

PROYECTO DE INTERVENCIÓN PRÁCTICA PROFESIONAL II Y III

IPS UNIVERSITARIA SEDE CLÍNICA LEÓN XIII

Pacientes PGP savia salud que reingresan por falta de adherencia al tratamiento

MARIA PAULINA HURTADO CARDONA

ASESORA ACADÉMICA:

LUZ EDILMA AGUIRRE OSORIO

ASESORAS INSTITUCIONALES:

BEATRIZ ELENA RICO ZAPATA

MARILYN ANDREA GARCÍA GALLEGO

MARIELLY JARAMILLO ARBOLEDA

MARIA CRISTINA VILLAMIZAR RESTREPO

GLORIA PATRICIA PÉREZ NARANJO

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

MEDELLÍN

2017

Contenido	
CONTEXTO CAMPO DE PRÁCTICA PROFESIONAL II Y III. IPS UNIVERSITARIA, SEDE CLÍNICA LEÓN XIII.....	4
CONTEXTO NORMATIVO.....	4
CONTEXTO INSTITUCIONAL	6
JUSTIFICACIÓN	7
BENEFICIARIOS.....	8
OBJETIVOS	8
OBJETIVO GENERAL.....	9
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	9
METODOLOGÍA	9
HALLAZGOS.....	10
METODOLOGÍA PARA LA INTERVENCIÓN	10
EVALUACIÓN SOCIOFAMILIAR	14
CASO 1.....	14
CASO 2.....	15
CASO 3.....	16
CASO 4.....	17
CASO 5.....	18
CASO 6.....	19
CASO 7.....	20
RECOLECCIÓN DE DATOS	21
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA	25
RAZONES INSTITUCIONALES.....	25
RAZONES CONTEXTUALES O RELATIVAS A LA REALIDAD SOCIAL EN LA QUE VIVEN LOS PACIENTES	26
DIFICULTADES ADMINISTRATIVAS DEL SISTEMA DE SALUD.....	28
EVALUACIÓN DEL PROYECTO.....	29
CAMPO DE PRÁCTICA	30
ACADEMIA.....	30
REALIDAD/TEORÍA	30
CONTEXTO SOCIAL.....	31

CONTEXTO INSTITUCIONAL	31
PERSONAL	31
BIBLIOGRAFÍA	32
CIBERGRAFÍA	32

CONTEXTO CAMPO DE PRÁCTICA PROFESIONAL II Y III. IPS UNIVERSITARIA, SEDE CLÍNICA LEÓN XIII

Desde el pregrado de Trabajo Social de la Universidad de Antioquia, para la culminación de los estudios Universitarios se propone la realización de una práctica profesional, en la cual se aplicarán en campo los conocimientos adquiridos en la academia y la elaboración de un proyecto de intervención que sirva como insumo académico e institucional. A continuación se presenta el contexto del campo de práctica de la IPS Universitaria, sede Clínica León XIII.

CONTEXTO NORMATIVO

Como lo dicen la Cruz Roja Española y Prosalus (2014) en su proyecto *“Comprendiendo el derecho humano a la salud: la importancia de los determinantes sociales de la salud”*, la salud es un derecho fundamental al que todo ser humano debe tener acceso; para propender por el cumplimiento de este, existen algunas medidas regulatorias, a nivel Internacional es la Declaración Universal de los Derechos Humanos en su artículo 25 donde se declara la Salud como un derecho y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su artículo 12, decreta que los países unidos al pacto deberán asegurar un alto nivel de la prestación de este servicio. (Prosalus, Cruz Roja Española, 2014).

En Colombia se crea el Sistema de Protección Social (SPS), el cual busca controlar situaciones que puedan generar riesgo y brindar una mejor calidad de vida a la población colombiana, en este se encuentra incluido el Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI), este se comenzó a implementar a partir de la creación de la Ley 100 de 1993, tiene como finalidad asegurar el bienestar de la población y atender principalmente las situaciones que afectan la salud y las condiciones económicas de la misma (Ministerio de Salud y Protección Social, s.a); en este a su vez se encuentra adscrito el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) dirigido principalmente a la ampliación de la cobertura del servicio para la accesibilidad de todos los Colombianos, lográndolo a partir de la creación de dos regímenes: contributivo y subsidiado.

Como lo explica el Ministerio de Salud y Protección Social en su *Política de atención Integral en Salud* “un sistema de salud al servicio de la gente”, el régimen contributivo corresponde principalmente a la población que cuenta con empleo con prestaciones sociales y a los trabajadores independientes que hacen aportes económicos al sistema para acceder a los servicios; de allí se deduce un porcentaje económico para hacer un aporte al Estado para la atención en salud de la población vulnerable con menos recursos, siendo este último, el régimen subsidiado. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

La Ley 100 de 1993, era una ley autónoma y suprema para la prestación del Servicio de salud Colombiano, por ello se crea la reforma estatutaria de salud 1751 de 2015, allí se establece la salud como un derecho fundamental, como lo dice Marilyn García, Trabajadora Social de la IPS Universitaria Clínica León XIII, (M. García, comunicación personal, 22 de Mayo de 2017), esta reforma tiene como finalidad hacer una reestructuración del sistema de salud y la creación de un modelo de atención integral para garantizar a los usuarios toda la prestación del servicio en un mismo lugar “de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud.” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, p.1).

En cuanto a lo departamental, se da la formulación del Plan Territorial de Salud el cual hace parte del Plan de Desarrollo “Antioquia piensa en grande 2016-2019”, estará en vigencia entre los años 2016 y 2019, es formulado por la Secretaría de Salud y Protección Social; está construido a partir de cuatro enfoques principales: enfoque de derechos, de género y ciclo de vida, enfoque diferencial, que contempla las necesidades específicas de algunas poblaciones y el modelo de determinantes sociales de Salud, los cuales tienen como finalidad mejorar la calidad de vida de la población por medio de estrategias que apunten a la salud pública, la garantía del acceso a la salud y la prevención y promoción de la enfermedad, haciendo veeduría y control a las acciones del SGSSS. (Gobernación de Antioquia, 2016).

CONTEXTO INSTITUCIONAL

La Universidad de Antioquia prestó servicios básicos de salud a los docentes y empleados a través del servicio médico de la dirección de Bienestar Universitario. Posterior a esto, con la implementación de la ley 100 de 1993, se genera el Programa de Salud de la Universidad por lo que se conforma la IPS UNIVERSITARIA (Institución Prestadora de Servicios de Salud de la Universidad de Antioquia), entidad con capacidades técnicas, instrumentales y de recurso humano necesarios para ofrecer servicios de salud a toda la población y atender situaciones en todos los niveles de complejidad.

El 4 de diciembre de 1998 la IPS abre sus puertas con 17 empleados como institución mixta sin ánimo de lucro, con el objetivo de prestar servicios de salud integrales a toda la población.

En el año 2007 por decisión del gobierno nacional adquiere la responsabilidad de administrar la Clínica León XIII; posteriormente expande sus servicios a las ciudades de Barranquilla, San Andrés, Providencia y Santa Catalina y Apartadó; en el año 2012 se inician operaciones en Barranquilla y en las dos últimas ciudades en el año 2013.

La IPS Universitaria Sede Clínica León XIII se proyecta como una institución de servicio global y de excelencia en la prestación de servicio de salud, para el logro de esta visión institucional, 9 políticas estratégicas direccionan su accionar: la humanización, el desarrollo humano de los colaboradores, modelo de atención en salud, seguridad de la atención, docencia- servicio, investigación e innovación, sostenibilidad, gobernanza institucional y gestión de riesgos.

Dichas políticas configuran la misión de la Institución, buscan que la prestación del servicio se brinde de manera adecuada, oportuna y humana, apuntando también a la articulación docencia-investigación para la producción de conocimiento, brindando a la comunidad servicios de calidad con responsabilidad social; la atención prestada en la clínica, estará mediada por los valores institucionales: la responsabilidad para el cumplimiento de tareas, para hacer las cosas cómo y cuándo

debe ser; el respeto, que permita la asertividad en el relacionamiento con el otro y la transparencia para la claridad en los eventos. (IPS Universitaria Servicios de Salud Universidad de Antioquia, s.a).

JUSTIFICACIÓN

El sistema de salud colombiano atraviesa desde hace un buen tiempo una situación crítica en términos económicos, de calidad y universalidad en la prestación del servicio. Dicha coyuntura ha hecho que muchas de las Entidades Prestadoras de Servicio (EPS) adeuden a las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) grandes sumas de dinero y que se vea cada vez más afectada la disponibilidad del servicio para los usuarios.

Es el caso de Savia Salud, EPS de carácter mixto, con actividad en el departamento de Antioquia, conformada por la Gobernación de Antioquia, la Alcaldía de Medellín y una empresa privada, que busca garantizar el derecho a la salud de la población más pobre y vulnerable, perteneciente a los niveles uno (1) y dos (2) del SISBÉN del departamento; cuya crisis financiera llevó a que a inicios del 2017 el Gobierno Nacional, encabezado por el Ministro de Salud y Protección Social, Alejandro Gaviria Uribe, realizara un Plan de Salvamento para Savia Salud, con el fin de superar paulatinamente esta crisis. Dicho Plan consiste en el aporte común de capital de varios estamentos, como los Gobierno Nacional, Departamental y Municipal; la caja de compensación Comfama y varias IPS de alta complejidad, además de la creación de una estrategia que consiga la estabilidad económica de la EPS. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017)

Una de las entidades que se ha vinculado al convenio es la IPS Universitaria Sede Clínica León XIII, mediante el modelo de Presupuesto Global Prospectivo o PGP, que consiste en el pago de “una suma global que se establece por anticipado para cubrir el gasto corriente de unos o varios servicios agrupados durante un período de tiempo determinado” (CafeSalud, s.a, p.2), en este caso para la atención a pacientes residentes en la zona nororiental de la ciudad de Medellín, conformada por los barrios: Popular, Santa Cruz, Manrique y Aranjuez.

Dicho modelo contempla la ocurrencia de eventos adversos en la prestación del servicio, de los cuales debe hacerse cargo la IPS tanto en términos económicos como sociales. Uno de los eventos adversos recurrentes en la IPS Universitaria Sede Clínica León XIII es el reingreso de pacientes por falta de adherencia al tratamiento que pertenecen al PGP Savia Salud y cuyos costos de atención no son incluidos en la prospección mensual.

Por lo anterior, surge la necesidad de conocer las razones sociales por las cuales los usuarios no son adherentes a sus tratamientos y a partir de dicha caracterización generar estrategias de intervención para disminuir los reingresos a la Clínica por tal motivo.

BENEFICIARIOS

-Los receptores directos de los beneficios del proyecto serán principalmente los usuarios PGP Savia Salud que reingresaban a la clínica por falta de adherencia al tratamiento por razones sociales pues verá mejoría en su calidad de vida, además de la IPS Universitaria Sede Clínica León XIII pues se reducirán costos y número de atenciones a dichos usuarios.

-Se verán beneficiadas indirectamente las familias de los usuarios PGP Savia Salud que reingresaban a la clínica por falta de adherencia al tratamiento pues mejorará la calidad de vida de su familiar y habrá una estabilidad en la dinámica familiar pues no se deberán desplegar ante la enfermedad y hospitalización de su familiar, la EPS Savia Salud, la Gobernación de Antioquia y la Alcaldía de Medellín, pues el servicio será mejor y se reducirán los costos de atención por dicha población; por último, el área de Trabajo Social tendrá menor número de interconsultas de este tipo de pacientes, dando una solución de base de dicha situación.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Contribuir a través de la implementación de un proyecto de intervención a la reducción de reingresos a la IPS Universitaria Sede Clínica León XIII de usuarios PGP Savia Salud por falta de adherencia al tratamiento por determinantes sociales.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

-Conocer los factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento por parte de los usuarios PGP Savia Salud que reingresan a la IPS Universitaria Sede Clínica León XIII.

-Fortalecer las redes de apoyo social y familiar que brinden soporte en la adherencia al tratamiento de los usuarios PGP Savia Salud de la IPS Universitaria.

-Crear mayor interés en los usuarios y sus redes de apoyo en la vinculación a la adherencia al tratamiento.

METODOLOGÍA

Para la consecución de los objetivos anteriores, se requiere en un primer momento de una identificación y caracterización de los usuarios que reingresan a la Clínica. A partir de una base de datos institucional con 71 contactos registrados como usuarios PGP Savia Salud que reingresaron, se establece contacto telefónico a los números registrados en la Historia Clínica para indagar sobre la condición actual del paciente y las razones por las que ha requerido atención en diferentes ocasiones y así definir la población con la que se implementa el proyecto.

Para garantizar que la conversación diera respuestas efectivas a la indagación inicial, previo a realizar la llamada, se diseña una entrevista semiestructurada que guíe la conversación, según la particularidad de cada caso esta se complementa, en caso de ser necesario.

HALLAZGOS

Del total de 71 pacientes diferentes que reingresaron a la clínica, se realiza contacto a los números registrados en la Historia Clínica, que en muchos casos corresponden a los acompañantes o cuidadores de los pacientes, se determina lo siguiente:

Razón de reingreso	Cantidad de pacientes	Observaciones
No es posible establecer contacto.	14	Se realizan múltiples intentos y de indaga por nuevos números de contacto.
Fallecen.	6	Fallecen en medio de la hospitalización o de manera ambulatoria.
Reingresos programados.	13	Ingresos programados para seguimiento de trasplante o realización de quimioterapias, dado que estas últimas requieren una estancia hospitalaria de 3 a 5 días para la recuperación.
Causas médicas.	7	Reingresan por complicaciones en los procedimientos médicos realizados en la primera Hospitalización.
Trámites administrativos.	9	La autorización de procedimientos, medicamentos, cirugías, inconvenientes o impedimentos administrativos por parte de la EPS son los motivos por los que reingresan.
Diagnóstico.	15	Reingresan por condiciones propias de sus diagnósticos.
Razones sociofamiliares.	7	Población objeto del presente proyecto.

METODOLOGÍA PARA LA INTERVENCIÓN

Se identifican algunos casos a resolver a nivel administrativo, los cuales no le competen al área de Trabajo Social, por lo que se reportan al área de atención al usuario de la Institución, con el fin de gestionar una solución; el listado contiene el nombre de 9 pacientes con sus respectivas cédulas y el motivo de reingreso.

Así mismo, luego de tener clara la población y de conocer algunas características de los pacientes y las familias que corresponden a la muestra del proyecto, el paso a seguir es establecer

contacto con la familia para comunicarles sobre la realización del proyecto y manifestarles la importancia de su participación en el mismo.

Sin embargo, teniendo en cuenta que en algunos casos existe escasa vinculación por parte de la familia del paciente con todo lo referente a la enfermedad y esta misma es la razón por la que ellos reingresan en distintas ocasiones, es probable que no se pueda realizar la intervención con estas, dado que se pueden negar o no ser receptivos, previendo dichas situaciones se decide reportar los 7 pacientes identificados a la Trabajadora Social de Atención Domiciliaria, Natalia Osorio, perteneciente también a la IPS Universitaria, encargada de atender casos de manera ambulatoria, esto con el fin de prestarles mayor atención y realizar un seguimiento por medio de visitas domiciliarias a los hogares de los pacientes.

Según la finalidad del proyecto y el enfoque de la Institución, se hará uso de dos estrategias de intervención: la prestacional o asistencial y la educativa; se caracterizan por la búsqueda de soluciones a algunas situaciones, buscando dar atención a las necesidades básicas de las personas, empoderar a los involucrados para que comprendan su realidad y la transformen, gestionando remisión interinstitucional y movilizand recursos. (Vélez, O. 2003).

Para el abordaje de todos los casos se hace intervención familiar, mediada por la técnica de la entrevista semiestructurada, permite la obtención de información a profundidad por medio del diálogo flexible, la expresión de ideas, la construcción de conocimiento y la interacción entre los participantes, todo esto con el fin de crear empatía entre los pacientes, sus familias y la trabajadora social en formación, conocer a profundidad las formas de vida de los pacientes y sus familias y los factores que afectan la adherencia al tratamiento.

La entrevista a profundidad no estructurada o abierta, según Simons (2011), permite la expresión de la opinión del entrevistado, entablar una conversación fluida entre las partes, donde puede existir la posibilidad de que surjan temas que no se habían previsto y pueden ser de gran

utilidad, al igual que por medio del lenguaje no verbal, el cual también toma parte fundamental en la entrevista (Simons, H. 2011).

Adicional a esta, se hará uso de diferentes técnicas para la realización del proyecto de acuerdo a las particularidades de los casos.

- Se empleará “El zoom”, es una técnica interactiva de corte histórico-narrativa, que pretende recuperar experiencias que han marcado algunos momentos en la historia de las personas con las que se lleva a cabo la intervención, se realiza por medio de imágenes que evoquen significados, propicia el debate y la lectura de la vida actual y cotidiana.

El desarrollo de la técnica comienza con la selección intencionada de imágenes previa a la intervención, por parte de la Trabajadora Social en formación, éstas son presentadas a los involucrados de manera secuencial, son observadas, analizadas e interpretadas por éstos de acuerdo a su propia realidad. (Quiroz, A; Velázquez, A; García, B y González, S, s.a, p. 98).

- La técnica interactiva “colcha de retazos”, es de categoría descriptiva, en la que se busca principalmente que los participantes describan sus realidades y las percepciones que tienen de esta, que a partir de la expresión de cada sujeto se realiza una construcción común sobre la que se trabajará.

Se hace uso de esta técnica con el fin de promover la vinculación familiar por parte de la red de apoyo de los pacientes.

La “colcha de retazos” consiste en que los participantes plasmen de una manera creativa y flexible en un trozo de papel su percepción sobre el tema que se va a tratar, posterior, se fijan estos pedazos de papel en uno de mayor tamaño, pudiendo así visualizar la construcción colectiva. Se

realiza una socialización del producto obtenido, los involucrados expresan su posición frente al mismo.

Preguntas como: ¿Qué se observa?, ¿Qué relaciones se pueden establecer entre los retazos?, ¿Qué sensaciones genera lo expresado?, ¿Cuáles son los aspectos más relevantes que expresa la Colcha de Retazos, en cuanto a la vida cotidiana de los sujetos?, dinamizan este espacio de reflexión. (Quiroz, A; et al., s.a, p.68).

- Adicional a estas, para evitar futuros reingresos relacionados con el adecuado manejo ambulatorio de los pacientes, se solicita asesoría por parte del personal asistencia de la institución que brinde la información necesaria sobre las condiciones de salud y luego de obtener la información necesaria poder transmitirla por medio de elementos audiovisuales y lenguaje simple al paciente y sus familias, buscando que la misma sea asequible para todo tipo de población participante.

En caso de que en medio de las intervenciones los pacientes consumidores de SPA o familiares de estos con los mismos hábitos, expresen el deseo de comenzar procesos de rehabilitación y desintoxicación, se cuenta con una serie de instituciones a las cuales es posible remitir o gestionar cupo, lugares donde sean atendidas sus necesidades, con el fin de que sea un factor menos de riesgo y que estas prácticas no afecten las dinámicas familiares.

En uno de los casos se identifica que uno de los factores generadores de depresión de la paciente es la falta de realización de duelo por la muerte de sus dos hijos, lo cual afecta la adherencia al tratamiento, por lo que se decide remitir a la Unidad de Duelo, institución sin ánimo de lucro perteneciente a la funeraria San Vicente, donde se brinda apoyo psicoterapéutico y acompañamiento a las personas en proceso de duelo por la pérdida de algún ser querido.

Carrera 51 D Juan Del Corral # 59 – 87. Teléfonos: 5119533 ó 5139088.

EVALUACIÓN SOCIOFAMILIAR

De estas 7 familias se obtienen algunos datos básicos, que permiten conocer las condiciones sociofamiliares de los pacientes, factores que en algunos casos determinan la adherencia al tratamiento enviado por el médico tratante para ser implementado de manera ambulatoria.

CASO 1

Nombre: María Camila Morales Vélez.

Género: Femenino.

Edad: 20 años de edad. Ocupación: Desescolarizada y desempleada, en condición de calle.

Estado civil: Soltera.

Hijos: 1.

Lugar de residencia: Medellín, Barrio Manrique.

Familia conviviente: paciente, su madre, su hija, una tía, la pareja de esta y un tío de su madre, conforman familia de tipología extensa. Al interior del grupo familiar, las relaciones son tensas y conflictivas por consumo de SPA por parte de la paciente, en especial con su tía y su madre, pues son quienes más han estado vinculadas con los procesos de desintoxicación y rehabilitación de la paciente, la madre es quien ejerce el rol de autoridad, los límites al interior del hogar son difusos dado que la paciente se encuentra en condición de calle, como lo refiere la madre, se ausenta por 4 o 5 días de su vivienda, se dedica al consumo y la prostitución, regresa a casa para recuperarse y vuelve a las calles y pese a las circunstancias la madre ha permanecido brindando apoyo, hospedaje y atención de las necesidades básicas de la paciente, adoptando comportamiento de una madre coadicta.

La madre de la paciente cumple el rol de cuidadora de su nieta, además de ama de casa y proveedora económica, en compañía de su hermana tiene negocio de confección instalado en la vivienda, ubicada en el Barrio Manrique.

Refieren que la paciente ha expresado en diferentes ocasiones el deseo de dejar su estilo de vida actual, sin embargo, tiempo después recae, en una ocasión anterior fue internada en "Carisma" sin lograr cambios en los hábitos de la paciente.

En el presente caso, los reingresos por falta de adherencia al tratamiento se presentan a raíz del consumo de SPA y condición de calle por parte de la paciente, pese a que cuenta con red de apoyo familiar vinculada, que brinda acompañamiento y cuidados las condiciones sociales de la paciente no permiten la continuación de los tratamientos que el médico envía.

CASO 2

Nombre: Elena Hurtado Quiceno

Género: Femenino.

Edad: 76 años de edad

Estado civil: Viuda.

Hijos: 7, (3 de ellos ya fallecidos).

Lugar de residencia: Medellín, Barrio Villa Hermosa.

Familia conviviente: la paciente, un hijo, la nuera, dos nietas de 18 y 19 años de edad y un bisnieto de 2 años, configuran una familia de tipología extensa. Como lo dijo la paciente en una de las intervenciones por parte de Trabajo Social en medio de alguna de las hospitalizaciones, las relaciones con sus hijos son distantes y no brindan soporte, ayuda económica o instrumental, la información sociofamiliar no es amplia dado que la paciente no brindaba suficiente información sobre las dinámicas del grupo familiar.

La paciente ha tenido 14 ingresos a la clínica en el presente año, Permanece durante todas estas, en diferentes ocasiones se realizó contacto con sus familiares para recordar la importancia del

acompañamiento y citarlos para intervención familiar que permitiera mayor vinculación con los procesos de la paciente, en las conversaciones se tornaban poco receptivos y en ningún momento hicieron presencia en la clínica.

Reside en vivienda de tenencia arrendada, con adecuadas condiciones habitacionales y servicios públicos instalados; el sostenimiento económico de la paciente proviene del subsidio de "Colombia mayor" y del hijo con el que convive, labora en una licorera.

Paciente con red de apoyo familiar inoperante, sin vinculación familiar en sus cuidados hospitalarios y ambulatorios, lo cual genera falta de adherencia al tratamiento y múltiples ingresos a la Institución.

CASO 3

Nombre: Mary Luz Botero.

Género: Femenino.

Edad: 55 años de edad.

Estado civil: Unión libre.

Hijos: 10, (2 de ellos ya fallecidos).

Lugar de nacimiento: Ciudad Bolívar, Antioquia.

Lugar de residencia: Medellín, Barrio Carpinelo.

Familia conviviente: la paciente, su compañero sentimental Arturo Rueda de 68 años, quien labora como recolector de café y permanece ausente, sus hijos Edwin Alonso de 34 años, desempleado quien asume el rol de cuidador principal, su hija Yuly Alejandra Rueda, estudiante y la nieta, Estefany Tatiana Usuga, integran familia de tipología extensa, existen manifestaciones de afecto y solidaridad al interior del núcleo familiar, a pesar de la permanencia de dos de sus hijos, la usuaria refiere sentirse

abandonada generándole esta situación sentimiento de tristeza y rabia. Manifiesta antecedentes de violencia en el barrio que le causaron pérdida de dos hijos, sin elaborar duelo ni afrontamiento; tiene trastorno depresivo, al interior del hogar se deben reforzar canales de comunicación, lazos de cohesión y solidaridad.

Reside en vivienda familiar, construida en material resistente, de construcción mixta, piso en cemento, cuenta con servicios públicos básicos instalados, regulares condiciones de higiene. El principal proveedor económico de las necesidades de la paciente y gastos de vivienda es su Compañero Arturo, devengados de su labor como agricultor. La paciente no cuenta con un cuidador específico en el manejo ambulatorio.

La falta de adherencia al tratamiento es atribuible a su condición emocional, dado que es una paciente adulta mayor depresiva, con pocas herramientas de afrontamiento de las situaciones socio familiares, sumado a que se encuentra inmersa en dinámica familiar tensa y la falta de un cuidador específico; que conozca a cabalidad todos sus requerimientos; en el manejo ambulatorio.

CASO 4

Nombre: Maria Patricia Céspedes.

Género: Femenino.

Edad: 55 años de edad.

Estado civil: Soltera.

Hijos: 5.

Lugar de residencia: Medellín, Barrio Villa del Socorro.

Composición familiar: la paciente y el menor de sus hijos el cual consume SPA, conforman familia de tipología monoparental de jefatura femenina, es posible evidenciar límites difusos al interior

de dicho subsistema. Con sus hijos, la paciente sostiene comunicación y contacto ocasional y relaciones superficiales; la hermana de la paciente refiere tensión familiar de vieja data en el subsistema parento filial y malos tratos de los hijos hacia la madre, todo esto dado que por cuestiones de trabajo, la paciente dejó la crianza de sus hijos en manos de la abuela materna, lo que dificulta hoy las relaciones y vinculación entre la paciente y sus hijos.

Es una hermana, Sra. Nereida Valderrama, quien brinda acompañamiento y cuidados de manera principal en el manejo ambulatorio, apoyada por 4 hijos de esta. Reside en vivienda familiar ubicada en el barrio Villa del Socorro, en vivienda que cuenta con condiciones habitacionales y servicios públicos establecidos, en cuanto al sostenimiento es asumido de manera compartida por los hijos y otros miembros de la familia quienes brindan soporte y acompañamiento.

A partir de lo identificado y lo indagado con la hermana de la paciente, se atribuyen los reingresos a la Clínica y la desmejoría en la salud de la paciente a su condición emocional relacionada con su condición familiar y las relaciones al interior del subsistema parentofilial, sumado a que la cuidadora principal en el manejo ambulatorio, no pertenece al grupo conviviente.

CASO 5

Nombre: Carolina Arbeláez Soto.

Género: Femenino.

Edad: 28 años de edad.

Estado civil: Unión libre.

Hijos: 0.

Lugar de residencia: Medellín, Barrio Campo Valdés.

Composición familiar: Conviven la paciente y su compañero sentimental, conforman tipo de familia identificada como diada conyugal. Las relaciones entre la pareja son de unión y cohesión familiar mediante una comunicación asertiva y fluida. En relación al grupo familiar de origen: sus padres están separados, tiene 7 hermanos: 4 hombres y 3 mujeres, residen en el barrio Moravia, todos independientes con quienes sostiene relación distante, poca comunicación vinculación con el proceso de enfermedad, de su familia solo dice contar con el apoyo de una hermana presunta consumidora de SPA, quien ha estado dispuesta a brindar soporte en su tratamiento hospitalario y ambulatorio. La paciente reside en vivienda alquilada, en obra negra, con condiciones adecuadas para ser habitada, servicios públicos básicos de agua y energía. Los ingresos familiares provienen del trabajo del compañero sentimental quien se desempeña como vendedor ambulante, anteriormente los gastos eran compartidos por la pareja, la paciente laboraba en venta de minutos, dada su condición de salud, lleva sin hacerlo aproximadamente 2 meses.

Consumo de sustancias psi coactivas por parte de la paciente, en compañía de su compañero afectivo, sin asistencia a tratamientos de desintoxicación. En intervención en medio de la hospitalización, la paciente sobre su enfermedad (Lupus) refirió que tiene pobre consciencia de la misma, le genera sentimientos de depresión.

En lo referente a la falta de adherencia al tratamiento, es posible identificar, paciente con antecedentes de consumo de SPA, sin introspección de su condición actual, con escaso apoyo familiar hospitalario y ambulatorio, es su compañero sentimental; también consumidor de SPA; quien brinda soporte en relación a sus necesidades.

CASO 6

Nombre: Luis David Herrera.

Género: Masculino.

Edad: 64 años de edad.

Estado civil: separado.

Ocupación: vendedor ambulante

Hijos: 2 hijos biológicos, 2 de crianza.

Lugar de residencia: Medellín, Barrio Manrique, La Salle.

Composición familiar: Vive solo conformando tipología de familia identificada como unidad doméstica, con sus hijos biológicos no sostiene comunicación, las relaciones son distantes, no se encuentran vinculados con los cuidados de éste, familia con relaciones superficiales e inestabilidad en los lazos afectivos.

Son su ex pareja y sus dos hijas de crianza quienes se han hecho cargo del paciente, tanto durante las estancias hospitalarias como en el manejo ambulatorio, sostienen relaciones caracterizadas por la cooperación, el cuidado, el respeto y sostienen lazos afectivos establecidos.

El paciente reside en vivienda arrendada, ubicada en el Barrio Manrique La Salle, construida en material con servicios públicos básicos instalado, está localizada cerca de la vivienda de sus hijas de crianza y a la de su ex pareja, éstas se trasladan para brindar soporte instrumental. Para el sustento económico la hijastra del paciente cuenta con el apoyo de uno de sus hijos y al parecer pide ayuda de los vecinos.

La falta de adherencia al tratamiento se da ya que el paciente es un adulto mayor, con red de apoyo familiar inoperante, su red de apoyo social no cuenta con el tiempo, los recursos y la disponibilidad para brindar acompañamiento y cuidados de manera permanente.

CASO 7

Nombre: Maria Claudia García Hernández.

Género: Femenino.

Edad: 63 años de edad.

Estado civil: soltera.

Hijos: 2.

Lugar de residencia: Medellín, Barrio Manrique Central.

Composición familiar: conviven la paciente, sus dos hijas y tres nietos, conformando una familia de tipología extensa, con su grupo familiar conviviente tiene relaciones estables, de respeto, cuidado y afecto, mediadas por la comunicación asertiva y fluida, los roles están bien definidos: las hijas de la paciente son las cuidadoras y proveedoras económicas, los nietos son estudiantes, éstos junto con la paciente apoyan algunas tareas en el hogar y ésta última es quien recibe los cuidados, por parte de su familia de origen sostiene relación estable y cercana con una de sus hermanas.

Reside en el Barrio Manrique Central, en vivienda arrendada construida en material, con adecuadas condiciones habitacionales y servicios públicos prepago, el sustento económico es asumido de manera compartida entre las hijas de la paciente, las cuales se dedican a la venta ambulante.

En lo referente a la adherencia al tratamiento es posible evidenciar que hay algunos cuidados que requieren ser reforzados, pues los ingresos a la clínica es posible que se estén presentando como consecuencia del desconocimiento de los mismos, ya que en diferentes ocasiones el catéter de diálisis de la paciente se ha obstruido e infectado.

RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realiza contacto telefónico con los pacientes y en algunos casos con sus familias para citarlos y realizar intervención de acuerdo a lo definido en la metodología.

Para el caso de **María Camila Morales Vélez**, se solicita que haga presencia la mayor parte de su grupo familiar junto con ésta en la clínica el día 9 de Agosto a las 3 de la tarde, éste día se

presentan a la oficina de Trabajo Social la madre, la hija y la tía de la paciente, la madre refiere que la paciente no tuvo deseos de asistir al encuentro, por lo que se contacta telefónicamente a la misma para indagar a profundidad las razones de su inasistencia, manifiesta que en los últimos días había tenido algunas dificultades y altercados con su madre, se reprograma la reunión para el día 16 de Agosto a las 2 de la tarde, se compromete a asistir. Sin embargo se dialoga con la madre sobre la condición actual, refiere que María Alejandra continúa adoptando los mismos hábitos de vida y que ella como cuidadora y responsable se siente agotada y no tiene deseos de seguir brindando apoyo a la misma, expresa que en ocasiones la paciente cuando se encuentra bajo efectos de SPA manifiesta deseos de comenzar procesos de rehabilitación, por lo que se proporciona listado de Instituciones para vinculación a procesos de desintoxicación y rehabilitación, la cual se tenía programado compartir en medio de la intervención.

El día 16 de Agosto se realiza llamada telefónica en las horas de la mañana a la vivienda de la paciente para verificar su asistencia al encuentro programado para este mismo día en las horas de la tarde, la madre refiere que la paciente no ha hecho presencia en la vivienda desde hace 3 días aproximadamente, por lo que no es posible realizar intervención en dicha ocasión.

En la madrugada del 25 de Julio de 2017, fallece **Elena Hurtado Quiceno** en la Institución, al momento del deceso hace presencia en la Clínica gran parte del grupo familiar de la paciente, asisten aproximadamente 5 miembros de la familia, este fue un hecho particular a las anteriores hospitalizaciones, dado que en los 15 reingresos que la paciente tuvo a la Clínica, en ningún momento contó con acompañamiento familiar.

La Señora **Mary Luz Botero** es citada el día 2 de Agosto junto con sus hijas y red de apoyo primaria para el día 9 de Agosto de 2017 a las 2 de la tarde, la hija de la paciente, Sra. Kelly Marcela Rueda manifiesta que hará presencia con su grupo familiar, sin embargo no acuden al encuentro pactado, se realiza llamada telefónica a un número de contacto de vivienda familiar, es posible

establecer comunicación con la paciente, a quien se le pregunta si estaba enterada del encuentro, frente a lo que afirma que tenía conocimiento, sin embargo no pudo hacer presencia dado que no tiene acceso a la bala de oxígeno de transporte que requiere para su traslado de un lugar a otro, ésta es prestada una vez por mes y la paciente ya había hecho uso de ella para asistir a una cita médica, además decía sentirse en regulares condiciones de salud, se solicita hacer el encuentro a los 8 días siguientes, se muestra poco receptiva, sin embargo solicita un número de contacto al que se pueda contactar en caso de no poder asistir, el día 16 de Agosto en las horas de la mañana se realiza contacto con la paciente para confirmar su asistencia a la intervención, expresa encontrarse delicada de salud y que sus hijas no se encuentran en la vivienda, por lo que no pueden hacer presencia.

Se realiza llamada telefónica el día 2 de Agosto de 2017 a la familia de la paciente **Maria Patricia Céspedes** para acordar un encuentro para el miércoles de la semana siguiente, la hermana de ésta, Sra. Nereida Valderrama, informa que su hermana había fallecido el pasado 29 de Julio de 2017, por lo que no es posible realizar intervención familiar.

Para el día 9 de Agosto de 2017 se programa encuentro con la familia de la paciente **Carolina Arbeláez Soto**, se realiza contacto con la madre de la paciente quien se compromete a presentarse con el resto del grupo familiar en la clínica a las 10 de la mañana de este día, brinda un número de contacto correspondiente a la hermana de la paciente, con quien ésta estaba residiendo en el momento en que se realiza la citación, se solicita a la madre que replique la información al resto del grupo familiar en caso de no poder establecer contacto con la paciente y su hermana, lo cual la madre acepta. Pese a que en repetidas ocasiones se marcó al número brindado por la madre no fue posible obtener respuesta. La familia y la paciente no acuden a la Clínica al encuentro que se había pactado con anterioridad, se realiza llamada al padre de la paciente, el cual asegura que no tenía conocimiento sobre el encuentro, por lo que se le brinda la información a él para intervención el próximo miércoles 16 de Agosto, se muestra receptivo, afirma que acudirá al encuentro, teniendo en cuenta que en la ocasión anterior la información no había sido entregada, se realiza contacto también con la hermana de la paciente

logrando obtener respuesta, explica que anteriormente no tenía activo el servicio de celular, se brinda la información para el encuentro, solicitando que su grupo familiar haga presencia junto con la paciente y su compañero sentimental, refiere que la paciente ya no convive con su pareja y no sostienen relación sentimental; se compromete a asistir con la paciente. Ninguno de los miembros hace presencia, se llama a los números de las personas pertenecientes al grupo familiar de la paciente para conocer las razones de su inasistencia, sin recibir respuesta de ninguno de ellos.

Se realiza contacto telefónico con una de las hijas de crianza del paciente **Luis David Herrera**, manifiesta que el paciente se encontraba residiendo en la vivienda de su ex esposa y era ella quien brindaba ayuda instrumental, sin embargo dado que el paciente cuenta con escasa red de apoyo, fue acogido por la alcaldía de Medellín en programa del adulto mayor para institucionalización en Hogar Geriátrico en modalidad de larga estancia; es posible entablar conversación con su ex esposa, la cual manifiesta que ni ella ni el paciente se sienten conformes con la atención que le están brindando en el Hogar Geriátrico, por lo que se habían estado comunicando con una de las hermanas del paciente para gestión de recursos que permitieran pagar una vivienda cercana a la de su ex pareja, no se había llegado a un acuerdo, por lo que se realiza un segundo llamado telefónico el día 9 de Agosto de 2017, la ex pareja refiere que llegó a un acuerdo económico con la hermana del paciente para nueva ubicación de éste, afirma que no ha sido posible encontrar una vivienda que cuente con los requerimientos familiares y de su red de apoyo, se indaga por las razones por las que no puede ubicarse de nuevo en su vivienda, ante lo que manifiesta que ella es una adulta mayor que no está en capacidad de brindar de manera permanente los cuidados ambulatorios que requiere éste, se indaga por la pertinencia de retirar al paciente del Hogar Geriátrico en el que se encuentra, teniendo en cuenta que allí cuenta con los cuidados y el acompañamiento que su red de apoyo no está en posibilidades de brindar, refiere que es inadecuado, teniendo en cuenta las condiciones sociofamiliares del paciente, por lo que decide no continuar con la búsqueda de nuevos lugares de residencia y se compromete a continuar brindando acompañamiento ambulatorio en s estadía en el Hogar.

En el caso de la paciente **Maria Claudia García Hernández**, se realizó llamado en múltiples oportunidades al número de contacto en el que fue posible establecer comunicación inicial, en el cual no se recibe respuesta para definir fecha de encuentro, no es posible realizar intervención dado que no se contaba con otros números de contacto.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA

Además de que las características propias del proyecto y la población con la que se desarrollaría dan respuesta a la imposibilidad de realizar las intervenciones, es posible identificar algunos factores adicionales que influyen directa o indirectamente sobre la falta de adherencia al tratamiento de parte de los pacientes, como los son: las razones institucionales, contextuales o relativas a la realidad social en la que viven y las dificultades administrativas del sistema de salud, y que a continuación se exponen:

RAZONES INSTITUCIONALES

Para la realización del presente proyecto la IPS Universitaria puso a disposición un listado obtenido del área de Gestión de la Información, en el que se encuentran registrados los pacientes que reingresan a la Clínica y que se da a partir de la lectura de cada una de sus Historias Clínicas y se determina a quién, entre paciente, IPS o EPS es atribuible la razón de reingreso. Por su parte, el área de calidad realiza seguimiento y análisis de la información, para posteriormente incluir algunas medidas en el Plan de Mejoramiento de la Institución, que se publica semestralmente para evitar que se repitan futuras situaciones de este tipo.

Pese a la existencia de este insumo, se logró identificar que las acciones de mejoramiento se ejecutan a mediano plazo, aspecto que debe ser replanteado, teniendo en cuenta que se busca generar un cambio a corto plazo, que reduzca los reingresos a la Clínica. Se sugiere que las situaciones sean indagadas de manera directa con los pacientes y sus familias ya que da una mirada más amplia y precisa de las mismas, por lo que el contacto telefónico puede ser un medio viable para obtener la información.

Adicionalmente, hay algunos casos de falta de adherencia al tratamiento que son identificados por Trabajo Social desde la hospitalización, y pese a que requieren de un seguimiento ambulatorio para la reducción de riesgos por condiciones sociofamiliares, no son reportados ni atendidos por la Trabajadora Social encargada de la Atención Domiciliaria, pues los únicos casos que interviene son los identificados por los médicos tratantes en el manejo ambulatorio. Teniendo en cuenta lo anterior, la atención inicial realizada durante la estancia hospitalaria por parte de Trabajo Social, no tiene trascendencia, perdiendo de vista un gran número de casos que podrían reportarse desde la estancia hospitalaria y evitar reingresos.

Por lo expuesto, se considera importante contemplar la pertinencia de realizar un trabajo mancomunado entre las Trabajadoras Sociales que atienden los casos de los pacientes hospitalizados en la Clínica León XIII y la Trabajadora Social de Atención Domiciliaria.

RAZONES CONTEXTUALES O RELATIVAS A LA REALIDAD SOCIAL EN LA QUE VIVEN LOS PACIENTES

En la realidad social de los pacientes PGP Savia Salud existen algunas situaciones de carácter social como la pobreza, el consumo de SPA y el abandono o negligencia familiar, los cuales afectan la calidad de vida de la población e inciden en la problemática atendida por el presente proyecto. La mayoría de pacientes adscritos a la EPS elegida para el desarrollo del proyecto se caracteriza por ser de escasos recursos económicos, residen en la Zona Nororiental de la ciudad de Medellín, barrios periféricos en los que, según el documento de rendición de cuentas a la ciudadanía de la Comuna 3 del año 2013; predominan los estratos 1, 2 y 3. (Alcaldía de Medellín. 2013).

Como lo exponen Álvarez, García y Londoño (2016) en su texto *Crisis de la salud en Colombia: limitantes del acceso al derecho fundamental a la salud de los adultos mayores*, los pacientes se encuentran con algunas barreras para el acceso a la salud, pueden encontrarse con algunos inconvenientes relacionados con su capacidad económica, en muchas ocasiones no tienen la posibilidad de asistir a citas médicas, reclamar los medicamentos en lugares lejanos a sus viviendas,

comprar algunos aditamentos o fármacos, seguir tratamientos ambulatorios enviados por el médico que no son cubiertos por el POS o no son entregados de manera oportuna por la EPS, lo que genera falta de adherencia al tratamiento y reingresos a la Clínica. (Álvarez, G; García, M y Londoño, M. 2016. P. 16).

Adicionalmente, el contexto social en general y especialmente de algunos de los barrios en los que reside la población perteneciente al proyecto, está mediado por la problemática del consumo de sustancias psicoactivas, aspecto que como es mencionado en el artículo *Familia y consumo de sustancias psicoactivas: una búsqueda de lo ausente*, influye en la dinámica familiar y genera situaciones conflictivas al interior del grupo, este fenómeno en ocasiones tiene relación directa con los reingresos, sea porque el paciente es consumidor de SPA y por sus hábitos de vida no es adherente al tratamiento, o porque el familiar con el que convive el paciente y asume el rol de cuidador principal presenta consumo activo de SPA, por lo que no contará con los cuidados adecuados en el manejo ambulatorio. (Muñoz, M; Gallego, C; Wartski, C y Álvarez, L. 2012.)

En el presente proyecto, en dos de los casos se evidencia que las pacientes presentan adicción al consumo de drogas y en otro de ellos, uno de los familiares, quien asume el rol de cuidador principal de la paciente también presenta consumo de SPA, por lo que en este último caso se ve afectada tanto la atención prestada por parte del familiar a los cuidados requeridos por la paciente en el manejo ambulatorio, como la dinámica familiar.

Por su parte, como es presentado por Canga, A y Esandi, N, en su documento, *La familia como objeto de cuidado: hacia un enfoque integrador en la atención de enfermería*, la vinculación familiar a los procesos de cuidado de los pacientes, cobra un papel primordial, la familia se convierte en un recurso y factor protector, es quien apoya los cuidados de los pacientes en la estancia hospitalaria y el manejo ambulatorio, influye en la recuperación del paciente. (Canga, A y Esandi, N. 2016).

Sin embargo existen casos en los que la familia en su totalidad o cierta parte de los miembros del grupo no asumen y no se vinculan con los procesos de salud/enfermedad, lo cual se considera como abandono y/o negligencia familiar, éstos son dos de los factores que influyen en el reingreso, pues se verá afectada la adherencia al tratamiento de esos pacientes, debido a múltiples razones, entre las que se destacan: el desinterés por parte de sus familiares, contar con escasa red de apoyo o no tenerla, las múltiples ocupaciones de sus cuidadores, el desconocimiento de los cuidados específicos requeridos por el paciente. Estas causas deben ser identificadas, atendidas o intervenidas dado que son los motivos por los que los pacientes reingresan.

DIFICULTADES ADMINISTRATIVAS DEL SISTEMA DE SALUD

Como ya fue mencionado en el presente texto y apoyado en lo expuesto por Martínez, F (2013), el sistema de salud colombiano, sufre una crisis económica y administrativa que dificulta la oportuna y adecuada atención de algunos de los pacientes que requieren cuidados, afectando tanto los servicios hospitalarios como la oportunidad en la atención y requerimientos ambulatorios. (Martínez, F. 2013. P. 22)

La priorización de la atención global, por encima de la atención integral y de calidad, ha afectado los procesos individuales de los pacientes ya que desconocen necesidades vitales básicas por la falta de recursos; la no provisión de medicamentos o elementos esenciales para el manejo de las enfermedades también ocasiona afectaciones a la prestación de los servicios de salud, que en últimas redundan en la falta de adherencia al tratamiento por parte de los pacientes.

Esta situación se ejemplifica en uno de los casos de insistencia a los encuentros de intervención del proyecto, en el que una de las pacientes no contaba con el cilindro de oxígeno de transporte y su EPS se lo proporciona bajo la modalidad de préstamo una vez al mes por tres días, por lo que el resto de días no puede salir de su vivienda, esto sumado a que por las dificultades económicas anteriormente expuestas, es probable que la paciente y su familia no cuenten con los recursos económicos para obtener un cilindro de manera particular.

Si bien la Entidad Prestadora no se encuentra en la obligación de brindarle el cilindro de oxígeno de transporte a la paciente, proporcionárselo se traduciría en la reducción de riesgo de reingreso a la Clínica, mejora de niveles de estados de ánimo por la posibilidad de desarrollar diferentes actividades de su vida personal por fuera de su vivienda, lo que podrá contribuir a una mejor calidad de vida. Como este existen muchos otros casos en los que la falta de entrega de elementos requeridos por los pacientes afecta su cotidianidad y dinámicas sociales y familiares.

EVALUACIÓN DEL PROYECTO

Se considera de gran importancia dar continuidad al presente proyecto pues en caso de que sea posible realizar las intervenciones que se tenían programadas, es posible lograr el objetivo general descrito, la reducción de reingresos a la Clínica.

Para la institución, la reducción de reingresos representará menos congestión en los servicios de atención, reducción de costos y más aún, teniendo en cuenta las condiciones de contratación o convenio bajo la modalidad PGP; la disminución de las incluidas en los planes de mejoramiento institucionales, lo que evidenciaría mejora en los procesos internos y en la atención en salud; además mejoraría su posicionamiento social frente a los usuarios y no usuarios de la Clínica y en el área de la salud se consideraría un modelo a seguir a nivel local y nacional.

Para el área de Trabajo social, los resultados que arroje la realización del proyecto podrían mejorar su reconocimiento a nivel institucional, favoreciendo los indicadores positivos y además hará evidente la importancia del área en el proceso de atención en salud, entregándole proyectos que ayuden a mejorar los procesos y aumenten la productividad y eficiencia de la Clínica.

Además, la búsqueda del bienestar que persigue el concepto de salud actual, también se vería impactada por el proyecto. Ejecutarlo, involucra una atención integral a los pacientes, reconociendo y dándole más peso a sus condiciones sociofamiliares, de manera que el análisis e intervención en los

casos que lo requieran, permitiría aportar a la mejora en la calidad de vida y el bienestar de los pacientes y a su vez, mejorar sus condiciones de salud.

CAMPO DE PRÁCTICA

La IPS Universitaria como campo de práctica es una excelente opción para pensar la academia, hacer material lo teórico, acercarse a la realidad, al contexto social e institucional, a la vida laboral, y continuar una construcción personal.

ACADEMIA

-Al considerar que la elección de éste, como campo de práctica, se realiza desde cierto desconocimiento y teniendo en cuenta que por medio de ésta práctica es posible abrir la perspectiva profesional, se evidencia la necesidad de que en el programa académico se retome el papel del Trabajo Social en el área de la salud, su desempeño e importancia, ya que en la actualidad se atraviesa por una fuerte crisis que requiere de la intervención de Trabajo Social y preparación por parte de los profesionales en la misma.

-Las Trabajadoras Sociales en su práctica cotidiana tienen clara la finalidad del Trabajo Social, dando prioridad a las intervenciones de los casos que son remitidos por el área médica, y delegando las actividades operativas al Voluntariado de la Clínica, conformado por un grupo de mujeres adultas que se dedica a brindar apoyo asistencial y operativo al área de Trabajo Social, en la entrega de elementos materiales y el acompañamiento básico, lo que ratifica el sustento teórico de la profesión y le ratifica al estudiante la importancia de la intencionalidad.

REALIDAD/TEORÍA

-A lo largo de la vida académica se le aclara al estudiante que en la realidad social encontrará algunas barreras para la consecución de objetivos y el desarrollo de proyectos, fue el caso de esta práctica en particular, ya que inicialmente surgieron múltiples ideas para la realización del proyecto de intervención, sin embargo, por los intereses de la institución no era viable su ejecución, aspecto que da

una primera impresión y es allí donde cobran relevancia los conceptos de las redes de apoyo, la gestión interinstitucional y el desarrollo de la creatividad.

CONTEXTO SOCIAL

-La Clínica es un lugar en el que es posible trabajar con todo tipo de grupos poblacionales y permite al profesional en formación conocer sus gustos para una futura decisión frente a una oferta o campo laboral. En la práctica se evidencia la importancia de la gestión de recursos materiales e inmateriales, se tiene un acercamiento con algunos entes públicos y se profundiza en el conocimiento de las redes de apoyo interinstitucional frente a diferentes problemáticas de orden social.

CONTEXTO INSTITUCIONAL

-En la IPS Universitaria se tiene la fortuna de contar con 5 trabajadoras sociales como asesoras académicas, por lo que es posible conocer diferentes estilos de intervención, tomar elementos que se consideren útiles y determinar las actuaciones inconvenientes de carácter personal y profesional cuando se trata con el otro; además se conocen otros campos de acción ya que ellas cuentan con experiencias adquiridas a lo largo de su vida profesional, algunos por fuera del área de la salud. Se destaca también la posibilidad que da el tiempo compartido con ellas de crear vínculos que permiten adquirir sentido de pertenencia por el área. Permite un trabajo interdisciplinario y conocer conceptos básicos en el contexto de la salud.

PERSONAL

-Finalmente y no menos importante, las ganancias personales que deja la IPS como campo de práctica son invaluable, en 6 meses los cambios son muchos, la posibilidad de dar con personas que desde sus singularidades aportan al crecimiento y aprendizaje personal, es además un espacio que enseña a apreciar lo que se tiene, a mejorar la capacidad de expresión de ideas, a dejar los miedos y retarse a diario.

BIBLIOGRAFÍA

- Simons, H, (2011) El estudio de caso: Teoría y práctica. Madrid, España: Ediciones.
- Vélez, O, (2003). *Reconfigurando el Trabajo Social: perspectivas y tendencias contemporáneas*. Bueno Aires, Argentina: Espacio Editorial.

CIBERGRAFÍA

- Alcaldía de Medellín. (2013). *Cuentas Claras Comuna 3 Medellín*. Retomado de:
<https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Nuestro%20Gobierno/Secciones/Plantillas%20Gen%C3%A9ricas/Documentos/2013/Cuentas%20Claras%20Comuna/1%20octubre/comuna%203%20baja.pdf>
- Álvarez, G; García, M; Londoño, M. (2016). *Crisis de la salud en Colombia: limitantes del acceso al derecho fundamental a la salud de los adultos mayores*. Consultado el 20 de Septiembre de 2017. Retomado de: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/derecho/article/view/4073/2670>
- Café Salud. (s.a). Protocolo de pagos a prestadores y proveedores de servicios y tecnologías en salud. Retomado de: <https://www.cafesalud.com.co/images/documentos/protocolo-pagos-a-prestadores-y-proveedores-de-servicios-y-tecnologias-en-salud.pdf>
- Canga, A; Esandi, N. (2016). *La familia como objeto de cuidado: hacia un enfoque integrador en la atención de enfermería*. Consultado el 21 de Septiembre de 2017. Retomado de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272016000200016&lng=es&nrm=iso
- Cruz Roja Española, Prosalus. (2014). Comprendiendo el derecho humano a la salud: la importancia de los determinantes sociales de la salud. Recuperado de: <http://www.aecid.es/Centro->

- Documentacion/Documentos/Publicaciones%20coeditadas%20por%20AECID/Comprendiendo_e
l_derecho_humano_a_la_salud%20(2).pdf
- Gobernación de Antioquia. (2016). Plan Territorial de Salud. Plan de Desarrollo “Antioquia piensa en grande, 2016-2019”. Retomado de:
https://www.dssa.gov.co/__media__/_sssa/dssa.gov.co/images/documentos/PLAN%20TERRITORIAL%20DE%20SALUD%20WORD%20_%20VERSI%C3%93N%208.pdf
 - IPS UNIVERSITARIA. Servicios de Salud Universidad de Antioquia. (s.a). Retomado de:
<https://www.ipsuniversitaria.com.co/es/>
 - Martínez, F. (2013). *La crisis de la seguridad social en salud en Colombia ¿Efecto inesperados del arreglo institucional?*. Consultado el 22 de Septiembre de 2017. Retomado de:
http://www.fedesalud.org/documentos/EstudiosFD_15_Crisis-seguridad-social-salud-Colombia.pdf
 - Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Acuerdan plan de salvamento para Savia Salud. Boletín de Prensa No. 008 de 2017. Retomado de: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Acuerdan-plan-de-salvamento-para-Savia-Salud.aspx>
 - Ministerio de Salud y Protección Social. (s.a). Aseguramiento en salud, riesgos laborales y pensiones. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/aseguramiento.aspx>
 - Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Ley Estatutaria No. 1751. Retomado de:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/ley-1751-de-2015.pdf>

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Política de atención Integral en Salud “un sistema de salud al servicio de la gente”. Retomado de:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

- Muñoz, M; Gallego, C; Wartski, C; Álvarez, M. (2012). *Familia y consumo de sustancias psicoactivas: una búsqueda de lo ausente*. Consultado el 21 de Septiembre de 2017. Retomado de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000200006

- Quiroz, A; Velázquez, A; García, B y González, S. (s.a). *Técnicas Interactivas para la investigación social cualitativa*. Consultado 29 de Julio de 2017. Tomado de:
http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/pluginfile.php/101098/mod_resource/content/0/técnicas_interactivas1.pdf

- Savia Salud EPS. (2016, Junio 15). ¿Qué es Savia Salud EPS? [Archivo de video]. Recuperado de:
<https://www.youtube.com/watch?v=Ep4DNXYBw84>