con seguridad y confianza, la auto dirección. Rodríguez, 1998”

Así mismo, cabe mencionar que todo proceso de asesoría en el marco de la interconsulta solicitada a Trabajo Social, implica la elaboración de una entrevista, en la cual se recopila elementos del contexto de la persona, tales como la composición familiar, ubicación territorial, situación económica, redes de apoyo social y familiar, cosmovisiones y creencias (entre otros). Por tanto la entrevista se convierte en una herramienta fundamental para llevar a cabo las acciones de las líneas estratégicas 1 y 2.

Línea estratégica 1: ¡Aprende a moverte en el sistema de salud!

Esta estrategia buscó asesorar a los pacientes y/o cuidadores, sobre las instituciones o estancias a las que debe acudir para la garantía de derechos, partiendo de la situación puntual que presente, ya que de esto parte el direccionamiento.

Acción 1: Asesoría - ¡Conoce el sistema!

Para esta asesoría, se inició conociendo a grandes rasgos la situación del paciente, por medio de la historia clínica que se encuentra en el aplicativo SAP, posteriormente, se visitó al paciente y/o cuidador en la habitación en la que se encontraba hospitalizado y se realizó una entrevista, en donde se indaga por datos personales, composición familiar, lugar de residencia y finalmente se ahonda en la situación que motivó la interconsulta o las necesidades sentidas. Una vez realizada la entrevista, se procedió a triangular la información obtenida, por las fuentes abordadas (Historia clínica, personal médico/enfermería y entrevista) lo que permite explicarle al paciente y/o cuidador cuál es su condición (médica o social), cuáles son sus derechos, qué alternativas tiene, cómo debe proceder y ante qué instituciones debe acudir para garantizar el cumplimiento de los derechos, lo que involucra aspectos clínicos y sociales. Es de esta manera que se identifica y se asesora sobre la ruta de atención acorde a los requerimientos y factores identificados en el paciente, los cuales van desde una reclamación y suministro de un medicamento o tratamiento, hasta procesos sociales, de acompañamiento, educación, protección o restablecimiento de derechos.

En la asesoría se proporcionó la información por escrito, de manera que sirva de apoyo en caso de que el paciente y/o cuidador olvide lo hablado. Para este caso, se diseñó un plegable sobre la acción de tutela, el cual responde a los casos de los pacientes a los cuales se les niega algún servicio hospitalario o medicamento y necesitan acudir ante la personería como instancia que vela por el cumplimiento de derechos. En los demás casos que se han presentado como lo es ubicación en albergues y el trámite de pasajes para el retorno al municipio donde residen, se realizó el apoyo escrito en el momento de la interconsulta, no se

contó con un formato diseñado, debido a que la información suministrada responde concretamente a la particularidad de cada caso.



Imagen 2: Folleto acción de tutela. Archivos personales autora

Acción 2: Repítame el proceso

Por medio de esta técnica, se le preguntó al paciente y/o cuidador si comprendió el proceso que debe realizar, si la respuesta fue asertiva se le dio la indicación de que narrara qué es lo que va a hacer de acuerdo a lo planteado en la asesoría, si por el contrario, manifestó no haber comprendido, se vuelve a suministrar la información hasta que interiorice el procedimiento y sea capaz de exteriorizarlo por medio de la narración de las acciones planteadas.

Ambas actividades se llevaron a cabo de manera individual, en el marco de las interconsultas solicitadas a Trabajo Social, en las instalaciones del HGM, las cuales tuvieron una duración aproximada entre 20 y 30 minutos.

Desarrollo de la línea

Durante los tres meses y medio de implementación del proyecto, se trabajó con un total de 17 pacientes a los cuales se les brindó asesoría por medio de estas estrategias, las rutas de atención implementadas en estos casos fueron las siguientes:

- **Ubicación Institucional (Centro día):**
Fueron interconsultados 3 habitantes de calle, a los cuales se les realizó un procedimiento quirúrgico y requerían de un lugar adecuado para su recuperación, se realiza el abordaje tal como se explica en cada una de las acciones de esta línea, el paciente accede a recibir el apoyo institucional, por tanto se hace el enlace con la institución correspondiente, en este caso Centro Día, para que ellos se encarguen de la asignación del cupo y el posterior egreso del paciente.
- **Ubicación red de apoyo social (Ciudad refugio):**
Fue interconsultado 1 paciente adulto, sin soporte familiar, el cual requería de apoyo institucional para su recuperación posquirúrgica (amputación de miembro inferior), se realiza el abordaje tal como se explica en cada una de las acciones de esta línea, el paciente accede a recibir el apoyo institucional, por tanto se inicia la búsqueda de instituciones de orden gubernamental que brinden condiciones óptimas para la recuperación del paciente, sin embargo al no cumplir con los requisitos establecidos por dichas instituciones, para acceder a sus servicios (ser habitante de calle, adulto mayor en abandono, no tener propiedades a su nombre, entre otras) se realizó el enlace con la fundación Ciudad Refugio, quienes asignaron un cupo en su alberque y brindaron alimentación y acompañamiento al momento del egreso del paciente.
- **Retorno al lugar de residencia:**

En este caso, pude acompañar el proceso de solicitud de pasajes para el retorno al municipio de residencia (Quibdó y Urrao) de 4 pacientes y sus respectivos acompañantes, una vez realizada la intervención (conoce el sistema y repítame el proceso) y el acompañamiento en la estancia hospitalaria, se procede a solicitar los tiquetes aéreos y asignación de albergue a la aseguradora correspondiente al paciente, en el caso del retorno a Quibdó y terrestres a la Organización Indígena de Antioquia, en el caso del retorno a Urrao.

- Obtención legal de los cuidados de un menor de edad:

Se presentaron dos casos en los cuales las personas que se encontraban acompañando la estancia hospitalaria de los pacientes, eran familiares diferentes a los padres y desde hace varios años ejercen el rol de cuidado y protección de los menores, debido al abandono por parte de sus padres, en este caso después de haber realizado la triangulación de la información obtenida (Historia clínica, personal médico/enfermería y entrevista) se les explicó, que debían acercarse a la Comisaría de Familia correspondiente a la zona de residencia y exponer el caso, para que estos determinen la asignación legal de los cuidados, posterior a una verificación de condiciones.

- Acciones de tutela:

Se asesoraron 5 pacientes para interponer una acción de tutela por medio de la Personería, en contra de la aseguradora correspondiente, para el cumplimiento en la entrega del medicamento requerido a fin de garantizar la adherencia al tratamiento.

- Vinculación a programas de Salud:

En el mes de marzo ingresó un paciente con un diagnóstico de VIH, sin tratamiento hasta el momento, para ello se solicitó a Trabajo Social asesoría, acompañamiento y articulación con el programa de VIH que la EPS correspondiente brinda, en el proceso de intervención también se busca la articulación de la familia como su red de apoyo

- Realización de un requerimiento (PQR):

En una ocasión, una paciente hospitalizada solicitó orientación ya que sentía que estaba siendo vulnerada y agredida por la actitud del médico internista tratante, ante este caso se buscó dialogar con el médico involucrado pero no reconoció los hechos y se justificó diciendo que su personalidad era simple. En vista de que no se pudo llegar a acuerdos, se orientó a la paciente para que interpusiera una reclamación escrita ante Atención al Usuario del HGM.

Aciertos metodológicos y dificultades

Para esta línea, se planteó como meta, que el 90% de los sujetos de la intervención refieran haber comprendido el procedimiento explicado y hayan sido capaces de exteriorizarlo (verbalizarlo). Finalmente el logro de estrategia se dio al 100%

Aciertos

A partir de la entrevista y la triangulación de la información, se pudo conocer más a fondo la realidad del paciente, se identificaron no solo las necesidades, sino las habilidades que posee y son útiles para el proceso, es por ello, que partiendo de las realidades propias del paciente, se orienta en la ruta de atención para su caso específico, reconociendo que cada caso es

diferente y no se debe orientar en rutas de atención de manera mecánica, como si fuese una receta. Adicionalmente con la acción “repítame el proceso” se ha podido identificar que normalmente en las intervenciones, creemos que el paciente comprende todo lo que se le está informando y no nos detenemos a corroborarlo, es por ello que las intervenciones fracasan. En las asesorías brindadas a partir de esta estrategia, el 70% de las personas al pedirles que en sus palabras narren lo que entendieron de la información compartida, expresan corporal y verbalmente temor y timidez de hacerlo, lo que da cuenta que aún existen vacíos en el proceso comunicativo, esto implica una nueva explicación con escritura de apoyo que permita generar mayor recordación y apropiación de la ruta, una vez se da la segunda explicación, o tercera dado el caso, el porcentaje varía, ya que el 100% de las personas a las cuales se les brindó la asesoría, logra verbalizar el proceso con sus propias palabras, e inclusive les suscitan preguntas alrededor del tema, a las cuales no se le habían brindado claridad en el momento.

Dificultades

La dificultad que se ha presentado a lo largo de la implementación de esta estrategia, radica en el sentimiento de incomodidad que se genera en los pacientes o cuidadores, cuando se les pide que con sus palabras digan lo que comprendieron de la información compartida, ya que como algunos lo han mencionado sienten pena al decir que no les quedó todo claro y solicitar de nuevo una explicación. Ante esta situación acudo a la naturalización, la comunicación horizontal y al dialogo de saberes, argumentando que ambos tenemos conocimientos diversos, y que no todos sabemos de los mismo temas, por tanto existen cosas que vamos a desconocer y es completamente natural.

Línea estratégica 2: ¡Se garante de derechos y cumple el rol de cuidado y protección!

A diferencia de la línea estratégica anterior, esta se encuentra enfocada a la ruta de atención específica ante la vulneración de derechos de los niños, niñas y adolescentes entre los 0 y 14 años y/o la existencia de factores de riesgo social en el entorno familiar.

Acción 1: Me parece adecuado o inadecuado



Imagen 3: Folleto situacional. Archivos personales autora

Este componente, estuvo orientado a la educación en derechos de los niños, niñas y adolescentes, en la cual se le expusieron a los padres o cuidadores, casos alusivos a los derechos de los niños, niñas y adolescentes; la idea es que la persona que está participando en la asesoría, desde sus vivencias y concepciones, determinen si es adecuado o no lo narrado, de esta manera, se permite la reflexión sobre el cumplimiento o vulneración de dichos derechos.

Adicionalmente por medio de la ejemplificación se reforzó porqué es importante como padres y/o cuidadores, proporcionar entornos seguros a los niños. Para este ejercicio, se diseñaron dos folletos que dan cuenta de los derechos de los niños, los cuales fueron entregados a quienes recibieron la asesoría y acompañamiento.

Acción 2: ¡Desmitifiquemos el reporte!

Esta acción tuvo por objetivo, la orientación sobre el reporte ante ICBF y/o Comisaría de Familia, al aplicar esta línea estratégica, se entiende que ya se realizó el proceso de entrevista y triangulación de la información, y se encontró en ésta, factores de riesgo para los niños, niñas y adolescentes, por tanto se hace necesario realizar el debido reporte a la entidad competente, que en este caso es ICBF o Comisaría de Familia, estos reportes son de manera ambulatoria o intrahospitalaria, dependiendo del nivel de afectación identificado y con ello la emergencia que se requiere para la atención.

Independientemente si el reporte es ambulatorio o intrahospitalario, los padres y/o cuidadores manifiestan temores ante la intervención del ICBF, por tanto se niegan a recibir el apoyo, ya que creen que les van a quitar sus hijos, desconociendo las alternativas que se le brindan para mejorar sus condiciones.

En un primer momento y articulado a la acción anterior (Educación en derechos de los niños, niñas y adolescentes), se les explicó a los padres por qué y la pertinencia del reporte a ICBF o Comisaría de Familia, adicionalmente, por medio de un folleto se les muestra qué es el ICBF, cuáles son sus funciones, qué programas tiene, en que consiste el proceso que iniciará, la importancia de la vinculación al proceso, cuales son los derechos que tienen como padres y a que espacios de formación pueden acceder para mejorar sus funciones parentales, cuáles son las consecuencias que trae su desvinculación al proceso y/o la identificación de factores



Imagen 4: Folleto ICBF. Archivos personales autora

que indiquen que no se han logrado los cambios necesarios para recuperar los cuidados y protección de sus hijos.

Acción 3: Cómo nos sentimos y con qué nos quedamos

Esta actividad buscó exteriorizar las emociones y compromisos adquiridos. Después de haber desmitificado el reporte a ICBF o Comisaría de Familia y dar cuenta de la importancia de la derivación del caso a estas instituciones, es relevante para la intervención, conocer que sentimiento tienen los padres y/o cuidadores ante el proceso que se inicia y qué claridades o dudas suscitan ante esto. Por tanto, en este momento se contó con la palabra como herramienta que ha permitido a los sujetos de la intervención, manifestar sus sentires y emociones. Cuando se detectó inconformidad, enojo o tristeza, a través del dialogo se argumentan los aspectos favorables de recibir apoyo por parte de la institución y que no se vea como un mecanismo de castigo ante el incumplimiento o vulneración de algún derecho, como así se ha visto la mayoría de veces, lo anterior sin desconocer que dicha vulneración, tiene implicaciones legales y es por ello que tiene lugar la derivación del caso.

Estas tres acciones, se llevaron a cabo de manera conjunta en un mismo espacio, en el marco de las interconsultas solicitadas a Trabajo Social, en las instalaciones del HGM, tuvieron una duración aproximada entre 45 minutos y 1 hora.

Desarrollo de la línea

A lo largo de la implementación del proyecto, se abordaron 21 pacientes a los cuales se les brindó asesoría por medio de esta estrategia; de los 21 casos, en todos, se implementó la

acción # 1 “me parece adecuado o inadecuado” ; 10 de ellos fueron reportados ante la autoridad competente, por vulneración de derechos o factores de riesgo social, lo cual requirió de la estrategia # 2 “Orientación sobre el reporte ante ICBF y/o Comisaría de Familia” y en los mismos 10 casos por medio de la estrategia # 3, se realizó la “Exteriorización de emociones y compromisos adquiridos”

De los 10 casos derivados a la autoridad competente, 8 fueron a ICBF, 1 a Comisaría de Familia y 1 a la Organización Indígena de Antioquia (OIA), este último debido a la jurisdicción especial de los pacientes indígenas.

Es importante mencionar, que los motivos principales por los cuales se solicitó la interconsulta y se empleó la estrategia giraron en torno a la desescolarización, al maltrato físico, a la violencia intrafamiliar en otros integrantes de la familia (no está involucrado directamente el paciente), vulneración de derechos en salud, ideación suicida, desnutrición, riesgo social, abuso sexual, abuso sexual consentido e incumplimiento al derecho a la identidad.

Aciertos metodológicos y dificultades

En esta estrategia, se plantearon 2 metas, la primera relacionada con la acción 1 Que el 80 % de los padres y/o cuidadores avalúen como pertinente el proceso de asesoría en derechos de los niños, niñas y adolescentes. Y la segunda con la acción 2, que el 80% de los padres y/o cuidadores, comprendan el porqué del reporte al ICBF / Comisaria de Familia y lo interioricen como un apoyo por parte de la institución, para garantizar los derechos de los

niños, niñas o adolescentes. Esta estrategia se desarrolló de acuerdo a lo propuesto, alcanzando el 100%.

Aciertos

Al igual que en la estrategia anterior, la entrevista y triangulación de la información, permite conocer la realidad narrada por los padres o cuidadores de los niños, niñas y adolescentes participes de la asesoría, dando lugar a puntos claves para la orientación de las acciones de acuerdo a la especificidad del caso, así mismo, la implementación de apoyos visuales, dinamizaron la asesoría y permitieron una comunicación horizontal, en tanto se deja a un lado los tecnicismos y las estructuras complejas del lenguaje; en este sentido, de las 21 personas a quienes se les brindó la asesoría, 20 calificaron como oportuna la forma en que se abordó la temática ya que facilitó el nivel de comprensión y recordación de lo trabajado.

De igual manera, con la acción “Desmitifiquemos el reporte”, todos los casos que se derivaron a la autoridad competente (ICBF), los padres lograron mayor aceptación y reconocimiento de la situación que dio origen al reporte, manifestando que reconocen que existen situaciones que dan lugar a este y que el HGM como institución debe ser garante de los derechos, sin desconocer que siguen existiendo miedos en cuanto a perder los cuidados de sus hijos.

Dificultades

Sin duda, la mayor dificultad que se presenta en esta estrategia es la posición inicial que asumen los padres o cuidadores, cuando se les informa que se va a realizar el reporte a la

autoridad competente, ya que si bien se les brinda la justificación y toda la información pertinente, continúan predispuestos ante la medida optada.

Esta dificultad la asumí por medio de una actitud empática con la situación, dando cuenta que como profesionales no estamos para juzgar, sino por el contrario para acompañar y apoyar en los procesos que van en pro del bienestar de los niños, niñas y adolescentes.

Línea estratégica 3: ¡Humanicemos nuestro trabajo!

Dentro de los sujetos de la intervención del proyecto, también se incluyó al personal médico y de enfermería de la institución, ya que ellos interactúan constantemente con los pacientes y/o cuidadores y en ocasiones se generan juicios de valor ante la situación que perciben, desencadenando tensiones entre ambas partes, es por ello que existe la necesidad de generar procesos de comunicación oportunos, empáticos y sobre la base del respeto.

Acción 1: ¡tomemos una píldora de empatía!

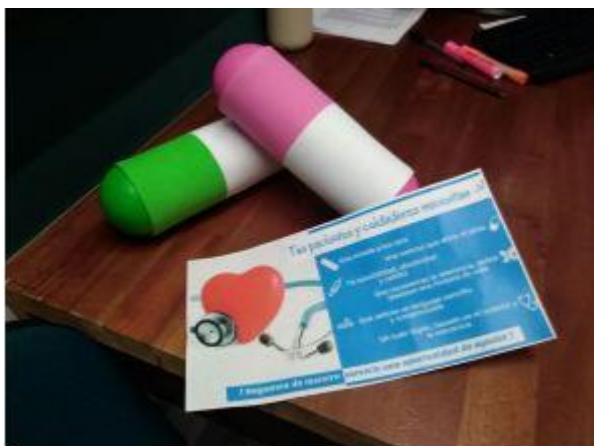


Imagen 5: Píldora de la empatía. Archivos personales de la autora

Una de las realidades que se vive en el entorno hospitalario, es el afán del día a día y el estrés que se maneja por el intenso trabajo que se realiza y pareciera que esto implica dejar a un lado el factor humano que debe caracterizar las intervenciones, es por esto que ***¡tomemos una píldora de empatía!*** fue una actividad propuesta para generar

reflexión en el equipo interdisciplinario y promover procesos de comunicación empáticos, oportunos y respetuosos para con los pacientes y cuidadores.

Desarrollo de la línea

Para llevar a cabo esta estrategia, se imprimió un mensaje reflexivo acerca de la humanización en el servicio de salud, involucrando aspectos sobre el respeto hacia los otros, la calidez, el afecto, la comunicación asertiva y la confianza; buscando impactar positivamente la estancia hospitalaria. Este mensaje se introdujo en una capsula que simula una píldora y se entregó en el puesto de atención médico de los servicios de lactantes y prescolares.

En el momento de la entrega, se encontraban pediatras, residentes y auxiliares de enfermería, se les explicó la finalidad de la actividad y en el marco del proyecto en el que se encontraba. Posterior a ello, lo leyeron y valoraron positivamente este tipo de acciones, manifestando que son conocedores de lo que implica una atención integral y humanizada, sin embargo en ocasiones las características de su persona, los hace actuar de determinadas formas y olvidan ciertos criterios en la atención, como lo es comprender el contexto de cada persona y el lugar que debe tener el reconocimiento de la diferencia y formas otras de vida.

Si bien se desarrolló esta estrategia, no se cumplió a cabalidad con lo propuesto inicialmente en el proyecto, ya que la entrega de estas píldoras sería de manera periódica y en este caso se hizo una única entrega, adicionalmente sería en todos los servicios de hospitalización y urgencias, sin embargo por cuestiones de cercanía en el proceso de intervención, se decidió realizarlo únicamente en los servicios de pediatría y lactantes.

Aciertos metodológicos y dificultades

Inicialmente, la meta propuesta para esta línea fue que el 90% de los cuidadores y/o pacientes refieran una buena atención por parte del equipo interdisciplinario que lo trata, sin embargo debido a las dificultades presentadas para llevarla a cabo, una de ellas, el tiempo; implicó plantear otra meta, esta vez orientada a la sensación que evoca el mensaje en el personal médico y de enfermería con el cual se llevó a cabo la actividad, estableciéndose que el 90% de las personas con las que se llevó a cabo la línea, reconocieran importante tratar temas referentes a la humanización del servicio, como una oportunidad de fortalecer estos aspectos en la atención de pacientes y cuidadores.

Aciertos

El acierto metodológico de esta actividad, radica en la forma de abordar un tema neurálgico, como lo es la humanización en la atención que se brinda a los pacientes por parte del personal médico, el hecho de acudir a apoyos didácticos como lo es simular una píldora, hizo más llamativa la acción y logró captar la atención de las personas a quienes estaba dirigido, así mismo, el mensaje contenido en la píldora, al ser corto y conciso facilitó su comprensión y generó un espacio de reflexión en el cual se exteriorizó la importancia de estos “tips” en el quehacer profesional.

Dificultades

La mayor dificultad fue enfrentar el temor a dirigirme al personal médico y abordar este tipo de temas, ya que sentí que podía prestarse para que se entendiera de forma negativa lo que se quería expresar. Adicionalmente, en el momento en el que socialicé con la asesora institucional, los formatos para llevar a cabo las líneas del proyecto, sugiere que sea un texto

que genere reflexión, más no ideas cortas de lo que es la humanización del servicio en salud, tal como se tenía en la propuesta inicial.

Para sobrellevar estas dificultades, realicé modificaciones al diseño inicial del mensaje reflexivo, sin embargo conservé la idea de contuviera frases cortas y concisas sobre la humanización, además se argumentó ante la asesora institucional la pertinencia de éste, ya que por temas de tiempo, un mensaje largo, implicaría una lectura extensa y difícilmente captaría la atención de las personas a quien estaba dirigida esta acción.

Así mismo, ante el temor de abordar esta temática con el personal médico, implementé dentro del dialogo, un espacio para exaltar la labor realizada por cada uno de ellos y el compromiso que evidencié en su labor, el tiempo que estuve acompañando los servicios de prescolares y lactantes.

EVALUACIÓN DEL PROCESO DE PRÁCTICA

Hospital General de Medellín

Partiendo desde la experiencia vivida, considero que el Hospital General de Medellín se constituye como un excelente campo de práctica profesional, en tanto sus dinámicas y las características de la población atendida, permiten poner en función del quehacer profesional los conocimientos adquiridos durante la formación, exigiendo habilidades para el trabajo con individuos, familia, grupos y comunidades e incidiendo en todos los tipos de intervención, prestacional o de asistencia, preventiva, promocional y educativa (Vélez, O. 2013 p. 69). Lo que implica desarrollar destrezas para comprender las situaciones, identificar necesidades,

movilizar recursos para atender las necesidades y la búsqueda de alternativas para la intervención.

En cuanto a la asesora institucional, Adriana Herrera, acompañó permanentemente el proceso de práctica, desde el primer día estuvo dispuesta a transmitirme su experiencia tanto a nivel profesional como personal, resaltando siempre que “ante todo, nosotros somos personas y trabajamos con personas, lo que exige un alto grado de compromiso con lo que decimos y hacemos en la intervención”. La relación que se tejió entre ambas, fue de respeto, confianza y el reconocimiento de los saberes que cada una tiene de acuerdo a la formación, lo que permitió el dialogo de saberes y la retroalimentación constante. Adicionalmente, tuve la oportunidad de apoyar en algunos casos abordados por el resto del equipo de Trabajo Social, María Elena Moreno, Martha Lía Pérez, Doris Adriana Daza, Paola González, Deni Lucia Castro y Maricel Tamayo; lo que permitió ampliar y enriquecer los conocimientos adquiridos en el campo, ya que se abordaron pacientes, como habitantes de calle, adultos mayores en situación de abandono, maternas, pacientes con enfermedades terminales, entre otras, requiriendo otras formas de abordaje.

Por su parte, uno de los retos para el hospital es el posicionamiento de este campo de practica en la universidad de Antioquia, si bien es un proceso en doble vía (hospital – universidad) considero importante que todas las asesoras institucionales se apropien del proceso, desde la solicitud de practicantes, hasta la presentación del campo a los estudiantes que se les oferta práctica.

Coordinador institucional

Por su parte, Manuel Alejandro Henao, coordinador de prácticas del departamento de Trabajo Social de la Universidad de Antioquia, estuvo siempre dispuesto a cumplir sus funciones como enlace entre ambas instituciones. Sin embargo, en el proceso se presentó un percance para el inicio oportuno de la práctica, las entrevistas y proceso de selección se hicieron tardías, posterior a ello, no se hizo la entrega oportuna de unas fichas técnicas de la descripción de la practica requerida en el hospital para dar inicio oficial, lo que conllevó a que se atrasara 1 mes el inicio de la práctica.

Por otro lado, considero importante que el departamento posicione el área de la salud, como un campo de intervención que posibilita la generación de nuevos conocimientos, a los cuales en la trayectoria formativa no hemos tenido la oportunidad de acercarnos, generando consigo, la desmitificación del campo ya que en el imaginario existe la idea de que es en mayor medida una intervención de corte administrativo, desconociendo las amplias posibilidades que este campo ofrece.

Asesora académica

Natalia Andrea Arroyabe, como asesora académica logra cautivar, motivar y transmitir la pasión que tiene como trabajadora social, por el campo de la salud, ampliando el panorama de lo que es realmente este campo de práctica y abriendo un abanico de posibilidades para la intervención profesional.

Como profesional en el área y a través de su experiencia, compartió su amplio conocimiento y contribuyó a mi formación integral, invitando siempre a tener una mirada crítica de las

realidades, a trascender lo que captamos a simple vista y lo que oímos someramente, de igual manera generó espacios de reflexión que permitió reconocerse como persona y profesional, marcada por una historia de vida, sentimientos, emociones y temores los cuales debo identificar para así poder intervenir y construir otras realidades, de la mano con otros.

Permanentemente estuvimos en contacto, se llevaron a cabo varias asesorías que permitieron el desarrollo y cumplimiento del sistema evaluativo de la práctica, resalto la disposición constante que tuvo para resolver dudas y para acompañar emocionalmente el proceso.

Autoevaluación

La elección de este campo de práctica, estuvo movido por el interés de acercarme a lo que para mí era desconocido, reconozco que inicié el proceso con muchos temores, pero a su vez pude ponerme a prueba como profesional y como persona. Pude ratificar el compromiso y amor que le tengo a mi profesión, dos factores que guiaron mi proceso en esta institución, pude comprender que no existen recetas para intervenir, cada persona, cada caso, cada realidad es particular y diferente, lo que implicó para mí reinventarme, leer y preguntar para poder guiar la intervención de la mejor manera.

Me reconocí como una profesional que día a día se construye y esa construcción se da de la mano con los otros, lo que implica el desmonte de creencias totalizantes y la apertura a diálogos horizontales. Bajo esta premisa, la intervención realizada con los pacientes y cuidadores estuvo basada en la escucha y la comprensión de realidades otras, develando la necesidad de eliminar la dualidad entre lo bueno y lo malo, sin entrar a justificar determinadas acciones.

REFLEXIONES DEL TRABAJO SOCIAL EN EL CAMPO DE LA SALUD

En el transcurrir del proceso de práctica, he adquirido múltiples aprendizajes que van desde lo teórico y metodológico, hasta lo relacional, en función de los otros - pacientes, cuidadores y equipo interdisciplinario - y conmigo misma, como persona y como profesional. Así mismo, tuve la oportunidad conocer la realidad que vivimos la mayoría de Colombianos con el sistema de salud, el cual concibe la salud como un servicio, la mercantiliza y genera barreras para el acceso integral; es por esto que ratifico la pertinencia de la orientación y educación en las rutas de atención del sistema de salud, en la medida en que posibilita la conformación de sujetos políticos, y activos, conscientes de su situación, apropiados de su realidad y con capacidades de autogestión que den lugar a prácticas consientes de resignificación de la realidad y nuevas formas de acción para incidir en procesos de transformación.

Por otro lado, reconozco la utilidad del bagaje teórico acumulado a lo largo del proceso formativo, el cual sirvió de base para el abordaje de los diferentes casos presentados durante este tiempo, las habilidades comunicativas, el uso de herramientas como la entrevista, la implementación de elementos para la contención emocional, las nociones acerca de las tipologías de familia y las dinámicas existentes en ella, el trabajo con grupo y comunidades, la comprensión y el reconocimiento de otras cosmovisiones existentes diferentes a la occidental dominante, se constituyeron en elementos fundamentales de la intervención, sin embargo, pese a las capacidades teóricas y metodológicas ya existentes gracias a la academia, esta práctica exige ampliar los conocimientos adquiridos y emprender nuevos caminos del saber, lo que implica adentrarse en la norma que rige el sistema de salud, los conceptos que

se tiene de salud integral y los aportes del trabajo social en este campo, los cuales son pocos, no haciendo referencia al lugar que ocupa su intervención, sino a lo que se ha escrito al respecto. Es entonces esto último una invitación a generar procesos de acción, reflexión y escritura de nuestro quehacer en este campo, viéndolo como una posibilidad de generar nuevos conocimientos, no solo desde la investigación, sino también desde la acción.

Ahora bien, en clave del desarrollo del proyecto de intervención, existió la necesidad permanente de sostener procesos de escucha consientes, los cuales como lo menciona Bernarda Ospina, “el profesional debe poseer, descubrir y desarrollar unas cualidades básicas como lo son la tolerancia, respeto, calidad humana, flexibilidad, empatía, objetividad, claridad, eticidad, además de tener todos los conocimientos teóricos necesarios y el mantenimiento de una adecuada actitud profesional” (2001. p.2). En este proceso de escucha, surgieron batallas constantes, y es que como persona reconozco que también tengo prejuicios con los cuales me he construido como ser humano y que por medio del proceso de formación se han hecho visibles, conscientes y a partir de ello he podido deconstruir. Esto es un tema crucial en nuestro quehacer, ya que si una intervención está mediada por juicios de valor respecto a una realidad, posiblemente terminamos haciendo daño a las personas involucradas, cerrando la posibilidad de generar acciones transformadoras a dicha realidad.

Así mismo, en clave de escucha, he adquirido habilidades para trascender lo que pasa por lo oídos por medio de la palabra, permitiéndome contrastar con el lenguaje no verbal que en ocasiones es más dicente que lo narrado, esto implica poner a funcionar todos los sentidos, el tacto, la vista el olfato inclusive el gusto, para así poder tener una lectura más aproximada del otro, de lo que siente, de lo que dice, de lo que calla. No es una tarea fácil pero en la práctica y gracias a las orientaciones de mi asesora académica, en cierta medida lo logré.

Con lo anterior, también evoco situaciones para las cuales como trabajadores sociales debemos estar preparados, recuerdo que una de mis mayores frustraciones en este proceso, fue el engaño, no sabía escuchar a las personas, inicialmente no estuve preparada para identificar lo que realmente existía detrás de una situación narrada, y en varias ocasiones me sentí engañada, fue entonces este tipo de cosas las que me movieron a adquirir esas habilidades mencionadas anteriormente, entendiendo que el problema no es la otra persona que miente u oculta información, para nadie es fácil que llegue alguien desconocido a indagar por los aspectos más íntimos de la vida y ahí radica un reto para nosotros como profesionales, cómo le llego a la otra persona, qué posición tomo, qué digo y como lo digo sin llegar transgredir.

Es importante aclarar, que esta lectura del lenguaje verbal y no verbal, no solo se realiza cuando el otro habla, sino también cuando nosotros hablamos, en el marco del proyecto de orientación en rutas de atención, pude darme cuenta que nosotros como profesionales creemos que nos hacemos entender y en muy pocas ocasiones nos detenemos a indagar acerca sobre lo que la otra persona está comprendiendo.

Por su parte, la tolerancia a la frustración, es otro factor con el que se debe lidiar, saber que no siempre las cosas salen como se planean, que los recursos son escasos para brindar asistencia, que las instituciones ponen barreras para brindar atención y garantizar un mínimo de condiciones para una vida digna, que las personas con las que trabajamos están cansadas y han perdido la esperanza, que no en todos los casos vamos a recibir un gesto amable por parte de las personas con las que interactuamos, pero a pesar de la adversidad, saber brindar en todo momento lo mejor de sí como persona y como profesional, no dejar que este tipo de

circunstancias apaguen la llama de la esperanza de vivir otras realidades, de lograr hacer pequeños cambios.

Por último y no menos importante, otro de los logros obtenidos en términos de la práctica, es poder reconocer el lugar y la importancia que le doy a las otras personas con las que desarrollo diferentes tipos de intervención, particularmente en el proyecto, realizar la línea estratégica 3 la cual estaba direccionada al personal médico, me causó mayor temor, me sentía insegura de hablarles sobre la humanización, de hacerles saber que si bien se evidenciaba compromiso en su labor, habían aspectos por mejorar, ya que en varias ocasiones surgieron casos que dieron cuenta de comportamientos marcados por la beneficencia despótica, en los cuales su lugar como profesionales los motivó a extralimitarse en sus funciones, juzgando a priori circunstancias que hay que leer de acuerdo al contexto particular de cada persona.

Este tipo de sentimientos experimentados ante el desarrollo de esta línea, me invitó a reflexionar por qué la intervención con los pacientes y cuidadores no me generaba tanto temor, comprendiendo que aunque desde el discurso promueva la decolonialidad del saber, estaba dándole mayor importancia al personal médico, por su nivel profesional. En este sentido, se debe propender por tejer relaciones horizontales con las personas que hacen parte del proyecto de intervención, independientemente de quienes sean, relaciones basadas en el respeto, la comprensión, la empatía, el afecto y la calidez humana, permitiendo la construcción de aprendizajes en doble vía.

BIBLIOGRAFÍA

Alcaldía de Medellín (s.f) Comisarías de familia y nuestro modelo de atención. Recuperado el 26 de septiembre de 2017. Disponible en:

<https://www.medellin.gov.co/irj/portal/medellin?NavigationTarget=navurl://cf69b6d252994904daec89976f5c95b5>

Alcaldía Mayor de Bogotá. (s.f) Poblaciones especiales. Recuperado el 29 de septiembre de 2017. Disponible en:

<http://www.saludcapital.gov.co/DASEG/Paginas/Atencionpoblacionesespeciales.aspx>

Alfarado Rojas, A; Atria Machuca, R. (2009) Factores ambientales y su incidencia en la experiencia emocional del niño hospitalizado. Disponible en:

http://www.revistapediatria.cl/volumenes/2009/vol6num1/pdf/FACTORES_AMBIENTALES.pdf

Barnett Pearce, W. (s.f) Nuevos modelos y metáforas comunicacionales: el pasaje de la teoría a la praxis, del objetivismo al construccionismo social y de la representación a la reflexividad. Disponible en:

<http://www.postituloperiodismo.com.ar/blogs/v2/tdcom/wpcontent/uploads/sites/21/2016/02/Pearce-Nuevos-modelos-y-Met%C3%A1foras-Comunicacionales.pdf>

Carballeda, J (s.f.) Políticas de reinserción y la integración de la sociedad. Una mirada desde las políticas sociales. Recuperado el 28 de junio de 2018:

<http://www.margen.org/carballeda/Pol%C3%ADticas%20Sociales%20y%20Reinsercion.pdf>

Consejo Nacional de Trabajo Social (2014) Trabajo social en el sistema de salud

colombiano. Recuperado el 25 de octubre de 2017. Disponible en:

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Trabajo%20Social%20en%20el%20Sistema%20de%20Salud%20Colombiano_Octubre2014.pdf

Constitución política de Colombia. Recuperado de:

<http://www.constitucioncolombia.com/titulo-2/capitulo-2/articulo-49>

Consultor Salud (s.f). Disponible en:

<http://www.consultorsalud.com/manual-para-elaborar-rutas-integrales-de-atenciones>

Donoso Niemeyer, Tania; (2004). Construccinismo Social: Aplicación del Grupo de

Discusión en Praxis de Equipo Reflexivo en la Investigación Científica. *Revista de Psicología*, XIII. 9-20.

Gómez Gallego, R. (2008). La dignidad humana en el proceso salud -enfermedad.

Universidad del Rosario. Bogotá- Colombia.

Gómez Ochoa, G-L (2009). *El Caivas, atención integral*. El Colombiano. Recuperado el 26

de septiembre de 2017. Disponible en:

http://www.elcolombiano.com/historico/el_caivas_atencion_integral-FJEC_46740

Guerrero, R., Gallego, A., Becerril-Montekio, V., Vásquez, J., (2011). SCielo: Sistema de salud de Colombia. Curnavaca, México. Recuperado de:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800010.

Hospital General de Medellín (s.f). Quiénes somos. Recuperado el 20 de septiembre de 2017. Disponible en línea: <http://www.hgm.gov.co/index.php/quienees-somos>

Hospital General de Medellín (s.f). Servicios. Recuperado el 20 de septiembre de 2017. Disponible en línea: <http://www.hgm.gov.co/index.php/servicios-principal>

Hospital General de Medellín (s.f). Reseña histórica. Recuperado el 20 de septiembre de 2017. Disponible en línea: <http://www.hgm.gov.co/index.php/quienes-somos/resena-historica>

Instituto Colombiano de Bienestar familiar (s.f). Disponible en:

<http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/EiInstituto>

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2017). *Acerca del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar*. Recuperado el 26 de septiembre de 2017. Disponible en:

<http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/EiInstituto>

Laurell, A (1981) La salud enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*.

Ministerio de Salud (s.f). Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/Manual-metodologico-rias.pdf>

Organización Indígena de Antioquia. (2013). *Quiénes somos*. Recuperado el 26 de septiembre de 2017. Disponible en:

<http://www.oia.org.co/index.php/component/content/article?id=234&Itemid=0>

Organización Mundial de la Salud (2015). *Salud y derechos humanos*. Recuperado el 28 de Septiembre de 2017. Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>

Organización Mundial de la salud (s.f.) Concepto de salud y enfermedad según la OMS.

Recuperado el 29 de octubre de 2017 Disponible en línea: <http://concepto.de/salud-segun-la-oms/#ixzz4x393Akpn>

Organización Mundial de la salud, (s.f) disponible en:

<http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

Organización Mundial de la salud, (s.f) disponible en:

http://www.who.int/social_determinants/es/

Osorio, Francisco; (1998). El Método Fenomenológico. Cinta de Moebio, disponible en:

<http://www.redalyc.org/pdf/101/10100307.pdf>

Ospina, B. (2001) Técnicas de comunicación terapéutica. Medellín, Universidad de Antioquia.

Pérez Payrol, V. B., Basantes Garcés, J. L., & Velázquez Martín, T. C. (2014). La asesoría para la preparación de los directivos de la Universidad en la gestión de los recursos humanos. *Universidad y Sociedad* [seriada en línea], 7 (1). pp. 43-50. Recuperado de <http://rus.ucf.edu.cu/>

Registraduría Nacional del Estado Civil (s.f). Una historia que empezó en 1997.

Recuperado el 26 de Septiembre de 2017. Disponible en:

<http://web.registraduria.gov.co/Informacion/opadi.htm>

Vélez, M. (2016). La salud en Colombia: pasado, presente y futuro de un sistema en crisis.
Colombia: Géminis.

Velez Restrepo, O. (2003) Reconfigurando el Trabajo social: Perspectivas y tendencias contemporáneas. Disponible en:
<https://docs.google.com/file/d/0B7dEnvQI0GqrZVZRT1ZBYldZT28/edit>