

**PROYECTO PRÁCTICA PROFESIONAL III:
SISTEMATIZACIÓN DE LAS RUTAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN UTILIZADOS
DESDE EL ÁREA DE TRABAJO SOCIAL DE LA CLÍNICA LEÓN XIII: UN
ENMARQUE AL QUEHACER PROFESIONAL DEL TRABAJADOR/A SOCIAL EN EL
ÁREA DE LA SALUD.**

WENDY TATIANA CORREA VELEZ

LUZ EDILMA AGUIRRE OSORIO

Asesora académica

**BEATRIZ ELENA RICO
CRISTINA VILLAMIZAR
MARILYN GARCIA
MARIELLY JARAMILLO**

Asesoras institucionales

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
MEDELLÍN
2017**

TABLA DE CONTENIDO

1. Antecedentes.....	4
1.1 Una definición General de Salud.....	5
1.2 El sector de la salud en Colombia.....	6
1.3 IPS Universitaria.....	9
2. Justificación.....	13
3. Marco de referencia.....	15
3.1 Primera Parte: conceptos a tener en cuenta en la atención de las interconsultas y realización de intervenciones en el área de la salud.....	17
3.2 Segunda parte: rutas integrales de atención social.....	22
3.2.1 Ruta de paciente víctima de violencia sexual, género o intrafamiliar.....	24
3.2.1.1 víctimas de violencia sexual.....	26
3.2.1.2 víctimas de violencia de género o intrafamiliar.....	28
3.2.2 Ruta para pacientes y/o familiares víctimas de accidentes causados por MAP (mina antipersonal), MUSE (munición sin explotar) o AEI (artefacto explosivo improvisado)	29
3.3 Tercera parte: protocolos de atención pertenecientes a la Clínica León XIII.....	33
3.3.1 Usuarios del área metropolitana con dificultades para regresar a su lugar de residencia al momento del egreso de la clínica.....	34
3.3.2 Cuidador del paciente hospitalizado que presenta dificultad para satisfacer algunas necesidades básicas.....	36
3.3.3 Paciente de alta que se encuentra sin acompañante.....	40
3.3.4 Paciente habitante de calle o en situación de calle.....	41
3.3.5 Adulto mayor en situación de abandono.....	44
3.3.6 Adulto mayor que al momento del egreso será institucionalizado en un hogar geriátrico.....	45
3.3.7 Paciente que ha sido remitido de otra clínica u hospital.....	47
3.3.8 Paciente del programa de trasplante.....	49
3.3.9 Paciente del programa hepatobiliar.....	53
4. Objetivos.....	54
5. Diseño metodológico.....	56

6. Plan operativo.....	57
6.1 Estrategias.....	57
6.2 Población.....	58
6.3 Recursos.....	59
6.4 Cronograma.....	60
7. Sistematización de tres casos atendidos por el área de Trabajo social durante el año 2016-2017.....	62
7.1 Caso 1: Paciente menor de edad víctima de presunto abuso sexual infantil.....	64
7.2 Caso dos: Paciente adulto mayor dependiente en sus actividades básicas con dificultades para egresar de la clínica.....	72
7.3 Caso tres: Paciente víctima de agresión sexual.....	79
8. Reflexión Final.....	87
8.1 Relevancia del Trabajo social en el área de la salud.....	87
8.2 La IPS Universitaria como entidad formadora de estudiantes.....	90
9. Conclusiones.....	92
Bibliografía.....	93

1. ANTECEDENTES

El paso de una época a otra, trae consigo una serie de transformaciones económicas, políticas, culturales y sociales que se encargan de enmarcar cada uno de los contextos en los que se desenvuelven las personas, buscándose a través de cada uno de ellos un desarrollo físico, psicológico y social a partir del cual cada una de las necesidades básicas se puedan satisfacer adecuadamente, garantizándose además el cumplimiento de los derechos fundamentales. Sin embargo, el sistema neoliberal que prevalece actualmente, se encuentra permeado por ideales desde los cuales la adquisición monetaria y el individualismo se convierten en uno de los principales conductores.

Las medidas que son adoptadas en los diferentes ámbitos sociales desde el neoliberalismo han ido modificando progresivamente el funcionamiento de la sociedad en sus diferentes sectores, siendo la salud uno de ellos, priorizándose el crecimiento económico y la cobertura ante el bienestar humano, aspecto justificado bajo el ideal de alcanzar un desarrollo sostenible.

Los componentes monetarios y adquisitivos se han ido vinculando al área de la salud como fines comunes del sistema de salud que rige en la actualidad. De esta forma, Sachs plantea tres canales a través de los cuales se generan estos vínculos. El primero de ellos afirma que ciertas enfermedades que se pueden prevenir reducen el número de años de vida saludable de los individuos, ocasionando pérdidas económicas a la sociedad por la interrupción de estas vidas, ya sea por una muerte temprana o por una discapacidad crónica. El segundo canal está relacionado con el efecto de las enfermedades sobre las decisiones de inversión de los padres en sus hijos e hijas, pues un gran número de estos reduce la habilidad de las familias pobres de invertir adecuadamente en la salud y educación de cada uno de ellos. Por último, el tercer canal establece que las enfermedades tienen un efecto negativo en las iniciativas de inversión, ya que cualquiera de ellas se puede dificultar por la presencia de algún tipo de dolencia. Así mismo, las enfermedades endémicas y epidémicas reducen la cooperación social, la estabilidad política y macroeconómica de un país. (Sachs 2011 citado por Santa María, García, Rozo, Uribe, 2010, pág. 4)

Desde estos planteamientos, la salud y los ingresos están proporcionalmente relacionados, considerándose como la existencia del primero influye directamente en el desarrollo de cada una

de las actividades que permiten mantener o adquirir mayores ingresos, garantizándose de esta forma una mejor calidad de vida. Por ello, actualmente en diversos países el sistema de salud se encuentra en crisis, no habiendo cobertura para el número de usuarios que deben ser atendidos desde cada entidad. Sin embargo, para poder comprender ampliamente las implicaciones de esto en la actualidad, se hace necesario en primera instancia definir el concepto de salud, para posteriormente analizar éste mismo en el contexto colombiano.

1.1 Una definición general de Salud

El concepto de salud con el tiempo se ha ido modificando según las necesidades que van surgiendo en cada época. Por ello, para comprenderlo en su totalidad se hace necesario estudiar algunas de las definiciones que han sido utilizadas a lo largo de los años.

Según Briceño-León (2000) “la salud es una síntesis; es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional” (pág. 15). A partir de esto, la salud se comienza a concebir como la unión de diversos aspectos que van desde lo biológico hasta lo social, reconociéndose como ambos se mueven en una relación dialógica, en donde la ausencia de uno repercutiría seriamente en el desarrollo de los demás.

De forma similar, el médico Herbert L. Dunn, citado en blog “salud y sociedad”, plantea que la salud es “Un alto nivel de bienestar, un método integrado de funcionamiento orientado hacia maximizar el potencial de que el individuo es capaz. Requiere que el individuo mantenga un continuo balance y de dirección con propósito dentro del ambiente en que está funcionando. Comprende tres dimensiones: Orgánica o Física, Psicológica y Social: El ser humano ocupar una máxima posición en las tres dimensiones para gozar de buena salud o tener alto grado de bienestar, lo cual dependerá en gran medida del ambiente que lo rodea”. (Canul, Y. 2012)

En base a esto, se puede observar como la salud se ha ligado fuertemente tanto al bienestar como a la calidad de vida de los individuos. De esta forma, uno de los conceptos que más ha sido avalado y se sigue aplicando en la actualidad es aquel desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) quien define la salud como:

... un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados. (Organización Mundial de la Salud, s.f)

Desde esta definición la salud pasa a constituirse en un equilibrio entre la ausencia de la enfermedad y el bienestar social. Pero aunque estas definiciones separen el bienestar en tres componentes: físico, mental y social, se debe concebir cada uno de estos aspectos del ser humano como una totalidad. Por ello, se empieza a dar paso a una visión integral de la salud, construyéndose el concepto de *Salud holística*, desde el cual se busca priorizar más el bienestar a la enfermedad, reconociéndose la importancia de las redes de apoyo de los pacientes y su influencia en la recuperación de éstos.

1.2 El sector de la salud en Colombia

El sector de la salud en Colombia progresivamente se ha ido constituyendo en un campo de preocupación para población, en especial para aquellos que debido a diferentes motivos no pueden acceder a él a cabalidad, siendo cada vez más evidente la comercialización de éste servicio, desde el cual quienes más remuneración monetaria tienen más accesibilidad tendrán a los servicios en comparación con aquellas personas de escasos recursos, últimas que se deberán enfrentarse a la espera prolongada (en ocasiones) para la solicitud de citas médicas, tratamientos o cirugías, presentándose múltiples casos en los cuales los usuarios fallecen a la espera de procedimientos y citas con especialistas, o simplemente al no poder ingresar a un centro asistencial en un momento de urgencia, a pesar de que la seguridad social está instaurada como uno de los derechos fundamentales de los seres humanos.

En la Constitución Política de 1991 en el artículo 48 se insta la seguridad social como un servicio público y obligatorio que se prestará bajo la supervisión y participación del Estado, teniendo como principios fundamentales la eficiencia, universalidad y solidaridad aplicados tanto a entidades públicas como privadas, siendo la ley la que definirá la asignación de los recursos a través de políticas de vigilancia y control. Estos aspectos se ven complementados desde el

artículo 49 donde se refiere que se garantizará a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, señalándose en qué circunstancias la atención básica se brindará de forma gratuita.

La implementación de estos artículos permitió que en la década de los 90 comenzara a repensarse una reforma estructural al sistema de salud con el fin de cambiar la ineficiencia e inequidad del sistema vigente en esa época, estableciéndose en 1993 desde el gobierno de Cesar Gaviria, la ley 100, cuyas reformas “pretendían, fundamentalmente, ampliar la cobertura y extender la atención primaria mediante un paquete básico de prestación de servicios” (Santa María et. Al, 2010, pág. 10)

Es así como el marco regulatorio de la ley 100 formalizó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) buscando una cobertura universal en un ambiente de equidad y calidad en la prestación de los servicios, cobertura universal que se alcanzaría con la consolidación de dos regímenes en salud: el régimen contributivo (RC) y el régimen subsidiado (RS), caracterizados por la solidaridad en el riesgo y la equidad en los servicios, brindándose a la población no vinculada a estos regímenes la posibilidad de acceder sin costo a los servicios de salud prestados a través de la red pública. (Rivera, 2013).

Con la reforma de la ley 100 se crearon, asimismo, nuevos agentes como Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que tienen la función principal de prestar servicios de aseguramiento integral en salud y se diferencian en EPS del régimen contributivo y ARS (administradoras del régimen subsidiado); también se da paso a Las Entidades Prestadoras de Salud (IPS) que proveen la infraestructura física para la prestación de los servicios e incluyen clínicas, hospitales y centros médicos. Por último, se crea el FOSYGA (Fondo de Solidaridad y Garantías), las ESE y la Superintendencia Nacional de Salud y el Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) quien se encarga de manejar el POS (plan obligatorio de salud ofrecido por las EPS a sus asegurados) y la UPC (que es la unidad de pago por capitación, ósea el ingreso que recibe una aseguradora por cada usuario) (Rivera, 2013).

Aunque estas concepciones en primera instancia bosquejan un sistema que podría responder adecuadamente a las necesidades de cada uno de los usuarios que la conforman, su aplicación se ha visto permeada por dos características principales de algunos de sus planteamientos.

La primera de ellas, se bosqueja a partir de la conformación de regímenes diferentes sustentados desde una concepción de solidaridad, la cual se convierte en un elemento que desplaza el papel del Estado como fuente principal de recursos económicos. De esta forma, se identifican dos tipos de solidaridades atribuidas a los regímenes de afiliación que se encuentran hoy presentes. La primera de ellas es “la solidaridad del régimen contributivo que se fundamenta en los “subsídios cruzados”, con los que las personas con mayores ingresos y menor cantidad de hijos subsidian la atención a la salud de las personas con ingresos más bajos y mayor número de hijos. Por otro lado, en el régimen subsidiado la solidaridad se aplica a través de la transferencia de las cotizaciones del régimen contributivo para el sostenimiento de las personas del régimen subsidiado”. (Rivera, 2013, pág. 7)

Sin embargo, para poder comprender esto a cabalidad, es pertinente definir en primera instancia cada uno de estos regímenes. El régimen contributivo (RG) al cual pertenecen las personas que tienen una vinculación laboral, los pensionados y sus familias. Por otro lado, el régimen subsidiado, que abarca a la población de bajos recursos económicos sin capacidad de pago, obteniendo acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado conocido como SISBEN (Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para Programas Sociales). Pese a ello, aunque inicialmente este régimen es planteado con el fin de garantizar atención a la población vulnerable, con el tiempo se ha convertido en el principal medio adoptado por la población colombiana para acceder a la salud, debido al desempleo, trabajo informal, entre otros factores que les dificulta o impiden afiliarse a un régimen contributivo.

La segunda característica que conlleva a replantearse el sistema adoptado desde la ley 100, se basa en la forma en que la salud pasa de considerarse un derecho fundamental a concebirse como un servicio, siendo definida la seguridad social en el artículo 4 de la ley 100 como “un servicio público obligatorio, cuya dirección, coordinación y control están a cargo del Estado y que será prestado por las entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidos en la presente Ley. Este servicio público es esencial en lo relacionado con el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Con respecto al Sistema General de Pensiones es esencial sólo en

aquellas actividades directamente vinculadas con el reconocimiento y pago de las pensiones” (Congreso Nacional de la Republica, 1993 pág. 2)

Ésta definición actual de la salud, como se ha mencionado a lo largo de este texto, implica que la población con mayores recursos sea la que obtiene mayores beneficios abriéndole campo a las entidades privadas para acceder a recursos públicos, teniendo que ser adoptada la tutela como un mecanismo de acción de los ciudadanos para que les puedan ser brindados a cabalidad los servicios médicos requeridos. Así, la tutela se consagra como un

mecanismo de protección de derechos fundamentales se ha convertido, en relación con el derecho a la salud, en un instrumento con una doble finalidad: por un lado como mecanismo de protección de derechos fundamentales cuando, como consecuencia de la no protección del derecho a la salud, se afecte o lesione el derecho a la vida u otro tipo de derechos de contenido fundamental, como lo es también la garantía del mínimo vital, pero también con una segunda finalidad, como un proceso alterno que deben utilizar los usuarios para acceder a servicios de salud y más concretamente a la atención médica a través de la cual se hace efectivo el derecho. El derecho a la seguridad social se considera como un derecho de contenido prestacional, porque, para su efectividad, requiere de una serie de normas y asignaciones de carácter presupuestal, además de un esquema de organización que permita la viabilidad de la prestación de determinado servicio público. (Vélez, A.L 2005 pág. 2)

Es así como cada uno de los planteamientos anteriores ha fortalecido la relación entre salud e ingresos económicos en donde la cobertura que se ofrece a los usuarios no garantiza que los servicios les sean prestados en un tiempo prudente y con un índice de calidad alto, reconociéndose las precarias condiciones en las que se encuentran diversas clínicas. Por ello, actualmente el sistema de salud se enfrenta a nuevos retos que implican no solo su reconocimiento como derecho fundamental, sino de igual forma que a las personas les sean garantizados servicios adecuados según las necesidades que estén presentando.

1.3 IPS Universitaria

Según cada uno de los aspectos tratados hasta hora, se evidencia la crisis actual en el sector de la salud, no siendo ajenos a ésta cada una de las instituciones y empresas prestadoras de servicio como lo es el caso de la IPS Universitaria, la cual hasta el año 1993 desde la Universidad de

Antioquia prestaba servicios básicos de salud a sus empleados a través del servicio médico de la dirección de bienestar universitario, pero con la llegada de la ley 100 crea el Programa de Salud de la Universidad, brindándose la oportunidad de conformar una IPS para ofrecer servicios de salud a toda la población.

En el 2006, la IPS se vio enfrentada a una crisis financiera que conllevó a la venta de sus centros hospitalarios. A pesar de ello, desde el 2007 se identifica como una institución mixta que presta sus servicios a personas que se encuentran tanto en el régimen subsidiado como en el contributivo, contando con cuatro sedes en la ciudad de Medellín:

- Sede Clínica León XII administrada por la IPS Universitaria de la Universidad de Antioquia, siendo una de las más reconocidas en Medellín inaugurada en 1950, la cual presta servicios como cirugía, consulta externa, hospitalización, UCI, UCE, urgencias, entre otros.
- Sede ambulatoria ubicada en Prado Centro
- Sede SIU localizada en el primer piso del edificio “Sede de Investigación Universitaria” contando con 8 consultorios, para atender a los usuarios remitidos por las EPS o a los particulares
- Sede Universidad de Antioquia ubicada en el primer piso del bloque 22.

Además de estas sedes, a nivel nacional la IPS cuenta con sedes ubicadas en Apartadó, en San Andrés Islas y en Barranquilla.

Al ser una corporación mixta, la IPS atiende diversas poblaciones siendo muchas de ellas personas en condición de vulnerabilidad no solo por la razón por la que ingresan a la clínica, sino de igual forma por condiciones familiares, económicas, habitacionales o simplemente porque se encuentran en riesgo psicosocial, como lo es el caso de los habitantes de calle, personas de edad avanzada que no cuentan con red de apoyo sociofamiliar; usuarios que han sufrido algún tipo de violencia (sexual, de género o intrafamiliar), personas con intentos suicidas, víctimas de desplazamiento o de minas antipersonas o simplemente usuarios que han sido trasladados de otros municipios y no cuentan con familiares o personas allegas en la ciudad que puedan brindarles su apoyo durante la estancia hospitalaria.

Cada una de estas situaciones afecta no solo al paciente sino de igual forma a su núcleo familiar, por ello, la clínica asume una política de “Humanización del servicio” a partir de la cual considera al ser humano en su sentido integral, tratándolo como un todo y en todas sus dimensiones sea física, mental, espiritual, social o emocionalmente, ya que es de vital importancia que los pacientes conozcan sus derechos y deberes mientras reciben la atención que la institución ofrece en un tiempo prudente y de forma eficiente.

Desde esta política de humanización del servicio, se busca generar la reflexión en cada uno de los empleados sobre el proceso de humanización alrededor del cual deben girar sus interacciones con los pacientes, reconociéndose y respetándose la dignidad humana y fortaleciéndose algunos derechos de los pacientes tales como: recibir servicios de salud con calidad, seguridad y oportunidad; recibir de forma cálida, comprensible y oportuna la información necesaria sobre su estado de salud y la atención brindada o el disfrutar de la cercanía de sus seres queridos, siempre y cuando no interfiera con el proceso de atención.

De igual forma, la clínica cuenta con un equipo psicosocial que acompaña a los usuarios que lo necesitan durante su proceso de hospitalización. Entre estos se encuentra el área de atención al usuario donde los usuarios pueden manifestar sus inconformidades, el área de psicología y el área de Trabajo social.

Desde el área de Trabajo social se brinda acompañamiento y asesoría a los pacientes y sus respectivos acompañantes, ya sean interconsultados o no, brindándose además programas como:

- Educación en salas de espera: a partir del cual se busca realizar charlas informativas y reflexivas de temas como los derechos y deberes de los usuarios en la clínica y cuidado adecuado de los pacientes, además de brindarse información sobre la institución.
- Programa de cuidadores: se capacitan personas que tienen un paciente que requiere acompañamiento constante y/ permanente.
- Programa Hepatobiliar: se constituye en la atención integral a pacientes que presentan dificultades en su estado de salud debido a problemas de las vías biliares.

Estos son solo algunos de los programas que se apoyan desde el área de trabajo social, pues desde éste se busca realzar intervenciones eficaces, fomentando cambios y transformaciones en las

situaciones en las cuales se encuentran inmersos los pacientes hospitalizados, con el objetivo de brindar desde la clínica servicios pertinentes y eficaces a cada uno de sus usuarios.

2. JUSTIFICACIÓN

La salud siempre ha sido uno de los ámbitos de mayor relevancia en la vida de los seres humanos, constituyéndose en un aspecto del cual depende el desarrollo adecuado de algunas de sus actividades diarias. Es por ello, que con el paso del tiempo se han ido estableciendo diferentes parámetros que no solo definen la salud como un derecho fundamental, sino que de igual forma buscan que ésta les sea garantizada a los diferentes individuos a través de una atención adecuada cuando es necesaria, en las diferentes instituciones que se encargan de prestar éste servicio.

En la actualidad, el sector de la salud se ha ligado cada vez más al mercado, dificultándose para muchas personas acceder a los servicios que les permitan tratar, controlar y curar las enfermedades o malestares que se encuentran padeciendo. A raíz de ello, se promueven enfoques que se centren en la Humanización del servicio, permitiendo de esta forma que el personal de los centros asistenciales brinde una adecuada atención a los usuarios que llegan, sin darle relevancia a la situación social, económica, cultural, política o religiosa del individuo que ha ingresado. Este aspecto se puede ejemplificar desde la IPS Universitaria y el servicio que brinda desde sus diferentes sedes a las diferentes poblaciones.

La diversidad poblacional que es atendida desde la IPS Universitaria, implica la necesidad del trabajo interdisciplinario entre las diferentes áreas que componen el equipo de trabajo, encontrándose de esta forma la presencia del área psicosocial encargada de apoyar y hacer intervenciones fundamentadas a los sujetos que son ingresados y se encuentran ante una situación que compromete su bienestar físico, emocional o mental, tanto durante la estancia hospitalaria como al egreso de la clínica. Es por ello, que desde el Trabajo social se han creado una serie de rutas de acción y protocolos desde los cuales las trabajadoras sociales de la institución pueden abordar las diferentes problemáticas de los usuarios que les son interconsultados, sin embargo estas rutas y protocolos no abarcan solo al individuo, sino de igual forma al contexto en el que este se desenvuelve y la red de apoyo que posee, pudiéndose ahondar en los diferentes ámbitos que influyen directa o indirectamente en la situación actual del paciente.

Reconociéndose la importancia de las rutas de atención y protocolos que son utilizadas desde el área de Trabajo social, desde el presente trabajo se busca hacer una sistematización de cada una de estas, con el objetivo de definir las y fundamentarlas según el componente teórico y el accionar

de la profesión, evidenciando el rol que él o la trabajadora social asume al aplicar cada uno de estos con el fin de que los mismos usuarios y respectivos acompañantes estén conscientes y comprendan cada una de ellos.

El producto final de este proyecto servirá como insumo a futuros practicantes y trabajadores del área de trabajo social en su quehacer profesional en el sector de la salud, reconociéndose las acciones que son realizadas desde éste como aspectos que van más allá del asistencialismo y se constituyen en una parte fundamental del bienestar de los pacientes y sus familias. De esta forma, se podrá visibilizar la profesión en el marco de la salud y como desde ella se está capacitado para orientar a los usuarios sobre la promoción y prevención desde hábitos de vida saludables físicos, mentales y emocionales.

3. MARCO DE REFERENCIA

La sociedad siempre se ha constituido como un elemento que se encuentra en constante movimiento, sujeto a las variaciones temporales y a las diversas transformaciones económicas, políticas, tecnológicas, ambientales, culturales y sociales que se encargan de moldear y definir el contexto en el que cada uno de los individuos se desenvuelve. Son estos cambios, positivos o negativos, los que se han encargado de actuar como insumo en la construcción de una profesión como el Trabajo Social.

Existen numerosos campos de acción en los que la profesión se desenvuelve trabajando desde diferentes modelos que le permitan realizar las intervenciones pertinentes al contexto y a la población con la cual se encuentra trabajando, pues dichos modelos sirven “para traducir las situaciones a las que se enfrenta el Trabajo Social a un lenguaje lógico que le permite comprender y explicar lo que ocurre, qué es lo que está pasando y evaluar las hipótesis comprobando su funcionamiento en la realidad” (Viscarret, 2009, pág. 299)

En el caso del Trabajo social en el área de salud, se busca identificar e intervenir en las condiciones sociales y familiares que pueden afectar al usuario, directa o indirectamente, tanto durante su estancia hospitalaria como al momento del egreso de la institución en la cual se encuentra siendo tratado. Por ello, desde la IPS Universitaria, específicamente en la sede de la Clínica León XIII, desde el área de Trabajo social, se promueve la utilización de un modelo sistémico, a partir del cual, el sujeto que se encuentra siendo atendido sea comprendido como parte de un sistema en el cual está inmerso, donde si una de las partes se encuentra atravesando una situación problemática, todo el sistema en su totalidad se verá comprometido, sea en mayor o menor medida; Pues

El pensamiento sistémico ofrece una visión de las circularidades, de los cambios e interdependencias existentes entre la sociedad y la persona, que no ofrecen otros marcos de referencia utilizados por el Trabajo Social. El modelo evita explicaciones lineales y deterministas de causa-efecto sobre la conducta y los fenómenos sociales. Desde esta perspectiva, el Trabajo Social sistémico no considera los problemas sólo como atributos de las personas, sino que entiende los problemas humanos como resultado de interacciones, de comunicaciones deficientes entre diferentes tipos de sistemas. La perspectiva sistémica pone especial énfasis en los procesos vitales de adaptación y de

interacción recíproca entre las personas y sus entornos físicos y sociales. (Viscarret, 2009, pág. 337)

El modelo sistémico se encuentra basado en la Teoría General de Sistemas, última que nace desde 1920 en los trabajos del biólogo alemán Ludwig Von Bertalanffy, aunque su consolidación comienza a presentarse a partir de años posteriores. El biólogo presentó la teoría como una metodología que integrara y concibiera los problemas científicos desde una perspectiva de la totalidad, en donde las unidades de observación (básicas y circulares) formularan teorías y privilegiaran el trabajo interdisciplinario.

La utilización de esta teoría en las intervenciones en el área de la salud, permite comprender el núcleo familiar al cual pertenece el paciente, entendiéndose la familia como un sistema abierto en donde la individualidad de cada uno de sus miembros se encuentra ligada a relaciones circulares que los rodean, pues

...el sistema familiar es más que sólo la suma de sus partes individuales. Por lo tanto, la familia como sistema será vitalmente afectada por cada unidad del sistema. Tan integral es esta relación entre las partes y el sistema total, que, si un individuo o sistema familiar flaquea en su funcionamiento, la totalidad del sistema familiar se ve afectada. A la inversa, si el sistema familiar no está funcionando adecuadamente, los síntomas de esa disfunción pueden desplazarse hacia uno de los miembros. (Preister, 1980 pág. 12).

De esta forma, el modelo sistémico ejemplifica la importancia de las redes de apoyo en el proceso de recuperación de los usuarios que se encuentran siendo atendidos en los centros hospitalarios, teniéndose presente los recurrentes casos de abandono que pueden presentarse diariamente, en donde el acompañamiento constante o permanente de una persona allegada, le permitirá al paciente tener una estancia hospitalaria más amena, pues como se ha mencionado anteriormente, la salud abarca componentes que van más allá de la ausencia de enfermedad y se traducen en un bienestar físico, emocional y social desde el cual el individuo pueda desempeñarse en la sociedad.

Teniendo presente esto, la realización de las intervenciones del área de trabajo social en el campo de la salud se enfoca en primera instancia en la identificación de la situación familiar, económica y social de los pacientes que son interconsultados. Sin embargo, al presentarse gran variedad de población que busca ser atendida se han ido consolidando unas rutas de atención y protocolos,

cada uno con un propósito específico, desde el cual los profesionales se guían con el fin de suplir una necesidad o solucionar una dificultad que está atravesando el paciente y/o su acompañante.

El tener conocimiento de cada una de las rutas de atención y protocolos utilizados en el área de la salud, permite que las intervenciones que se hacen sean efectivas y contribuyan al mejoramiento del bienestar del paciente. Por esto, tomando como referencia la sistematización de las rutas de atención realizada en años anteriores por la practicante de Trabajo social Vanessa Saldarriaga y el trabajo sobre el rol del trabajador social realizado por Jeysson Álvarez, a continuación se describirán y fundamentarán cada una de las rutas integrales de atención y protocolos desde el contexto actual, con el fin de conocerlas y analizar sus aportes a los procesos de intervención y a la consolidación del quehacer profesional al interior de la institución.

Sin embargo, para una mayor comprensión de cada una de las éstas, inicialmente este texto se dividirá en tres partes: la primera de ellas comprenderá los conceptos básicos que se deben tener presentes para la atención de las interconsultas y realización de intervenciones en el área de la salud. La segunda parte, estará dirigida a las rutas integrales de atención social enmarcadas a nivel de ciudad que son utilizadas desde la IPS Universitaria. Por último, se definirán cada uno de los protocolos utilizados al interior de la Clínica León XVIII por el área de Trabajo social que permiten brindar una atención integral a cada uno de los usuarios que son atendidos.

3.1 Primera parte

Conceptos a tener en cuenta en la atención de las interconsultas y realización de intervenciones en el área de la salud

A partir de las interconsultas, se busca ofrecer una atención complementaria desde una especialidad diferente a la que se encuentra tratando al usuario, con el fin de aportar al diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Por ello, aquellas que son realizadas desde el área de Trabajo social se enfatizan principalmente en la identificación personal y sociofamiliar de los usuarios; así, tener claro los siguientes conceptos, comprendidos desde un modelo sistémicos, se convierte en un aspecto necesario para la realización de procesos de intervención satisfactorios.

- Tipología familiar: organización de un grupo familiar definida a partir de los miembros que lo componen y el tipo de lazos que los unen, ya sean por parentesco, afinidad y/o afecto. Actualmente como tipologías son reconocidas las siguientes:

Tradicional:

- Nuclear: constituida por madre, padre e hijos
- Extensa: puede ser la misma familia nuclear más otro miembro consanguíneo.
- Ampliada: configurada por las anteriores más otro miembro no consanguíneo.

De Nuevo tipo

- Monoparentales: configurada por madre o padre con hijos, presentándose de jefatura femenina o masculina.
- Simultáneas, reconstituidas o poligenéticas: aquellas familias que se configuran cuando la madre, el padre o ambos provienen de una unión anterior.
- Homoparental: constituida por una pareja del mismo sexo y unos hijos e hijas, sean biológicos o adoptados.

Otras (otras formas de organización familiar o convivencia)

- Diadas conyugales: pareja que convive. Es reconocida como convivencia pero no como tipología familiar ya que no se asumen roles parentales.
 - Grupos fraternos: hermanos que conviven solos.
 - Unipersonal: hogar integrado por un solo individuo.
 - Hogares o unidades domesticas: grupo de personas sin lazos de consanguineidad que deciden convivir juntos formando vínculos afectivos.
- Red de apoyo: configuración social constituida por individuos que se relacionan entre sí brindándose un apoyo emocional, mental o material. Las redes de apoyo pueden convertirse tanto en un soporte positivo como negativo para los individuos, fundamentándose en los intercambios interpersonales familiares y sociales que se fortalecen a partir de la reciprocidad cuyo tamaño variará según la persona y la etapa de ciclo vital en la que ésta se encuentre.

- Roles: es aquello que se establece para definir el funcionamiento de algo. Estos se forman desde el “conjunto de funciones, tareas, responsabilidades y prerrogativas que se producen como expectativas, exigencias sociales y culturales que son asignadas según el género, ordenando la estructura de las relaciones, las expectativas y las normas que una familia tiene con respecto a la función, la posición, las actitudes y las conductas de hombres y mujeres como miembros de ésta”. (Quintero, 2007, pág. 108)
- Funciones: son las actividades, responsabilidades y compromisos que se definen a través del momento, el lugar y las personas involucradas, siendo concebidas desde los roles que han sido asignados socialmente y el contexto en el que cada uno de los individuos se desenvuelve. Al interior de la familia se presentan una serie de funciones económicas, afectivas, protectoras y socializadoras que se encargan de enmarcar las dinámicas del núcleo familiar y la inmersión de cada uno de sus miembros a la sociedad.
- Subsistema: partes del sistema familiar a través del cual se asumen roles y se ejecutan cada una las funciones correspondientes a sus miembros. Estos se dividen en: conyugal, parental, fraternal y parento-filial.
- Suprasistema: se cataloga como todo aquellos que es externo al núcleo familiar, pudiendo generar una serie de influencias y afectarlo positiva o negativamente.
- Comunicación: intercambio de mensajes y significados entre los miembros de la familia que aporta a la interacción. Así, “la comunicación es el fundamento de toda vida social. Si se suprime en un grupo social todo el intercambio de signos orales o escritos, el grupo como tal dejará de existir. Desde el nacimiento hasta su muerte, el individuo establecerá intercambios” (como se cita en Quintero, 2007, pág).
- Cohesión: vínculo emocional existente entre los miembros de un grupo, el cual influirá en la forma en que se desarrollarán las dinámicas y las relaciones entre los miembros. En la familia, la cohesión se define desde la fuerza de los lazos que unen a cada uno de sus miembros.

- Adaptabilidad: capacidad de la familia de adaptarse a los cambios y transformaciones que surgen tanto al interior como al exterior de ella, a raíz de momentos de tensión o crisis, motivando a cada uno de los miembros a ser flexibles y poder transformarse ante las adversidades.

- Crisis: “estado de profundización de la tensión y del conflicto que altera a los individuos y familias en momentos vitales; indica existencia del conflicto. Es la posibilidad de generar cambios constructivos, de adaptarse a situaciones transaccionales propias, de cada sistema internamente y de sus relaciones externas”. (Quintero, 2007. Pág. 41). Existen diferentes tipos de crisis, entre estas podemos encontrar:
 - Crisis de desgracia inesperada: como su nombre lo indica, surgen a raíz de un evento inesperado ajeno a la familia, el cual no podría ser previsto (muertes, divorcios, enfermedades).

 - Crisis de desarrollo: son universales y predecibles, estando fuertemente ligadas a las etapas de ciclo vital familiar (matrimonio, nacimiento de los hijos, ingresos de estos a la escuela, hijos en etapa adolescente, etc.) La regla de este tipo de crisis es: “No se las puede tener ni producir prematuramente, solo se las puede comprender y así, apaciguarlas y coordinarlas con todas las otras fuerzas que operan en la familia”. (Casas F. s.f , pág. 5)

 - Crisis estructurales: son aquellas que surgen periódicamente a causa de problemas estructurales, ya que se presenta una tendencia a evitar el cambio (alcoholismo, drogadicción, discusiones recurrentes, etc.)

 - Crisis de desvalimiento: se presentan en familias en donde uno de sus miembros debido a su edad o una discapacidad se vuelve dependiente de los demás miembros del grupo familiar y/o cuidador.

Cada uno de los conceptos definidos anteriormente aporta a la lectura de la información brindada por los pacientes. Teniendo cada uno de estos claros, ha de procederse a la realización de las interconsultas de la siguiente forma:

1. Se ingresa al sistema GHIPS para indagar en donde se encuentra ubicado el usuario y algunos datos generales de éste (personal y sociofamiliares) y verificar si ha sido evaluado previamente por el área de Trabajo social. La recolección de estos datos puede ser complementada a partir de la historia clínica del paciente.
2. Se visita al paciente y se procede a la ejecución de la intervención por medio de la cual se indagan las dinámicas socio familiares y redes de apoyo que se encuentren acompañando al paciente durante su estancia hospitalaria. Además de ello, se identifican las condiciones económicas y habitacionales. Cada uno de estos aspectos, inicialmente se evalúa con el objetivo de garantizar tanto una adecuada estancia en la clínica como un egreso seguro, buscándose dar solución y respuesta al motivo por el cual se hizo la interconsulta.
3. Cuando ya se ha visitado al paciente y se ha recogido la información suficiente, se ha de proceder a la redacción de las notas correspondientes a la intervención realizada, que podrán aportar además a futuros seguimientos de las áreas tratantes.

Desde la IPS Universitaria, se provee la siguiente metodología para la redacción de las notas:

- Subjetivo: se consigna los datos recogidos en la entrevista y las impresiones subjetivas expresadas por el paciente.
- Objetivo: se plasma el motivo de la intervención y que resultados se buscan generar a través de ella.
- Análisis: aspectos personales, sociofamiliares y económicos identificados. Además, se plasma la gestión realizada.
- Plan: se registran las indicaciones terapéuticas y la ruta a seguir, ya sea que se deje el seguimiento a criterio médico o el área de Trabajo social continúe haciendo seguimiento bajo diferentes motivos, sea verificar acompañamiento, hacer contacto con otros familiares del paciente, entre otros.

Se hace necesario enfatizar que la atención de las interconsultas es un proceso transversal en cada una de las rutas y protocolos utilizados para la atención a los pacientes que ingresan en la institución, por lo cual, tener claros los conceptos de individuo, familia y grupo que toma como referencia y la misma forma en que es realizada la intervención a raíz de la interconsulta solicitada se constituyen en un punto de vital importancia para la aplicación efectiva de cada una de las rutas y protocolos utilizados en la institución.

3.2 Segunda parte

Rutas integrales de atención social

La promoción y acceso a una salud integral con el tiempo se ha convertido en uno de los principales objetivos de la sociedad colombiana, como un medio a través del cual les sea garantizado el derecho a la salud en cada una de las políticas, proyectos y programas que son creados con el propósito de prestar un servicio de calidad para el tratamiento y adecuado diagnóstico de la enfermedades por las cuales los sujetos consultan a los centros hospitalarios. De esta forma, según el Ministerio de atención y protección social (2016) la atención integral se caracteriza por:

- Centrarse en los sujetos, familias y comunidades reconociéndose la especificidad y diversidad de cada una de éstas.
- Promover y garantizar el derecho a la salud
- Poseer diferentes modalidades de atención y prestación de servicios
- Asegurar los resultados en salud a sujetos, familias y comunidades

Cada una de estas características buscan garantizar una atención de salud integral a la población, razón por la cual, el Ministerio de Salud elaboró las rutas integrales de atención social (RIAS), las cuales son definidas por los agentes del Sistema de Salud y de otros sectores como un medio parar asegurar la eficacia de las acciones que buscan promover el bienestar de los miembros de la sociedad, constituyéndose como

...la herramienta que ordena la gestión intersectorial y sectorial como plataforma para la respuesta que da lugar a las atenciones/intervenciones en salud dirigidas a todas las personas, familias y comunidades, a partir de:

- Acciones intersectoriales y sectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de las personas, familias y comunidades
- Atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y
- Acciones de cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, pág. 18).

Cada una de estas acciones se constituye en el objetivo principal de las RIAS, al buscar garantizar la atención integral a los sujetos desde la prestación de servicios tempranos para el tratamiento, diagnóstico o educación de enfermedad, apuntándose a la promoción de una buena calidad de vida. Por esto, estas rutas se encuentran compuestas por tres aspectos centrales:

1. Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida de carácter individual y colectivo: la cual se encuentra dirigida a promoción de la salud y prevención del riesgo, buscando generar hábitos saludables en todo tipo de poblaciones.
2. Rutas integrales de atención para grupos de riesgo: busca identificar a tiempo los factores de riesgo en los cuales se encuentran inmersos las personas, ya sea para evitar la aparición de enfermedades o diagnosticarlas.
3. Rutas integrales de atención específica para evento: dirigidas al diagnóstico temprano y oportuno para su respectivo tratamiento.

Las RIAS al establecerse a nivel nacional, buscan no solo la promoción de hábitos saludables sino de igual forma asegurar que los individuos tengan un tratamiento oportuno y atención desde el momento en que ingresen a una clínica u hospital, apuntando a la recuperación satisfactoria de cada uno de los usuarios. De esta forma, estas rutas se encuentran caracterizadas por:

- “Describen explícitamente los elementos clave de la atención basada en la evidencia, las mejores prácticas y las expectativas de los usuarios.
- Permiten la integración organizada, mediante la secuenciación de las acciones multidisciplinarias de índole poblacional, colectiva e individual y las 20 funciones de los diferentes integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones
- Fortalecen la comunicación entre los diferentes integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones.

- Facilitan la identificación apropiado de los recursos humanos, de infraestructura y financieros.
- Precisan las responsabilidades de los diferentes integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud.
- Especifican resultados esperados de las intervenciones colectivas e individuales, dentro del proceso integral de la atención en salud” (2016, pág. 19-18).

Cada una de estas características se ve fundamentada en los principios desde los cuales toman a los sujetos como eje central de su accionar, respetando su singularidad y garantizando su seguridad y calidad de vida a través de la equidad, eficacia y eficiencia de la atención en salud.

Como se ha mencionado, las RIAS se establecen a nivel Nacional con el fin de guiar a las instituciones hacia fines comunes, pautando unos caminos que permiten que a los diversos usuarios que ingresan a los centros hospitalarios les sean garantizados los mismos derechos, brindándose una atención integral a aquellas personas que se encuentran en riesgo o han ingresado al ser víctimas de determinadas circunstancias.

La Clínica León XIII actualmente ha implementado dos de las RIAS establecidas en la ciudad, las cuales son la ruta de atención a pacientes víctimas de violencia sexual, género o intrafamiliar y la ruta de atención a víctimas de accidentes causados por MAP (mina antipersonal), MUSE (munición sin explotar) o AEI (artefacto explosivo improvisado), rutas en las cuales participan las diferentes especialidades de la clínica, entre ellas el área de Trabajo social acompañando y atendiendo a los pacientes desde el momento en que ingresan a la institución hasta su egreso. Por eso, para una mayor comprensión de la dinámica de ambas rutas y el papel del Trabajador social, a continuación se definirá cada una de ellas.

3.2.1 Ruta de Paciente víctima de violencia sexual, género o intrafamiliar.

La violencia comúnmente ha sido considerada un aspecto inherente a la naturaleza humana, mediada por el contexto en el que cada individuo se encuentra inmerso y las situaciones que se presentan en él. Cada día aparecen nuevos casos de asesinatos, violencia intrafamiliar o de género, abusos sexuales, entre otros, que conmocionan a la población y afectan no solo a las personas implicadas directamente, sino de igual forma, al grupo familiar al que ésta pertenece, ya sea en mayor o menor medida.

En la actualidad diferentes mecanismos y programas han sido creados con el fin de brindar apoyo y asesoría a las personas que han sido violentadas. Sin embargo, para poder entender las implicaciones que puede traer consigo la violencia, se hace necesario en primer lugar definir éste concepto.

Muchos autores a través de sus estudios han brindado diferentes definiciones del concepto. Como por ejemplo Michaud (2004) quien afirma que hay violencia cuando, en una situación de interacción, uno o varios actores actúan de manera directa o indirecta, de una sola vez o progresivamente afectando a una o varias personas en grados variables, ya sea en su integridad física o moral.

De forma similar, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia como el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que puede tener como consecuencia lesiones físicas, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte. Teniendo esto presente, Perroni y Nanini (2010) en su libro “Violencia y abusos sexuales en la familia” plantean cuatro premisas con el fin de encarar los problemas generados desde la violencia de manera dinámica, afirmando que:

1. La violencia no es un fenómeno individual, sino la manifestación de un fenómeno interaccional.
2. Todos los participantes en una interacción se encuentran implicados, y por lo tanto son responsables. De esta forma, quien provoca asume la misma responsabilidad que quien responde a la provocación.
3. Todo individuo autónomo es garante de su propia seguridad, cada individuo debe garantizar su seguridad personal.
4. Cualquier individuo puede llegar a ser violento en diferentes modalidades y manifestaciones en determinados contextos y situaciones.

Cada una de estas premisas ejemplifica los aspectos que contienen los actos violentos que suceden en la vida cotidiana y constituyen innumerables casos que continuamente llegan a las

diferentes entidades encargadas de atenderlos, entre ellas, el área de la salud. De esta forma, cada vez que un caso de violencia llega a la IPS Universitaria se activa la ruta pertinente a nivel de ciudad para su atención. Por ello, para una mayor comprensión de esta ruta, este apartado se dividirá en la atención a las víctimas de violencia sexual y víctimas de violencia de género o intrafamiliar.

3.2.1.1 Víctimas de violencia sexual

La violencia sexual es uno de los delitos que con mayor frecuencia se presenta actualmente, entendiendo ésta como

todo comportamiento que intenta estimular la sexualidad de cualquier persona (niño o adulto), para beneficio y goce propio, aprovechando cualquier situación de desventaja de la persona vulnerable, por encima de ella. Ocurre sin el consentimiento de una de las partes y, generalmente bajo coerción, amena o chantaje, produce algún tipo de consecuencia dañina en otra persona, sea un perjuicio de orden físico, psicológico emocional, sexual o moral, de manera imbricada y simultánea. La relación abusiva acontece en medio del desequilibrio de poder y, por acción o por omisión, causa un daño físico o psicológico; se caracteriza por un exceso de poder que detenta una persona frente a la indefensión de otra para el logro de su satisfacción sexual, facilitado por la incapacidad del agredido para oponer resistencia y comprender en profundidad la naturaleza de los actos sexuales que impone el abusador. (Quintero, 2007, pág. 26)

Sin embargo, el abuso sexual no implica solo el acto físico en sí mismo, sino de igual forma aquellos comportamientos que no requiere ningún tipo de contacto con otro individuo tales como el exhibicionismo, el hostigamiento, espiar a la persona cuando esta desnuda o en situaciones íntimas, masturbarse ante ella, obligarle a ver películas o revistas pornográficas, entre otras, situaciones que pueden afectar a diferentes grupos de edad. Aunque se hace necesario aclarar que en el caso de los menores de edad, según la ley Colombia “el consentimiento de un menor es válido para mantener relaciones sexuales con una persona mayor, está fijada sobre los 14 años, por lo tanto cualquier relación sexual con un menor de dicha edad es considerada un delito” (Alcaldía Mayor de Bogotá D. C. 2013).

Cuando un caso de violencia sexual ingresa a la Clínica León XIII, se activa la ruta denominada “Código Fucsia” la cual comienza desde el momento en que el paciente es ingresado a la zona de

urgencias o cuando mediante una evaluación de consulta externa (principalmente en menores de edad) se descubre algún indicio de abuso. A raíz de esto, se procede de la siguiente manera:

1. Detectar el caso: El personal de enfermería identifica el caso, así, si el médico tratante sospecha de un presunto abuso, solicita en el sistema la interconsulta al área de Trabajo social para la evaluación de dicha especialidad, dejando claro en la historia clínica del o la paciente, las evidencias clínicas sobre la sospecha de violencia sexual.
2. Trabajo social debe identificar en el sistema GHIPS la interconsulta con el fin de realizar la lectura de la historia clínica del paciente y verificar los datos de éste para proceder a la realización de la entrevista pertinente. Cabe aclarar que se debe dar prioridad a este tipo de casos, ya que son de carácter urgente.
3. Se notifica el caso a la enfermera jefe de epidemiología, ya sea de manera escrita a través del administrador documental o a partir de una llamada telefónica.
4. Se realiza la intervención familiar mediante la valoración de la situación sociofamiliar, redes de apoyo y factores de riesgo por medio de una entrevista personalizada al paciente y sus respectivos familiares y/o cuidadores. La trabajadora social, a partir de dicha entrevista si el paciente es menor de edad, determina si se le están vulnerando los derechos inscritos en la Ley de infancia y adolescencia.
5. Se realiza la entrevista de intervención con el paciente (si es mayor de 18 años) y su familia, desde la cual se busca sensibilizar y motivar sobre la formulación de la denuncia en la Fiscalía y en Medicina Legal. En estos casos, la víctima tiene derecho de decidir si realizará o no la denuncia, por lo cual ésta no puede ser obligada a hacerlo.

NOTA: Si el paciente que fue interconsultado es menor de edad, durante la realización de la entrevista de intervención, se notifica a los familiares que se reportará el caso al defensor de familia del Centro de Atención Integral a las Víctimas de Abuso Sexual (CAIVAS), y al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) de dicho Centro- Fiscalía para que asignen una medida de protección para la restitución de los derechos vulnerados, pues cuando

la víctima es un menor de edad es de carácter obligatorio reportar el caso antes del egreso del paciente.

Cuando ya se ha elaborado de la carta y reporte del caso al CAIVAS y al ICBF se envía el reporte por fax y por correo físico a través del área de administrador documental de la IPS Universitaria a:

- Centro de Atención Integral a las Víctimas de Abuso Sexual: CAIVAS: Carrera 44^a Nro. 31 – 156. TELEFONO 261 02 40 – ICBF de dicho centro: Cuando es un niño, niña o adolescente. Lunes a viernes de 8am a 5pm.
- Bunker de la Fiscalía: Teléfono 444 66 77 Ext. 5302. Noche, fines de semana y festivos

6. Se reporta la intervención en la historia clínica dejando evidencia del reporte del caso a la institución competente. Se escanea y guarda de forma digitalizada tanto la carta enviada al CAIVAS como los soportes de recibido y respuesta de la Fiscalía o de la línea de atención de emergencias a mujeres víctimas de violencia, según sea el caso en la selección de soportes digitalizados.

3.2.1.2 Víctimas de violencia de género o intrafamiliar

Se entiende por violencia de género a todos aquellos “actos violentos basados en la fuerza que se ejerce contra hombres o mujeres, que produce un daño físico, sexual o psicológica, incluidas amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad; ocurre en la vida pública o en la privada” (2004, pág. 13).

Por otro lado, la violencia intrafamiliar es el

Conjunto de actos agresivos producidos en las relaciones íntimas, en el ámbito privado y domestico; afectan a uno o a todos los miembros, en su vida, en su integridad física y psicológica, e impiden su desarrollo integral. El Estado concibe que la protección la honra, la dignidad y la intimidad de la familia son inviolables; cualquier forma de violencia se considera destructiva de su armonía y unidad, y será sancionada conforme con la ley. (pág. 124).

Cuando llega un caso a la Clínica León XIII de violencia de género o intrafamiliar, teniendo presente que continua siendo activada la ruta de violencia, se procede de forma similar que en el caso de violencia sexual, desarrollándose las siguientes acciones:

1. Se interconsulta al área de trabajo social el caso, ultimo enmarcado en su carácter urgente.
2. Se realiza la intervención a través de la cual se indaga y realiza la respectiva identificación personal, sociofamiliar y económica del usuario, enfatizándose en los factores y protectores y de riesgo que éste posee.
3. Durante la realización de la entrevista a la persona afectada y su respectivo grupo familiar, al igual que en el caso de abuso sexual, si el paciente es mayor de 18 años se sensibiliza y motiva a denunciar el caso en la comisaria de familia y si es menor de edad se comienza a gestionar el respectivo reporte al ICBF.
4. De igual forma, si es realizado un reporte, deberá ser plasmada la intervención en la historia clínica dejando evidencia del caso a la institución competente, se escanea y guarda de forma digitalizada.

3.2.2 Ruta para pacientes y/o familiares víctimas de accidentes causados por MAP (mina antipersonal), MUSE (munición sin explotar) o AEI (artefacto explosivo improvisado):

El conflicto armado en Colombia con el tiempo se ha ido convirtiendo en una de las principales problemáticas que durante más 50 años ha logrado afectar gran parte de la población colombiana, quienes se han enfrentado ante las diferentes modalidades utilizadas por estos grupos armados, sea el secuestro, los asesinatos o la utilización de minas anti personas que terminan dejando secuelas físicas, psicológicas y emocionales.

Desde hace algunos años se comenzaron a entablar una serie de diálogos entre el Gobierno y uno de los grupos armados con mayor reconocimiento en el país conocido como las Fuerzas Armadas Revolucionaras de Colombia (FARC), diálogos que han dado como resultado la firma de un acuerdo de paz en el presente año, aunque aún se continúan presentando víctimas en algunas partes del país, por ello la creación de rutas especializadas para la atención adecuada a estas personas se ha convertido en un aspecto de gran relevancia en el área de la salud.

La IPS Universitaria, es una de las instituciones que brinda atención especializada a las víctimas de accidentes causados por MAP (mina antipersonal), MUSE (munición sin explotar) o AEI (artefacto explosivo improvisado) atendiendo a cada uno de los usuarios que llegan a sus sedes habiendo sido afectados por alguna de estas circunstancias. Sin embargo, para poder desarrollar las respectivas acciones que plantea esta ruta de atención dirigida a los pacientes afectados por artefactos explosivos, se hace necesario definir qué tipo de pacientes se consideran víctimas.

Según la Gobernación de Antioquia (2010) en su texto “Atención básica psicosocial a víctimas de MAP, MUSE y AEI”, las víctimas MAP, MUSE o AEI, son

Aquellas personas de la población civil (o pertenecientes a las fuerzas militares) que hayan sufrido perjuicios en su vida, su integridad personal, incluidas lesiones físicas o psicológicas, sufrimiento emocional, así como el menoscabo de sus derechos fundamentales, pérdida financiera o deterioro en sus bienes, como consecuencia de actos u omisiones relacionadas con el empleo, almacenamiento, producción y transferencia de MAP, MUSE o AEI (pg. 12).

Sin embargo, cabe señalar que la víctima no es solo la persona que se ve directamente implicada por la detonación del artefacto, sino de igual forma el grupo familiar al que ésta pertenece.

Cada una de las personas que se enfrenta a este tipo de situaciones y se encuentran marcadas por el conflicto y la violencia, tienen el derecho a acceder a una atención integral que aborde cada uno de los aspectos físicos y sociales que coadyuven en su tratamiento y recuperación, es así como la IPS universitaria, desde la sede Clínica León XIII busca atender de forma efectiva y prioritaria a este tipo de paciente desde el momento en que ingresan hasta su egreso. De esta forma, cuando un paciente de MAP, MUSE o AEI ingresa a la clínica se procede de la siguiente manera:

1. Identificación de la necesidad: el personal médico y de enfermería identifica la necesidad del paciente, solicitando la interconsulta a las respectivas especialidades que requiera evaluarlo. Este requerimiento puede acompañarse a partir de una llamada telefónica según sea el caso.
2. Se identifica en el sistema GHIPS la interconsulta de Trabajo social, verificándose los datos del usuario para determinar su ubicación y proceder a la realización de la intervención,

realizándose previamente la lectura de la historia clínica del paciente para contextualizarse en el caso e identificar algunos datos personales y familiares básicos.

3. Priorizar al paciente: comúnmente las solicitudes de interconsulta de Trabajo social se atiende según la prioridad del caso:

- Usuarios que han sido víctimas o se sospecha de violencia sexual, intrafamiliar o de género.
- Usuarios víctimas del conflicto armado, MAP, MUSE y AEI.
- Usuarios con orden de salida
- Usuarios que según la información suministrada por médicos y personal de enfermería se encuentra en una situación grave.

4. Se realiza la atención inicial mediante entrevista de identificación a las víctimas y sus familiares/ acompañantes.

- Se hace la respectiva identificación personal, sociofamiliar y económica del paciente, indagándose sobre las redes de apoyo que estos poseen, además de los factores protectores y factores de riesgo.
- Se caracterizan las necesidades sociales del paciente y sus familiares, las cuales se encuentran relacionadas con el evento inesperado y las diferentes implicaciones que éste trae consigo tales como el desplazamiento, la pérdida de algún miembro de su cuerpo, entre otras que conllevan a la presencia de crisis en el núcleo familiar, razón por la cual la atención del profesional está centrada en brindar un espacio de tranquilidad, orientación y reflexión a las víctimas a través del fortalecimiento de sus capacidades, principalmente la adaptabilidad y resiliencia.

5. Si el paciente llegó solo a la clínica se ubica a sus familiares y/o cuidadores, informándoles la situación actual de éste con el fin de vincular a la familia en el proceso de tratamiento y recuperación.

6. Si el paciente y sus acompañantes no cuentan con red de apoyo en la ciudad de Medellín que puede brindar albergue en la ciudad, se gestiona la ubicación de estos en un hogar de paso.
7. Se gestionan los recursos interinstitucionales: la trabajadora social gestiona la vinculación del paciente a la Red de Apoyo Institucional donde es remitido al Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), entidad que brindará orientación sobre sus derechos. La gestión de la trabajadora social consistirá en contribuir a la organización de los documentos ante las alcaldías y las instituciones de salud para que el paciente y sus familiares inicien el proceso de reconocimiento como víctimas del conflicto armado. De igual forma, se organiza su cita en el CICR.
8. Se registra en la historia clínica la nota realizada por Trabajo social en que se notifica la fecha, la institución a la que fue reportada el caso, dejándose evidencia de dicha gestión.
9. Durante la estancia hospitalaria del paciente, desde el área de Trabajo social se realizan seguimientos mediados por intervenciones desde las cuales se continua orientando al paciente y sus familiares sobre el proceso de rehabilitación recuperación, reconstrucción del proyecto de vida, remitiéndose a las víctimas a las diferentes instituciones que conforman la Red de Atención a Víctimas, las cuales son: instituciones de salud, direcciones locales de salud, alcaldías municipales, el programa de atención a víctimas del conflicto armado de la Alcaldía de Medellín, entre otros.

Por otro lado, durante el tratamiento ambulatorio, desde Trabajo social se acompaña al paciente en la agilización de sus citas y procedimientos médicos y/o cirugías con el fin de que el paciente pueda regresar su lugar de origen.

3.3 Tercera parte

Protocolos de atención pertenecientes a la Clínica León XIII

En las instituciones hospitalarias existen una serie de guías que permiten a cada una de las especialidades que la componen seguir caminos comunes para garantizar el buen servicio a los usuarios que ingresan a sus instalaciones, guías que reciben el nombre de protocolos.

Los protocolos en el área de la salud son documentos que describen cada uno de los pasos del proceso de atención e intervención de un paciente en relación a su condición física, emocional y social según la especialidad por la cual se encuentre siendo tratado. Por ello, buscan describir el proceso en la atención a los sujetos para mejorar el tiempo en que éste es diagnosticado y brindar tratamientos eficaces. Además, dependiendo de los objetivos que contenga cada protocolo, las instituciones los modelan a partir de las observaciones y resultados científicos que surgen de los diversos casos que son atendidos en las clínicas u hospitales pues

La protocolización, entendida como una metodología o como una técnica, precisa un aprendizaje y un entrenamiento práctico como cualquier otro aspecto de la medicina, sobre todo si se pretende que tenga una base científica. La enorme importancia de estos aspectos se explica porque al ser un protocolo una herramienta que se va a aplicar a la toma de decisiones clínicas en la consulta, y que por lo tanto se aplicará a los pacientes, si es una mala herramienta (mal diseñada) puede producir el efecto contrario al buscado (sistematizando decisiones inadecuadas y/o errores), o no utilizarse (Llamas y Hernández, s.f).

Es por esto, que la creación de los protocolos se encuentra medida tanto por la experiencia como por el conocimiento científico, ya que la utilidad de estos se enmarca en el accionar de los profesionales, tomando como guía una serie de esquemas y modelos válidos para prevenir pequeños errores y mejorar la calidad de la atención.

La IPS Universitaria en las diferentes sedes que posee, utiliza los protocolos correspondientes a las especialidades que la componen, brindando una atención integral a las necesidades que manifiesta cada uno de sus usuarios, algo ejemplificado en la sede Clínica León XIII.

Cada uno de los especialistas, personal médico y asistencial que hace parte de la clínica, se encuentra guiado por los protocolos correspondientes a su papel en la institución, mismo que no

actúa como una receta inmutable, sino como un bosquejo que cada profesional irá puliendo según el caso y paciente que se encuentre siendo tratado.

Desde el área de Trabajo social, se manejan algunos protocolos, los cuales se conciben más como procedimientos enfocados en la atención a unas necesidades específicas de los usuarios que les son interconsultados y sus respectivos acompañantes, familiares y/o cuidadores. Cada uno de estos protocolos/procedimientos, se han ido estableciendo y especificando a partir de los casos que han llegado y han requerido una intervención por parte de la profesión, es por esto, que conocerlos se convierte un requisito para la adecuada atención e intervención a los pacientes.

De esta forma, en este apartado se definirán cada uno de los protocolos utilizados por el área de Trabajo social en la clínica León XIII dirigidos a la atención oportuna y satisfactoria de los diferentes grupos poblacionales que ingresan a la institución, garantizándose al igual que su salud física, un bienestar emocional y social.

3.3.1 Usuarios del área metropolitana con dificultades para regresar a su lugar de residencia al momento del egreso de la clínica.

El modelo neoliberal actual se ha enfocado principalmente en la mercantilización de los recursos y decisiones tanto políticas como económicas, originándose diversos enfoques desde los cuales la adquisición de bienes materiales se convierte en uno de los principales medios para tener una “buena calidad de vida”, apuntándose a que sea el mercado en lugar del Estado quien maneje las diferentes dinámicas de la sociedad.

A raíz de estos pensamientos, es notable como la desigualdad ha aumentado en gran medida, presentándose una competencia constante por alcanzar mayor adquisición monetaria al mismo tiempo que es promovido el individualismo entre los sujetos. A partir de esto, pueden observarse los cambios que han ido surgiendo paulatinamente en los diferentes contextos Colombianos y como aspectos como la pobreza continúan siendo vigentes, aunque se creen políticas publicas enfocadas en mejorar las condiciones de vida de la población cuyos derechos se encuentran siendo vulnerados sea en mayor o menor medida.

La Clínica León XIII, al recibir diferentes tipos de poblaciones atiende sujetos que se encuentran viviendo en situaciones económicas precarias, desde las cuales se les imposibilita solventar algunos de los gastos del hogar y los mismos que surgen a raíz de su estancia hospitalaria. Es por ello, que se ha creado el presente protocolo como una forma de auxiliar a los usuarios interconsultados que no cuentan con los recursos suficientes para regresar a sus domicilios.

De esta forma, cuando el personal asistencial de la clínica identifica que un paciente residente en el área metropolitana por cuestiones económicas no puede egresar de la institución, se interconsulta a Trabajo Social para la evaluación del mencionado usuario. Por ello, si el paciente no ha sido visto anteriormente por la profesión se procede a:

1. Realizar la identificación sociofamiliar, económica y habitacional del paciente interconsultado. Haciéndose énfasis en si el paciente cuenta con los recursos suficientes para cubrir el transporte de la clínica a su lugar de residencia o si algún familiar o persona allegada puede brindarle dicho auxilio monetario.
2. En caso de que el paciente no cuente con dichos recursos, se solicita un bono de Taxi a la secretaria del área administrativa, la cual se encuentra ubicada en el cuarto piso del bloque 2.
3. Solicitar al o la jefe de enfermería del piso donde se encuentra ubicado el paciente, que avise a los camilleros de la clínica para que conduzcan a éste desde su habitación hasta la salida.
4. Se hace contacto vía telefónica con la flota de taxis “Flota Bernal” al número 4-44-88-88, solicitándose el servicio para la clínica León XIII a nombre del paciente.
5. Se diligencia el bono de taxi, ubicándose allí los datos solicitados y el valor de la carrera.
6. Acompañar al paciente hasta la salida de la clínica para ubicar el taxi.
7. Se entrega al conductor la factura original del bono de taxi (el profesional se queda con la copia).

Si el paciente ya ha sido evaluado previamente por Trabajo social, se procede a diligenciar el bono de taxi y ejecutar los demás puntos del protocolo.

Es necesario recalcar que el área de Trabajo social no se encarga de procesos administrativos, brindando únicamente el auxilio de transporte, pues aspectos como el copago que debe cancelar

el usuario al momento del alta, deberán ser tramitados en el área de recaudo del bloque correspondiente a la hospitalización del paciente.

3.3.2 Cuidador del paciente hospitalizado que presenta dificultad para satisfacer algunas necesidades sus necesidades básicas.

Los seres humanos desde el momento en que nacen, se encuentran sujetos y son condicionados por una serie de acontecimientos biológicamente determinados que suceden a su alrededor. Este hecho, constituye la condición humana y los convierte en una “posibilidad biológica” constituida por materia que únicamente se transforma, y es pensada a través de tres direccionamientos: una evolución natural, una evolución psicológica y una evolución cultural; en donde el comportamiento depende de la interacción entre:

- Un patrón genético que se desarrolla a partir de las características heredadas
- Un organismo que objetiva dicho patrón genético
- Un ambiente natural, psíquico y social que constituye los vínculos humanos fundamentales.

Estos factores, a medida que los sujetos se van desarrollando se convierten en un sistema integral que vincula unos a otros por medio de los procesos naturales y sociales que se transforman continuamente, y se manifiestan en los seres humanos como sus necesidades.

Las necesidades son una sensación de carencia unida al deseo de satisfacerla, es ese algo que un ser vivo necesita para sobrevivir. Los seres humanos son individuos de necesidades múltiples, interdependientes, recurrentes y universales que representan los objetivos comunes que todos persiguen en cualquier contexto social y cultural, convirtiéndoles en:

- Un ser biológico: en cuanto a ser vivo poseen todas las potencialidades que no son propias de él como alimentarse, protegerse, mantenerse saludable, entre otras.
- Un ser natural: el ser humano es parte integral de la naturaleza, y como parte del sistema debe ser consciente de que todo lo que le sucede a su entorno lo afecta a él.

- Un ser social: los individuos son parte integral de una sociedad en donde se interrelacionan unos y otros, pues no es posible conocer un ser humano aislado. Pero esto no impide que muchas personas sean discriminadas y marginadas; dificultándose su oportunidad de vivir en unas condiciones de vida adecuadas en donde puedan desarrollarse.
- Un ser político: se debe querer ser un actor social activo en los procesos políticos de la sociedad, participando en las decisiones para que sea reconocido su papel en una sociedad democrática.
- Un ser afectivo: todos deben tener las condiciones para expresar su afecto, amor y orientación sexual libremente sin lastimar a terceros. Cada uno es libre de elegir la persona con la cual desea compartir su vida y la sociedad no debe impedir que las personas expresen lo que sienten solo por no coincidir con normas religiosas, legales o juicios morales establecidos.
- Un ser inteligente: la inteligencia implica tener la capacidad de desarrollar el aprendizaje, el pensamiento, la imaginación y la creatividad. El conjunto de todas estas actividades mentales es posible a través del ingreso a la educación la cual debería ser garantizada por el Estado.
- Un ser lúdico: los sujetos tienen naturaleza lúdica que se desarrolla continuamente a través del tiempo de ocio. Sin embargo, el carácter lúdico del ser humano ha sido permeado por el sistema capitalista, en donde la adquisición continua de dinero se constituye en un aspecto necesario para solventar las necesidades básicas.
- Un ser trascendente: muta, cambia y se transforma constantemente según las situaciones que se presentan a su alrededor.

Cada uno de estos aspectos influye en la forma en que cada uno de los sujetos satisface sus necesidades básicas, aunque se hace necesario reconocer que el contexto en que cada uno de estos se encuentra inmerso y la condición física y mental de la persona, influyen directamente en la forma en que cada una de estas necesidades será satisfecha; principalmente cuando al sujeto se le dificulta la realización de sus actividades básicas cotidianas (ABC). Es por ello, que durante la estancia hospitalaria de los usuarios el acompañamiento adquiere gran relevancia, por eso el

estado de la persona que se encuentre asumiendo el rol de cuidador, también se convierte en un asunto de atención mientras el paciente se encuentre hospitalizado.

En la clínica, pueden observarse múltiples situaciones en las cuales los cuidadores del paciente no cuentan con los medios económicos, mentales o sociales para satisfacer sus necesidades básicas. Es en esta instancia, donde el trabajador social se asegura de identificar no solo las condiciones del paciente que le es interconsultado, sino de igual forma, la situación de su acompañante, ya sea porque ambos se encuentran inmersos en una situación económica precaria, provienen de otros municipios y no cuentan con red de apoyo en la ciudad de Medellín o municipios aledaños, o presentan un agotamiento físico, mental y emocional que se puede generar ante la situación de una familiar o persona allegada que se encuentra hospitalizada por determinado motivo. De esta forma, cuando una de estas situaciones se evidencia a partir de la identificación realizada en la interconsulta, se procede a brindar un apoyo al acompañante del paciente o cuidador a través de los siguientes medios:

- Vestuario o productos de aseo: cuando los pacientes son remitidos de otros municipios, en ocasiones no cuentan con el tiempo suficiente para empacar los encerres necesarios para una estancia más amena en la ciudad o simplemente hacen parte de una población de escasas condiciones económicas. Ante esto, se procede a llamar al voluntariado de la clínica a la extensión 32373, informándose la ubicación y nombre del paciente y la razón por la cual éste se está reportando. Después de esto, las voluntarias se dirigen a la habitación con el fin de averiguar lo que el cuidador requiere.
- Alimentación: cuando el cuidador está teniendo dificultades para suplir su necesidad alimenticia, en primer lugar se indaga sobre los recursos monetarios con los cuales cuenta la persona, si cuenta con una cantidad moderada se le informa sobre los hogares de paso disponibles en los cuales puede acceder por \$7.000 a las tres comidas diarias. Si el paciente no cuenta con ningún recurso económico, se reporta al servicio de alimentación de la clínica (COMISO), encargada de brindar los alimentos a los pacientes que se encuentran hospitalizados, ya que cuando alguno de estos sobra por determinado motivo es entregado a uno de los acompañantes que lo requiera. Por esto, teniendo presente la dinámica del

COMISO, es importante resaltar a los acompañantes que este servicio no será constante con ellos y no representará las tres comidas diarias.

Para reportar al COMISO, se llama a la extensión 31038 solicitando una donación de alimentos al acompañante, suministrándose el nombre del paciente y su ubicación (bloque y número de habitación).

- Hogar de paso: cuando el paciente y su respectivo acompañante provienen de un municipio o región del país indistinta al área metropolitana y no cuentan con red de apoyo en ésta zona, se orientan sobre los hogares de paso disponibles en los cuales se podrían quedar y el costo que cada uno de estos tiene por día. Los hogares que se ofrecen son:
 - Hogar de Paso San Camilo: el costo para cupo de hospedaje y alimentación es de 10.000 pesos diarios, se solicita al número 2335241.
 - Posada de Belén: el cupo de hospedaje es de 12.000 pesos diarios, para solicitarlo es necesario llamar telefónicamente al fijo 2631874.
 - Albergue San José: el cupo de hospedaje es de 12.000 pesos diarios, para solicitarlo es necesario llamar telefónicamente al fijo 2546370
 - Hogar de paso San Gabriel: el cupo de hospedaje es de 20.000 pesos diarios, se solicita al número telefónico 2335102.

Cuando alguno de estos hogares será solicitado, inicialmente se llama al lugar y se pregunta si hay cupos disponibles, de ser así, se informa el nombre de la persona que se hospedará y quien asumirá el costo de su estadía, debido a que en casos excepcionales desde el voluntariado se cubren estos gastos durante determinado límite de tiempo, por lo cual se envía al hogar una carta desde el área de Trabajo social, donde queden explícitas cada una de éstas consideraciones.

Desde este procedimiento, el área de Trabajo social reconoce la importancia del estado de bienestar del cuidador o cuidadora durante el tiempo en que el paciente se encuentre en la clínica, ya que el acompañamiento no debe ser permanente sin tener presente la condición de la persona que lo está realizando, pues no se trata de que está presente una decaída en su estado de salud.

3.3.3 Paciente de Alta que se encuentra sin acompañante

Las redes de apoyo se reconocen como uno de los principales mecanismo de protección que las personas poseen a lo largo de su vida, por lo cual la ausencia de ellas en determinadas situaciones de índole social, económico, cultural, entre otros, se convierten en un asunto de preocupación cuando por obligatoriedad éstas son requeridas.

En los contextos clínicos, puede evidenciarse el papel fundamental y la diferencia que puede hacer la presencia constante o permanente de la red de apoyo de los pacientes que se encuentran hospitalizados. Por esto, cuando un paciente posee poco acompañamiento, desde el área de Trabajo social se recibe la interconsulta.

De esta forma, en primer lugar se realiza la identificación personal, sociofamiliar y económica pertinente, para proceder a establecer contacto con familiares o conocidos que puedan estar presentes, tanto en la estancia hospitalaria como al momento de la salida de la clínica, con el fin de garantizar un egreso seguro. Sin embargo, si el paciente al que se le ha dado de alta se encuentra sin acompañante pero no lo requiere ya que se encuentra consciente y puede movilizarse por sí mismo sin dificultad, se le informa que se puede retirar bajo su responsabilidad.

Si por el contrario el paciente necesita de un acompañante, ya sea porque es menor de edad, de edad avanzada o un paciente psiquiátrico se procede a:

- 1.** Atender la interconsulta y realizar la respectiva intervención buscándose ahondar en los datos personales de familiares o personas cercanas que se puedan localizar para informarles que el paciente ya ha sido dado de alta.
- 2.** Si se obtiene la información pertinente se procede a comunicar el alta para gestionar quien será el acudiente del paciente. Pero, si éste no puede suministrar la información necesaria, se revisa la historia clínica y la base de datos de la EPS. Si el paciente fue remitido, se hace con contacto con la clínica u hospital que lo remitió.

3. Si al finalizar esto aún no se logra establecer contacto con un posible acompañante, se sube una nota al sistema GHIPS y se detiene el proceso de alta, hasta el momento en que sea definido un responsable.

En algunos casos específicos, desde las voluntarias pertenecientes al programa de lectura promovido desde el área de Trabajo social junto con los y las practicantes de bibliotecología, si se tiene clara la dirección del paciente y su lugar de residencia es en el área metropolitana, éstas proceden a acompañarlo en taxi hasta su vivienda. Se hace necesario enfatizar que deben ser casos específicos en los que las voluntarias manifiesten su deseo de acompañar al paciente ya que sus acciones no se constituyen en una obligación hacia los usuarios que ingresan al centro hospitalario, pues el guiarlos a su domicilio también puede ser un riesgo para ellas.

3.3.4 Paciente habitante de calle o en situación de calle

En la actualidad son diversas las problemáticas existentes que afectan a la población que la componen, aunque existen algunos individuos más propensos a verse afectados por ellas, debido a condiciones como el conflicto armado, la drogadicción, el desplazamiento, las actividades para delinquir, entre otras, que se encuentran presentes en el contextos en los que estos se desenvuelven.

Desde cada una de estas condiciones, las personas pueden llegar a verse envueltas en situaciones conflictivas que llegan a generar consecuencias pasajeras o permanentes en sus vidas, más aún en una época enmarcada en un modelo económico desde el cual tiene más relevancia el crecimiento monetario que el desarrollo social y quizás humano, presentándose cada vez más casos de ciudadanos permeados por una extrema pobreza y condiciones habitacionales o culturales que ocasionalmente los llevan a tomar decisiones personales que con el tiempo pueden convertirse en un riesgo para su salud y bienestar. Por ello, en la actualidad pueden observarse diversos casos en los que se vislumbra la influencia que generan los efectos negativos de la sociedad en los sujetos, siendo un ejemplo de esto los habitantes de calle y las condiciones en las que estos se encuentran inmersos.

Los habitantes de la calle se presentan como una población que asume su vida en el espacio público de la ciudad; un espacio que constituye la imagen de la incertidumbre, la ambivalencia, pero también de lo infinito, el lugar de las escapatorias, las deserciones y las posibilidades de emancipación. Desde la profesión de Trabajo Social y su compromiso con la población social vulnerable, resulta importante implicarse en el conocimiento y la comprensión de grupos humanos que, como los habitantes de la calle, son la evidencia de los efectos sociales de la exclusión, la privación socioafectiva y económica en una sociedad. (Correa. A 2007, pág. 38)

Diversas profesiones se han dedicado a estudiar las condiciones de vida de los habitantes de calle. Sin embargo para poder comprender este concepto a cabalidad, se hace necesario exponer la diferencia existente entre habitante de calle y habitante en situación de calle, pues los aspectos que determinan cada uno de estos puede influir en las posibles redes de apoyo a las que podrían recurrir cuando se enfrenten ante una emergencia.

- En primer lugar, un habitante de calle es aquella persona “de cualquier edad que, generalmente, ha roto en forma definitiva los vínculos con su familia y hace de la calle su espacio permanente de vida” (DANE, Alcaldía de Santiago de Cali y FES, 2005, pág. 17).
- En segundo lugar, un habitante en situación de calle es la persona que “hace de la calle el escenario propio para su supervivencia y la de su familia (...). Es importante resaltar que el habitante en la calle cuenta con [red de apoyo o] con un lugar a donde llegar: la casa de su familia, la habitación de una residencia o un pequeño hotel” (pág. 17)

La situación de ambos grupos poblacionales, se forma a raíz de los cambios que surgen de una época otra, siendo la desigualdad e inequidad algunos de los principales potenciadores de ésta problemática social, la cual con el transcurso de los años se ha ido naturalizado progresivamente, pues cuando los individuos se ven inmersos en las dinámicas que se presentan en la calle, se comienza a generar

una ritualidad distintiva que va marcando y protegiendo el espacio de su cotidianidad, lo que va produciendo una resignificación del hábitat urbano donde se desenvuelve esta situación, caracterizada por el deambular que posibilita nuevos escenarios de supervivencia, de recursos renovados, de encuentros con otros, que aunque se reconocen diversos, son pares. (...) Los habitantes de calle constituyen una cristalización de

tensiones, encrucijadas y ansiedades que atraviesan a los hombres de hoy (Correa 2007, pág. 41).

En la actualidad, el número de habitantes de calle o en situación de calle puede variar de una región a otra, por ello se han implementado diversos programas que buscan asegurar la satisfacción de las necesidades básicas de cada uno de estos, aunque para muchos ciudadanos esta clase de población represente

la degradación de la vida misma, los tacha de locos, delincuentes, agresores con lo que justifican sus reacciones frente a ellos; reacciones como el trato compasivo, agresivo o acusador y la exclusión, a veces materializada en el exterminio sistemático que ejercen sobre ellos algunos “grupos de limpieza y justicia privada”; en el rechazo y prohibición de estar en ciertos lugares de donde son expulsados; en el desplazamiento permanente que tienen que hacer por las diferentes calles de la ciudad; en el maltrato físico; en las miradas y actitudes despectivas de los otros pobladores; en los insultos y la denominación de “desechables”, denominación que les atribuye un carácter de improductivos e innecesarios para la sociedad (Galeano, y Vélez 1996, pág. 87).

El aseguramiento de la satisfacción y atención adecuada a cada una de las necesidades manifestadas por ésta población, se convierte en uno de los principales desafíos para los profesionales. Sin embargo, desde las instituciones se busca brindar el cuidado adecuado a cada uno de ellos cuando se encuentran en mayor riesgo. Es así, como desde la Clínica León XIII se brinda la atención pertinente a habitantes de calle o personas en situación de calle que ingresan al centro hospitalario bajo determinados motivos, siendo interconsultado inmediatamente, debido a su condición de vulnerabilidad, al área de Trabajo social.

Cuando estos casos son interconsultados a Trabajo social, después de realizar la recolección de los datos que se poseen del paciente, se ejecutan las siguientes acciones.

1. Realizar contacto vía telefónica con la Institución Centro Día al número telefónica 5111821, institución ubicada en la calle 57B # 54-151 cerca de la Glorieta de la Minorista. Si se establece contacto, se procede a indagar si el paciente se encuentra censado como habitante de calle. Si es así, dicha institución envía un certificado donde quede rectificado lo anterior, pero si el paciente no está censado se solicita visita hospitalaria para identificar si efectivamente es un habitante de calle o en situación de calle.

2. Se visita al paciente y realiza la identificación personal y sociofamiliar, indagándose en la forma en que este suple sus necesidades básicas.
3. Se reporta al voluntariado para solicitar donaciones como productos de aseo y ropa.
4. Si al momento del alta el paciente se encuentra en condiciones de moverse por sí mismo y se encuentra orientado, éste puede egresar solo de la institución, facilitándose dinero respectivo para el transporte y conduciéndolo al acopio de taxis. Sin embargo, si el paciente necesita continuar con tratamiento ambulatorio al momento de su egreso, se llama a Centro Día, solicitándose que el paciente sea institucionalizado, enviándose los documentos necesarios en donde conste el mencionado tratamiento.

3.3.5 Adulto mayor en situación de Abandono

A medida que los seres humanos envejecen, comienza a ser observable el desgaste físico mental que viene ligado a las actividades realizadas por cada uno de ellos a lo largo de su existencia. Comúnmente, el apoyo familiar en esta etapa de la vida comienza a ser considerado un punto fundamental, principalmente en aquellos casos en los que el adulto mayor se encuentra desvalido o padece una enfermedad que le impide realizar a cabalidad y por sí mismo sus actividades básicas cotidianas. Pese a ello, hoy en día se presentan numerosos casos de abandono al adulto mayor, la cual es

una crisis que se ve agudizada por las pérdidas que va viviendo el adulto mayor, pérdida del trabajo donde se sentía útil, pérdida de los compañeros de labores más jóvenes a los que ya deja de frecuentar y pérdida de seres queridos y amigos que van muriendo. Si estas pérdidas no se compensan por medio de un buen manejo del campo afectivo, emocional, intelectual (Inteligencia Emocional) no será nada raro que el anciano se sienta invadido de perjudiciales sentimientos negativos, que afectarán su autoestima, especialmente en las mujeres. (Bruna, Reinoso, San Martín, s.f, pág. 5)

Cada día son más frecuentes los casos de adultos mayores abandonados en centros hospitalarios en los cuales ingresan bajo determinadas circunstancias, algunos de ellos presentando poco o nulo acompañamiento durante su hospitalización.

Cuando el personal asistencial observa que no se le está brindando, a una persona de avanzada edad, el adecuado acompañamiento sociofamiliar, interconsultan al área de Trabajo social para que realice la respectiva evaluación del caso y trace la ruta más adecuada para garantizar una estancia hospitalaria y un egreso seguro, por medio de la realización de las siguientes acciones.

1. Al igual que en las demás interconsultas que son solicitadas bajo determinados motivos, se inicia recogiendo la información correspondiente al paciente, tanto sus datos personales como las dinámicas sociofamiliares en las que se encuentra inmerso.
2. Si el paciente se encuentra solo o por cuestiones de salud o edad no puede brindar la información correspondiente, se buscan los contactos telefónicos en la historia clínica, registrándose la información suministrada por la persona con la cual se logró establecer contacto y la gestión realizada. Cabe mencionar, que por medio de la intervención con la familia, se buscan promover las diferentes alternativas que permitan que estos puedan acompañar al paciente el mayor tiempo posible, según las necesidades que éste presente.
3. Si no se logra establecer contacto con ningún familiar, se reporta el caso a la secretaria de inclusión social y familiar y se solicita una visita hospitalaria al comité de ingresos y egresos para definir la ubicación del paciente.
4. Cuando el paciente es de otro municipio y se encuentra en condición de abandono, se hace contacto con la secretaria municipal del lugar en donde éste reside, buscándose generar un cupo en los centros correspondientes a la protección del adulto mayor.

3.3.6 Adulto mayor que al momento del egreso será institucionalizado en un hogar geriátrico

En algunas ocasiones, debido a las diversas ocupaciones personales y laborales del grupo familiar, muchos pacientes de edad avanzada no cuentan con un acompañamiento suficiente durante la estancia hospitalaria. Por ello, cuando desde la intervención realizada por Trabajo social se evidencia que el paciente al momento del egreso requerirá de un acompañamiento

permanente (sea por su avanzada edad o por su condición de salud), y el grupo familiar debido a diversos motivos no cuenta con la disponibilidad horaria, ya sea desde los familiares o desde el área de Trabajo social, se menciona la posibilidad de institucionalizar al paciente en un hogar geriátrico o gerontológico donde se le brinde la atención y cuidados necesarios.

Para que esto sea efectuado de manera correcta, en primer lugar es necesario que tanto el paciente como la familia acepten la opción y ellos mismos gestionen el cupo en el hogar que cumpla con sus requerimientos. Por esto, se hace necesario aclarar que desde el área de Trabajo social no se gestionan los cupos en las instituciones, siendo los familiares y/o acudientes quienes deben conocer los hogares y lo que estos ofrecen, recalándose la importancia de que una persona se haga responsable del anciano en el hogar, para que éste tenga a quien contactar cuando ocurra alguna emergencia. Lo único que se brinda desde la clínica, es una lista con algunos de los hogares que se pueden encontrar en el área metropolitana.

Si la familia decide institucionalizar al paciente, los tramites deberán ser realizados antes del momento del alta, ya que llegado éste momento, si no se tiene definido aún el lugar, los familiares deberán irse con el paciente a su respectiva residencia y continuar con la gestión desde sus hogares.

Algunos de los hogares mencionados desde el área de Trabajo social son:

HOGAR	TELEFONO	DIRECCIÓN	LUGAR/SECTOR	CARACTERISTICAS
Dulce hogar manos doradas	2925596	calle 60 # 50- 55	prado centro	ancianos autónomos y psiquiátricos
Hogar geriátrico laureles	4135300	Cr 76 #42 - 44	Laureles - cerca a la estación de policía	Ancianos dependiente o autónomos
Hogar Social el Amparo de Dios	254-37-89 / 254-55-89	Cll 65 # 49 - 30	Prado Centro	Ancianos dependiente o autónomos
Corporación Mi Atardecer	292-13- 68/254/40/16	Cll 59 # 45 - 24	Prado centro - Diagonal al Colegio María Auxiliadora	Ancianos autónomos o dependientes - Neurosiquiaticos

Amaneceres	2340721	Cra 80 # 50-68	Los colores	Ancianos autónomos y dependientes
Asilo Rosario	El 2790034	Cra 60 # 77 sur -24	La Estrella	adultos mayores de 60 años autónomos o dependientes

3.3.7 Paciente que ha sido remitido de otra clínica u hospital

La IPS Universitaria cuenta con diferentes sedes a lo largo de Colombia, por ello, ocasionalmente se presentan pacientes que son remitidos de otros municipios, ciudades o departamentos con el fin de recibir la atención necesaria, teniendo presente los diferentes especialistas con los que cuenta la Clínica León XIII. De esta forma, cuando un usuario que es hospitalizado proviene de otro municipio o región es interconsultado a Trabajo social con el fin de garantizar al paciente una estancia hospitalaria y un egreso seguro, procediéndose a:

1. Se hace la identificación personal, sociofamiliar y económica del sujeto con el fin de identificar si estos o sus acompañantes poseen familiares o personas allegadas en la ciudad de Medellín que pueda brindar su apoyo durante la estancia hospitalaria.
2. Si no cuentan con ninguna red de apoyo en la ciudad, se llevan a cabo los pasos del protocolo número dos, reportando al voluntariado si el paciente o su acompañante requieren productos de aseo o ropa y al COMISO si estos no pueden costear la alimentación. De igual forma, si se presentan estancias prolongadas, se evalúa la idea de los hogares de paso donde el acompañante puede descansar y/o alimentarse durante algunos días.
3. Cuando llegue el momento de egresar de la clínica, se debe identificar la vía de ingreso del paciente a la institución, la cual puede ser:
 - Espontaneo: paciente que se encontraba por su cuenta en la ciudad y sufre alguna lesión o debe ser hospitalizado por “x” o “y” motivo. Si este es el caso, el asegurador no se hará

responsable para brindar los tiquetes de regreso, siendo el paciente quien deberá asumir los costos de estos.

- Remitido: en este caso el paciente viene remitido desde un centro hospitalario. En este caso, es necesario conocer la EPS del paciente, ya que éstos brindan los tiquetes solo para determinados lugares y algunos solo autorizan tiquetes para el acompañante si el paciente es menor de edad, mayor de 65 años o presenta una condición clínica. Así, la forma en la que son autorizados los tiquetes por cada entidad es:
 - Nueva EPS: autoriza tiquetes a todo paciente que venga de otro departamento o de Urabá, y a su respectivo acompañante si el paciente cumple con los criterios mencionados anteriormente.
 - COOMEVA: No da tiquetes para acompañante o menores de edad.
 - Alianza Medellín: brinda tiquetes para aquellos pacientes provenientes de Vigía del fuerte.
 - COMFACHOCO: Autoriza tiquetes a todos los pacientes que lo requieran.
 - Caprecon Antioquia: no autoriza tiquetes
 - Capitación Nueva EPS San Andrés Islas: autoriza tiquetes a todos los pacientes que lo requieran.

4. Si se debe solicitar los tiquetes es necesario:

- Establecer contacto con el asegurador del paciente con el fin de que estos tengan conocimientos de que el paciente proveniente de determinado lugar que fue remitido a la clínica se encuentra en proceso de prealta. Esto permitirá saber si la EPS brindará o no los tiquetes y se pueda agilizar los trámites necesarios para el egreso.
- Se envía un correo electrónico con la siguiente información:
 - ✓ SIS 412, el cual es un documento elaborado por el especialista solicitando elementos que no están contemplados en el POS, como medicamentos o tiquetes.
 - ✓ Enviar la remisión la cual se realiza ingresando al sistema GHIPS, luego se busca la historia clínica y se digitaliza el documento de identidad del paciente. Se presiona buscar,

fecha del último ingreso, formatos médicos, remisión y por último se presiona exportar y guardar.

5. Si el paciente viaja con acompañante: copia de documento de identidad tanto del paciente como acompañante.

3.3.8 Paciente del programa de trasplante

A medida que los años transcurren, la ciencia ha avanzado considerablemente en cada uno de sus campos, siendo la medicina uno de ellos. En la actualidad, enfermedades que en alguna época parecieron ser incurables, hoy en día se encuentran siendo tratadas y en ocasiones erradicadas del cuerpo humano a partir de diversos medicamentos y/o tratamientos, algunos de los cuales implican procesos de trasplante efectuados a partir de la donación de órganos.

En primer lugar, la donación es definida como

un acto voluntario por el cual una persona en vida o su familia después de la muerte autorizan la extracción de órganos y tejidos para trasplante, con el fin de ayudar a otras personas. La donación es desinteresada y altruista, ya que por ella no existe remuneración o retribución para el donante o su familia” mientras que el trasplante “es un tratamiento médico por medio del cual órganos, tejidos y células enfermas son reemplazados por las de un donante. (MINSALUD, s.f, pág. 1).

Diversas clínicas y hospitales en Colombia se han encargado de efectuar estos procesos, como lo es el caso de la IPS Universitaria, cuya unidad de trasplantes se encuentra ubicada en la Clínica León XIII. Sin embargo, para que tanto la donación como el trasplante en sí mismo puedan ser efectuados adecuadamente y brinden unos resultados satisfactorios, se hace necesario el trabajo interdisciplinario entre las ciencias médicas y las ciencias sociales, pues no solo se busca generar en el paciente un bienestar físico sino también mental, buscándose establecer si estos sujetos están preparados o no para una intervención de éste tipo. Es por ello, que se han implementado una serie de protocolos que permiten a abarcar cada uno de los ámbitos personales, familiares y contextuales del paciente que busca ser trasplantado.

La IPS Universitaria inicia su unidad de trasplante renal en el año 2010 consolidándose y obteniendo reconocimiento con los años tanto a nivel local como nacional como una de las instituciones con mayor generación de donantes, y en el año 2014 como una de las entidades con mayor número de trasplantes renales, pese a que en la Clínica son realizados diversos trasplantes, como:

- Trasplante de riñón con donante vivo o cadavérico.
- Trasplante de hígado
- Trasplante de riñón y páncreas
- Trasplante de progenitores hematopoyéticos
- Trasplante de tejido ocular
- Trasplante de tejido osteomuscular
- Trasplante de tejido vascular (con aloinjertos criopreservados)

Para que cada uno de estos procesos sea exitoso, desde la clínica se ofrece el trabajo interdisciplinario de enfermedades tanto benignas como malignas, estando conformado el equipo por el área de la salud (nefrólogos, anestesiólogo, nutricionistas, cirujano) y el área psicosocial (Trabajo social y psicóloga), áreas que son transversales a todo el proceso de trasplante, dividiéndolo en tres etapas: pretrasplante, trasplante y postrasplante, con el fin de brindar una atención más integral a los pacientes y sus familiares, y poder evaluarse a cabalidad todo el proceso de recuperación del paciente después de la cirugía.

Desde el área de Trabajo social, se brinda asesoría y acompañamiento a los usuarios que ingresan a protocolo de trasplante y a sus respectivos familiares. Por ello, para una mayor comprensión del papel de la profesión en éste proceso, se analizarán cada una de las etapas del proceso de trasplante de forma separada.

▪ **Pretrasplante**

En esta primera etapa, todo el equipo interdisciplinario evalúa al paciente para definir si éste es apto tanto medica como socialmente, realizándose una junta con todos los integrantes del equipo donde cada uno de estos emite su concepto. En el caso de Trabajo social, cuando un paciente ingresa a protocolo, éste le es interconsultado para que sea realizada toda la evaluación

sociofamiliar, buscándose identificar redes de apoyo con las que cuenta el paciente que puedan brindar un acompañamiento durante todo el proceso. De esta forma, las preguntas que se realizan en los encuentros con los pacientes, se encuentran direccionadas de la siguiente forma:

Información personal	Datos personales	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre completo. - Situación sentimental - Ocupación - Nivel de escolaridad - Preferencias religiosas
	Consumo de sustancia psicoactivas o bebidas alcohólica.	<ul style="list-style-type: none"> - Consume o ha consumido en algún momento de su vida algún tipo de sustancia psicoactiva. - Si ha consumido se pregunta cuales sustancias y cuando fue la última vez que las utilizo. - Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas
	Ejercicio	<ul style="list-style-type: none"> - Actividades físicas que realiza y su frecuencia.
	Diálisis	<ul style="list-style-type: none"> - Se está dializando actualmente, - Tiempo que lleva dializándose - Tipo de diálisis (peritoneal, hemodiálisis) - Ubicación su unidad renal - Frecuencia y adherencia a ésta.
	Trasplante	<ul style="list-style-type: none"> - Razones por las cuales desea trasplantarse. En este aspecto se hace necesario profundizar en sí el paciente realmente desea trasplantarse y no está siendo presionado por un motivo ajeno a él.
Información sociofamiliar	<p>Durante el protocolo de trasplante identificar la red de apoyo del paciente se hace necesario para garantizar los cuidados pertinentes que éste tendrá en la clínica y al momento del egreso de ésta. Por ello, los ítems abarcados en este apartado son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Familia de Origen - Personas con las cuales convive y su relación con éstas. - Tipo de comunicación existente entre los miembros. - Presencia de lazos de cohesión. - Apoyo que ha recibido desde su ingreso a protocolo. - Persona que asumiría el rol de cuidador principal en caso de ser trasplantado. 	

Condición económica y habitacional	<p>Cuando un paciente es trasplantado, las condiciones de la vivienda se convierten en un aspecto que puede afectar tanto positiva como negativamente su recuperación, por eso debe hablar claridad sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proveedores económicos del hogar - Lugar en cual reside - Condiciones habitacionales de la vivienda (material en la que se encuentra construido, número de habitaciones, acceso a los servicios públicos, si el paciente cuenta con una habitación propia) - Si el paciente viene remitido de otras regiones del país, se indaga si la EPS cubrirá un hogar de paso durante el tiempo que éste necesite permanecer en la ciudad, teniéndose presente que el paciente debe hospedarse en un hogar especial para personas trasplantadas donde se brinden los cuidados necesarios y se garantice la adherencia al tratamiento. Si la aseguradora no garantiza esto, se orienta al paciente y su familia sobre la acción de tutela.
------------------------------------	---

▪ **Trasplante**

En esta etapa el paciente ya ha sido trasplantado y por ende hospitalizado, continuando en seguimiento por parte de cada una de las especialidades para observar su progreso. Desde Trabajo social, esta segunda intervención consiste en identificar la persona que se encuentra asumiendo el rol de cuidador principal en la hospitalización, verificándose el acompañamiento que están brindando al paciente. Además de ello, se indaga sobre el estado afectivo, emocional y físico.

▪ **Postrasplante**

En esta última etapa del proceso, constituido en el egreso del paciente de la clínica y en la última intervención por Trabajo social que es realizada con propósito de identificar la adherencia del paciente al tratamiento y evaluar las condiciones familiares, pues el nuevo estado de salud del paciente y los cuidados que deberá tener en el hogar durante determinado lapso de tiempo, en ocasiones pueden influir en la presencia de momentos de tensión y/o crisis en el núcleo familiar. Por esto, previamente se indaga por la situación emocional actual del paciente, brindándose orientación y asesoría sobre las diferentes situaciones que se pueden presentar al momento del egreso y la importancia de seguir las indicaciones médicas.

3.3.9 Programa Hepatobiliar

La IPS Universitaria entre los programas que posee para brindar una atención especializada a los pacientes que ingresan, cuenta con el programa Hepatobiliar ubicado en la Clínica León XIII, encargado de la realización de intervenciones en el hígado, el páncreas, y vías biliares ya sea por una enfermedad maligna o benigna. Son muy pocas las clínicas y hospitales en el país que cuentan con esta especialidad, por esto, desde la IPS se busca brindar una atención integradora que cuenta con cirugía, enfermería, nutrición, psicología y Trabajo social.

Cuando un paciente que ingresa al programa hepatobiliar es interconsultado a Trabajo social, se procede a:

1. Se visita al paciente realizándose la respectiva presentación del profesional para proceder a brindar orientación sobre las características del programa y los beneficios de éste, al tener acceso como pacientes, a la atención periódica de diversos especialistas.
2. Se procede a hacer la identificación personal, sociofamiliar y económica del paciente, puntualizándose en la red de apoyo con la que éste cuenta y el tipo de acompañamiento que ésta brinda (ocasional o permanente).
3. Si el paciente o su acompañante manifiestan algún problema o algunas de sus necesidades no está siendo satisfecha sea porque son de otros municipios o de escasos recursos económicos, se retoman los protocolos anteriormente descritos.

Desde este programa, se buscan realizar rondas cada semana con todo el equipo, dando cada uno de los integrantes respectivos su concepto sobre el estado actual del paciente y las situaciones que se han presentado y si éste está teniendo el adecuado apoyo por parte de su núcleo familiar, ya que las recuperaciones de este tipo de intervenciones quirúrgicas pueden tardar semanas e incluso meses.

4. OBJETIVOS

Objetivo General:

- Analizar los procesos de intervención del área de Trabajo social de la IPS Universitaria a partir de las rutas integrales de atención y protocolos utilizados.

Objetivos específicos:

- Describir cada una de las Rutas de atención y protocolos utilizados por el área de Trabajo social de la IPS Universitaria.
- Identificar el rol del trabajador social en los procesos de intervención realizados tomando como referencia los protocolos y rutas de atención.
- Rescatar algunas de las experiencias significativas y exitosas del área de trabajo social y una experiencia de la practicante, desde las cuales se puedan evidenciar el quehacer profesional en los procesos hospitalarios.

Objetivo general	Objetivos específicos	Metas	Indicadores	Fuentes de verificación
<p>Analizar los procesos de intervención del área de Trabajo social de la IPS Universitaria a partir de las rutas integrales de atención y protocolos utilizados.</p>	<p>Describir cada una de las Rutas de atención y protocolos utilizados por el área de Trabajo social de la IPS Universitaria.</p>	<p>Para diciembre del año 2016 las rutas de atención y protocolos utilizados desde el área de Trabajo social de la IPS Universitaria sede león XIII estarán fundamentados y actualizados según el contexto actual, tanto en el área de la salud como en el campo social.</p>	<p>Porcentaje de rutas de atención actualizadas utilizadas con mayor frecuencia durante los meses de septiembre de 2016 a marzo de 2017.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión documental (proyectos realizados por los anteriores practicantes) - Reuniones con las trabajadoras sociales.
	<p>Identificar el rol del trabajador social en los procesos de intervención realizados tomando como referencia los protocolos y rutas de atención</p>	<p>Para febrero del año 2017 el rol del trabajador social en los procesos de intervención realizados se enmarcara desde las rutas y protocolos de atención, reconociéndose el quehacer profesional.</p>	<p>A marzo el 2016 las trabajadoras sociales, practicantes y usuarios reconocerán en un 65% el rol del trabajador social en los protocolos y rutas de atención.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observación participante (diarios de campo) - Entrevistas a profundidad realizadas a las trabajadoras sociales. - Entrevistas semiestructuradas con los pacientes y familiares interconsultados.
	<p>Rescatar dos experiencias significativas y exitosas del área de trabajo social y una experiencia de la practicante, desde las cuales se puedan evidenciar el quehacer profesional en los procesos hospitalarios.</p>	<p>Para marzo del año 2017 se habrán sistematizados y analizado tres experiencias significativas vivenciadas por las trabajadoras sociales y la practicante, a partir de las rutas de atención y protocolos que se han utilizado en los casos que son interconsultados, con el fin de evidenciar la efectividad y rigurosidad de las intervenciones.</p>	<p>Número de interconsultas realizadas oportuna y satisfactoriamente desde septiembre de 2016 a marzo de 2017.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas a profundidad realizadas a las trabajadoras sociales. - Matrices de análisis - Entrevistas semiestructuradas con los pacientes y familiares interconsultados. - Fichas de lectura

5. DISEÑO METODOLOGICO

Cada una de los tipos de investigación que existen, permiten acercarse a una realidad, objeto o población determinada, por medio de una serie de acciones e instrumentos que permitirán una mayor comprensión del tema a investigar. Entre estos la sistematización, se caracteriza por validar la experiencia y la práctica como generadoras de conocimiento, desde las cuales se da relevancia al diálogo de saberes, pues según Bruner (2000) vivimos en un mar de relatos y como el pez que según el proverbio será el último en descubrir el agua, tenemos nuestras propias dificultades para entender en qué consiste nadar entre relatos, ya que nos cuenta tener consciencia de lo que hacemos fácilmente.

La sistematización es

la interpretación crítica de una o varias experiencias, que a partir de su reconstrucción y ordenamiento, descubre o explicita la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, cómo se han relacionado entre sí, y por qué se han hecho de ese modo... Ya que es el resultado de todo un esfuerzo por comprender el sentido de las experiencias, desde la perspectiva de quien la realiza. Ésta produce un nuevo conocimiento, un primer nivel de detectar los conceptos a partir de la práctica concreta, que a la vez que permite su comprensión, apunta a ir más allá de ella misma. En este sentido nos permite abstraer, lo que estamos haciendo en cada caso particular y encontrar un terreno donde se pueda hacer una generalización (Universidad central de Venezuela, s.f, pág. 1).

Por esto, entre las diferentes formas de investigación, la sistematización de experiencias se hizo pertinente en la realización del presente proyecto al permitir hacer una interpretación y análisis crítico de los protocolos y rutas integrales de atención utilizadas desde el área de Trabajo social en cada uno de los casos que les son interconsultados, con el fin de determinar la función y efectividad, tanto de las rutas como de los protocolos, a partir de la reconstrucción de tres experiencias vividas por las trabajadoras sociales y la practicante en el quehacer profesional, comprendiendo su actuación como acciones organizadas con un fin compartido que se resume en la transformación de la realidad de los usuarios que les son interconsultados.

6. PLAN OPERATIVO

6.1 Estrategias

Son diversas las estrategias que permitirían obtener la información necesaria para cumplir a cabalidad con los objetivos del presente proyecto, sin embargo, teniéndose en cuenta la importancia de los saberes y experiencias de las trabajadoras sociales y los mismos usuarios en la reconstrucción de los procesos de intervención que son realizados por Trabajo social tomando como referencia las rutas y protocolos de atención, las técnicas utilizadas fueron:

- Entrevista en profundidad: definida por Luis Enrique Alonso citado por Vélez (2003) como “un constructo comunicativo donde los discursos se provocan mutuamente en un marco situacional y conversacional caracterizado por la circularidad interaccional”. Esta técnica se utilizó formulando preguntas en torno a las rutas integrales de atención y a los protocolos utilizados desde el área de Trabajo social de la IPS Universitaria. La implementación de esta técnica se consideró importante para entender y analizar el quehacer profesional en la clínica y los aportes de éste a través de las rutas y protocolos a procesos de intervención fundamentados y válidos.
- Entrevista semiestructurada: desde esta técnica, se determinó previamente la información relevante que se desea obtener, realizándose preguntas abiertas que brindaron diferentes opciones en las respuestas sin salirse del tema y objetivo central de la entrevista. Este tipo de entrevista se realizó con los pacientes y sus respectivos familiares o acompañantes en la aplicación de las rutas o protocolos del área de Trabajo social.
- Revisión documental: al ser una técnica permanente durante toda la formulación y desarrollo del proyecto, permitió tener conocimientos previos sobre las rutas integrales de atención en salud utilizadas a nivel nacional y los protocolos institucionales utilizados por el área de trabajo social de la IPS Universitaria sede León XIII. Por esto se recurrió a fuentes como casos de algunos pacientes, proyectos de práctica, artículos de revistas, libros, páginas web, además de los últimos debates que se han ido realizando sobre el sistema de salud actual y sus

implicaciones en la atención temprana y bienestar de los usuarios que ingresan a los centros hospitalarios.

- Observación participante: caracterizada por ser una técnica de recolección de información a través de la observación y la inmersión del investigador en las actividades del grupo o situaciones que se están investigando. A partir de esta técnica, se analizó el rol del trabajador social de la clínica león XVIII y la forma en que aplica las rutas de atención y protocolos en las intervenciones que les son interconsultadas.
- Matrices de análisis: a través de estas matrices, se analizó la utilización adecuada de cada una de las rutas de atención y protocolos del área de trabajo social de la IPS Universitaria, analizándose los procesos de intervención y el rol del trabajador social en cada una de las atenciones a los usuarios en algunos casos, atendidos anteriormente y en la actualidad.

6.2 Población

Destinatarios

Este proyecto se encuentra dirigido en primer lugar al equipo de trabajadoras sociales pertenecientes a la IPS Universitaria sede Clínica León XIII y en segundo lugar a los futuros practicantes del área de Trabajo social de la clínica, con el fin de fundamentar y analizar cada una de las rutas y protocolos que son y serán utilizados por estos en futuras intervenciones, buscándose que cada uno de estos profesionales logren enmarcar su rol como trabajadores sociales en su quehacer profesional.

Beneficiarios

Directos

- Los beneficiarios directos del presente proyecto son los practicantes y profesionales pertenecientes al área de trabajo social de la IPS Universitaria, sede Clínica León XIII.

Indirectos

- Los usuarios hospitalizados y sus respectivos acompañantes y/o familiares los cuales podrán no solo conocer las rutas de atención y protocolos que son utilizados según sus necesidades, sino de igual forma, ser arte y parte de procesos de intervención efectivos donde las situaciones conflictivas que se encuentran pasando durante su estancia en la clínica sean atendidas de la mejor manera.
- La Clínica León XIII al fundamentarse cada una de las rutas de atención y protocolos utilizados por el área de trabajo social, analizándose su aplicación en algunos de los casos más significativos desde los cuales se pueda ejemplificar el accionar de las trabajadoras sociales y los resultados obtenidos.
- Profesionales y estudiantes de otras áreas con el fin de que puedan observar el quehacer profesional del equipo de Trabajo social y su importancia en la atención y tratamiento de los pacientes que le son interconsultados y sus respectivas familias.

6.3 Recursos

Humanos

Para alcanzar los objetivos planteados en el proyecto se requirió el apoyo de:

- Las trabajadoras sociales pertenecientes a la clínica León XIII
- Practicantes de trabajo social
- Usuarios hospitalizados en la clínica y sus respectivas familias, cuidadores o acompañantes.

Físicos

- Tecnológicos: computador, impresora, teléfono
- Infraestructura: oficinas de trabajo social de la Clínica León XIII
- Materiales: lapiceros, hojas de block, memoria USB

Presupuesto

Recursos humanos		Cantidad destinada	Fuente de financiación	Costo total
Trabajadoras sociales	2.500.000	40 horas	Financiación interna	420.000
Practicante de trabajo social	670.000	60 horas	Financiación externa	330.000
Usuarios y sus respectivos familiares o cuidadores	0	10 horas	Financiación a corto plazo	0
Profesionales de otras áreas	2.300.000	4 horas	Financiación interna	42.000
Total				792.000

Recursos físicos		Cantidad destinada	Fuente de financiación	Costo total
Computador	720.000	1	Financiación interna	720.000
Impresora	350.000	1	Financiación interna	350.000
Teléfono	24.000	1	Financiación interna	24.000
Oficinas de Trabajo social	0	2	Financiación interna	0
Lapiceros	3.200	4	Gestión propia	3.200
Hojas de block	5.000	50	Financiación interna	5.000
Memoria USB	7.000	1	Gestión propia	7.000
Total				1.109.200

Tipo	Total
Recursos humanos	792.000
Recursos físicos	1.109.200
Total	1.901.200

6.4 Cronograma

INICIO DEL PROCESO: 7 de septiembre de 2016		Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				Marzo							
		Semanas				Semanas				Semanas				Semanas				Semanas				Semanas											
MOMENTOS	PASOS	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Preparatorio	Encuentro con las trabajadoras sociales de la clínica León XIII	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*			
	Inducción de la practicante	*	*																														
Recolección y generación de la información	Revisión documental	Fichaje	*	*	*					*	*	*	*	*	*			*	*	*	*	*	*										
	Entrevista en profundidad con las trabajadoras sociales	Diseño															*	*															
		Aplicación															*	*															
		Transcripción																			*												
	Entrevista semiestructurada con los pacientes	Diseño formato (según la interconsulta solicitada)															*	*															
		Aplicación															*	*	*														
Análisis e interpretación	Análisis de dos casos/experiencias relevantes del área de Trabajo social de la clínica León XIII según las rutas de atención y protocolos.																			*	*	*											
	Análisis de entrevistas																			*	*	*											
	Análisis fichas bibliográficas																			*	*	*											
	Matrices de análisis																			*	*	*											
Socialización	Redacción informe final																			*	*	*	*	*	*	*	*	*					
	Entrega final del proyecto de la práctica																											*					
	Reflexión y socialización con las trabajadoras sociales de la IPS y la asesora de práctica.																											*					

7. SISTEMATIZACIÓN DE TRES CASOS ATENDIDOS POR EL ÁREA DE TRABAJO SOCIAL DURANTE EL AÑO 2016-2017.

El accionar del Trabajo social en el campo de la salud se ve permeado por los parámetros institucionales y los diversos usuarios que son atendidos cada año, siendo identificadas cada una de las necesidades y problemáticas que estos se encuentran atravesando, aspecto que se ejemplifica en el área de Trabajo social de la clínica León XIII.

Según el Informe de gestión realizado por las Trabajadoras sociales de la Clínica León XIII, durante el año 2016 fueron atendidos 4.674 usuarios con los cuales se llevaron a cabo 6.913 intervenciones, siendo un total de 15.146 las actividades de gestión realizadas, las cuales se encontraron divididas en:

- Intervención familiar (10.416): desde la cual además de hacerse la identificación sociofamiliar pertinente, se indagó por la red de apoyo con la cual contaba el paciente y se brindó una atención integral en el tratamiento a crisis, conflictos familiares y elaboración del duelo (si eran situaciones que se encontraba vivenciando el grupo familiar), propiciándose el logro de una estancia y egreso seguro.
- Gestión con redes institucionales (1.741): a lo largo del año, fueron activadas las rutas de atención y se realizaron reportes institucionales según las necesidades de cada usuario, gestionándose además la ubicación de éstos en hogares Municipales, particulares y de paso.
- Gestión de recursos asistenciales (1.396): actividades realizadas desde el Fondo de solidaridad de la IPS Universitaria y el apoyo del voluntariado.
- Otras intervenciones (1.593): se hizo la respectiva divulgación de derechos y deberes Institucionales, y direccionamiento al área de atención al usuario donde se han de realizar las quejas y opiniones surgidas a partir del proceso hospitalario.

Cada una de estas actividades, se hizo teniendo presente el tipo de población que se estaba atendiendo, pues como se ha mencionado a lo largo de éste proyecto, son diversos los grupos poblacionales atendidos en la Clínica León XIII y las razones por las cuales ingresan, que determinarán la razón de la interconsulta al área de Trabajo social. Por esto, según el motivo de interconsulta el número de usuarios atendidos fueron:

- Identificación socio familiar: 1.258
- Usuarios residentes en otros Municipios o Departamentos: 1.226
- Usuarios interconsultados mediante la aplicación de la encuesta de identificación del riesgo: 916
- Usuarios del Programa de trasplante: 308
- Adherencia al tratamiento: 151
- Usuarios indígenas: 122
- Habitantes de calle: 68
- Violencia intra-familiar y de género : 52
- Violencias sexuales: 43

Teniéndose presente los usuarios atendidos y con el fin de ejemplificar la labor de las trabajadoras sociales de la Clínica León XIII, a continuación se realizará la respectiva sistematización de dos de los casos atendidos durante el año 2016 y uno a inicios del 2017, desde los cuales se pretende observar la aplicación de algunas de las rutas y protocolos de atención correspondientes al área de Trabajo social, además de analizarse la efectividad de las intervenciones como acciones que van más allá del asistencialismo y se constituyen en una parte fundamental del bienestar de los pacientes y su respectivo núcleo familiar.

De esta forma, para una mayor comprensión de los casos, estos serán sistematizados individualmente, dividiéndose cada uno de ellos en tres apartados. En primero lugar, se realizará una conceptualización según la necesidad por la cual el paciente fue interconsultado, después se hará la respectiva descripción del caso para finalizarse con el análisis de la intervención efectuada por el área de Trabajo social.

7.1 Caso 1: Paciente menor de edad víctima de presunto abuso sexual infantil.

La sociedad a lo largo de los años ha estado sujeta a diferentes problemáticas que afectan tanto directa como indirectamente a los individuos que la componen, no diferenciando en ocasiones entre edad, sexo, clase social, orientación sexual, entre otros factores que hacen parte de cada sujeto. Entre estas problemáticas, el abuso sexual se ha considerado una de las más constantes en todas las culturas, pudiendo ser subestimado dependiendo de las circunstancias en las cuales se presenta, ya que en ocasiones puede permanecer oculto durante determinado periodo de tiempo al abarcar situaciones que van más allá del contacto físico, aspectos que se profundizarán más adelante.

Cada año son diversos los casos de abuso sexual reportados a nivel nacional y regional, lista en la cual se encuentran excluidos aquellos que nunca son reportados ante la autoridad competente, ya sea porque no han sido descubiertos o porque las mismas víctimas o terceros a ellos no realizan el respectivo proceso de denuncia debido a determinados motivos de índole personal o social.

Aunque son diversas las personas que pueden verse afectadas por esta problemática, la población infantil es una de las más vulnerables ante los casos de abuso sexual. A raíz de ello, Lago y Céspedes (s.f) definen el abuso sexual como la utilización de un niño o niña con la finalidad de satisfacer sexualmente a un adulto o grupo de adultos. Por otro lado, la alianza internacional de organizaciones no gubernamentales que trabajan en la promoción y defensa de los derechos de los niños y las niñas, conocida como Save the children (2001), lo define como el contacto e interacción entre dos individuos en donde uno de ellos tiene el objetivo de obtener satisfacción sexual sin el consentimiento del otro. Ésta definición, con el fin de abarcar las diferentes situaciones que se puede constituir en abuso sexual, plantea las siguientes categorías:

- Abuso sexual: contacto físico coercitivo que implica tocamientos, penetración o caricias entre dos personas, sin la autorización de una de éstas.
- Agresión sexual: contacto físico sin consentimiento, con o sin acceso carnal y con la presencia de violencia.
- Exhibicionismo: exposición de los propios genitales en público ante personas desconocidas.
- Explotación sexual infantil: situación en la que un sujeto persigue un beneficio económico a través del turismo, tráfico, prostitución o pornografía infantil.

Según Cantón y Cortes (2000) para que el abuso sexual pueda ser tipificado deben estar latentes dos factores, una coerción a través de la cual el abusador tiene un rol de poder sobre el otro y una asimetría de edad que refuerza ese primer factor; además, ocasionalmente se presentan algunas circunstancias determinantes que aportan a la producción del abuso sexual, entre las cuales, las planteadas por Finkelhor y Krugman, citados por Sabina Deza Villanueva en el texto “Factores protectores en la prevención del abuso sexual infantil” (2005), han sido unas de las más aceptadas, exponiendo cuatro condiciones:

- 1.** Motivación del agresor para cometer el abuso: son variados los motivos que actúan como modus operandi de los abusadores, entre ellos, la repetición transgeneracional de experiencias previas al abuso en la infancia, un trastorno de control de impulsos, un componente psicopático o una fijación obsesiva con un objeto sexualizado (tal es el caso de los pedófilos), tienden a ser algunas de las más comunes.
- 2.** Habilidad del agresor para superar sus propias inhibiciones y miedos: fomentados por el consumo de alcohol o SPA, la psicosis o el fracaso en la represión del incesto dentro de las dinámicas familiares. Aunque entre los motivos socioculturales se puede dar cabida a la tolerancia y debilidad de los procesos judiciales en cuanto al abuso sexual.
- 3.** Capacidad del agresor para superar las barreras externas o los factores protectores del menor: tales como la ausencia de figuras parentales, enfermedad o distanciamiento de la madre a causa de un compañero que la maltrata, aislamiento social del núcleo familiar, la presencia de oportunidades de estar a solas con el niño o niñas, entre otras.
- 4.** Incapacidad del niño para evitar o resistirse al abuso sexual: que aumenta la probabilidad de los abusos, manifestándose a través de la inseguridad emocional del menor, su desconocimiento sobre lo que ésta sucediendo o la presencia de una relación de confianza entre el abusador y la víctima.

Cada una de estas condiciones permite una mayor comprensión de los factores de riesgo que pueden amenazar a la población infantil, a raíz de lo cual se busca fomentar los diferentes

factores protectores que actúen como un soporte de los niños y niñas en los diferentes contextos en los que se desenvuelven, pues

La victimización del niño en el abuso sexual infantil es psicológicamente dañina, socialmente censurable y legalmente perseguible. Sin embargo el componente sexual de esta forma de maltrato hace que su detección, la revelación e incluso la persecución de este tipo de delitos sean mucho más difíciles. La detección viene dificultada por los miedos y mitos respecto al tema, puesto que invade la parcela privada relacional de la persona. No deja indiferente a nadie, nos afecta y nos interpela. Además, existe un gran número de falsas creencias y mitos sobre la sexualidad infantil y las relaciones familiares que afectan a la detección de los casos de abuso sexual infantil. (Santos y Molino, 2001, pág. 19)

Los factores protectores de los niños y niñas no solo ayudan a la prevención del abuso sexual, sino de igual forma, a su manejo si éste llega a suceder. Por ello, las entidades encargadas de la promoción, prevención y restablecimiento de los derechos juegan un papel de gran importancia, principalmente cuando en ellas es descubierto el abuso que el menor está vivenciando, caso que frecuentemente ocurre en las instituciones hospitalarias, pues estas

... tienen un papel relevante en la prevención, diagnóstico y atención de las víctimas abuso sexual infantil, así como de las consecuencias, secuelas físicas y psicoemocionales que este deja. También, tienen función en la orientación a la familia sobre las implicaciones legales que este acto conlleva, la notificación obligatoria y el seguimiento individual y sistemático a cada caso. Es necesario facilitar un tratamiento integrado que implique a la víctima, al agresor y a sus respectivas familias. El abordaje de este problema requiere el trabajo en equipo multidisciplinario con profesionales idóneos, no solo conocedores del problema, sino con un gran compromiso para trabajar con el niño o niña afectada, sus familias y su entorno en general. (Lago y Céspedes, s.f, pág. 16)

En la Clínica León XIII, son numerosos los casos de abuso sexual que ingresan continuamente, debiendo ser activada la ruta pertinente desde el momento en que el paciente ingresa a Urgencias, la cual recibe el nombre de Código Fucsia e implica que diferentes especialidades intervengan y atiendan al respectivo paciente con el fin de brindar soporte médico y psicosocial, sensibilizando sobre la importancia de continuar con el proceso de denuncia y en el caso de los menores de edad, haciendo el respectivo reporte al ente competente.

Entre los usuarios de abuso sexual atendidos en el año 2016, se presentó el caso de una niña de 13 años que en el año 2013 había ingresado a la clínica, detectándose un presunto abuso sexual

cuyo proceso no se continuo, aspecto que pudo evidenciarse en la hospitalización del años 2016. Por ello, con el fin de identificar las intervenciones realizadas por las especialidades, principalmente desde el área de trabajo social, a continuación se enunciará el caso y las situaciones que se presentaron durante la hospitalización.

Descripción

Paciente “A” de 11 años de edad. Escolarizada. Convive son su madre, padre un hermana menor su tío y abuela paterna en el barrio Buenos Aires, Medellín, conformando una familia de tipología extensa.

Ingresa por primera vez a la Clínica León XIII el día 23 de septiembre del año 2013 presentando cuadro clínico de aproximadamente 2 horas y media de cefalea de intensidad moderada y dolor en el abdomen, con posterior temblor en extremidades y perdida de la consciencia durante una hora. La paciente refiere que los episodios de perdida de la consciencia han ocurrido anteriormente con una duración de 15 minutos, presentándose siempre en la institución académica donde se encuentra cursando 5° de primaria, principalmente cuando hay una cantidad abundante de personas haciendo ruido a su alrededor.

A partir de estos síntomas, inicialmente se interconsulta a psiquiatría, especialidad que determina que la paciente presenta episodios de ataques de pánico, permaneciendo en un ambiente familiar ansioso en donde ésta refiere sentirse preocupada por las enfermedades de sus progenitores (padre hipertenso, madre con diagnostico negativo de cáncer). La madre menciona que el último año la paciente ha disminuido su rendimiento académico, no asiste a la institución educativa y mantiene relaciones conflictivas con algunos de los miembros del núcleo familiar, refiriendo en una ocasión que el tío materno con el cual convive tocó sus genitales.

Ante la presencia de un presunto abuso sexual, desde psiquiatría se interconsulta tanto al área de psicología como a Trabajo social. En diálogo con el área de psicología, la madre de “A” reporta cambios emocionales y comportamentales desde hace dos años (mayor irritabilidad, labilidad emocional, aislamiento social, episodios de llanto y pensamiento de desconfianza hacia los demás). A nivel familiar, se presentaron cambios en la configuración desde la mudanza de la abuela y tío materno a la vivienda, cambio que alteró la dinámica familiar de manera

significativa. Tanto la madre como la paciente reportan episodios de presunto abuso sexual por parte de personas dentro del núcleo familiar, descubriéndose que “A” ya había sido valorada por psicología y se había abordado con la madre el tema de la denuncia penal. Sin embargo, no continuaron el proceso.

En el primer encuentro con el área de Trabajo social, la madre se muestra asertiva a contestar las preguntas que le hacen, indagándose por la condición sociofamiliar, económica y habitacional de la paciente y su núcleo familiar. La intervención queda en seguimiento, brindándose en el segundo encuentro escucha y orientación a la madre sobre cómo proceder legalmente ante el diagnóstico de presunto abuso sexual, realizándose el respectivo reporte al ICBF, el cual es entregado posteriormente a la madre de la paciente para realizar el proceso por medio del CAIVAS (centro de atención integral a víctimas de abuso sexual) para la protección de la menor. Por último, se recibe la notificación de la fiscalía informándose que el caso de la menor ya ha sido reportado. De esta forma, en la cuarta y última intervención desde el área de Trabajo social, se brinda asesoría a la madre frente a la ruta (código fucsia) realizada en la clínica por parte del personal asistencial; por último se entrega una medida de protección a la menor quien es dada de alta.

En los meses posteriores, la paciente reingresa en diferentes ocasiones, siendo evaluada únicamente por el médico tratante. El 19 de mayo del año 2016, con 13 años de edad y cursando 8 de bachillerato, ingresa al área de Urgencias presentando dolor en ingle izquierda con una duración de 5 horas, dolor en el oído y ardor al orinar. Teniéndose presente que la paciente fue atendida en años anteriores y en su historia clínica quedo plasmado un presunto abuso sexual, se interconsulta a psicología y Trabajo social nuevamente con el fin de indagar sobre el estado de la paciente y el proceso efectuado en el CAIVAS anteriormente.

En la intervención realizada por psicología, la paciente relata algunas de las situaciones de acoso ocurridas en los últimos años por parte del tío materno con el cual convive, habiéndose suspendido el proceso de denuncia iniciado en el 2013. La paciente refiere que el último abuso sexual ocurrió hace mes y medio, además menciona haber tenido conductas de cutting.

Cuando la trabajadora social a quien se le asigna el caso revisa la historia clínica, identifica la anterior hospitalización de la paciente. Por ello, en la primera intervención se indaga por el estado

del caso, refiriendo la madre que éste continúa en seguimiento y la niña se encuentra siendo tratada desde psicología por la EPS, razón por la cual se solicita a la madre hacer entrega de los documentos en donde se certifique la atención que desde la ESP estuvo brindando psicología a la paciente y los documentos correspondiente al reporte realizado al CAIVAS en años anteriores, con el fin de definir si es necesario la realización de un nuevo reporte o vinculación al proceso actual, sin embargo, la madre refiriere no encontrarlos en su vivienda ya que recientemente se mudaron.

Teniendo esto presente, se establece contacto vía telefónica con una de las trabajadoras del ICBF quien informa que en la base de datos aparece la denuncia entablada en enero del 2013 asignado a la fiscalía #27 donde se encuentra abierto actualmente. La funcionaria menciona además que realizará la verificación con el fin de informar en qué estado se encuentra el proceso y si se requiere un nuevo reporte.

Posteriormente, en un nuevo contacto con la funcionaria, ésta informa que se debe realizar de nuevo el reporte, ya que la niña no cuenta con ruta activada desde el área social del ICBF, por ello se informa a la madre los respectivos tramites que debe realizar aclarándose en la última intervención desde Trabajo social que la paciente debe egresar en compañía de la Policía de Infancia y Adolescencia hacia el ICBF del CAIVAS; se envía reporte a la institución y se confirma con la funcionaria para dar continuidad al proceso.

Análisis

La atención a niños y niñas víctimas de abusos sexual tiende a convertirse en un fenómeno de gran complejidad que debe ser abarcado desde los distintos ámbitos médicos y psicosociales con el fin de brindar orientación y tratamiento tanto a la víctima como al mismo grupo familiar, buscando que éstos últimos comprendan los efectos que dicho abuso puede tener en el menor.

Según Finkelhor y Browne (s.f) en su texto titulado “El impacto traumático del abuso sexual infantil: Una conceptualización”, los efectos del abuso sexual en los niños y niñas pueden ser evidenciado a partir de la instauración de cuatro dinámicas traumatogénicas que actúan como el eje de un daño psicológico infligido por el abuso, definidas por ambos autores como:

1. Sexualización traumática: referida al proceso en el cual la sexualidad del niño o niña, incluyendo tantos sus sentimientos como sus actitudes sexuales, no corresponde a la edad de desarrollo y posee una forma interpersonalmente disfuncional como resultado del abuso, reconociéndose que las experiencias en las cuales el menor es incitado a participar de forma voluntaria tienden a producir una conducta más sexualizada en comparación con aquellos casos donde el menor ha sido obligado a participar.
2. La Traición: relacionada al proceso en el cual el niño o niña descubre que una persona en quien ellos confiaban o eran vitalmente dependientes les ha causado daño o los ha tratado con indiferencia ante el suceso, ya que el menor puede experimentar la traición no solo por su agresor, sino cambien hacia un miembro de la familia o cercano a ellos que no pudo protegerlos.
3. Impotencia: ejemplificada en la frustración del menor por no poder detener el abuso. “cualquier tipo de situación en la cual el niño se siente atrapado, aunque fuese solo por las consecuencias de la revelación, puede crear la sensación de impotencia.” (Finkelhor y Browne, s.f pág. 3)
4. Estigmatización: referida a las connotaciones negativas que social y culturalmente son reforzadas bajo las concepciones de maldad, vergüenza y culpabilidad que se incorporan a la autoimagen de la víctima por las actitudes que esta misma infiere o escucha de las personas que lo rodean, hagan parte o no del núcleo familiar.

Cada una de estas dinámicas se constituye en un bosquejo de las situaciones que podrían presentarse con el menor después del abuso, siendo necesario reconocer el papel del núcleo familiar y su influencia en el bienestar del niño o niña, al actuar como uno de los factores protectores de éste último; es por ello, que la concepción de un individuo como parte de un todo (que es la familia) influirá en la forma como éste sea intervenido en las diferentes instituciones en las que sea atendido.

El equipo psicosocial de la Clínica León XIII, principalmente el área de Trabajo social, se caracteriza por dirigir sus intervenciones desde la Teoría general de sistemas, la cual reconoce la

familia como el eje conductor de los individuos, actuando como un sistema en donde si una de las partes se encuentra atravesando alguna dificultad, el sistema en su totalidad se verá afectado, aunque pueden presentarse factores externos al núcleo familiar que condicionan las dinámicas que se presentarán al interior de éste.

En el caso de la paciente “A”, en las intervenciones realizadas durante el año 2016 se pudo ejemplificar el quehacer profesional del Trabajo social desde el momento en que la paciente llegó a urgencias hasta cuando egresó de la clínica. Como “A” en años anteriores ya había sido evaluada por Trabajo social y en las notas redactadas quedo constatada la gestión realizada con relación al presunto abuso sexual, en la nueva intervención además de indagarse por la red de apoyo y las condiciones sociofamiliares actuales de la paciente, se identificó la suspensión del proceso de denuncia. Este primer acercamiento permitió tener presente los aspectos que deberían ser ahondados en las demás entrevistas y encuentros con la paciente y la madre, siendo estos direccionados a evidenciar la importancia de la continuación del proceso de denuncia, más aun teniéndose presente que la paciente hasta hace dos meses continuaba residiendo con el tío acusado de cometer el presunto abuso.

A partir de las intervenciones que realiza Trabajo social no solo se busca garantizar una estancia hospitalaria y un egreso seguro para éste tipo de pacientes, sino además sensibilizar sobre la importancia de la continuidad de los procesos psicológicos con el fin de tratar las dinámicas traumatogénicas que pueden presentarse a raíz del abuso y realizar los trámites que requiere el mismo proceso judicial; aunque en el caso de la paciente “A” no fue comprobado un abuso, refiriendo algunos de los miembros del equipo psicosocial que trataron a la paciente, que ésta brindaba diferentes versiones de los hechos ocurridos (presentándose una imagen distorsionada), mientras la madre asumía una actitud desinteresada.

En cierta medida, en la clínica se inicia un proceso de atención psicosocial que el paciente abusado deberá continuar de forma ambulatoria, razón por la cual desde el momento en que éste egresa de la clínica en compañía de la Policía de infancia y adolescencia ya no se tendrá información sobre la condición actual del paciente y si realmente se continuo con el proceso judicial, siendo éste un aspecto que se convierte en un limitante en las intervenciones que se realizan y en la misma consecución de éstas, ya que en ocasiones se da paso a intervenciones familiares que deberán ser continuadas por otro profesional.

Principalmente, en el caso de los pacientes menores de edad que han sido abusados sexualmente, el ser atendidos por diferentes profesionales se convierte en un factor de riesgo, que puede comprometer el mismo relato de la víctima y aumentar su victimización. Sin embargo, institucionalmente se debe cumplir con el protocolo ligado a la ruta establecida a nivel de ciudad en relación a las víctimas de abuso sexual, por eso, la paciente “A” debió egresar con policía de infancia y adolescencia al CAIVAS, donde continuaría con su proceso, aunque estos no siempre terminan siendo efectuados a cabalidad, como pudo observarse en la caso de “A” al reingresar nuevamente a la clínica con un antecedente de presunto abuso sexual. En éste punto, la capacidad investigativa del trabajador social será fundamental para dar respuesta al porque no se continuo con el proceso, procediendo a redireccionar al paciente nuevamente a la entidad competente, encargada de continuar con el proceso y hacerle el respectivo seguimiento, ya que posiblemente sea necesaria una atención psicosocial especializada.

Aun reconociéndose que después del egreso la ruta continuará siendo llevada a cabo por otra institución, la Clínica León XIII brinda una atención integral e interdisciplinaria, observándose como desde el área médica se realizan los respectivos exámenes y tomas de muestra y el equipo psicosocial atiende a los pacientes y sus respectivos familiares, reconociendo los sentimientos de vergüenza, culpa y dolor que puede estar teniendo la víctima y su núcleo familiar.

7.2 Caso 2: Paciente adulto mayor dependiente en sus actividades básicas con dificultades para egresar de la clínica

Los seres humanos como constructores de historia, desde el momento en que nacen se encuentran ligados al envejecimiento a medida que atraviesan cada una de las etapas de su ciclo vital (niñez, adultez y vejez), constituyéndose el paso de una edad otra en el puente que conduce a nuevas experiencias y conocimientos; siendo considerada la niñez como la etapa de los primeros descubrimientos y aprendizajes que irán construyendo la personalidad de cada individuo, la adultez donde se asumen roles ocupacionales y la sociedad exige una serie de responsabilidades familiares y sociales, y la vejez como una etapa de reflexión caracterizada por el fin de la vida laboral y una mayor predisposición a enfermedades. Sin embargo, se hace necesario resaltar que éstas etapas se encuentran permeadas por las condiciones personales, sociales, culturales y

económicas de cada individuo, últimas que influirán en la forma en que se vivencien y signifiquen.

Tanto la vejez como la niñez, han sido reconocidas socialmente como las etapas de mayor vulneración, creándose programas y proyectos que permitan disminuir la vulneración de derechos a éste tipo de poblaciones, principalmente en una época en el que el abandono al adulto mayor por parte de sus familias ha ido aumentando, siendo necesario instaurar éste hecho como un delito a nivel constitucional para fomentar la responsabilidad familiar hacia las personas de la tercera edad, pues

En el artículo 46 de la Constitución Política se establece una obligación concurrente de la familia, la sociedad y el Estado, de brindarles protección y asistencia a las personas de la tercera edad y en caso de indigencia, el Estado tiene la obligación de brindarles a estos sujetos de especial protección constitucional los servicios de seguridad social integral y un subsidioalimentario.

Esta obligación concurrente implica que en principio, la obligación de proteger y cuidar a los adultos mayores recae en cabeza de la familia, debido a los lazos especiales que, se presume, se han creado por la convivencia de los miembros de este grupo social. Y solo ante la ausencia de una familia, o ante la imposibilidad comprobada de sus miembros de brindar la protección esperada, es el Estado y la sociedad quienes deben asumir dicha obligación. (El Universal, 2013).

El envejecimiento y la vejez debido a cada una de las características que los componen, pueden catalogarse para algunos sujetos en una experiencia traumática, más aún al encontrarse desprotegidos y sin una red de apoyo sociofamiliar que los pueda acompañar durante todo éste proceso. Sin embargo, para poder comprender las implicaciones de ambos conceptos en los seres humanos y en la calidad de vida que puedan tener durante esa etapa de su ciclo vital, se hace necesario definirlos.

En primer lugar, según Gómez Montes (citado por Castellano, 2002), el envejecimiento puede ser definido en tres etapas:

- Como estado del ciclo de la vida: referida a los cambios que ocurren en un individuo tanto física como orgánicamente con el paso del tiempo: la aparición de arrugas, la agilidad motora, etc.

- Como un proceso de deterioro: tanto físico como mental, que aumentan la predisposición a enfermedades y a la muerte.
- Como un daño molecular y celular: cambio en las membranas citoplasmáticas y núcleos celulares que dan paso a alteraciones en las funciones de los órganos.

Aunque el envejecimiento es un proceso universal e individual, se encuentra ligado a una predisposición genética enmarcada en las condiciones de vida en las que ha estado inmerso cada sujeto a lo largo de su existencia. Por otro lado, la vejez se encuentra principalmente relacionada al escenario social y subjetivo, desligándose de la edad cronológica y enmarcándose en la forma en que cada persona se concibe a sí misma en ese momento de su vida y el contexto en el que se desenvuelve.

Tanto la vejez como el envejecimiento, pueden repercutir positiva o negativamente en los seres humanos, por ello, el apoyo de los familiares se convierte en un aspecto fundamental, principalmente en una sociedad donde los adultos mayores pueden no jugar un rol relevante a no ser que aporten económicamente, ayuden en el cuidado de los miembros del núcleo familiar más jóvenes o con algunas de las labores del hogar, concepciones que se encuentran fuertemente instauradas en el ideal de muchas personas. Por ésta razón, en aquellas situaciones en que la familia considera que el anciano no está haciendo aportes significativos en la vivienda o se ha vuelto dependiente en su actividades básicas y requiere de una mayor atención, se pueden presentar situaciones de maltrato físico y/o emocional, siendo los hogares geriátricos la solución en muchos de los casos, lugares en donde las personas pueden terminar siendo olvidadas por sus familia, aunque se hace necesario aclarar que estas situaciones no ocurren en todos los casos.

La familia actúa como un eje transversal durante la vejez y su acompañamiento en los momentos conflictivos se hace indispensable, aún más cuando la salud del anciano se encuentra comprometida, pues la familia se constituye como un marco estable de vínculos para los miembros que la componen. Por esto, en los centros hospitalarios el acompañamiento familiar se traduce en una de las principales necesidades a suplir durante la estancia hospitalaria del paciente en la clínica, aunque son diversos los casos de abandono que se presentan en éstas instituciones debido a diversos motivos de índole personal y laboral, razón por la cual desde el área psicosocial

se busca potenciar ese sentido de compromiso y responsabilidad familiar, mediando para que el paciente logre egresar en unas adecuadas condiciones.

En la Clínica León XIII, son abundantes los adultos mayores atendidos, siendo diversas las situaciones en las que estos ingresan, por ello, cuando se identifica alguna situación de riesgo que pueda afectar al paciente en la estancia hospitalaria o en su egreso, se interconsulta al área de trabajo social con el fin de visibilizar las condiciones en las que éste se desenvuelve.

Durante el año 2016, entre los adultos mayores atendidos se evidenció el caso de un hombre de 83 años cuya familia se mostraba reactiva a llevárselo de la clínica a causa de su condición de salud, mencionando que no contaban con el tiempo y las condiciones habitacionales para tenerlo en su vivienda. En este caso en particular, no solo el área de Trabajo social debió intervenir, sino de igual forma la auditoría el área judicial de la clínica.

Descripción

Paciente “B” de 83 años de edad, viudo, pensionado, tres hijos, uno de los cuales presenta una discapacidad cognitiva. Conformar una familia de tipología extensa constituida por el paciente, dos hijos y una nieta, conviviendo en una vivienda propia ubicada en el barrio Robledo, Medellín.

Ingresa el día 6 de febrero del año 2016 remitido de la clínica Cardio VID, con antecedentes de hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y secuelas de enfermedad cerebro vascular isquémico, al presentarse una disminución de la circulación de sangre a través de las arterias en una zona determinada causando un estrés celular por la falta de oxígeno en la parte afectada. Desde el momento de su ingreso, los médicos tratantes se encargan de atender y suplir sus necesidades médicas, para posteriormente ubicarlo en una de las habitaciones del bloque 1.

El día 7 de febrero de 2016 medicina interna refiere que el paciente se encuentra solo, sin acompañante, razón por la cual se interconsulta al área de Trabajo social bajo el motivo de identificación del riesgo, procediéndose en primer lugar a realizar la respectiva identificación personal y a indagar sobre las condiciones sociofamiliares, económicas y habitacionales del

paciente con el fin de definir la red de apoyo que actuaría como soporte durante su estancia en la clínica y al momento del egreso de ésta.

Durante la primera intervención de Trabajo social, se encuentra al paciente “B” acompañado por una de sus hijas y el respectivo esposo de ésta, quienes proporcionan la información pertinente sobre las condiciones en las que se encuentra inmerso el paciente. A partir de la información obtenida, se orienta a los acompañantes sobre el proceso de hospitalización y la importancia de definir un cuidador que brinde un acompañamiento permanente en la clínica, y el lugar donde el paciente residirá después del alta. Por ello, durante la segunda intervención el yerno del paciente confirma que éste será ubicado en su vivienda una vez egrese de la clínica.

A medida que la hospitalización avanza y el momento del alta se acerca, se establece continuamente contacto con los familiares del paciente, refiriendo el yerno de éste que no se lo llevarán en las condiciones en las que se encuentra, ya que no cuentan con un cuidador que se pueda hacer cargo de él, pese a que en anteriores intervenciones los familiares habían confirmado que se harían cargo de sus cuidados. Además de ello, mencionan que han puesto un derecho de petición a la aseguradora solicitando servicio de enfermería en casa las 24 horas del día y dotaciones de pañales y Ensure. Ante esto, se explica a la familia que las condiciones familiares no son criterio clínico para justificar la hospitalización y que recibirán todas las instrucciones y educación para el cuidado ambulatorio. Sin embargo, no se logra llegar a un acuerdo, pasándose a abordar el caso con el área de auditoría y jurídica de la clínica.

Ante las dificultades de los familiares del paciente para la ubicación de éste en el egreso, auditoría médica, jurídica y Trabajo social llevan a cabo una reunión con la hija y el yerno del paciente, en la dirección del Bloque 1 de la clínica León XII con el fin de brindar escucha y orientación para el plan de egreso. Durante la reunión, se explican los derechos y deberes de los pacientes, ante lo cual los familiares reconocen que a “B” se le han prestado los servicios requeridos por parte de la IPS y aceptan asumir el rol de cuidadores en la vivienda manifestando temores ante las condiciones domiciliarias del paciente, que no garantizan el buen cuidado ni la seguridad de éste, razón por la cual continuaban a la espera del derecho de petición que habían puesto para que la aseguradora de “B” les facilitara los enceres necesarios.

En los próximos encuentros se continuó reforzando la importancia de que el paciente egrese, comunicando en días posteriores el yerno de “B”, que la EPS les facilitaría sus solicitudes, puntualizando en una cama eléctrica que facilitara los cuidados del paciente en su vivienda.

Análisis

En la clínica León XIII, los adultos mayores son unas de las poblaciones atendidas diariamente, siendo variadas cada una de las circunstancias en las que estos se encuentran inmersos que influyen en las situaciones que podrían presentarse durante su hospitalización. A raíz de esto, cuando durante la aplicación de la encuesta de identificación de alto o mediano riesgo el paciente obtiene un puntaje alto, se interconsulta al área de Trabajo social para que ahonde inicialmente sobre la condición sociofamiliar, económica del paciente y la red de apoyo con la cual cuenta, siendo necesario realizar respectivos seguimientos si durante esta primera intervención se identifica uno o varios factores de riesgo.

En el caso del paciente “B”, inicialmente se evidencia que entre los miembros del núcleo familiar inicialmente no se definió un cuidador, reconociéndose la limitada red de apoyo con la que contaba el paciente, la cual que no podría acompañarlo de forma constante durante su estancia en la clínica, aspectos que implicaron que éste debiera continuar en seguimiento por Trabajo social para verificar las condiciones en las que se encontraba y el acompañamiento que le estaba siendo brindado.

A medida que la hospitalización fue avanzando, como se observa en la descripción del caso, la familia comenzó a mostrarse reactiva a llevarse al paciente, (quien se encontraba en etapa terminal de su enfermedad y se había vuelto totalmente dependiente en la realización de sus actividades básicas), hasta que no le fueran garantizadas una serie de condiciones que aportaran en la manutención de éste tales como: dotación de pañales y Ensure, cama especializada y servicio de enfermería las 24 horas, requerimientos ambulatorios que no son suministrados por las instituciones hospitalarias a ningún usuario que ingresa, siendo un aspecto que concierne únicamente a la aseguradora y debe ser autorizado por el médico de familia que ha atendido al paciente comúnmente en su unidad de consulta habitual. Sin embargo, a pesar de las mediaciones del área de Trabajo social, la familia, continuó manifestando firmemente no llevarse a “B” hasta que esto les fuese suministrado, debiendo intervenir auditoría y el área jurídica de la clínica.

Solo a través del trabajo interdisciplinario se pudo aclarar y concientizar al yerno que en la institución se prestaron todas las atenciones necesarias y que el paciente debía egresar de la clínica para que los demás pudiesen seguir siendo atendidos, ya que los demás trámites legales deberían ser realizados de forma ambulatoria, argumentos que fueron aceptados por los familiares quienes finalmente manifestaron su preocupación ante las implicaciones de la condición actual del paciente, ya que la mayoría de las familias con adultos mayores con enfermedades terminales o dependientes en sus actividades básicas deben hacer esfuerzos económicos y morales, prestándole sus cuidados para reducir la probabilidad de institucionalizarlos en un hogar geriátrico o centros de atención para el adulto mayor, pues

La reciprocidad y la responsabilidad filial son componentes que unen a los miembros de la familia. Aquellos que han recibido apoyo pueden tener sentimientos y obligaciones recíprocas que a su vez pueden llevar a convertirlos en ayuda cuando cambien las circunstancias. El sentido de deber filial se mantiene como un valor fuerte en las familias latinoamericanas, y motiva a los hijos e hijas para responder a sus padres que requieren cuidados en la edad avanzada, independientemente de la expectativa de algún tipo de recompensas. El compromiso, el amor incondicional y la reciprocidad integran el cimiento de la relación de padres ancianos y sus hijos. (Guerrini, 2010, pág. 7)

El apoyo con el cual cuentan las personas durante su envejecimiento y vejez se ve reflejado durante la estancia hospitalaria al encontrarse presente un núcleo familiar que brinde su ayuda material, emocional y moral, comprendiendo las repercusiones que puede tener en la psiquis de la persona el verse impedido para realizar sus actividades cotidianas y dejar de ser independiente ya sea por su condición de salud o su avanzada edad, ya que

Las personas pueden debilitarse social, física y emocionalmente si no reciben o perciben señales de amparo de sus seres significativos que las hagan sentir seguras y valiosas. Los sistemas de apoyo informales son recursos esenciales en la provisión de asistencia afectiva y financiera, ayudas en las tareas del diario vivir. Esta dedicación y cooperación emana de sentimientos afectivos y de un sentido de solidaridad. Las relaciones con la familia de procreación (esposa, esposo, hijos) se encuentran entre las más vitales y esenciales. A mayor edad, más vital la relación. Las relaciones maritales son una prioridad para las personas de mayor edad, seguidas por las relaciones con los hijos/as. La convivencia familiar y el sistema de apoyo de la familia es una de las fuentes de mayor satisfacción y valía para la persona de mayor edad. (Guerrini, 2010, pág. 7).

El papel del área de Trabajo social en la atención a la población mayor, refuerza y potencia las redes de apoyo sociales y familiares que estos puedan tener, gestionando interinstitucionalmente si estos se encuentran en condición de abandono; reconociéndose que la intervención del profesional en Trabajo social en sí misma busca transformar la realidad del sujeto y mejorar sus condiciones en el contexto en el que se encuentra inmerso, buscándose comprender a éste en toda su complejidad a partir de las condiciones en las que vive y las relaciones que mantiene con aquellos que lo rodean.

Por ello, la atención a la población mayor brindada por las Trabajadoras sociales de la clínica León XIII evidencia el accionar de la profesión, enfatizando en la condición situacional de las y los ancianos, potenciando sus capacidades y fomentando el empoderamiento del rol que estos continúan teniendo en la sociedad.

7-3 Caso 3: Paciente víctima de agresión sexual

Los seres humanos han estado ligados a una necesidad por pertenecer, por hacer parte de una sociedad en la cual pueda potenciar cada una de sus capacidades y suplir unas necesidades básicas que al presentarse en el contexto en el que se encuentra inmerso le permiten establecer una serie de relaciones interpersonales con aquellos que lo rodean, en donde los individuos más cercanos a él se convierten en una fuente vital de apoyo y aceptación, última que se verá permeada por las decisiones de cada individuo y la misma cultura de la que hace parte, dándose lugar a creencias y pensamientos que pueden conducir a la discriminación paulatina de algunos sujetos, ya sea por su estrato económico, partido político, nivel de escolaridad e incluso su orientación sexual.

Las elecciones que cada persona hace a lo largo de su vida, serán observadas y en ocasiones juzgadas por su grupo de relaciones más cercano e incluso los más indiferentes a él, principalmente en un tema como la orientación sexual que para algunos miembros de la sociedad continua siendo considerada como “adecuada” si entra en los ideales tradicionales, según los cuales la orientación sexual debe coincidir con el género de los individuos y enmarcarse en una atracción hacia el sexo opuesto. Sin embargo, para poder comprender éste conceptos y las

implicaciones que puede tener en la sociedad, se hace necesario en primer lugar definir la sexualidad, al ser una dimensión de la cual se desprende la orientación sexual de cada sujeto.

Según la Organización Mundial de la Salud (citado por Velásquez, s.f) la sexualidad es

(...) un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales.

La sexualidad es un conjunto de diversas dimensiones que se encuentran ligadas a las preferencias de cada sujeto, por ello la forma en que es adoptada por cada persona no define su condición como ser humano, aunque para ciertos grupos poblacionales la orientación sexual definirá a la persona y a su forma de actuar en la sociedad. Pese a esto, la orientación sexual se encuentra ligada a la atracción física, sexual y emocional que un individuo pueda sentir por otro, independientemente del género que éste posea, estableciendo hacia quienes los seres humanos sienten deseo y con quienes desean mantener relaciones sexuales o afectivas. Según la Asociación de Psicología América (citado por Slick, s.f) la orientación sexual hace referencia a un modelo de atracciones emocionales románticas y/o sexuales, entre hombres, mujeres o personas de ambos sexos, estando fuertemente ligada a las relaciones interpersonales que satisfacen necesidades como amor, afecto o intimidad.

En la actualidad, son diversos los tipos de orientación sexual existentes, siendo algunos de estos:

- Orientación Heterosexual: aquella en la cual la atracción romántica y sexual se encuentra dirigida a una persona del sexo opuesto
- Orientación homosexual: en ella la atención se encuentra dirigida a personas del mismo sexo.
- Orientación bisexual: atracción dirigida hacia personas de ambos sexos.

Aunque en la actualidad se ha hecho más visible la orientación homosexual y bisexual, aún continúan presentándose episodios de intolerancia que conducen no solo a la discriminación de la población homosexual, sino de igual forma a la realización de actos violentos en contra de éstas personas, siendo innumerables las agresiones sexuales registradas cada año, casos que

continuamente terminan siendo atendidos en las diferentes instituciones hospitalarias como la Clínica León XIII.

Cuando un paciente víctima de agresión sexual ingresa a la Clínica León XIII y es evaluado por un médico que confirma la agresión, se activa el protocolo código fucsia y se interconsultan las diferentes especialidades médicas que deban evaluar al paciente y al área de Trabajo social y psicología con el fin de brindar el respectivo acompañamiento psicosocial, accionar que pudo evidenciarse durante el año 2017 con uno de los pacientes víctimas de agresión sexual que ingreso a la clínica. Sin embargo, para una mejor comprensión de la efectividad de la intervención realizada por el área de Trabajo social, a continuación se retratarán cada una de las acciones realizadas.

Descripción

Paciente “C” de 33 años, soltero, sin hijos, Se desempeñaba como estilista profesional, actualmente como reciclador. En Noviembre del 2016 migra del municipio de Barrancabermeja, donde se encontraba viviendo, después de ser víctima del robo de los instrumentos que utilizaba en su peluquería y de recibir amenazas por hacer parte de la mesa de representantes de la población LGTBI, trasladándose a la ciudad de Medellín donde una mujer que conoció con anterioridad en una de las capacitaciones que recibía por parte de la Alcaldía, le ofreció trabajo en su establecimiento de estética. El paciente refiere que debió renunciar a su trabajo, ya que el esposo de la mujer se mostraba renuente a su presencia debido a su orientación sexual. Ante estas circunstancias, acude a la gobernación quien le brinda un subsidio económico y de alimentación durante un mes, tiempo en que “C” se establece en una habitación ubicada en el barrio Santander de Medellín. Sin embargo, al no poder seguir cubriendo los gastos decide retirarse de la residencia, dejando algunas de sus pertenencias con el fin de regresar en algún momento, y se traslada a vivir con un amigo reciclador.

El paciente ingresa el día 17 de febrero de 2017 con múltiples heridas por arma contundente, en tórax, abdomen, miembros inferiores y glúteo, refiriendo además la inserción de cuerpo extraño en el recto. Refiere haber sido atacado por dos hombres armados, quienes inicialmente generaron trauma con cacha de revolver en región frontal y posteriormente desplazaron al paciente hacia

otro lugar en donde en conjunto con otras dos personas lo golpearon con machete (porción plana), palos, puños y patadas en diferentes regiones del cuerpo incluyendo glúteos.

Reconociéndose la agresión sexual, se interconsulta al área de psicología y Trabajo social. Inicialmente desde psicología se evalúa el estado mental del paciente y los aspectos psicológicos que se movilizan en el afrontamiento de su situación actual, encontrándose al paciente descompensado a nivel anímico, por lo cual se realiza en primer lugar una intervención de contención para luego dar lugar a la expresión de emociones implicadas en su proceso de afrontamiento. El paciente presenta antecedentes de episodios depresivos, identificándose además múltiples factores de riesgo asociados a la nula red de apoyo existente.

Durante la intervención por el área de Trabajo social, igualmente se encuentra al paciente descompensado anímicamente, pero aun así, "C" relata la agresión protagonizada, agregando que después del ataque se dirige a personería, donde según referencia él mismo, recibió la atención debida horas más tarde. Así, "después de él insistir", lo trasladan al servicio de urgencias. Se identifica que el paciente "C" no cuenta con red de apoyo en la ciudad de Medellín ni en su lugar de origen, manteniendo una relación distante con los miembros de su familia, mencionando que estos "son residentes de Cúcuta, cristianos, conservadores" con quienes no sostiene contacto desde hace 10 años, debido a una serie de conflictos a causa de su orientación sexual.

Después de escuchar atentamente el relato del paciente, se brinda orientación y sensibilización en la importancia de realizar la respectiva denuncia ambulatoria frente al ente competente, pese a que el paciente se muestra temeroso para iniciar el proceso legal contra los presuntos agresores, quienes durante la agresión amenazaban al paciente si éste realizaba algún proceso legal en contra de ellos. Por ello, se establece contacto con personal de la Personería, Coordinadora de la línea de investigación de la población LGTBI Dra. X, quien refiere que ha conocido con anterioridad al paciente, ya que le brindo soporte en el mes de Noviembre cuando éste llegó a la ciudad de Medellín desplazado de Barrancabermeja, razón por la cual realizó su declaración como población desplazada y le fue brindado albergue temporal, soporte económico y consecución de empleo. Sin embargo, tiempo después "C" se desligo de la institución y perdieron contacto con él. Ante esto, se comenta la situación actual del paciente y la Dr. X orienta sobre la ruta de atención frente al ente competente, en este caso el Centro para la diversidad sexual y de genero de la Alcaldía de Medellín, para solicitar que desde dicha Institución contacten al

representante y activista de la Alianza Social LGTBI para que el paciente pueda enlazarse con dichas redes de apoyo sociales, buscando atención psicológica y jurídica con relación a los hechos presentados.

Posteriormente, durante la segunda intervención por Trabajo social, se brinda al paciente la información recolectada y se procede a orientarlo sobre la pertinencia de establecer el respectivo denuncia ya sea en el Centro para la diversidad sexual y de género de la Alcaldía de Medellín o en la Fiscalía, lugar donde se encuentra instaurada una línea para la atención a la población LGTBI. De igual manera, se establece contacto con el voluntariado de la clínica con el fin de proporcionarle a “C” algunos implementos de aseo y ropa.

El paciente brinda el número de teléfono de la señora Estela, una conocida a quien éste le vendía el material que reciclaba, mencionando que es una de sus conocidas y podría proporcionarle ayuda durante la estancia en la clínica. Ante ello se menciona al paciente que se intentará establecer contacto con ella con el fin de garantizar tanto una estancia hospitalaria como un egreso seguro. Él mismo día, con el teléfono que proporciona “C” se establece contacto con la señora Estela, quien refiere que el día anterior visito al paciente y continuará brindándole su ayuda durante el momento del alta, ofreciéndole algunos días de hospedaje mientras éste realiza sus respectivos tramites.

Finalmente, durante la última intervención, nuevamente se recuerda al paciente los respectivos trámites que debe realizar para iniciar el proceso de denuncia en la Fiscalía, debiéndose dirigir a la Unidad de Reacción Inmediata (URI) para hacer el respectivo denuncia de la agresión sexual sufrida y de la pérdida de sus documentos, siendo en la fiscalía donde se active la respectiva ruta de atención posterior al denuncia.

Análisis

La sociedad, con el paso de una época a otra se ve enfrentada a una serie de modificaciones sociales, políticas, económicas y culturales que se encargan de bosquejar los diferentes enfoques por medio de los cuales los seres humanos conciben todo aquello que los rodea, y de enmarcar el desarrollo mental y social de cada uno de ellos, siendo un insumo en los futuros roles y funciones que estos asumirán en algún momento de su vida. Sin embargo, cuando se trata de aceptar y

respetar cada uno de los aspectos que caracterizan a cada sujeto, aun se continúan presentando episodios de discriminación ya sea por su color de piel, etnia, u orientación sexual, siendo ésta última uno de los temas más debatidos durante los últimos años al desligarse de los preceptos instaurados durante años, ya sea en base a la religión o a la moral al incluir

... toda distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en la orientación sexual o la identidad de género que tenga por objeto o por resultado la anulación o la disminución de la igualdad ante la ley o del reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales. Este tipo de discriminación generalmente se ve agravada por la discriminación basada en otras causas como el género, la raza, la edad, la religión, la discapacidad, el estado de salud y la condición económica. (ENADIS , 2011, pág. 45)

En la actualidad, la discriminación a la población LGBTI debido a su orientación sexual es un hecho latente que puede ser percibido día a día, variando en la modalidad que se presenta y siendo nombrada socialmente como homofobia al reconocerse como la aversión de personas heterosexuales hacia aquellos que poseen una orientación homosexual, últimos que hacen parte de un grupo cuyos derechos pueden ser vulnerados con facilidad ya sea en el ámbito, familiar, laboral o social, en los cuales en base a sus decisiones personales les pueden ser negados tratos igualitarios, pues como enfatiza la página oficial del Consejo Nacional Para la prevención de la Discriminación (S.F)

Las personas que tienen una preferencia u orientación sexual diferente de la heterosexual sufren discriminación porque existe una tendencia homogeneizante que defiende la heterosexualidad como sexualidad dominante y, a partir de ella, se califican todas las demás orientaciones o manifestaciones. El resto de las formas de sexualidad aparecen como incompletas, perversas y, en algunos casos, como patológicas, criminales e inmorales. Lo anterior provoca una respuesta de temor al riesgo imaginado desde el prejuicio dogmático e intolerante, que en última instancia se traduce en desprecio, odio y rechazo.

Las personas víctimas de homofobia son rechazadas en los diferentes ámbitos de la vida social, entre los cuales ocasionalmente se encuentra el mismo grupo familiar a pesar de ser considerado el grupo primario en el cual los seres humanos se deberían sentir seguros al ser ese primer ámbito de socialización al cual se encuentran arraigados, características que no aplican en la vida de todos los individuos y en aquellos cuya orientación sexual es un detonante que los impulsa a alejarse de sus familiares como ocurrió en el caso del Paciente “C” quien hasta el día de hoy

continúa manteniendo una relación distante con los miembros de su núcleo familiar, no teniendo contacto con algunos de estos desde hace algunos meses, aspectos que pudieron ser indagados desde el momento en que ingresó al área de urgencias a causa de la agresión sexual sufrida.

Cuando un paciente no cuenta con red de apoyo sociofamiliar que pueda actuar como un soporte durante y después de la hospitalización, se convierte en un aspecto de gran atención para el área de Trabajo social, principalmente cuando dicho usuario ha sido agredido emocional y físicamente, debiéndose activar la ruta de atención pertinente, en éste caso el código fucsia, que después de ser iniciado en la clínica se continuaría desde el ente competente en el cual el paciente decidiese, llegado el caso, continuar con el proceso de denuncia.

Como se mencionó a lo largo de la descripción del caso del paciente “C”, durante la primera entrevista correspondiente al área de Trabajo social, además de buscar conocer las circunstancias en las cuales se presentaron los hechos de la agresión sexual con el fin de situar al paciente en el contexto en el cual se encuentra inmerso, se indagó sobre la red de apoyo que éste poseía, obteniéndose como resultado una comunicación escasa y en algunos casos inexistente con los miembros de su familia y limitado contacto en la ciudad de Medellín que pudiesen brindar soporte. Sin embargo, más adelante “C” logró recordar uno de los números telefónicos correspondiente a una conocida en la ciudad de Medellín con la cual posteriormente se estableció contacto vía telefónica, conversación en donde se pudo establecer una persona que asumiera el rol de cuidadora de forma esporádica durante la estancia hospitalaria del paciente en la clínica.

Cada una de las acciones realizadas desde el equipo psicosocial de la Clínica León XIII permitió garantizarle al paciente “C” una estancia segura, en donde se le proporcionaron los elementos de aseo y vestimenta necesarios, además se indagó con diferentes instituciones (las cuales se encuentran nombradas en la descripción) que permitieron brindar una orientación acertada sobre los procedimientos que deberían ser realizados posteriormente. Por ello, desde las intervenciones realizadas y habiendo certeza de que al paciente su conocida le brindaría un lugar donde quedarse durante algunos días, se le explicaron cada uno de los pasos a seguir para que el Municipio lo ayudase mediante sus programas a establecerse en un albergue durante algún tiempo.

Después de haber sido dado de alta, uno de los practicantes del área de Trabajo social de la Fiscalía, informó a la clínica que el paciente “C” había realizado el respectivo proceso de

denuncia, tanto de sus documentos como de la agresión sufrida, y se gestionó con el municipio su ubicación en unos albergues quienes además se encargarían de brindarle algunos auxilios y/o capacitaciones que le permitieran a “C” explotar a cabalidad sus capacidades y potencialidades.

A través de las intervenciones dirigidas a “C”, se evidenció como el área de Trabajo social de la Clínica León XIII va más allá de un quehacer profesional asistencialista, brindando en algunos casos a los pacientes la oportunidad de continuar con sus procesos y gestionar oportunidades que les permitan poco a poco ir superando la situación que se encuentran atravesando, realizándose no solo una valoración de las necesidades que el paciente posee al ingresar a la clínica, sino de igual forma buscándose los recursos que puedan ser usados por el usuario de forma ambulatoria, conectándolo con colectivos y programas, esperándose garantizar la promoción y protección de los derechos de cada sujeto independientemente de su orientación sexual, con el fin de evitar la naturalización de la heteronormatividad y la homofobia en la sociedad actual.

7. REFLEXIÓN FINAL

8.1 Relevancia del Trabajo social en el área de la salud

La sociedad se ha definido como un elemento que se encuentra en constante movimiento, sujeto a las variaciones temporales y a las transformaciones económicas, políticas, culturales y sociales que se encargan de moldear y definir el contexto en el que cada uno de los individuos se desenvuelve, dando paso a cambios que se han encargado de actuar como insumo en la construcción de una profesión como el Trabajo Social, una disciplina que se ha caracterizado por aplicar sus conocimientos teóricos y prácticos, en gran parte, a la realización de procesos de intervención dirigidos no solo a la adecuada satisfacción de las necesidades de las personas, sino de igual forma a la reivindicación de sus derechos en los diferentes ámbitos sociales, buscando el mejoramiento de su calidad de vida y de aquellas problemáticas sociales que las afectan, sea directa o indirectamente.

Sin embargo, al ser una profesión cuyo objeto de estudio son los sujetos y la misma realidad en la que estos están inmersos, el Trabajo social se enfrenta a una serie de dificultades metodológicas que le impiden en ocasiones abarcar en su totalidad la situación de los sujetos para realizar un proceso de intervención adecuado y acorde a la problemática que se está presentando, ya que la realidad social, al ser compleja y cambiante, conlleva a que los problemas que se presentan en ella nunca sean los mismos ni puedan ser solucionados exactamente de la misma forma, debiendo ser estudiados desde un conjunto de características únicas y específicas que los constituyen y los diferencian de los demás. Por ello, cada una de las intervenciones que han de ser realizadas estarán guiadas por la realidad de cada individuo, aspecto que determinará la eficacia de cada uno de los procesos realizados, principalmente en aquellas situaciones en las cuales los usuarios se encuentran vulnerados o necesitan la orientación y apoyo de la institución en la cual están siendo atendidos, situaciones que pueden ejemplificarse en las clínicas y demás entidades hospitalarias.

El Trabajo social en el campo de la salud, se encuentra direccionado a la satisfacción de las necesidades de los usuarios durante su hospitalización y al momento del egreso de la clínica, buscándose asegurar que cada una de las personas que ingrese, reciba la atención requerida y le sean garantizadas unas condiciones adecuadas, tanto a los usuarios que ingresan como paciente, como a sus respectivos acompañantes, reconociéndose que la salud va más allá de la ausencia de

enfermedad y se constituye en el bienestar físico, emocional y mental de cada individuo, los cuales se verán fuertemente influidos por el contexto y las condiciones en las que estos se desenvuelven.

En la Clínica León XIII, Trabajo social ha logrado posicionarse como un área fundamental en los procesos de atención a los usuarios que presentan algunas dificultades que inciden en su salud, ya sea por su condición familiar, social o económica, que puedan influir en la adecuada recuperación y manejo ambulatorio de cada uno de los pacientes, razón por la cual los diagnósticos realizados por medio de cada interconsulta están enmarcados en las condiciones específicas de los usuarios y en la respectiva movilización de recursos que serán necesarios durante todo el proceso, propiciándose que los mismos usuarios participen de la potencialización de sus capacidades desde cada uno de los programas de prevención, promoción y educación basados en sus propias necesidades y/o carencias.

Cada una de las acciones realizadas desde el área de trabajo social de la Clínica León XIII, son llevadas a cabo tomando como referencia las rutas de atención y protocolos instaurados para guiar el accionar profesional, los cuales han sido definidos y fundamentados previamente al inicio del presente trabajo. Sin embargo, además de estos protocolos y rutas, cada uno de los y las profesionales debe poseer una serie de competencias, que les permitan desempeñarse y asumir su rol profesional de forma satisfactoria.

Según el texto “Trabajo social en el área de la salud: Perfiles y competencias profesionales básicas en el área de salud” (Acosta, Bohórquez, Duarte, González y Rodríguez, 2012), las competencias que debe poseer cada trabajador/a social para atender efectivamente a cada uno de los usuarios que ingresa, al centros hospitalario o clínica son:

- Diagnóstico: a partir del cual, mediante un enfoque sistémico y ecológico, se identifican las condiciones familiares, económicas, sociales y factores de riesgo que afecten o puedan afectar la salud de la persona, contribuyendo a la aparición o permanencia de alteraciones o crisis en la salud integral de los pacientes
- Promoción y prevención: en primer lugar, se busca promover en los usuarios y sus respectivas familias estilos de vida saludables, orientándose a cada uno de los miembros del

núcleo familiar sobre el sistema de salud y algunas pautas que les permitirán hacer frente a la enfermedad y tener una adecuada adherencia al tratamiento para evitar futuras recaídas. En segundo lugar, se fomenta la prevención a través de la identificación de los factores de riesgo sociales y familiares en el proceso de desarrollo de enfermedad.

- **Tratamientos:** se movilizan los recursos internos y externos que puedan aportar a una estancia hospitalaria y egreso seguro del paciente y su acompañante.
- **Seguimiento y evaluación:** se establecen metas en las intervenciones individuales y familiares, estableciéndose una serie de objetivos que puedan cumplirse a corto o mediano plazo cuando se identifican condiciones adversas.
- **Rehabilitación:** se gestiona con otras entidades e instituciones que coadyuven en la calidad de la prestación de los servicios en la clínica y de forma ambulatoria.
- **Investigación:** se busca plantear temas de investigación referentes a aspectos sociales, culturales y económicos asociados a las condiciones de salud encaminados a su socialización en equipos interdisciplinarios, identificándose además los cambios surgidos en cada una de las intervenciones.
- **Docencia:** dar paso a procesos docente- asistenciales que propendan al acercamiento de estudiantes que estén realizando su práctica profesional al área de la salud, realizándose el respectivo acompañamiento a estos.
- **Gestión y administración:** se ha de planear, programar y evaluar los procesos de intervención, organizándose las acciones del quehacer profesional y gestionándose recursos intra y extra institucionales.

Cada una de estas competencias, se ve ejemplificada en el accionar de las Trabajadoras sociales de la Clínica León XIII y en cada una de las intervenciones que son realizadas desde las cuales se promueve una visión integral de la realidad y la complejidad que la caracteriza, razón por la cual

se busca la solución de las problemáticas, fortaleciéndose la red de apoyo sociofamiliar o institucional que pueda actuar como un soporte sólido de los pacientes que son ingresados; gestionándose los recursos pertinentes para solventar sus necesidades físicas y emocionales en la institución, ya sea por medio de auxilios alimentarios o de albergue, donaciones de productos de aseo y de vestir, direccionamientos legales e institucionales, entre otros factores que determinan las necesidades de las diferentes poblaciones que son atendidas en la clínica y las condiciones bajo las que ingresan.

Sin embargo, a pesar de que las acciones del área de Trabajo social en este ámbito se encuentran establecidas, aun se continúan presentando algunos retos que en algún momento conducirán el accionar profesional a la sensibilización y direccionamiento de procesos que permitan comprender a los usuarios la salud en sus diferentes dimensiones, para minimizar los efectos de los factores de riesgos que se encuentran presentes en sus vidas.

8.2 La IPS Universitaria como entidad formadora de estudiantes

La IPS Universitaria como institución formadora de estudiantes permite no solo a cada practicante acercarse al mundo laboral, sino de igual forma, poner en práctica cada una de las teorías y fundamentaciones aprendidas a lo largo de su proceso académico, poniéndose a prueba su capacidad para acercarse a los usuarios y generar los procesos de intervención correspondientes a la necesidad que éstos se encuentran manifestando durante su hospitalización, pudiéndose desde esto, reconocer las fortalezas y debilidades que se poseen, con el fin de poco a poco ir mejorando en el quehacer profesional.

Desde el área de Trabajo social de la Clínica León XIII, se brinda un acompañamiento constante a los estudiantes que ingresan para realizar su práctica profesional, estando a su disposición cinco trabajadoras sociales que lo asesorarán a lo largo de su proceso, guiándolo frente a cada una de las acciones que deben ser realizadas desde los protocolos y rutas de atención que se encuentran establecidos en la clínica, los cuales no actúan como una receta que debe seguirse paso a paso, sino que permiten adecuar el accionar al sujeto específico que se están atendiendo.

El hacer parte de las dinámicas y trabajo realizado en la clínica, brinda a los estudiantes la oportunidad de trabajar con diferentes grupos poblacionales ya sean habitantes de calle, personas en condiciones económicas precarias, habitantes de otro municipio o regiones del país, víctimas de abuso sexual, entre otros usuarios cuyas intervenciones implican poner en práctica elementos y herramientas que aporten en la intervención y en la eficacia de sus resultados, debiéndose conocer cada uno de los ámbitos y recursos que son utilizados desde el área de trabajo social de la clínica y su contacto con otras instituciones.

El tener la oportunidad de realizar la práctica profesional en éste campo, de igual forma permite comprender los aspectos que van más allá de lo teórico, reconociéndose la importancia de siempre tener presente un enfoque humanizado desde el cual se reconozca a cada usuario como un ser humano con un conjunto de capacidades y el derecho a recibir una adecuada atención en cada uno de los componentes que forman su estado de salud.

Por último, el contar con la presencia con diversas asesoras que conforman el grupo de trabajo social, permite a los estudiantes conocer diversos estilos en que pueden ser realizados los procesos de intervención que terminarán cumpliendo el mismo objetivo garantizándose esa estancia y egreso seguro a cada usuario, mismo que aporta en el reconocimiento de la profesión al interior de la clínica como un área de gran relevancia en el campo de la salud.

9. CONCLUSIONES

El quehacer profesional del Trabajo social en el área de la salud con el paso de los años se ha ido consolidando y fundamentando a partir de las intervenciones que continuamente son realizadas y los diversos grupos poblacionales que pueden ser atendidos, teniéndose presente las condiciones que cada uno de éstos posee y el contexto en cual se encuentra inmerso. Por ello, desde la Clínica León XIII el área de trabajo social ha definido unas rutas de atención y protocolos que permiten abordar las necesidades similares de los sujetos, haciéndose énfasis en las particularidades y condiciones específicas desde las cuales sus necesidades se originan.

Durante la sistematización de las rutas y protocolos de atención utilizados por las trabajadoras sociales de la clínica, se reconoció como a través de cada una de éstas se fomentan cambios y transformaciones en las dinámicas individuales y familiares de los usuarios que diariamente ingresan a la institución, buscándose el reconocimiento de las condiciones económicas, sociales y familiares como factores que pueden afectar tanto positiva como negativamente la salud de cada uno de los individuos.

Desde éste punto, el accionar del trabajo social en el campo de la salud cada día se posiciona, exigiendo a los profesionales una adecuada preparación desde la cual no solo se desarrollen herramientas basadas en los componente teóricos y metodológicos de la profesión sino de igual forma se reconozca a los usuarios en su condición de ser humano con unas capacidades y potencialidades. Por esta razón, el presente proyecto buscó no solo sistematizar las rutas y protocolos de atención utilizados sino de igual forma, enmarcarlos y ejemplificarlos desde la sistematización de tres casos particulares desde los cuales pudiese observarse paso a paso las acciones que cada trabajador/a social debe realizar cuando se presentan determinadas situaciones, haciéndose un análisis de la efectividad de las intervenciones realizadas en el caso de los tres pacientes sistematizados.

De la realización de éste proyecto se pretende que los futuros practicantes y trabajadores que ingresen al área de trabajo social en primer lugar conozcan la labor en éste campo y las rutas y protocolos que guían las intervenciones para después por medio de los casos sistematizados puedan tener una idea de la labor que deberán realizar al interior de la clínica, teniendo la oportunidad de identificar sus propia fortalezas y debilidades como profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, M; Bohórquez, M; Duarte, F; González, A y Rodríguez, C (2012). TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE SALUD Perfiles y competencias profesionales básicas en el área de salud Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/Perfiles%20y%20competencias%20TrabajoSocial_Salud.pdf
- Abandono de adultos mayores es delito. (14 de julio del 2013) EL UNIVERSAL. Recuperado: <http://www.eluniversal.com.co/cartagena/nacional/abandono-de-adultos-mayores-es-delito-126645>
- Alcaldía Mayor de Bogotá D. C. (2013). Edad de consentimiento. Bogotá, Colombia. Recuperado de: <http://www.canalcapital.gov.co/programas/linkeados-bogota/11037-edad-de-consentimiento>
- Briceño-León, R. (2000). Bienestar, salud pública y cambio social. En Briceño-León, R., De Souza, M, y Coimbra, C. (Coords.). *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales* (pp. 15-24). Río de Janeiro: Editora Fiocruz
- Bruna, M, Reinoso, Z y San Martín, R (s.f) El abandono una problemática en el adulto mayor. Recuperado de: http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Vi%C3%B1a%20del%20Mar%202003/Abandono_una_problematika_en_el_adulto_mayor.pdf
- Bruner, J. (2000) La educación puerta de la cultura, Editorial Visor, Col. Aprendizaje, Madrid (Edic. 3ª)
- Canul, Y. (31 de octubre de 2016). Blog grupal-salud y sociedad. (Blog post) Recuperado de: http://www.equipo5saludysociedad.blogspot.com.co/2012/05/1_31.html

- Casa F. G (s.f) Las crisis familiares. Una oportunidad para el desarrollo familiar. Recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000193.pdf>
- Castellanos, J (2002) Concepto de calidad de vida para el adulto mayor institucionalizado en el Hospital Geriátrico San Isidro de Manizales 2002. Recuperado de: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/alianza-cinde-umz/20130404070013/TJulialbaCastellanos.pdf>
- Colombia. Gobierno de la republica (1999). Artículo 48 y 49. Constitución política de Colombia 1991.
- Congreso Nacional de la Republica (1993). Recuperado de: <https://cdn.colombia.com/docs//actualidad/codigos-leyes/ley100.pdf>
- Correa A, M.E (2007) La otra ciudad- otros sujetos: habitante de calle. Recuperado de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/14610/1/3-8511-PB.pdf>
- Deza Villanueva, S (2005) Factores protectores en la prevención del abuso sexual infantil. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272005000100003
- Discriminación Diversidad sexual (s.f) Consejo Nacional Para prevenir la discriminación. Recuperado de: http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=145&id_opcion=48&op=48
- ENADIS (2011) En cuesta nacional sobre discriminación en México. Recuperado de: <http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Enadis-2010-RG-Accss-002.pdf>
- Finkerlhor, D y Browne, A (s.f). El impacto traumático del abuso sexual infantil: una conceptualización. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/61407634/El-impacto-traumatico-del-abuso-sexual-infantil>

- Galeano Marín, E y Vélez Restrepo, O (1996) La calle como forma de sobrevivencia: gaminismo, prostitución infantil y menor trabajador en el centro de Medellín, Cámara de Comercio de Medellín, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Consejería Presidencial para Antioquia.
- Gobernación de Antioquia (2010). Atención Básica Biopsicosocial a víctimas de MAP, MUSE y AEI: Guía práctica para personal de salud. Colombia
- Guerrini, M.E (2010) La vejez. Su abordaje desde el Trabajo Social. Recuperado de: <https://www.margen.org/suscri/margen57/guerrini57.pdf>
- Lago, G y Céspedes, J (s.f) Abuso sexual Infantil. Recuperado de: [https://scp.com.co/precop-old/precop_files/modulo_5_vin_3/16 30%20Abuso%20infantil.pdf](https://scp.com.co/precop-old/precop_files/modulo_5_vin_3/16%2030%20Abuso%20infantil.pdf)
- Llamas,S y Hernández, P (s.f) Protocolos clínicos: ¿cómo se construyen? Propuesta de un modelo para su diseño y elaboración. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-protocolos-clinicos-como-se-construyen-propuesta-un-14307>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2016) Manual Metodológico para la Elaboración e Implementación de las RIAS. Bogotá D.C
- MINSALUD (s.f) Preguntas frecuentes sobre la donación de órganos. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/MET/donacion-trasplantes-organos-tejidos.pdf>
- Organización Mundial de la salud (2 de noviembre de 2016). Consitución de la OMS: principios. Recuperado de: <http://www.who.int/about/mission/es/>
- Preister,S. (1980) La teoría de sistemas como marco de referencia para el estudio de la familia. Revista de Trabajo Social. Santiago de Chile. Pág. 12

- Quintero Velásquez, A.M (1997) Trabajo social y procesos familiares. Editorial Lumen/Hvmanitas. Buenos aires.
- Quintero Velásquez, A.M (2007) Diccionario especializado en familia y género. Buenos aires, Lumen
- Santa María, M y colaboradores (2010). Un diagnostico general del sector salud en Colombia: Evolución, contexto y principales retos de un sistema en transformación.
- Save the children (2001) ABUSO SEXUAL INFANTIL: MANUAL DE FORMACIÓN PARA PROFESIONALES. Recuperado de https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/manual_abuso_sexual.pdf
- Rivera, A. F. (2013). Coyuntura del sistema de salud en Colombia: caracterización de una crisis, desde las particularidades financieras de las EPS. *Gestión & Desarrollo*, 10 (1), pp. 103-116.
- Universidad Central de Venezuela, Facultad de ciencias (S.F). Sistematización de experiencias.
- Velásquez, S (s.f) Sexualidad Responsable. Recuperado de https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Presentaciones/licenciatura_en_mercadotecnia/fundamentos_de_metodologia_investigacion/PRES44.pdf
- Vélez, Olga Lucía (2003) Reconfigurando el trabajo social: perspectivas y tendencias contemporáneas. Buenos Aires: Espacio.
- Vélez, A.L (2005) La acción de tutela: ¿un mecanismo de protección del derecho a la salud y un proceso alterno para acceder a servicios de salud?. *Revista Colombiana Médica*. Vol.36 #3 Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v36n3/v36n3a10.pdf>

- Viscarret, Juan Jesús (2009). Modelos de intervención en Trabajo Social. En Fundamentos del Trabajo Social.
- Y. Michaud (2004) Violence et poletique, Encyclopedia universalis.