

**APOYO PSICOSOCIAL Y ORIENTACIÓN FAMILIAR PARA LA ATENCIÓN  
INTEGRAL Y HUMANIZADA DE LOS USUARIOS DE LA E.S.E. CENTRO DE  
SALUD GIOVANNI CRISTINI DE EL CARMEN DE BOLÍVAR.**

**LILIA ESTHER ESCANDÓN PÉREZ**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y EDUCACIÓN  
PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL  
CARTAGENA DE INDIAS D.T. Y C.**

**2004**

T.  
307.14  
E74

|                                       |          |                           |  |
|---------------------------------------|----------|---------------------------|--|
| UNIVERSIDAD DE CARTAGENA              |          |                           |  |
| CENTRO DE INFORMACION Y DOCUMENTACION |          |                           |  |
| FORMA DE ADQUISICION -                |          |                           |  |
| Compra                                | Donación | Canje                     | U. de C. <input checked="" type="checkbox"/> |
| Precio \$ 10.000                      |          | Proveedor <i>f. Socio</i> |  |
| No. de Acceso 44059                   |          | No. de ej.                |  |
| Fecha de ingreso: DD 02 MM 04 AA 04   |          |                           |  |

APOYO PSICOSOCIAL Y ORIENTACION FAMILIAR PARA LA ATENCION  
INTEGRAL Y HUMANIZADA DE LOS USUARIOS DE LA E.S.E CENTRO DE  
SALUD GIOVANNI CRISTINI DE EL CARMEN DE BOLIVAR. 2

LILIA ESTHER ESCANDÓN PÉREZ

Informe de Gestión para obtener el título de Trabajadora Social.

Carmen Rangel Sepúlveda.  
Trabajadora Social.  
Asesora.

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y EDUCACIÓN  
PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL  
CARTAGENA DE INDIAS D.T. Y C.

2004

## AGRADECIMIENTOS

Expreso mis agradecimientos sinceros a las personas que estuvieron durante el recorrido de cinco años por el camino que me ha conducido a crecer personal y profesionalmente, superando los obstáculos y venciendo los temores, haciendo de mi una mejor persona, comprometida con Dios, con los míos y con la sociedad.

He aprendido que nuestro destino lo construimos con nuestras acciones, gracias a que nuestro creador Jehová nos ha dado un hermoso regalo "el principio moral de Libertad." Por medio del cual he alcanzado la meta de ser una profesional del Trabajo Social.

Para el presente proyecto fue necesario el apoyo de muchos quienes permitieron alcanzar los logros propuestos por tanto manifiesto mis agradecimientos:

*A DIOS* por tener el control de vida.

*A MI FAMILIA* por su apoyo incondicional, tanto material como emocional.

*A DOCENTES* de la Universidad de Cartagena por los valiosos aportes intelectuales a mi crecimiento profesional y personal.

*A MIS AMIGAS* por su amistad y apoyo incondicional.

Nota de aceptación

---

---

---

---

---

---

---

Firma del presidente del jurado

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

## CONTENIDO

|  | pág. |
|--|------|
| INTRODUCCIÓN                           | 1    |
| 1. JUSTIFICACIÓN                       | 3    |
| 2. OBJETIVOS DEL INFORME               | 4    |
| 3. CONTEXTUALIZACION DE LA EXPERIENCIA | 5    |
| 3.1 REGIÓN DE LOS MONTES DE MARÍA      | 5    |
| 3.2 PRINCIPALES PROBLEMAS              | 7    |
| 3.3 MUNICIPIO DEL CARMEN DE BOLÍVAR    | 8    |
| 3.3.1 Generalidades                    | 8    |
| 3.3.2 Perfil Demográfico               | 9    |
| 4. CARACTERÍSTICAS DE LA ORGANIZACIÓN  | 11   |
| 4.1 RAZÓN SOCIAL                       | 11   |
| 4.2 VISIÓN                             | 11   |
| 4.3 MISIÓN                             | 12   |
| 4.4 VALORES CORPORATIVOS               | 12   |
| 4.5 PRINCIPIOS CORPORATIVOS            | 13   |
| 4.6 OBJETIVOS GENERALES                | 14   |
| 4.7 OBJETIVOS ESPECÍFICOS              | 15   |
| 4.8 NATURALEZA LEGAL                   | 16   |
| 4.9 ÁREA DE INFLUENCIA DE LA EMPRESA   | 17   |

|  |    |
|--|----|
| 4.10 PORTAFOLIO DE SERVICIOS   | 17 |
| 4.11 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL   | 20 |
| 4.12 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN   | 21 |
| 5. MARCO TEÓRICO   | 23 |
| 5.1 SALUD  | 23 |
| 5.2 LA SALUD COMO ELEMENTO ECONÓMICO Y<br>POLÍTICO                             | 26 |
| 5.3 SALUD PUBLICA  | 28 |
| 5.3.1 Antecedentes   | 28 |
| 5.3.2 Definición   | 29 |
| 5.4 PROMOCIÓN DE LA SALUD  | 31 |
| 5.5 FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES                                  | 33 |
| 5.6 PROBLEMAS PSICOSOCIALES  | 34 |
| 5.7 UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD                                      | 35 |
| 5.7.1 Variables Familiares que intervienen en uso de los<br>servicios de Salud | 36 |
| 5.8 APOYO SOCIAL   | 37 |
| 5.8.1 Dimensiones del Apoyo Social   | 37 |
| 5.8.2 Relaciones del Apoyo Social con la Salud                                 | 38 |
| 5.9 NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD   | 39 |
| 5.10 DETERMINANTES Y RIESGOS DE LA SALUD                                       | 39 |
| 5.10.1 El Comportamiento   | 39 |
| 5.10.2 Estilos de Vida   | 41 |

|   |    |
|---|----|
| 5.10.3 Actitudes  | 42 |
| 5.11 INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN SECTOR SALUD           | 42 |
| 5.11.1 Funciones del Trabajador Social                            | 45 |
| 5.11.2 Actividad Educativa del Trabajador Social                  | 46 |
| 6. MARCO LEGAL  | 49 |
| 6.1 LA LEY 10, DE ENERO DE 1990                                   | 50 |
| 6.2 LA LEY 60 DE 1993   | 51 |
| 6.3 SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, LEY 100 DE 1994 | 53 |
| 6.4 INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, IPS          | 54 |
| 6.4.1 Escenarios de Actividad de las IPS                          | 55 |
| 6.4.2 Clasificación de las IPS                                    | 57 |
| 6.5 EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO, E.S.E.                          | 57 |
| 6.6 PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD                             | 60 |
| 6.7 ORGANISMOS QUE INTEGRAN EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA       | 62 |
| 7. PROYECTO DE ACCIÓN   | 64 |
| 7.1 PRESENTACIÓN  | 65 |
| 7.2 JUSTIFICACIÓN   | 67 |
| 7.3 OBJETIVOS   | 69 |
| 7.3.1 Objetivo General  | 69 |
| 7.3.2 Objetivos Específicos                                       | 69 |

|   |    |
|---|----|
| 7.4 OBJETO DE INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN<br>LA E.S.E GIOVANNI CRISTINI | 71 |
| 7.5 VISIÓN DEL PROYECTO   | 72 |
| 7.6 MISIÓN DEL PROYECTO   | 72 |
| 7.7 ANTECEDENTES DEL PROYECTO   | 73 |
| 7.8 COBERTURA ESPACIAL  | 75 |
| 7.9 METODOLOGÍA   | 76 |
| 7.10 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES  | 79 |
| 7.11 PRESUPUESTO  | 80 |
| 8. PROCESO SOCIAL DE ACCIÓN PROFESIONAL DE<br>TRABAJO SOCIAL                  | 81 |
| 8.1 LOGROS PERSONALES   | 82 |
| 8.2 LOGROS PROFESIONALES  | 83 |
| 8.3 LOGROS ORGANIZACIONALES   | 84 |
| 9. EVALUACIÓN   | 86 |
| 9.1 PRODUCTOS Y RESULTADOS  | 86 |
| 9.2 PROCESOS  | 87 |
| 9.2.1 Recursos  | 87 |
| 9.2.2 Tiempo.   | 88 |
| 9.2.3 Estrategias y Técnicas  | 88 |
| 9.3 OBSTACULIZADORES DEL PROYECTO   | 89 |
| 9.4 FACILITADORES DEL PROYECTO  | 89 |
| 10. CONCLUSIONES  | 90 |

11. RECOMENDACIONES

92

BIBLIOGRAFÍA

94

ANEXOS

96

## INTRODUCCIÓN

Trabajo Social es una profesión que ha sufrido muchos cambios en su proceso de definición del objeto de intervención profesional, no obstante siempre ha buscado el desarrollo humano y social de los individuos a través de la realización de diferentes actividades que sucesivamente se han sustentado en las diferentes teorías de las ciencias sociales, lo que ha permitido construir poco a poco una identidad profesional que motive a realizar más y mejores acciones para alcanzar su objetivo que es "promover el cambio social a través del mejoramiento de las relaciones sociales."

A partir de los cambios efectuados en el sector salud en Colombia Trabajo Social posee un amplio espacio gracias a la teoría multicausal de la enfermedad donde la salud es un fenómeno determinado por múltiples factores, donde es necesaria la intervención sobre elementos sociales que pudiesen estar comprometidos en su etiología.

En este aspecto se trasciende en la labor profesional que tiempo atrás estuvo reducida al asistencialismo mediante la realización de descuentos en la prestación de servicios hospitalarios, realizando intervenciones interdisciplinarias encaminadas a procurar el desarrollo humano de individuos y comunidades, a través de la asistencia, la rehabilitación, la educación, la promoción y la

prevención mediante el desempeño de diversos roles propios de la profesión.

El presente informe intenta plasmar la experiencia profesional de Trabajo Social en el área de la salud haciendo énfasis en el apoyo psicosocial como complemento de la atención médica para ofrecer una atención integral en salud basada en el respeto a las capacidades y potencialidades de los individuos para solucionar sus situaciones conflictivas.

## 1. JUSTIFICACIÓN

Plasmar experiencias profesionales es una manera de comunicar a otros los modos de intervención para identificar las principales características de las acciones emprendidas y de esta manera determinar la viabilidad de trabajar con poblaciones o individuos teniendo en cuenta los elementos principales que guiaron la ejecución de un determinado proyecto.

No obstante en Trabajo Social es necesario tener en cuenta teorías sociales, aspectos metodológicos e información suficiente sobre la unidad de intervención que permita un acercamiento a la realidad que se pretende intervenir para lograr cambios sustanciales en situaciones conflictivas que permitan el enriquecimiento personal de las poblaciones con las cuales se trabaja, si se utiliza la metodología adecuada.

Por este motivo el presente informe, requisito indispensable para acceder al título profesional, se constituye en la caracterización de la experiencia profesional en el área de la salud, específicamente en el primer nivel de atención, en una institución donde se atiende población de los estratos 1y 2.



## 2. OBJETIVOS DEL INFORME

1. Analizar la experiencia práctica de último año de Trabajo Social en una institución de primer nivel de atención en salud.
2. Identificar los procesos generados desde la práctica profesional de Trabajo Social en la E.S.E. Centro de Salud Giovanni Cristini.
3. Determinar la viabilidad de la intervención de Trabajo Social en el área de la salud.
4. Establecer los roles del Trabajador (a) Social desempeñados en el área de la salud.
5. Plasmar la experiencia profesional de Trabajo Social, como aportes a otras intervenciones en el mismo área.

### 3. CONTEXTUALIZACION DE LA EXPERIENCIA

#### 3.1 REGIÓN DE LOS MONTES DE MARÍA

Montes de María es una región natural ubicada en la parte central de los Departamentos de Bolívar y Sucre de la Región Caribe en la República de Colombia, de la cual forman parte 15 municipios, 7 del Departamento de Bolívar (Carmen de Bolívar, Marialabaja, San Juan Nepomuceno, San Jacinto, Córdoba, Zambrano y el Guamo) y 8 del Departamento de Sucre (Ovejas, Chalán, Colosó, Morroa, Tolú viejo, Los Palmitos, San Onofre y San Antonio de Palmitos.) En extensión es un territorio de 6.317km<sup>2</sup> de los cuales 3.798km<sup>2</sup> están en Bolívar (60.12% del total) y 2.519km<sup>2</sup> están en Sucre (39.88%.)

La población total es de 330. 889 habitantes, 241.675 en la jurisdicción de Bolívar ( 73.04% del total) y 89.214 en la jurisdicción de Sucre ( 26.96%). Hay municipios con gran número de centros poblados en su sector rural, como son los municipios de Marialabaja y Carmen de Bolívar que tienen 22 y 19 centros poblados respectivamente.

Los municipios con mayor población son Marialabaja que tiene 32.231 habitantes en el área rural y 45.042 en el área urbana, y el municipio de Ovejas que tiene

alrededor de 28.000 habitantes de los cuales el 31% residen en la cabecera y otros como es el caso de Zambrano, que no tiene centros poblados, localizándose el 89% de su población en su cabecera.

Montes de María es una región estratégica no sólo para los Departamentos de Bolívar y Sucre, sino también para la Región Caribe Colombiana y el País, por su localización geográfica, ubicada entre los centros económicos de Valledupar-Bucaramanga (al oriente) y el Mar Caribe (al occidente), y entre el corredor urbano- regional de Cartagena- Barranquilla- Santa Marta ( al norte) y la carretera transversal de la Depresión Momposina, que comunica a Sucre, Córdoba y Antioquia con el Magdalena y el Cesar (al sur).

Históricamente los Montes de María ha sido una región con vocación agropecuaria y agroindustrial, fundamentándose su cultura y tradiciones alrededor de los cultivos de economía campesina del tabaco, el maíz, la yuca, el ñame, la cría y levante del ganado de doble propósito y la pesca artesanal, actividades todas en donde su población tiene grandes experiencias y conocimientos adquiridos en sus propias vivencias y al trabajo institucional de las entidades descentralizadas nacionales del sector y a las UMATAS de sus entidades territoriales locales.

En lo cultural, las fortalezas están representadas en las tradiciones y costumbres regionales que congregan anualmente a todos sus habitantes en festivales y concursos musicales (de acordeoneros, gaitas), en fiestas patronales (carralejas,

carnavales) o en fiestas y concursos de cosechas de productos agropecuarios (ñame) en diferentes sitios de su geografía y en la producción de artesanías como las "hamacas", "flautas de millo", "bastones de madera" etc. Igualmente importante son los rasgos de personalidad del montemariano, que es un hombre o mujer pacífico, extrovertido, franco, alegre, dicharachero, expresivo, servicial, solidario, gregario, conversador, cuya principal institución es la familia y el "compadrazgo". Son gente del campo, amantes de la naturaleza, con gran conocimiento de las actividades agropecuarias y la ganadería extensiva de doble propósito. En este campo es importante resaltar la cultura del tabaco, extendida por lo menos a la mitad de los municipios de la región.

### **3.2 PRINCIPALES PROBLEMAS**

Durante la última década, la Región Montes de María ha experimentado un campo profundo en la senda de su desarrollo regional, que a pesar del avance de los indicadores de desarrollo humano y la ubicación en los rangos medios y bajos de los indicadores de pobreza humana a nivel departamental, en la región se percibe una pérdida sustancial de las condiciones generales de calidad de vida como consecuencia de la violencia y el conflicto armado en su territorio, la inclemencia del modelo económico neoliberal con el sector agropecuario, factores climáticos adversos, la recesión económica nacional, el desacertado manejo financiero de los recursos públicos en los entes territoriales, una comunidad amorfa y unos cuadros políticos tradicionales sin liderazgo y capacidad de cambio, lo cual ha traído

consigo la pérdida de los valores y la dignidad humana y una gran pobreza social y económica.

Las principales manifestaciones de la problemática actual de los Montes de María pueden resumirse en las siguientes:

- Presencia de grupos guerrilleros y de autodefensas en la Región, con control sobre algunas áreas del territorio.
- Bajo desempeño económico de la Región.
- Demanda creciente por más y mejores servicios públicos domiciliarios y de seguridad social en salud, educación y asistencia social.
- Rezago de las acciones sectoriales prioritarias para el desarrollo territorial de la Región y la competitividad.
- Débil capacidad de las municipalidades para actuar efectivamente en la consecución de la paz y el desarrollo regional.
- Una población atemorizada, dispersa y sin capacidad de reacción frente a los actores armados en conflicto por fuera de la ley.

### **3.3 MUNICIPIO DEL CARMEN DE BOLÍVAR**

**3.3.1 Generalidades.** El Municipio del Carmen de Bolívar, con relación al departamento de Bolívar ocupa el octavo puesto en extensión con 920km<sup>2</sup> y se ubica en el tercer puesto en población lo que equivale al 4.4% de la población total del departamento. Está situado en el centro del departamento de Bolívar.

La cabecera municipal se encuentra localizada en el centro del Municipio a una distancia de 125 Km. de Cartagena Distrito Capital del Departamento de Bolívar, su extensión asciende a 458 hectáreas.

El Municipio limita al norte con el Municipio de San Jacinto, al sur con el Municipio de Ovejas en el Departamento de Sucre, al este con los Municipios de Zambrano y Córdoba; al oeste con los Municipios de Coloso y San Onofre en el Departamento de Sucre respectivamente.

Geopolíticamente la jurisdicción Municipal, se halla comprendida por una cabecera Municipal compuesta por 35 barrios y un área rural que cubre 18 corregimientos. El Municipio del Carmen de Bolívar está ubicado en la región fisiográfica del Caribe y dentro de esta en la subregión Montes de María, zona centro del departamento de Bolívar.

**3.3.2 Perfil Demográfico.** El Municipio, además de su cabecera Municipal tiene 18 corregimientos, 21 veredas, cuyos poblados tienen un área aproximada de 1,580 Ha, de las cuales 15 se ubican hacia la zona occidental de la montaña y 4 en la zona oriental, área que ha sido la más golpeada por la violencia que afecta a la Región de los Montes de María; situación que ha venido forzando el desplazamiento de muchos de estos poblados hacia la cabecera Municipal.

El Municipio de el Carmen de Bolívar es el tercero en población con 90.000 habitantes la tasa de crecimiento de la población del Municipio es de el 1.03%

anual con lo cual se atribuyen posee un crecimiento poblacional comparativamente mas dinámico en la Región de los Montes de Maria.

En el periodo 1993- 1999 en la jurisdicción del Carmen de Bolívar el numero de homicidios fue de 263 como consecuencia de incursión armada de grupos subversivos y de Autodefensas. Tales actos de violencia y confrontación armada entre estos sectores, que tienen presencia en el Municipio han venido generando el fenómeno del desplazamiento forzado de la población rural hacia la cabecera Municipal; se estima que en el período 1996-2000 hubo alrededor de 18.000 personas desplazadas.

Se identifican migraciones que se realizan de la cabecera Municipal hacia las ciudades capitales de Cartagena, Barranquilla y Sincelejo en un promedio anual de 736 personas.

Del 100% de la población municipal un 57.45% se localiza en la cabecera Municipal y el 42.45% en el área rural; la cabecera presenta una tendencia de crecimiento anual de 1.03% habitantes mientras que en el área rural su población viene disminuyendo anualmente en un 0.4%.

## **4. CARACTERÍSTICAS DE LA ORGANIZACIÓN**

### **4.1 RAZÓN SOCIAL**

Empresa Social Del Estado ESE. CENTRO DE SALUD GIOVANNI CRISTINI, I.P.S. municipal, de primer nivel de atención en salud.

Ubicada en la cabecera municipal del municipio del Carmen, en el departamento de Bolívar calle 28 n° 39 esquina. Es el centro de atención primaria que tiene la responsabilidad de prestar los servicios de primer nivel a la población de los estratos 1y 2 del municipio.

### **4.2 VISIÓN**

Seremos una empresa con gran solidez y rentabilidad asegurada, que nos garantice un mejoramiento continuo y eficiencia en los servicios que ofrece a sus usuarios, para lo cual mantendremos un equipo humano calificado comprometido con la institución y dispondremos de la tecnología e infraestructura apropiada para satisfacer las necesidades de la demanda como Empresa Prestadora De Servicios De Salud de baja complejidad, en toda la extensión requerida.

### 4.3 MISIÓN

Somos la Empresa Social Del Estado que presta los servicios integrales de salud en el primer nivel de atención, en forma integral a todos sus clientes buscando optimizar las condiciones de salud de la población, satisfacer sus necesidades mediante un oportuno y adecuado servicio.

### 4.4 VALORES CORPORATIVOS

**Pertenencia:** El talento humano en nuestra empresa debe actuar con gran sentido de pertenencia durante todo el tiempo de su relación con la organización. Esto nos permitirá obtener el mayor beneficio durante el quehacer de cada uno de los trabajadores tanto, a la organización así como a los usuarios y clientes internos.

**Lealtad:** Debe prevalecer el compromiso, la afinidad y la defensa de los intereses de la organización entre todo el talento humano.

**Creatividad:** Entre el personal que labora con la E.S.E. debe existir el innovar en todo momento , con la finalidad de generar mayores beneficios para la empresa y sus usuarios a partir de los recursos e Infraestructura existente.

**Honestidad:** Se promulgará en todo momento por la veracidad y justicia de todos los procesos e intereses que se den dentro de la empresa. Esto debe ser

alimentado desde la misma gerencia e incluir todos los niveles jerárquicos existentes.

**Responsabilidad:** Cada trabajador debe responder por sus compromisos en todo momento, con la finalidad de alcanzar el desarrollo de nuestra misión en mejor forma y con la mayor continuidad en todos los procesos inherentes a ella.

Para esto se hace indispensable generar una cultura de capacitación y concientización de los deberes entre todo el personal de la organización.

**Conciencia social:** Nuestro talento humano debe conocer las condiciones esenciales en que se encuentran los usuarios y su relación con el entorno. Esto permitirá un mayor acercamiento, mejor entendimiento y resultado de las acciones que se desarrollen, para el mantenimiento de la salud y atención de la enfermedad de nuestros clientes externo.

#### **4.5 PRINCIPIOS CORPORATIVOS**

**Compromiso Social:** Entendido como la firme disposición de la empresa de contribuir al desarrollo integral de la comunidad poniendo todo lo que este a su alcance para responder a las necesidades sociales afines con su razón de ser.

**Calidad:** Relacionada con la atención efectiva oportuna, humanizada,

personalizada y continúa de acuerdo con patrones fijos aceptados sobre procedimientos científico-técnicos y administrativos y mediante la utilización de tecnologías apropiadas de acuerdo con las especificaciones de cada servicio y las normas vigentes sobre prestación de servicios de salud de primer nivel en Colombia.

**Eficiencia:** Definida como una mejor utilización de los recursos humanos, tecnológicos, materiales y financieros con el fin de mejorar las condiciones de la salud de la población usuaria y evitar la aparición de complicaciones que lleven al deterioro físico o psicológico.

**Equidad:** Entendida como la atención a los usuarios en la medida en que lo determinen sus necesidades particulares de salud, las disposiciones que rigen la Seguridad Social en Salud y los recursos institucionales sin que medien otros criterios que condicionen o discriminen la población.

#### **4.6 OBJETIVOS GENERALES**

1. Desarrollar los mecanismos de participación ciudadana establecidos por la ley y los reglamentos.
2. Modernizar la gestión institucional en las áreas administrativas y asistencia de las empresas.

3. Fortalecer el desarrollo empresarial y el progreso armónico, impulsando programas de mejoramiento continuo en la capacidad de nuestros servicios en salud.

4. Crear y mantener los niveles de atención que permitan la conservación y el mejoramiento integral de la salud, brindando plena satisfacción a las necesidades de nuestros usuarios.

5. Garantizar a través de un proceso gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la Empresa Social Del Estado Centro De Salud Giovanni Cristini.

#### **4.7 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Incentivar, motivar y desarrollar la investigación orientada a establecer las causas y soluciones a los problemas de salud de la población.

2. Humanizar la atención de los pacientes de la E.S.E. GIOVANNI CRISTINI.

3. Desarrollar proyectos de inversión en nuestras instalaciones físicas, para fortalecer así nuestros servicios ambulatorios y áreas administrativas.

4. Elaborar e implementar programas de prevención y tratamiento, para el abordaje de los problemas prioritarios de salud de salud de la población y de los

grupos expuestos al riesgo.

5. Contribuir a la formación, capacitación y desarrollo del recurso humano.

6. Disponer de diversos comités de apoyo al control de gestión encargados de garantizar nuestra eficiencia en el servicio.

7. Disminuir la morbilidad y mortalidad evitable entre los grupos humanos de su área de influencia.

8. Desarrollar programas de bienestar social a sus trabajadores y familiares acorde con el plan de motivación propuesto.

9. Desarrollar programas que nos permitan ofrecer a las EPS, ARS y demás personas naturales y jurídicas que lo demanden, servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado.

#### **4.8 NATURALEZA LEGAL**

Mediante decreto 046 de diciembre de 1999, alcaldía municipal de el Carmen De Bolívar crea la E.S.E. CENTRO DE SALUD GIOVANNI CRISTINI, como entidad de derecho público adscrita al Sistema Nacional De Salud. En julio de 2000 inicia su funcionamiento.

#### **4.9 ÁREA DE INFLUENCIA DE LA EMPRESA**

El área de influencia proximal del centro de salud comprende los 36 barrios que conforman la zona urbana del Carmen de Bolívar y los 19 corregimientos que conforman la zona rural ; El salado, San Isidro, Caracoli, Bajo Grande, Macayepo, Jesús del Monte, Santo Domingo de Meza, Hato Nuevo, San Carlos, El Hobo, Lázaro Guamanga, La Sierra, Centro Alegre, Raizal, Santa Lucia, Berdun, Arenal, Cansona.

Así como las 21 veredas: Mata Perros, El 25, El Respaldo, Colosito, Pozo Oscura, Guaimaral, Las Lajitas, Padula, Hondible, El Cocuelo, El Bledo, Arroyo de Venado, Tierra Grata, Mamon de Maria, Loma Central, Camaroncito, los Princos, Los Cedros, El Trigal, Ojo de Agua y Santa Arena.

#### **4.10 PORTAFOLIO DE SERVICIOS**

Con el objeto de promocionar los servicios que se prestan en la empresa, se establece un plan de comunicación y mercadeo de servicios dirigidos a la población en general y a las ARS y EPS con los siguientes servicios:

**Consulta externa de medicina general:** Este servicio tiene un horario de atención de 8 horas de 7:00 am a 11:00 am y de 1:00 pm a 5:00 pm, es atendido por profesionales altamente calificados.

**Consulta de enfermería:** La atención esta a cargo de la enfermera jefe de la institución con un horario de atención de 7:00 am a 11:00 am y de 1:00 pm a 5:00 pm.

**Laboratorio clínico:** Se cuenta con todos los equipos necesarios para realizar estudios básicos de laboratorio y favorecer el diagnostico oportuno de las patologías .(contratación permitiendo establecer un pronto tratamiento.

**Servicio de odontología:** disponemos de un amplio consultorio, con los mas modernos equipos e instrumental odontológicos, así como rayos x odontológicos, cuyo propósito es brindarle a la comunidad servicios de alta calidad.

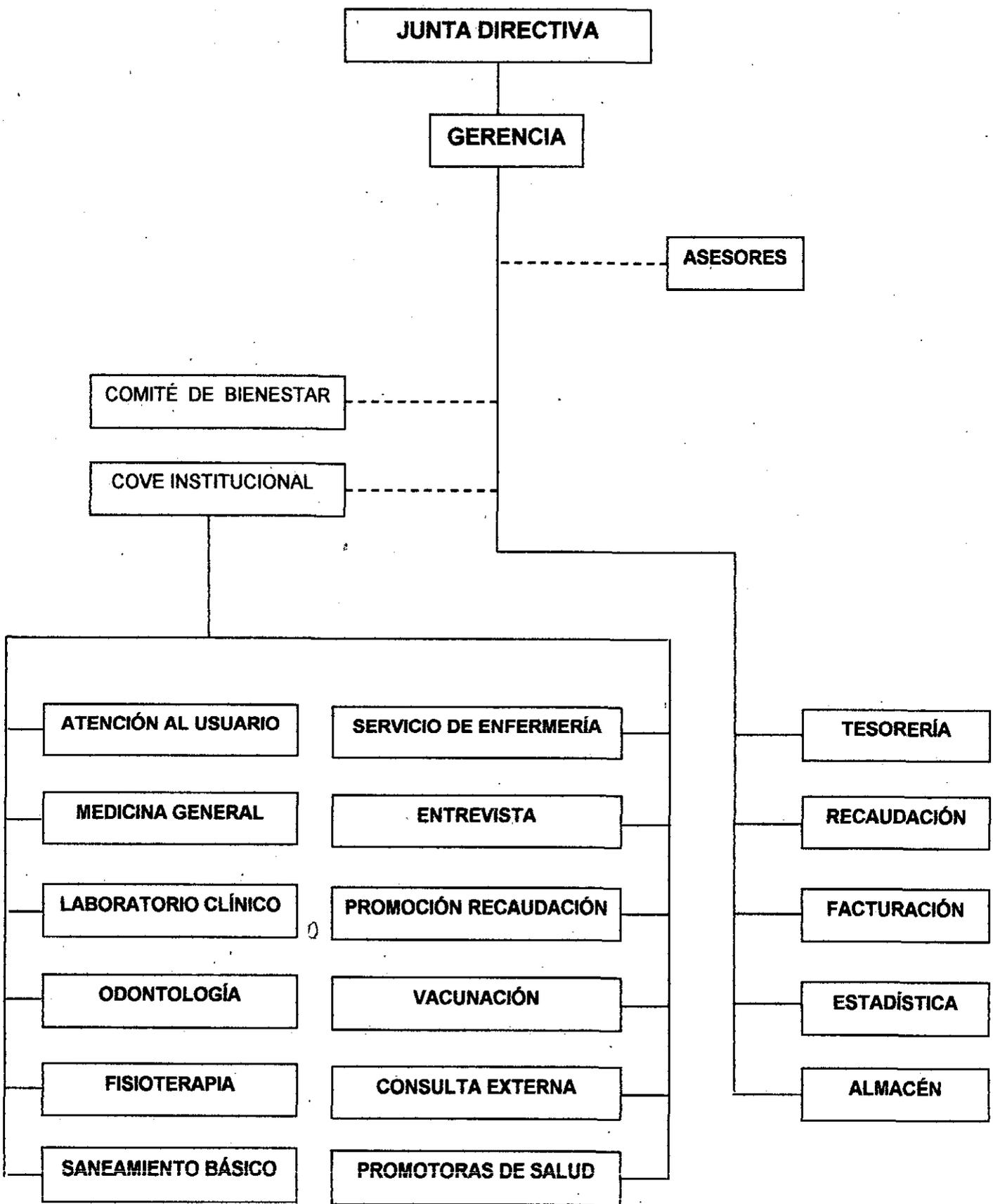
**Servicio de fisioterapia:** Este servicio incluye terapia física y terapia respiratoria disponemos de un consultorio amplio y de un excelente equipo de terapeutas.

**Servicio de fonoaudiología:** Se ofrecen sesiones encaminadas de acuerdo a la necesidad especifica del paciente, donde brindamos patrones de estimulación a nivel comunicativo, disponemos de un personal altamente calificado y de una estructura locativa confortable para este fin.

**Programas de prevención de la enfermedad:** Se ofrecen charlas educativas para los diferentes factores protectores y factores de riesgo de las principales enfermedades que afectan la población. De otra parte se llevan los programas de

control prenatal, crecimiento y desarrollo, apoyo a la lactancia materna PAI,  
programas de prevención de ETS-SIDA, visitas domiciliarias.

### 4.11 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL



#### 4.12 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

Para la caracterización de los usuarios fue necesario la realización de 40 encuestas que arrojaron la información que se describe a continuación:

Con relación al tipo de vivienda el 67% de los usuarios respondió que habitaban en casas, el 10% respondió que en apartamentos y el 3% en piezas. De las cuales el 35% son propias y el 60% arrendadas.

Debido a la falta de alcantarillado y acueducto en la población los servicios públicos no son completos en esta medida el 52% de los hogares poseen servicios públicos deficientes y el 47% aceptables, es decir que poseen gas natural y luz eléctrica que se ve interrumpida semanalmente por la empresa Electrocosta.

En lo que tiene que ver con la Seguridad Social el 62.5% de los encuestados están sisbenizados y el 37,5 % se encuentran adscritos al régimen subsidiado de salud.

Por otra parte se estudiaron los hábitos y costumbres culturales que también tienen una injerencia directa sobre la salud; el 74% de los encuestados manifestó que cuando se enferman acuden al médico y el 25,86% acuden a la farmacia para que le recomienden medicamentos antes de dirigirse al centro asistencial.

En la población no hay afluencia de centros culturales pero el 65% expresó que

asiste a la iglesia sea católica o protestante, el 7,5% al polideportivo y el 27.5% no acude a ningún centro cultural; sin embargo el 25% de los encuestados considera que la única actividad recreativa que realizan es visitar familiares y amigos y el 22% no realiza ninguna actividad para recrearse, el porcentaje restante manifiesta que se divierten escuchando música, asistiendo a fiestas o mirando la televisión.

También es importante resaltar que el hábito más practicado entre los encuestados es el de consumir alcohol con un 42% del total y fumar con un 25% del total, el 57% restante no practica ninguno de estos hábitos. Con relación a los hábitos que se practican para la conservación de la salud se encuentran asistir al médico y cumplir sus indicaciones con un 50% del total encuestado y alimentarse sanamente con un 27,5% de las respuestas dadas, otros encuestados afirmaron también trabajar, no consumir bebidas alcohólicas y mantener el hogar limpio.

En cuanto a las actividades de promoción y prevención solo el 12% de los usuarios que respondieron las preguntas manifestó estar asistiendo a controles ya sea por diabetes, TBC, HTA o embarazo el resto no asiste a ninguna actividad de promoción y prevención.

En cuanto a las principales necesidades que posee la población y que afectan de uno u otro modo la salud de las personas, se encuentra el empleo ya que un 34,25% de los usuarios no lo posee y la vivienda la cual no la poseen el 65,75 %.

## 5. MARCO TEÓRICO

### 5.1 SALUD

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como "El estado de bienestar físico, mental y social " y no sólo como ausencia de enfermedad, incluyendo de manera acertada el aspecto social, al respecto María Isabel Serrano González agrega que "la salud, cuyo concepto se ha universalizado, es un bien dado y que debe considerarse en función del ciclo vital: salud fetal, salud del recién nacido, salud del niño y del adolescente, del adulto y del anciano." <sup>1</sup>

Para que una sociedad consiga una salud óptima requiere cumplir objetivos importantes como alimentos, agua suficiente, paz, educación, justicia social, viviendas adecuadas, planificación y programas de investigación comunitarias y organización de instituciones que contribuyan a mantener la salud, prevenir y curar enfermedades como hospitales y centros de salud.

La salud depende también de la relación de cuatro factores que en contacto con el ser humano condicionan los estados de salud de las personas.

---

<sup>1</sup> Serrano González María Isabel. La educación para la salud del siglo XXI. Días de Santos. Segovia. 2001. Pág. 1.

1. Factores genéticos que condicionan el organismo a reaccionar de manera diferente a cada enfermedad.

2. El ambiente: es todo aquello que rodea al ser humano como el aire, las montañas la cultura, los animales y los modos de vida.

3. Servicios de salud: estos existen para influir en la salud, pueden ser públicos y privados.

4. Comportamiento: es la forma como se reacciona usualmente ante una determinada situación, lo cual puede favorecer o perjudicar un estado saludable.

Es necesario reconocer que un aspecto fundamental de la salud es la conocida como socio-cultural, es decir, la que se ocupa de los hábitos y costumbres, estilos de vida, preparación de alimentos y comportamientos en el ámbito o contexto donde interactúa el individuo ya sea en la familia o en el trabajo, por ello día a día aumenta el interés de la relación salud y sociedad Julio Frenk es un autor que se refiere al tema afirmando que "la salud es un punto de encuentro en el que confluyen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, lo público y lo privado, el conocimiento y la acción. A demás de su valor intrínseco, la salud es un medio para la realización personal y colectiva. Constituye, por lo tanto, un índice de éxito alcanzado por una sociedad y sus instituciones de gobierno en la

búsqueda del bienestar que es, a fin de cuentas, el sentido último del desarrollo.”<sup>2</sup>

La salud por tanto se constituye en el punto donde confluyen el ser humano y su organización social, la biología humana y la sociedad se manifiestan en la salud. Así se observa claramente que la salud se expresa en cuerpos de individuos determinados; son personas de carne y hueso las que pasan por los procesos vitales del desarrollo humano: el nacimiento, el crecimiento, el desarrollo, el equilibrio con el entorno, la enfermedad, el dolor, el sufrimiento y la muerte ahí radica la raíz biológica de la salud. Pero estos procesos no ocurren en el vacío, sino que suceden en una matriz social, económica, política y cultural.

Hoy se reconoce que la salud de una población depende de una red multicausal de factores biológicos y sociales. La influencia del sexo, la edad, la profesión, hábitos, costumbres, estilos de vida, la herencia (enfermedades genéticas, bien sea clínicamente manifiestas o bien subclínicas o asintomáticas), estados de medio ambiente físico (radiaciones, calor, frío), y químico (drogas, alcohol, tabaco, y otras drogodependencias), exagerada medicación o automedicación, infecciones, las formas de organización social, la estructura económica, el nivel de democracia, el grado de urbanización, las condiciones materiales de existencia, la nutrición y la fecundidad son todos determinantes cruciales de la salud, a los

---

<sup>2</sup> Frenk julio. La salud de la población, hacia una nueva salud pública. Ciencia para todos. México. 200pag. 25.

cuales el sistema de atención debe dar respuesta. Por tanto el cuidado de la salud va mucho más allá de la mera aplicación de tecnologías médicas.

Todas las sociedades contemporáneas han desarrollado un complejo sector dedicado a cuidar de las múltiples facetas de la salud, hoy por hoy, la mayor parte de los habitantes del orbe entran en contacto - ya sea regular o esporádico - con médicos, enfermeras, técnicos, hospitales, clínicas, centros de salud, farmacias, laboratorio clínico, compañía de seguros, vacunas, medicamentos, equipos y en general todo el equipo de personas, organizaciones y tecnologías que se dedican al cuidado de la salud.

Un número creciente de personas nace, muere y pasa periodos considerables de su vida en instituciones de salud. Al mismo tiempo los hogares consumen gran cantidad de bienes y servicios asociados a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

## **5.2 LA SALUD COMO ELEMENTO ECONÓMICO Y POLÍTICO**

Dada la importancia de la salud Julio Frenk hace referencia también a que la atención de la salud "ha pasado a ser en casi todas las sociedades contemporáneas una actividad económica de la mayor importancia, con amplias

repercusiones sobre variables críticas para el resto del aparato de producción y consumo.

Al propio tiempo, la salud ha adquirido carácter político al constituir un punto de focal para la movilización de intereses y un tema central para estructurar la oferta de los partidos.”<sup>3</sup>

Teniendo en cuenta los significados económicos y políticos el valor de la salud se encuentra como elemento central del Desarrollo Social, ya que las condiciones de salud y enfermedad, el goce de prestaciones sociales y el acceso a los servicios constituyen situaciones íntimamente ligadas a la vida cotidiana y a la dinámica familiar.

La salud es uno de los indicadores de bienestar y de la calidad de vida de una comunidad, así como un elemento indispensable para la producción de la vida social. La prestación de los servicios de salud es uno de los mecanismos utilizados para redistribuir la riqueza y es, al lado de la educación un elemento primordial para promover una autentica igualdad de oportunidades. Como puede verse, existe una relación reciproca entre los niveles de salud y el grado de desarrollo económico y social de una sociedad.

La salud depende críticamente de la cantidad y distribución de la riqueza a través

---

<sup>3</sup> Ibid. Pág. 28.

del acceso a los satisfactores básicos que definen la calidad de la vida. Al propio tiempo, "el desarrollo económico no es una entelequia, sino el producto del esfuerzo colectivo de individuos, cuyo estado de salud determina la magnitud y eficiencia de dicho esfuerzo."<sup>4</sup>

### 5.3 SALUD PUBLICA

**5.3.1 Antecedentes.** La salud publica ha sido históricamente una de las fuerzas vitales que han conducido el progreso colectivo en torno al bienestar.

La salud publica desarrolló muchos de los conceptos centrales que orientaron la revolución sanitaria de este siglo, lo cual permitió descensos significativos en la mortalidad.

A pesar de ello, desde aproximadamente la década de los cuarenta la salud publica fue desplazada de este papel protagónico por la atención medica dirigida al enfermo gracias a los descubrimientos realizados en microbiología, pero en años recientes la salud publica ha empezado a experimentar un verdadero renacimiento.

Se han creado nuevas instituciones, se han multiplicado los programas educativos, se ha ampliado la base de conocimientos a través de la investigación

---

<sup>4</sup> Ibid. Pág. 28.

interdisciplinaria, se ha intensificado la cooperación internacional para enfrentar la creciente globalización de los problemas de salud.

Julio Frenk afirma que "este renacimiento de la salud pública ha sido alimentado por las limitaciones del modelo curativo individual"<sup>5</sup>, ya que, los avances de la ciencia, la tecnología y la organización médicas no han llegado a todos.

**5.3.2 Definición.** El término salud pública tiene varios significados, pero han sido particularmente predominantes cinco connotaciones. La primera relaciona el adjetivo pública con la acción del Estado, esto es el sector público. El segundo significado es un poco más amplio, pues incluye no solo la participación del gobierno sino de la comunidad organizada, es decir, el público.

El tercer significado identifica la salud pública con los llamados servicios no personales de salud, es decir, aquellos que se aplican al ambiente (por ejemplo, el saneamiento) o la colectividad (por ejemplo, la educación de las masas de modo que acepten los programas de salud) y que por lo tanto no son apropiables por un individuo específico.

El siguiente uso va un poco más allá del tercero, al cual le añade una serie de servicios personales de naturaleza preventiva dirigidos a grupos vulnerables (por ejemplo, los programas de atención materno- infantil). Por último la expresión problema de salud pública se usa a menudo, sobre todo en el lenguaje común,

---

<sup>5</sup> Ibid. Pág. 30.

para referirse a padecimientos de alta frecuencia o peligrosidad.

La Enciclopedia Microsoft Encarta 2002 define cuatro áreas fundamentales que comprenden la salud pública: 1. fomento de la vitalidad y salud integral; 2. prevención de lesiones y enfermedades infecciosas; 3. organización y provisión de servicios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, y 4. rehabilitación de personas enfermas o incapacitadas para que alcancen el grado más alto posible de actividad por sí mismas.

A parte de estos significados está surgiendo un punto de vista más integral sobre el concepto de salud pública. Planteado por Julio Frenk el cual sostiene que "el adjetivo público no significa un conjunto de servicios en particular, ni una forma de propiedad, ni un tipo de problemas, sino un nivel de análisis a saber, el nivel poblacional. A diferencia de la medicina clínica, la cual opera a nivel individual, y de la investigación biomédica, que analiza el nivel subindividual, la esencia de la salud pública consiste en que adopta una perspectiva basada en grupos de gentes o poblaciones." <sup>6</sup> ✓

La salud pública como perspectiva poblacional tiene dos aplicaciones como campo del conocimiento y como ámbito para la acción. Así, el informe Welch- Rose de 1916 citado por Julio Frenk, que guió el establecimiento de las primeras escuelas

---

<sup>6</sup> Ibid. Pág. 41.

en este campo, tomó como punto de partida la existencia de dos raíces de la salud pública. La primera fue la tradición inglesa que, a partir de la ley de salud pública de 1848, generó un movimiento social encaminado a mejorar las condiciones de vida de la población, gravemente deterioradas como resultado de la Revolución Industrial.

La segunda raíz fue la alemana que desarrolló los aspectos científicos a partir del establecimiento del primer instituto de higiene por Von Pettenkofer en 1865. esta tradición se materializó principalmente en institutos o departamentos universitarios. La nueva salud pública se nutre de estas dos raíces; por ello el esfuerzo de definición debe incluir a ambas.

#### **5.4 PROMOCIÓN DE LA SALUD**

En Colombia la promoción de la salud se abrió paso , partiendo de una situación tristemente real que se venía presentando, ya que mientras más se hacía un esfuerzo por la atención al paciente más se enfermaba la población. Fue entonces cuando se hizo necesaria la implementación de programas para atacar los factores de riesgo, como principio de salud pública en este país. Por tanto, la política de promoción de la salud surgió como una decisión estratégica y de aplicación inmediata.

De esta manera se puede definir la promoción de la salud como "la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros

sectores sociales y productivos encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva.”<sup>7</sup>

En los lineamientos de la promoción de la salud, ésta se definió como “la estrategia para proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.”<sup>8</sup>

Como política institucional, la promoción de la salud involucra a todos los estamentos gubernamentales sobre todo aquellos relacionados con la salud (direcciones de salud, EPS, IPS, etc. ) y la población.

Como movilización de conocimientos, intereses y voluntades, llevaría a que todo aquello que tiene significado en la dimensión de lo saludable puede ser aprovechado para motivar comportamientos saludables.

La cultura se involucra con la promoción de la salud brindando todos los determinantes de la misma y asegurando la incorporación de todas las personas a una comunidad a un modo de vida.

<sup>7</sup> Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. CAJANAL. Colombia. 1998. Pág. 17.

<sup>8</sup> Lineamientos de Promoción de la Salud y educación para el comportamiento humano. Ministerio de salud. Santa fe de Bogota. 1995. Pág. 25.

## 5.5 FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES

Los factores de riesgo son aquellos agentes internos o externos que aumentan o crean la posibilidad de desarrollar una enfermedad o una lesión.

Los factores protectores son los agentes internos o medioambientales que disminuyen o eliminan las posibilidades de que aparezca una enfermedad.

Es importante entender que los factores protectores no son solamente los que se contraponen a los factores de riesgo. Es decir, si el factor de riesgo es fumar; el factor protector no es solo no fumar; también lo es que cada vez, en nuestro municipio, hayan más lugares públicos restringidos para fumar y que la gente las respete. Nuestros estilos de vida por lo tanto pueden convertirse en factores de riesgo o protectores para la salud.

Los estilos de vida son variedad de actitudes, hábitos y practicas individuales que pueden influir positiva o negativamente sobre el proceso salud-enfermedad. Incluye todo tipo de presiones familiares, sociales, comerciales que condicionan los conocimientos, actitudes, aficiones y hábitos (seguridad, recreación, ocio, trabajo, sueño, sexualidad, consumo de carbohidratos, población urbana, higiene, sedentarismo). Los estilos de vida nocivos son factores de riesgo asociados a una mayor frecuencia de enfermedad.

## 5.6 PROBLEMAS PSICOSOCIALES

De acuerdo a lo planteado por Luis de la Revilla se entiende por problemas o factores psicosociales "aquellas situaciones de estrés social que producen o facilitan la aparición, en los individuos afectos, de enfermedades somáticas, psíquicas o psicosomáticas, dando lugar también a crisis y disfunciones familiares con graves alteraciones de la homeostasia familiar, capaces de generar manifestaciones clínicas en algunos de sus miembros." <sup>9</sup>

Las causas de los problemas psicosociales se pueden agrupar de la siguiente manera según el autor antes mencionado:

- Factores familiares: abandono, discusiones, divorcio, muerte de un miembro de la familia, cambios producidos por el paso de una etapa del ciclo vital familiar a otra.
- Enfermedades de parientes y amigos.
- Factores económicos: pérdida del empleo, problemas económicos.
- Factores laborales-escolares: la jubilación, los paros, cambios de puestos de trabajo.
- Factores legales: pleitos, juicios, encarcelamiento.
- Factores ambientales: emigración, desastres naturales, cambio de residencia.

---

<sup>9</sup> De la Revilla Luis. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. DOYMA. Barcelona, España. 1994. Pág. 17.

También se han clasificado los problemas psicosociales en transitorios y no transitorios, los primeros son producidos por los distintos periodos del ciclo vital familiar y los segundos por factores coyunturales y no previsibles, como el desmembramiento, el incremento o la desmoralización familiar.

Es necesario aclarar también que si se quiere conocer la etiología de los patologías psicosociales es necesario centrar la atención en la familia. Al respecto De la Revilla afirma que "las manifestaciones clínicas, generadas por problemas psicosociales las podemos encontrar en cambios estructurales, funcionales o de papeles familiares que se producen en el tránsito de una etapa a otra del ciclo vital familiar." <sup>10</sup>

## 5.7 UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Lo que se inicia con la necesidad, en forma de dolencia, malestar o enfermedad, sigue con la demanda cuando el individuo considera que su necesidad requiere algún tipo de asistencia y la que finaliza en el momento que recibe realmente ayuda .

Aunque determinadas características individuales demográficas (edad, sexo) o socioeconómicas (clase social e ingresos) intervienen en el uso de los servicios,

---

<sup>10</sup> Ibid. Pág. 20.



es la necesidad en relación con el nivel de salud, la percepción de esta necesidad, el papel del enfermo, la búsqueda de ayuda, lo que realmente condiciona su uso.

**5.7.1 Variables Familiares que Intervienen en el Uso de los Servicios de Salud.** Luis De la Revilla define algunas variables que definen el uso de los servicios de salud de la siguiente forma:

- **Creencias y Cultura Familiar:** la necesidad de la demanda de la atención depende de la forma que tiene cada persona de percibir, evaluar y actuar ante una enfermedad o dolencia desde las perspectivas culturales en que se encuentra inmersa como miembro de una familia.
- **Estructura familiar:** algunos factores demográficos, como el tamaño y composición de la familia, tienen un carácter predictor del uso de los servicios de salud.
- **Interacción de holones:** las familias establecen vías de comunicación que facilitan la interacción entre sus miembros. Los componentes de la familia se agrupan en holones o subsistemas como el parental, conyugal los que determinan el patrón familiar de utilización de servicios.
- **Ciclo vital familiar:** la familia cuenta con una historia natural que le hace pasar por sucesivas etapas durante las cuales sus miembros experimentan cambios y adoptan comportamientos determinados que son previsibles por atenerse a normas conductuales y sociales preestablecidos.
- **Recursos familiares:** según Smilktein, los principales recursos familiares pueden clasificarse en sociales, religiosos, económicos, educacionales y

médicos. Los servicios sanitarios se convierten en un excelente recurso externo cuando fallan los recursos familiares.

## **5.8 APOYO SOCIAL**

Luis De la Revilla menciona varios autores que definen el apoyo social.

Para Bowling, es un proceso interactivo, merced al cual el individuo obtiene ayuda emocional, instrumental, o económica de la red social en que se encuentran inmerso. Thoits lo define como el grado en que las necesidades sociales básicas (afecto, pertenencia, identidad, seguridad y aprobación) son satisfechas mediante la interacción con otros. Por su parte, Lin considera que el apoyo social consiste en todos aquellos elementos, funcionales o estructurales, reales o percibidos, que el individuo recibe de su comunidad, su red social y sus amigos íntimos.<sup>11</sup>

**5.8.1 Dimensiones del Apoyo Social.** El apoyo social se divide en dos categorías, el componente cuantitativo o estructural y el componente cualitativo o funcional.

El primero hace referencia al número de personas a las que puede recurrir el individuo para recibir ayuda o resolver problemas planteados. También se incluyen el apoyo material como la ayuda económica, préstamos de dinero, o las ayudas cotidianas en las tareas domésticas, cuidado de los niños y otros.

---

<sup>11</sup> *Ibíd.* Pág. 80.

El apoyo cualitativo o funcional tiene un carácter subjetivo y se refiere a aspectos informacionales del apoyo que generan en el individuo sentimientos de bienestar afectivo, aportándole amor, reconocimiento, consejo o guía.

**5.8.2 Relaciones del Apoyo Social con la Salud.** En la década de los setenta algunos autores observaron que a salud podía verse afectada por una serie de elementos que denominaron apoyo social. Desde entonces se ha comprobado a través de diversos estudios que el apoyo social tiene un efecto mejorador sobre muchos aspectos relacionados con la salud, como por ejemplo síntomas autorreferidos, conductas de salud, diversas enfermedades crónicas, desarrollo infantil, suicidio, accidentes, recuperación de enfermedades y, últimamente, incluso mortalidad debida a diversas enfermedades crónicas.

Sin embargo, ninguna de las investigaciones ha logrado de forma concluyente que tipo de asociación existe entre la salud y el apoyo social, es decir, cual es el mecanismo de actuación del apoyo social sobre la salud. Así Luis de la Revilla plantea que "unos consideran que se trata de un efecto directo del apoyo social sobre la enfermedad ... otros piensan que el apoyo social, a través de un efecto tampón, amortigua el impacto de los factores estresantes y, en consecuencia, su efecto negativo sobre la salud"<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Ibid. Pág. 82.

## 5.9 NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD

Las necesidades de salud son condiciones necesarias para que se pueda desarrollar la vida del hombre y de las comunidades. Cuando estas necesidades no están satisfechas se produce el problema de salud.

El problema de salud es aquello que requiere, ha requerido o podrá requerir algún trabajo de cuidado sanitario y ha afectado o podría afectar de forma significativa al bienestar físico o emocional de la persona.

## 5.10 DETERMINANTES Y RIESGOS DE LA SALUD

**5.10.1 El Comportamiento.** Steckler plantea que "el comportamiento humano no se divide en categorías discretas de buenos y malos para la salud, sino que constituye un sistema complejo unificado. Este sistema incluye antecedentes psicológicos, sociales y culturales, que están solo en parte comprendidos en la actualidad."<sup>13</sup>

Es cada vez mas habitual entre los individuos la adopción voluntaria de pautas de conducta con el fin de preservar o mejorar la salud. Se debe evitar caer en la perspectiva individualista, culpando a los enfermos por no haber cultivado su

---

<sup>13</sup> Steckler. 1993. citado por Turabian José Luis. Cuadernos de Medicina Familiar y Comunitaria. Díaz de Santos. Madrid. 1995. Pág. 388.

salud.

La gente siempre ha tenido la conciencia mas o menos clara, de la relación existente entre su grado de salud y bienestar, o malestar, y el tipo de costumbres o estilos de vida. Pero en la actualidad el comportamiento ha adquirido una mayor importancia.

Al respecto José Luis Turabian hace la siguiente afirmación "en un momento en el que se realizan rápidos progresos tecnológicos, bioquímicos, inmunogenéticos..., que nos otorgan un mayor control sobre la vida y la muerte, los comportamientos resultan ser los grandes responsables de la vida y la muerte, de la salud y la enfermedad."<sup>14</sup>

**Determinantes de los Comportamientos:** Son los distintos factores del entorno y personales que influyen la conducta de todo individuo. Estos determinantes son:

- Los factores personales: lo que es innato en el individuo, se puede modificar por la conducta. Son los factores que llevan a la intencionalidad de realizar un comportamiento: saber, querer.
- Los factores ambientales: lo que es externo a individuo y se puede modificar por la conducta. Son los factores que permiten realizar un

---

<sup>14</sup> *Ibíd.* Pág. 390.

comportamiento una vez que se ha decidido realizarlo. Poder.

**Elección y cambios de Comportamientos:** Costa afirma que "muchas de las acciones que podríamos llevar a cabo para reducir nuestros principales factores de riesgo y mejorar nuestro estado de salud están complicadamente entrelazadas con el sistema de valores, economía, y tejido social familiar, institucional y comunitario, con los principios étnicos y religiosos."<sup>15</sup>

Las formas en que se preparan y consumen los alimentos están mediadas por los procesos de comercialización. Los usos sociales del alcohol, tabaco y otras drogas tienen un gran impacto en la vida humana, y están implicados poderosos intereses financieros.

La toma de decisiones de forma individual es cada vez más vulnerable en un contexto en el que no existe una cultura de la salud que pueda equilibrar el enorme desamparo del hombre frente a los consorcios que se enriquecen a costa del sufrimiento y la muerte.

**5.10.2 Estilos de Vida.** Los estilos de vida o modos de vida. Es una categoría sociológica que refleja las formas típicas, estables y repetidas de la actividad vital

---

<sup>15</sup> Costa. 1987. citado por de la Revilla Turabian José Luis. Cuadernos de Medicina Familiar y Comunitaria. Díaz de santos. Madrid. 1995. Pág. 400

de las personas.

El modo de vida refleja lo social en lo individual: actividad, consumo, factores sociopolíticos, cultura, familia.

Como lo afirma De la Revilla "el modo de vida es el resultado de la personalidad individual, de la colectividad y de la sociedad, en relación con las condiciones naturales y sociales."<sup>16</sup>

El estilo de vida del grupo social es la referencia en la que los individuos y subgrupos encuentran su identidad y sentido específico.

**5.10.3 Actitudes.** El verdadero cambio en la salud es el cambio en las actitudes tanto individuales como sociales.

Luis de la Revilla define las actitudes como "una tendencia adquirida, relativamente estable, para responder consistentemente a una situación objeto o personas particulares. Las actitudes son en realidad una forma no verbal de comportamiento. Son modos profundos de enfrentarse a sí mismo y a la realidad."<sup>17</sup>

Las actitudes de las personas son el argumento de toda su vida. Se adquieren en

---

<sup>16</sup> Ibid. Pág. 393.

<sup>17</sup> Ibid. Pág. 398.

épocas muy tempranas de la vida.

**Determinantes de las actitudes.** Las actitudes se forman a través de tres vías principales:

1. La motivación: las actitudes se adquieren por el deseo, por las ganas.

Según varias teorías, la raíz de la motivación es: la necesidad, las expectativas del sujeto, los incentivos.

2. La imitación: las actitudes se adquieren por la imitación de modelos.

3. La actuación: las actitudes se adquieren por actos repetidos, del sujeto que llegan a hacer que arraiguen actitudes. Es decir, las actitudes se generan por la propia experiencia.

### **5.11 INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL SECTOR SALUD**

Trabajo Social ha sido definido por la Federación Internacional de Trabajadores Sociales como "la profesión que promueve el cambio social, la reducción de problemas en las relaciones sociales, el fortalecimiento y la liberación del pueblo para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de diversas teorías sociales sobre comportamiento humano y sistemas sociales, el Trabajo Social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con sus entornos. Los principios de los Derechos Humanos y la Justicia Social son fundamentales para el Trabajo Social."

La profesión de Trabajo Social basa su metodología en una serie de teorías sociales, técnicas y actividades que le permiten desempeñarse en diferentes áreas entre las que se encuentra el área de la salud, donde junto con otros profesionales de la salud contribuye a promover la salud para mejorar la calidad de vida de la población.

Natalio Kisnerman hace un análisis del trabajo social en salud y afirma que esta profesión "procura crear una actitud crítica acerca de las causas efectos de los problemas sociales, así como de los recursos disponibles con el fin de que los sujetos afectados por esos problemas asuman una acción organizada y preventiva transformadora que los supere." <sup>18</sup> Pese a la época en que se hicieron estas afirmaciones, aun hoy tienen vigencia y validez para Trabajo Social en el área de la salud. Donde interviene a través del conocimiento de los problemas, de las formas y mecanismos para resolverlos y capacitando a las personas para que asuman acciones transformadoras.

Este autor también afirma que el Trabajo Social es un complemento y apoyo de las acciones médico sanitarias a través de acciones integrales y no aisladas de la institución de salud donde se desempeña, es decir, que los objetivos de Trabajo Social deben insertarse en los objetivos de la institución de salud, de la que forman parte.

---

<sup>18</sup> Kisnerman Natalio. Salud pública y Trabajo Social. Humanitas. Buenos Aires. 1978. Pág. 121.

Los objetivos específicos de Trabajo Social en salud son según este autor:

1. Aportar al equipo de salud el estudio de las variables socioeconómicas y culturales que inciden en la etiología, distribución y desarrollo de la enfermedad.

2. Orientar y capacitar a los pacientes a sus familias y a la comunidad en general en los problemas consecuentes de la enfermedad con el fin de que se asuman como agentes de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud.

3. Participar en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas.

**5.11.1 Funciones del Trabajador Social.** Son funciones del trabajador social en salud la **PROMOCIÓN**, la **PREVENCIÓN**, la **RECUPERACIÓN** y la **REHABILITACIÓN** del enfermo a través de diversas actividades en la que no produce bienes materiales sino, desempeñando un rol de servicios en diferentes áreas de trabajo:

1. Servicios de atención directa a individuos, grupos y comunidades.

2. Investigación de factores de riesgo, evaluación de servicios prestados

Política y promoción social.

3. Planificando y dando respuestas a los problemas sociales .

4. Administración de servicios sociales.

5. Capacitación de recursos humanos.

Como los problemas sociales se presentan pluridimensionalmente es necesario

abordarlos en forma interdisciplinaria para atacar las causas de las enfermedades y no sus efectos, en este sentido Kisnerman anota que la labor de Trabajo Social estaría enfocada en los siguientes aspectos: " el problema orgánico de la enfermedad, el componente psicológico de la enfermedad y el cuadro social de la enfermedad." <sup>19</sup>

El Trabajador Social es un profesional de las relaciones interpersonales que capacita a los individuos que enfrentan situaciones problemas utilizando métodos, técnicas y teorías pertinentes para que los individuos le proporcionen el conocimiento necesario para comprender la situación planteada.

**5.11.2 Actividad educativa del Trabajador Social.** Una de las actividades más importantes del personal de salud es la educación de los individuos, las familias y la comunidad, en todos los aspectos que se relacionan con la salud. Natalio Kisnerman a propósito plantea que " la acción educativa en salud implica un conjunto de actividades orientadas a crear comportamientos que permitan fomentar y conservar la salud individual y colectiva. " <sup>20</sup>

Educar es una tarea que implica algo más que informar, es necesario saber que situaciones son buenas para educar, ya que el proceso educativo se inicia frente a una problemática que altera los comportamientos habituales.

---

<sup>19</sup> Ibid. Pág. 124.

<sup>20</sup> Ibid. Pág. 126.

Kisnerman analiza que la educación se centra en el aprendizaje y que ésta exige motivos, es decir, esa fuerza interna del individuo que provoca necesidad y moviliza a actuar, conociendo de antemano las realidades de los individuos, los valores que generan ciertos comportamientos y de esta manera comenzar a romper estereotipos.

Rafael Álvarez Alva es otro autor que se refiere al papel del Trabajador Social en el área de la salud y afirma que ésta se enfoca en "el conocimiento e investigación de los problemas sociales que afectan a la población, procurando su solución con el esfuerzo y la voluntad de los implicados en los mismos. Su labor educativa es muy importante por la relación entre los problemas económicos y la salud."<sup>21</sup>

También se le atribuye al Trabajador Social la función de proporcionar orientación al individuo para que por sus propios medios solucionen sus problemas, lo ayuda para que obtenga apoyo necesario de las instituciones de salud o educativas que se dediquen a la atención de problemáticas comunitarias.

Interviene en los tramites técnicos y administrativos para transferir enfermos de los servicios de primer nivel a niveles superiores, vigilando una atención oportuna y eficaz.

---

<sup>21</sup> Álvarez Alva Rafael. Educación para la salud. Manual Moderno. México. 1995. Pág.120.

También se afirma que es el profesional "indicado" para promover ante las autoridades locales y los grupos de influencia (sindicatos, centros de reunión comunitaria etc.) la realización de obras materiales que contribuyan a mejorar las condiciones de salud en beneficio de la comunidad.



## 6. MARCO LEGAL

La carta constitucional de 1991, establece como uno de los deberes sociales del Estado garantizar el derecho a los servicios de salud.

El artículo 48, ya se refiere específicamente al concepto de seguridad social. Lo enuncia así: "la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establece la ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social."

"La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella."

El artículo 49 de la constitución se refiere específicamente a la atención en salud :  
" La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud a lo

habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de los servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.”

**6.1 LA LEY 10, DE ENERO DE 1990**

Otro esfuerzo significativo que realizó el ejecutivo, frente a las limitaciones en el desarrollo del entonces Sistema Nacional de Salud entonces vigente, se plasmó en la ley 10 de 1990. En ella, se volvió sobre el tema de la descentralización de los servicios de salud, y se optó por colocar la responsabilidad directa de los servicios de salud en cabeza de los alcaldes, gobernadores, intendentes y comisarios.

Estableció la personería jurídica para los hospitales del sector público, dirigidos por su respectiva junta directiva e involucró a las organizaciones comunitarias en la dirección de las instituciones. Refinanció ampliamente el sector con significativos incrementos establecidos de manera creciente para los años siguientes.

German Fernández hace un análisis de lo que implicó la ley para el sistema de

salud y afirma que la ley 10 " Modificó el concepto de asistencia publica a la salud y le dio la categoría de servicio publico a cargo de la Nación. Le dio la capacidad al gobierno nacional para intervenir las tarifas de los prestadores del servicio cuando se paga con dineros públicos, instituyó la carrera administrativa para mas de la mitad de los trabajadores del Sistema de Salud. Aclaró que la atención de urgencias debe ser obligatoria para todas las instituciones, con independencia de la situación económica del usuario." <sup>22</sup> Lo cual se constituye en un avance significativo para el sistema de salud que prevalecía.

**6.2 LA LEY 60 DE 1993**

Como desarrollo de la constitución de 1991, específicamente de los artículos 356 y 357, que establecen las transferencias nacionales hacia los departamentos, distritos y municipios, se promulgó la ley 60 de 12 de agosto de 1993, por medio de la cual se distribuyeron las competencias operativas de salud y educación entre la Nación, los departamentos y los municipios y se les asignaron los recursos para cumplir con tal fin.

A los municipios se les asigna el primer nivel de atención en salud, así como a los departamentos les corresponde asumir las responsabilidades por el segundo y el tercer nivel.

---

<sup>22</sup> Fernández Germán. Nuevo sistema de salud en Colombia. Castillo editorial. Colombia. 1996. Pág. 59.

Se creó una estructura descentralizada para manejar los subsidios y se distribuyeron los recursos, creando la territorialización del régimen subsidiado de la seguridad social en salud.

Fernández a propósito de la ley 60 afirma que ésta “fortaleció los aportes fiscales para el sector salud incrementando de manera global el situado fiscal para salud y educación, que paso del 23% de los ingresos corrientes de la Nación en 1994, al 24.5% en 1996.”<sup>23</sup>

También este autor agrega con respecto a la ley 10 de 1990: “Es necesario comprender que la ley 10 de 1990 estableció el proceso descentralizador, pero no pudo llevarse a cabo con la agilidad que era deseada por el obstáculo que significaba el pasivo prestacional de las entidades de salud. Ningún alcalde o gobernador asumió la responsabilidad administrativa sobre ellas ni la prestación directa de los servicios. Por este motivo, los municipios no asumieron las competencias hasta tanto no se definiera claramente el régimen de responsabilidades y la forma de financiar este pasivo. Este es un logro muy importante de la ley 60 de 1993, que corrigió la precariedad de mecanismos establecidos por la ley 10 de 1990 para tal fin.”<sup>24</sup>

Para finalizar se agregará que la ley 60 de 1993 determinó los subsidios a la

---

<sup>23</sup> Ibid. Pág. 67.

<sup>24</sup> Ibid. Pág. 70.

demanda para la atención en salud de la población pobre, de acuerdo con los criterios de la metodología de focalización, con la cual se garantiza que el gasto social se asigne a la población mas pobre.

### **6.3 SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, LEY 100 DE 1994**

“La seguridad social tiene por objeto garantizar el derecho que tienen las personas y la comunidad para obtener una mejor calidad de vida, para que ésta no se afecte por problemas de salud mediante servicios de salud y para que en caso de vejez o invalidez se garantice el sustento económico de las personas por medio del Régimen de Pensiones”

Para lo anterior se creó la ley 100, con el objeto de garantizar que todos los colombianos tengan acceso a los servicios de salud. Del mismo modo buscaba convertir el sistema curativo en uno de carácter preventivo.

Con la ley 100 se crearon dos regímenes: el contributivo y el subsidiado.

En el régimen contributivo se encuentran las personas que tienen capacidad de pago, quienes deben aportar parte de sus ingresos mensuales para tener derecho a la atención en salud de su medico familiar.

En el régimen subsidiado se encuentran las personas de escasos recursos como los campesinos, los obreros independientes, y los recicladores que no tienen capacidad de pago. A ellos el Estado les otorga subsidios para su afiliación y la de su familia.

#### **6.4 INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD IPS**

Las IPS son las instituciones que prestan servicios de salud. Pueden ser oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias. Deben estar organizadas para la prestación de dichos servicios a los afiliados del Sistema General de Seguridad SOCIAL en Salud (SGSSS).

Para que una entidad pueda convertirse en IPS deberá cumplir con los requisitos contemplados en las normas expedidas por el Ministerio de Salud. La ley 100 instituyó como principios básicos, la calidad y la eficiencia, y les exige autonomía administrativa, técnica y financiera, aun en los casos en que la IPS es propiedad de una EPS.

German Fernández hace un resumen de funciones de las IPS y plantea que éstas “deberán garantizar la atención sin ninguna discriminación hacia los usuarios y proveer un adecuado sistema de información sobre sus servicios y formas de acceso a ellos, mediante la implementación de una línea telefónica abierta con

atención permanente, las 24 horas del día." <sup>25</sup>

Para que las IPS puedan prestar sus servicios deberán cumplir los requisitos de licenciamiento, para esto la autoridad competente hará la verificación que comprende:

El recurso humano asistencial.

La estructura organizacional.

Los registros clínicos.

Los recursos locativos y sanitarios generales (suministro de agua potable, evacuación de residuos líquidos, disposición sanitaria de residuos sólidos, control de emisiones atmosféricas, iluminación, ventilación, y acondicionamiento de aire, condiciones generales de la estructura, áreas de circulación y señalización).

Aspectos locativos específicos (servicios de banco de sangre, imagenología, radioterapia, radiodiagnóstico, trasplante de órganos, etc.)

**6.4.1 Escenarios de actividad de las IPS.** La ley 100 de Seguridad Social estableció que las IPS publicas deben entrar en el campo de la competencia con las IPS privadas o de lo contrario desaparecerán en el lapso de pocos años.

---

<sup>25</sup> Ibid. Pág. 202.

Fernández hace la siguiente afirmación con respecto al funcionamiento de las IPS:

“Es evidente que el desarrollo histórico de las entidades públicas de salud se fundamentaba en el criterio conceptual, legal y filosófico de la beneficencia, aunado a la administración centralista y burocrática. A lo anterior, es necesario añadir el manejo claramente politizado y clientelista, que le imprimieron las direcciones seccionales de salud a la administración del recurso humano, deslegitimando la jerarquía de los directores de las entidades y de salud y aumentando las plantas de personal sin correspondencia con las necesidades para atender las demandas de servicios.”<sup>26</sup>

Un elemento importante para el manejo gerencial de los hospitales con criterios de eficiencia, de racionalidad lógico-científica y de modernidad en la administración, es el hecho de contar con personería jurídica y autonomía patrimonial y financiera. Sin este componente, no existirían las posibilidades para que las entidades públicas sobrevivan en un ambiente de mercado.

Las que cuenten con administraciones ágiles y eficientes podrían continuar en el ejercicio de sus funciones, en tanto que las demás desaparecerán por el ímpetu mismo del mercado y por las exigencias crecientes de calidad y oportunidad en los usuarios.

---

<sup>26</sup> *Ibíd.* Pág. 225.

**6.4.2 Clasificación de las IPS.** Las IPS pueden clasificarse de la siguiente manera:

- IPS privadas.
- IPS fundaciones privadas, sin animo de lucro.
- IPS corporaciones o asociaciones privadas, de utilidad común sin animo de lucro.
- IPS del ISS.
- IPS de las cajas de compensación y subsidio familiar.
- IPS empresas sociales del Estado, ESE.
- IPS cuya naturaleza jurídica no se ha podido precisar y están siendo administradas y sostenidas por el Estado.
- IPS de entidades estatales en proceso de transformación en EPS.

## **6.5 EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO, E.S.E.**

las E.S.E. constituyen una nueva categoría especial de entidad pública, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas u organizadas por la ley por acuerdos de las asambleas departamentales o por ordenanzas de los consejos municipales. en materia contractual estarán sujetas a la normatividad del derecho privado, tendrán el régimen de personal ya previsto en la ley 10 de 1990 , y presupuestalmente obtendrán ingresos con base en la venta de servicios o tarifas previamente definidas .

Su objeto es la prestación de servicios de salud, entendidos como un servicio publico a cargo del Estado y forman parte integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Deberán orientarse por los principios básicos de eficiencia y calidad. " definida la eficiencia como la mejor utilización de los recursos técnicos, materiales, humanos y financieros, con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población atendida. Entendiendo la calidad en su relación con la atención efectiva, oportuna, personalizada, humanizada y continua de acuerdo con los estándares aceptados sobre procedimientos científico- técnicos y administrativos, y mediando la utilización de la tecnología apropiada, en correspondencia con los reconocimientos de lo servicios de salud que se ofrecen y con las normas vigentes sobre la materia. " <sup>27</sup>

El decreto 1876 de 3 de agosto de 1994, reglamentario de la ley 100 de 1993,

Le señala como objetivos los siguientes :

1. Producir servicios de salud eficientes y efectivos, que cumplan con las normas de calidad establecidas.
2. Prestar los servicios de salud que la población requiera.

<sup>27</sup> Ibid.. Pág. 210.

3. Garantizar mediante un manejo gerencial adecuado su rentabilidad social y financiera.
4. Ofrecer a las EPS y a las demás entidades que lo requieran los servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado.
5. Satisfacer los requerimientos del entorno en el ámbito de la salud adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.
6. Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria definidos por la ley y los reglamentos.

De acuerdo con la constitución política del decreto reglamentario 1876 del 1994, las corporaciones administrativas territoriales crearán las ESE con plena autonomía, a partir de una estructura básica que incluye tres áreas.

**Dirección:**

Estará conformada por la junta directiva y el gerente, y tiene a su cargo mantener la unidad de objetivos e intereses de la organización en torno a la misión y objetivos de la institución. Debe identificar las necesidades esenciales y las expectativas de los usuarios y determinar el mercadeo de sus actividades, definir las estrategias de sus actividades y adaptar normas de exigencia y capacidad controlando su aplicación en la gestión institucional. Además cumplirá con las demás funciones de dirección que exige el normal desenvolvimiento de la entidad.

Atención al usuario:

Es el conjunto de unidades orgánicas y funcionales encargadas de todo el proceso de producción y prestación de servicios de salud con sus respectivos procedimientos y actividades incluyendo la atención administrativa demandada por el usuario. Comprende, también, la definición de políticas institucionales de atención, el tipo de recursos necesarios para el efecto, las formas y características de la atención y la dirección y prestación de servicios.

De logística:

Comprende las unidades funcionales encargadas de ejecutar en coordinación con las demás áreas, los catorce procesos de planeación adquisición, manejo, utilización, optimización y control de los recursos humanos financieros, físicos y de información necesarios para alcanzar y desarrollar los objetivos de la organización y realizar el mantenimiento de la planta física y su dotación.

A partir de esta estructura básica, las ESE definirán su organización, de acuerdo con las necesidades y los requerimientos de los servicios que ofrezcan cada una de ellas.

## **6.6 PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD**

Para efectos de definir la responsabilidad del personal de salud en primer nivel de atención en salud se estableció así:

Médico general, personal auxiliar, paramédico y otros profesionales de la salud no especificados.

Se incluye las siguientes actividades, intervención y procedimientos:

➤ En atención ambulatoria:

Consulta médica general

Atención inicial, estabilidad, resolución de paciente en urgencia

Atención odontológica

Laboratorio clínico

Radiología

Medicamentos esenciales

Citologías

Acción intra y extra murales de promoción, prevención y control

➤ Atención quirúrgica:

Servicios con intervención:

Atención obstétrica

Atención no quirúrgica u obstetricia

Laboratorio clínico

Radiología

Medicamentos esenciales

Valoración diagnostica y manejo medico

Atención quirúrgica

En cuanto a la atención odontológica, incluye actividades de educación,

motivación y prevención. Estas serán ofrecidas por un odontólogo y una auxiliar de higiene oral de la EPS directamente, o de la respectiva IPS. Esta área, las actividades constan de:

Examen clínico odontológico

Rayos x en caso necesario

Educación en salud oral

Indicaciones y practicas con hilo dental

Control de placa

Detartraje supragingival

Sellantes de fosas y fisuras

Topicación de flúor

Profilaxis final

Obturaciones con resina de fotocurado

Extracciones dentales sencillas o quirúrgicas

Curetaje y alisado radicular

Endodoncias.

## **6.7 ORGANISMOS QUE INTEGRAN EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA**

Los integrantes del sistema se clasifican como sigue a continuación:

### **1. Organismos de Dirección, Vigilancia y Control.**

- Los Ministros de Salud y Trabajo

- El Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud
- La Superintendencia Nacional de Salud

2. Organismos de Administración y Financiación:

- Las EPS
- Las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud
- El Fosyga
- Las IPS publicas privadas y mixtas.
- Las demás entidades de salud inscritas en los Ministerios de Salud y trabajo.

3. Las personas privadas, naturales o jurídicas, que administran o prestan servicios.

4. Fundaciones o instituciones de utilidad común, corporaciones o asociaciones sin animo de lucro cuyo objeto sea la protección de la salud.

5. Los empleadores y los trabajadores que cotizan al sistema contributivo y los pensionados.

6. Los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en todas sus modalidades.

7. Los comités de participación comunitaria, Copacos.

## 7. PROYECTO DE ACCIÓN

APOYO PSICOSOCIAL Y ORIENTACIÓN FAMILIAR PARA LA  
ATENCIÓN INTEGRAL Y HUMANIZADA DE LOS USUARIOS DE LA  
E.S.E CENTRO DE SALUD GIOVANNI CRISTINI DE EL CARMEN DE  
BOLÍVAR.

## 7.1 PRESENTACIÓN

A partir de la nueva concepción de salud adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), Trabajo Social tiene un espacio para intervenir en esta área contribuyendo a optimizar los estados de salud de las poblaciones a través del abordaje del factor psicosocial de las personas afectadas por ciertas enfermedades; insertándose en los objetivos de la institución de salud y enfocados en las necesidades sociales.

Contribuyendo a que los usuarios asuman acciones encaminadas a mejorar su condición utilizando de mejor forma los recursos disponibles para ello, trabajando en diferentes niveles: individual, grupal y comunitario y haciendo uso de las normas y leyes nacionales que rigen actualmente el sistema de salud y que han ampliado los espacios de acción profesional, pues ya no se pretende curar la enfermedad sino prevenirla y promocionar la salud como una forma de alcanzar un verdadero desarrollo social y humano de las poblaciones a las cuales se les da una amplia participación en las organizaciones de salud, lo que se constituye en una herramienta de la cual Trabajo Social debe hacer uso para cumplir con su misión social.

De esta manera la presente propuesta de intervención en la E.S.E GIOVANNI CRISTINI llamada " Apoyo Psicosocial y Orientación Familiar " está encaminada como su nombre lo indica a atender el malestar psicosocial producido por las

enfermedades para ofrecer desde esta institución un servicio integral.

Atendiendo a los lineamientos de acción de la profesión establecidos en el Manual de Control Interno de la institución y utilizando algunas estrategias que permitan alcanzar los objetivos propuestos para mejorar los servicios que hasta ahora se ofrecen.

## 7.2 JUSTIFICACIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud no es solo ausencia de enfermedad sino la plena capacidad física, intelectual y psíquica para el desarrollo de las actividades sociales y el disfrute de la vida.

De esta manera es necesario reconocer que el ser humano es un ser en constante cambio que inserto en una estructura de reciprocidad donde comparte los valores, creencias y actitudes que en su conjunto inciden en los estilos y modos de vida de las comunidades y en la forma en que esta asume su vida y su desarrollo desde el punto de vista social, cultural, económico y biológico, es decir, que ningún ser vivo, por lo menos en la plenitud de sus funciones biológicas puede existir en un medio definido tan solo por su carácter físico.

Por ello la salud se constituye en el objeto primordial de las políticas públicas, debido a la importancia que representan para una adecuada convivencia y que para preservarla, a demás de ser necesarias condiciones sanitarias y ambientales, medicina curativa y preventiva, se requieren también condiciones sociales adecuadas que garanticen el desarrollo de una vida saludable. Para ello es necesario modificar comportamientos, fomentando las que favorezcan una verdadera salud mediante el conocimiento de las realidades en la que se desenvuelven los diferentes grupos poblacionales y emprendiendo acciones acordes a estas realidades ya que constantemente y en nuestra época se

presentan cambios en la percepción de la realidad, que condicionan las conductas grupales y los actos de las personas para lo cual es necesario ofrecer respuestas institucionales acordes a estos cambios.

En este sentido se hace necesario la intervención del Trabajador Social tanto en el ámbito individual como familiar a través de acciones sistemáticas u organizadas en compañía del paciente a fin de enriquecer el tratamiento médico y ofrecer atención integral a los usuarios para impulsar el desarrollo de las habilidades humanas desde el área de la salud; a través de la intervención en tres aspectos importantes de la salud: lo biológico, lo psicológico y lo social, el Trabajador Social impulsará el desarrollo de unos verdaderos estados saludables en los usuarios que utilizan los servicios de la institución.

Así, con este proyecto, se contribuye a que las personas tengan una vida prolongada, creativa y digna a través del equilibrio entre lo biológico y lo social convirtiéndose en la oportunidad para la realización personal y colectiva de los individuos que acuden a la institución y que se caracterizan por ser de escasos recursos económicos y con pocas oportunidades para satisfacer sus necesidades tanto materiales como emocionales lo mismo que un desarrollo económico con base en todas sus dimensiones y potencialidades.

## **7.3 OBJETIVOS**

### **7.3.1 Objetivo General:**

Diseñar e implementar un modelo de atención integral y humanizado a los usuarios de la E.S.E. GIOVANNI CRISTINI mediante el abordaje del factor psicosocial a la población demandante del servicio.

### **7.3.2 Objetivos específicos:**

1. Enriquecer el tratamiento médico mediante la realización del tratamiento social a través de la valoración de los factores psicosociales y su incidencia en la salud de las personas.
2. Contribuir al proceso de educación e información al usuario llevado por la institución para propiciar en el paciente actitudes de cambio en sus modos de vida como un mecanismo para obtener y mantener una vida saludable.
3. Orientar y fortalecer la unidad familiar y capacitar a estos grupos para que aseguren la salud de sus miembros a través del estudio de alternativas de solución a su problemática a fin de mejorar su condición en el contexto donde se desenvuelve.

4. Propender por que los usuarios tengan estilos de vida saludables a través de procesos de educación generados desde la institución.
  
5. Determinar la importancia que los factores psicosociales tienen en el proceso salud enfermedad.
  
6. Identificar las redes de apoyo existentes en la familia y la comunidad y promover su adecuada utilización.
  
7. Contribuir en la realización y optimización de los programas de promoción y prevención en la empresa.

#### **7.4 OBJETO DE INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN LA E.S.E GIOVANNI CRISTINI**

El objeto de intervención de Trabajo Social en la E.S.E. GIOVANNI CRISTINI que presta los servicios de primer nivel de atención en salud, está constituido por aquellas situaciones psicosociales que afectan de manera negativa la salud de las personas impidiendo un estado saludable, ya que este incluye elementos de tipo orgánico o biológico, psicológico y social.

Mediante la realización de diversas actividades en la que desempeña funciones ASISTENCIALES, EDUCATIVAS, PREVENTIVAS y de REHABILITACIÓN, el Trabajador Social contribuye al logro de los objetivos de la empresa de salud que busca el tratamiento global, integral y humanizado de los usuarios, utilizando para ello técnicas y métodos propios de la profesión ( Ej. Método de caso) y delimitando líneas de acción dentro de la disciplina que le es propia, para resaltar la importancia de la atención a los factores psicosociales como una herramienta inseparable de la atención integral en salud.

## **7.5 VISIÓN DEL PROYECTO**

El presente proyecto será la herramienta que permitirá ofrecer un servicio integral atendiendo a los aspectos psicológicos y sociales de los individuos, mediante la cooperación oportuna del equipo médico y para contribuir desde la E.S.E. GIOVANNI CRISTINI a promover estados saludables en la población objeto de los servicios, al mismo tiempo que se aporta al desarrollo social de la población del Carmen de Bolívar.

## **7.6 MISIÓN DEL PROYECTO**

Apoyo Psicosocial y Orientación Familiar ofrece a la población del Carmen de Bolívar la posibilidad de recibir atención integral y humanizada, atendiendo a los factores psicosociales que intervienen en el cotinuum Salud- Enfermedad, teniendo en cuenta las características sociales, culturales y económicas de los usuarios, para promover el desarrollo humano y sostenible de los individuos desde el área de la salud a través de la profesión de Trabajo Social.

## 7.7 ANTECEDENTES DEL PROYECTO

En la E.S.E. centro de salud Giovanni Cristini no ha existido la intervención profesional de un Trabajador Social que a través de sus conocimientos y preparación pueda aportar en la prestación de un servicio de salud con calidad y eficiencia, no obstante en el Manual de Control Interno y en el Plan de Desarrollo Institucional de la empresa se le asignan funciones específicas a esta profesión las cuales se detallan a continuación:

- Visita diaria al paciente para lograr una interacción entre la persona objeto de los servicios de salud y la institución.
- Estudio social, para conocer en forma sistemática los elementos que condicionan la situación social y económica de personas y grupos sujetos de la atención en salud.
- Clasificación social, para conocer más a fondo la capacidad de pago del usuario de los servicios prestados.
- Aplicación de encuesta a los usuarios en los diferentes departamentos, para conocer el nivel de satisfacción.
- Reubicación y transferencia del cliente. A través de coordinación

institucional.

- Coordinación de la organización comunitaria en salud.
  
- Terapia de familia en coordinación con psicología y enfermería.

Teniendo en cuenta estos lineamientos de la institución para Trabajo Social, la importancia del concepto global de salud que se pretende abordar, se crea "APOYO PSICOSOCIAL Y ORIENTACIÓN FAMILIAR PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y HUMANIZADA DE LOS USUARIOS DE LA E.S.E. CENTRO DE SALUD GIOVANNI CRISTINI DE EL CARMEN DE BOLÍVAR.

## 7.8 COBERTURA ESPACIAL

Con el proyecto Apoyo Psicosocial y Orientación Familiar, se beneficiarán todos aquellos pacientes, de los diferentes grupos poblacionales que utilizan los servicios de la E.S.E. GIOVANNI CRISTINI y que requieran por determinación médica o de cualquier otro profesional de la salud, apoyo psicosocial para afrontar las situaciones de enfermedad.

También se beneficiarán aquellos pacientes que pertenecen a los programas de HIPERTENSOS, DIABÉTICOS, NEUROLÓGICOS, TBC y HANSEN del Departamento de Promoción y Prevención de la institución.

## 7.9 METODOLOGÍA

### FASE DIAGNÓSTICA.

| ETAPAS                         | ACTIVIDADES  |
|--------------------------------|--|
| CONOCIMIENTO DE LA INSTITUCIÓN | Lo cual se realizó a través de la lectura de los documentos que contienen las características de la organización (Manual de Control Interno y Plan de Desarrollo Institucional) y entrevistas informales con usuarios y empleados. |
| ELABORACIÓN DE ENCUESTAS       | Con el objeto de determinar los aspectos sobre los cuales se pretende indagar para caracterizar los usuarios y determinar la problemática o situación sobre la cual se va a intervenir.  |
| APLICACIÓN DE ENCUESTAS        | En este paso se estableció un contacto directo con los usuarios en la que se recogió la información para implementar el proyecto.  |
| ORGANIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN | En esta etapa se organizó la información de acuerdo a los aspectos que se pretendían analizar.   |
| ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN     | Este se realizó luego de la lectura de la información previamente organizada en la que se determinaron las características de la población y sus problemas prioritarios.   |

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>OBSERVACIÓN</b> | Esta se realizó de manera simultánea a las encuestas en los procesos de facturación, entrevista, y actividades de Promoción y Prevención ( control de hipertensos, charlas educativas, etc.) con la cual se enriqueció la información otorgada por los otros instrumentos. |
|--------------------|--|

### FORMULACIÓN DEL PROYECTO.

| <b>ETAPAS</b>                               | <b>ACTIVIDADES</b>  |
|---|---|
| <b>ELABORACIÓN DE LA PROPUESTA INICIAL</b>  | Ésta se puso en conocimiento de la Gerencia de la institución para su aprobación.                                       |
| <b>COORDINACIÓN DEL INICIO DEL PROGRAMA</b> | Análisis del proyecto con equipo médico para definir su viabilidad.   |
| <b>SENSIBILIZACIÓN</b>                      | Del equipo médico, profesionales de la salud población usuaria y otras instituciones sobre la importancia del proyecto. |
| <b>PARTICIPACIÓN COMUNITARIA</b>            | Contacto con líderes del área de influencia para dar a conocer la propuesta y sus objetivos.                            |

### EJECUCIÓN DEL PROYECTO.

| <b>FUNCIONES</b>     | <b>ACTIVIDADES</b>  | <b>NIVELES DE INTERVENCION</b> |
|----------------------|---|--------------------------------|
| <b>ASISTENCIALES</b> | Asesoramiento método de caso: diagnóstico social, tratamiento social, seguimiento al caso, visitas domiciliarias, valoración de los factores psicosociales. | individual. familiar.          |

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>REHABILITACIÓN Y REINserCIÓN SOCIAL.</b> | integración de personas en condiciones especiales, conocimiento de recursos comunitarios, visita domiciliaria, coordinación interinstitucional. contribuir con el equipo de salud a reparar los daños causados | individual familiar<br>comunitario        |
| <b>PROMOCIÓN</b>                            | talleres, charlas, capacitación en estilos de vida saludable y diferentes temas relacionados con la salud, orientación sobre recursos y servicios, derechos y deberes.   | individual familiar grupal<br>comunitario |
| <b>PREVENCIÓN</b>                           | coordinación de programas encaminados a prevenir las enfermedades que puedan afectar la población, investigación del nivel de satisfacción de los usuarios con relación a los servicios.                       | individual grupal familiar<br>comunitario |

### PROCEDIMIENTOS A NIVEL INDIVIDUAL Y FAMILIAR

- Consulta con medicina general o enfermería.
- Consulta con Trabajo Social si es remitido
- Llenar historia social
- Realizar diagnóstico social
- Realizar seguimiento al caso
- Debatir caso con médico y enfermera u otro profesional de la salud implicado
- Colocar copia de historia social en historia clínica.

7.10 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

| ETAPAS  | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOST | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE |
|---|------|-------|-------|-------|------------|---------|-----------|
| CONOCIMIENTO DE LA INSTITUCIÓN.                                 | ■    |       |       |       |            |         |           |
| CARACTERIZACIÓN DE LOS USUARIOS.                                |      | ■     |       |       |            |         |           |
| ELABORACIÓN DE DIAGNOSTICO.                                     |      | ■     |       |       |            |         |           |
| FORMULACIÓN DEL PROYECTO.                                       |      |       | ■     |       |            |         |           |
| ELABORACIÓN DEL MARCO TEÓRICO.                                  |      |       | ■     | ■     | ■          | ■       | ■         |
| COORDINACIÓN CON PROFESIONALES DE LA SALUD Y COMUNIDAD USUARIA. |      |       |       | ■     |            |         |           |
| ANÁLISIS DEL PROYECTO.  |      |       |       | ■     |            |         |           |
| SENSIBILIZACIÓN DE PROFESIONALES Y USUARIOS.                    |      |       |       | ■     |            |         |           |
| EJECUCIÓN DEL PROYECTO.   |      |       |       | ■     | ■          | ■       | ■         |

7.11 PRESUPUESTO

| <b>RUBROS</b>                  | <b>CANTIDAD</b>                     | <b>VALOR<br/>UNITARIO</b> | <b>VALOR<br/>TOTAL</b> |
|--------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|------------------------|
| <b>RECURSOS<br/>HUMANOS</b>    | 1. ESTUDIANTE DE<br>TRABAJO SOCIAL. | 300.000                   | 3.000.000              |
| <b>RECURSOS<br/>MATERIALES</b> | 8 CARTULINAS                        | 600                       | 4.800                  |
|                                | 120 FOTOCOPIAS                      | 100                       | 12.000                 |
|                                | 100 FOLLETOS                        | 1.000                     | 100.000                |
|                                | 50 FORMATOS DE<br>HISTORIA SOCIAL   | 250                       | 15.000                 |
|                                | 6 MARCADORES                        | 1.000                     | 6.000                  |
|                                | 7 BOLÍGRAFOS                        | 600                       | 4.200                  |
|                                | 20 HOJAS DE PAPEL<br>PERIÓDICO      | 100                       | 2.000                  |
|                                | 400 HOJAS EN BLANCO                 | 50                        | 8.000                  |
| <b>TOTAL</b>                   |                                     |                           | <b>3.152.000</b>       |

## 8. PROCESO SOCIAL DE ACCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL

los cambios generados desde el ejercicio profesional en la institución de primer nivel de atención de salud E.S.E GIOVANNI CRISTINI fueron básicamente los siguientes:

**Cooperación:** para alcanzar el objetivo de ofrecer atención integral fue necesaria la cooperación de los empleados de la institución y los profesionales de la salud quienes manifestaron su conformidad por el proyecto, ya que existía el interés común de prestar un servicio con calidad acorde a las nuevas teorías de la enfermedad y la salud.

**Asimilación:** aunque fue un proyecto que resultó interesante el proceso de asimilación de la labor profesional se vió obstaculizado por el hecho de que la profesión de enfermería también tiene por objeto atender la parte social y se considera autosuficiente para administrar programas de Promoción y Prevención; sin embargo se realizó un esfuerzo significativo por demostrar la capacidad del Trabajador Social para esta labor dada su especialidad en el trato con individuos.

**Gestión:** la capacidad de gestión se demostró cuando se elaboró el proyecto, se administro y se promocionó para la adecuada realización de las actividades

logrando la participación de los profesionales de la salud; no obstante fue necesario trabajar acorde a los lineamientos institucionales, es decir, a sus normas y reglas.

**Motivación:** estuvo favorecida por el hecho de que con el proyecto se contribuiría de manera eficaz al logro de la misión y objetivos de la institución en la cual se concibe la salud de una manera holística, lo cual impulsó a que el resto de profesionales apoyaran las actividades y procedimientos expuestos.

## **8.1 LOGROS PERSONALES**

Al iniciar la carrera profesional de Trabajo Social son muchas las expectativas que en el ámbito personal se tenían como es el hecho de la superación personal, pero al llegar a este punto del camino recorrido todas las expectativas fueron superadas.

Gracias a la calidad de personas con las cuales tuve interacción como compañeras de estudio y docentes, a los contenidos teóricos que me permitieron ver la realidad de un modo diferente donde es necesario que todos aportemos para mejorarla y sobre todo a los obstáculos y dificultades que se me presentaron durante todo el proceso lo cual contribuyó a generar en mi procesos de reflexión para encontrar alternativas de solución, dándome la posibilidad de desarrollar al máximo mis capacidades, sin olvidar ni dejar de lado los valores y principios que

fundamentan mi vida.

De esta manera puedo afirmar luego de mi formación profesional que he logrado madurar emocionalmente, estoy segura de que mis logros han sido producto de mi esfuerzo y perseverancia, de la cooperación de familiares, amigos y docentes y sobre todo la ayuda de Dios que es mi principal maestro y orientador.

La E.S.E Giovanni Cristini fue un espacio donde me mostré tal y como soy, que me permitió conocerme más y reconocer claramente que soy una persona apta para afrontar los desafíos que se me presenten a lo largo de mi vida al mismo tiempo que corrijo mis errores y defectos.

## **8.2 LOGROS PROFESIONALES**

En el ámbito profesional la carrera de Trabajo Social tiene como misión desarrollar el potencial humano de los individuos, por tanto son muy importantes las acciones que se emprendan para cumplir a cabalidad los objetivos de la carrera, logrando cambios sustanciales y el mejoramiento de las relaciones sociales lo cual no resulta fácil por la diversidad de pensamientos, criterios, y valores existentes entre las personas con las cuales se trabaja y por las que se trabaja.

Es así, como el esfuerzo y el compromiso que se adquiera debe ser proporcional al valor que toda persona posee, aunque se presenten dificultades, como la sobre

valoración de otras profesiones sobre la nuestra, y en algunos casos la falta de compromiso real de las instituciones respecto al desarrollo de las poblaciones y el mejoramiento de la calidad de vida.

Como profesional del Trabajo Social logré, un conocimiento importante sobre el área de la salud, sobre el funcionamiento de una entidad de primer nivel y de la elaboración y ejecución de programas de promoción y prevención de la salud ejecutados de acuerdo a los lineamientos establecidos por el gobierno y ante todo el reconocimiento de la urgente necesidad de implementar modelos de atención integral en entidades estatales.

La atención primaria en primer nivel de salud es un campo privilegiado para los Trabajadores Sociales, gracias a la relación que el ser humano establece con el sistema de salud, ya que la atención no solo se dirige a curar enfermedades de las personas sino a que tengan unos mejores niveles en la calidad de vida, a través de los procesos educativos que se implementan, además de ser el único sistema de protección social que tiene como objetivo la atención del individuo a lo largo de todo su proceso vital.

### **8.3 LOGROS ORGANIZACIONALES**

A pesar de los obstáculos que se presentaron en el proceso de definición del objeto de intervención Trabajo Social se logró:

- Establecer el área de intervención de Trabajo Social.
- Definir rutas y lineamientos de acción dentro de la institución.
  
- Reconocimiento de la tarea profesional por parte del resto de profesionales de la salud.
  
- Contribuir al logro de los objetivos de la institución, enriqueciendo la atención mediante un abordaje global de los individuos.

Es muy importante aclarar que se hace necesario una mayor cooperación por parte de los profesionales de la salud sobre la necesidad de mirar al paciente desde todas sus dimensiones para abordarlo y lograr resultados eficaces de acuerdo a las necesidades psicológicas, sociales y biológicas del individuo.

Sin embargo estos logros también se ven afectados por el excesivo clientelismo y burocratización que median en estas instituciones estatales y que impiden una mirada objetiva hacia su objetivo primordial.

## 9. EVALUACIÓN

### 9.1 PRODUCTOS Y RESULTADOS

Apoyo Psicosocial y Orientación Familiar a los usuarios de la E.S.E GIOVANNI CRISTINI fue la oportunidad real para establecer nuevas directrices en la atención en salud basados en la integralidad de los servicios prestados, atendiendo a los nuevos conceptos de salud, que promueven una visión mas amplia de la misma donde se conjugan lo biológico y lo social para constituirse en elementos esenciales de un verdadero Desarrollo Humano Sostenible de las poblaciones objeto de los servicios de salud.

Aprovechando al máximo los recursos disponibles se logró establecer adecuadamente la intervención de Trabajo Social quien en la atención integral se encargó de abordar el cuadro psicosocial de la enfermedad lo que permitió mejorar las condiciones de salud de la población y cumplir con los objetivos reales de la institución lo que hasta el momento no se había realizado puesto que la enfermedad pese a los actuales conceptos solo era abordada desde lo biológico por los médicos y enfermeras de la institución.

No obstante fue limitado el compromiso real de las directivas de la institución con la integralidad de la atención debido a la gran burocratización y clientelismo que

media en el funcionamiento de la institución debido a que prevalecen los intereses personales sobre los colectivos.

## 9.2 PROCESOS

9.2.1 Recursos. Entre estos se pueden destacar los siguientes:

- Humanos: el promotor principal del proyecto fue Trabajo Social quien requirió la intervención de otros profesionales como médicos enfermeras y auxiliares de enfermería quienes con mucho compromiso asumieron las actividades desempeñadas y la intencionalidad de la misma mediante el intercambio oportuno de ideas y sugerencias que enriquecieran la labor. Existiendo de esta manera una interdisciplinariedad apropiada para el proyecto y la institución; no obstante se hacía necesaria la intervención de la profesión de psicología para que desde su profesión contribuyera a enriquecer el proyecto, pero la contratación de la misma no hacía parte del gasto presupuestal de la institución.
- Físicos: pese a que existe un área multiusos destinada para el desarrollo de las diferentes actividades que se programan en la institución relacionados con los servicios de la misma, no existe un área adecuada para la atención individual de los pacientes que cuente con los muebles y elementos que faciliten la intervención.

**9.2.2. Tiempo.** Para la implementación de cualquier proyecto son necesarias varias etapas sucesivas que integradas por diferentes acciones permitirán de manera organizada abordar una realidad, una de ellas es el estudio que permitirá delimitar el problema objeto de intervención para luego proponer alternativas de solución que luego sean ejecutadas.

En este sentido el tiempo empleado para ello fue acorde para el pleno desarrollo del proyecto y el alcance de los objetivos del mismo, debido a que se programaron adecuadamente todas las actividades a desarrollar.

**9.2.3 Estrategias y Técnicas.** Las estrategias y las técnicas utilizadas para la implementación del proyecto tiene como fin alcanzar los objetivos propuestos en el mismo y crear el modelo de atención integral acorde a las nuevas teorías de salud y enfermedad. De ahí la importancia de utilizar de manera cuidadosa las estrategias apropiadas.

En este sentido, las técnicas propias de cada etapa que integraba el proyecto eran acordes a la misión de la institución y a las técnicas y métodos propios de Trabajo Social, como el método de caso y el de grupos propiciando la reflexión para seguir buscando solución a los problemas individuales y comunes relacionados con los estados saludables.

Además se utilizaron dinámicas convenientes que permitieran motivar al los empleados y usuarios a apropiarse del proyecto a fin de que se sintieran parte de él y alcanzar los objetivos propuestos.

### 9.3 OBSTACULIZADORES DEL PROYECTO

los obstáculos que se presentaron durante la ejecución del proyecto permitieron enriquecerlo y definir adecuadamente las líneas de acción como:

- Valoración de unas carreras sobre las otras.
- Ausencia de espacio físico adecuado para la orientación psicosocial.

### 9.4 FACILITADORES DEL PROYECTO

Fueron más los elementos que se constituyeron en facilitadores del proyecto que los obstaculizadores debido a la gran importancia que significaba el proyecto para el logro de los objetivos de la institución como:

- Apoyo logístico por parte de la empresa
- Colaboración y apropiación del proyecto por parte de los empleados para la ejecución del proyecto
- Orientación por parte de la docente para el logro de los objetivos relacionados con el proyecto.
- Acogida y aceptación del proyecto por parte de los usuarios.

## 10. CONCLUSIONES

Luego de la experiencia profesional de Trabajo Social, en la que se superaron múltiples obstáculos y se lograron nuevos aprendizajes, pude obtener los siguientes conocimientos:

- Trabajo Social es una profesión que necesita mucha calidad humana y compromiso social para realizar adecuadas intervenciones.
- Actitud investigativa para conocer la realidad cambiante que nos rodea, mediante investigaciones para implementar proyectos sociales.
- El área de la salud es un sistema que requiere más explotación por parte de los Trabajadores Sociales, mediante intervenciones que se acerquen al concepto de salud hoy vigente.
- Debido a la gran multiplicidad de campos o sistemas en los que el Trabajador Social se puede desempeñar es necesario una formación basada en el área de desempeño.
- Es necesario tener plena seguridad de lo que se hace y una identidad

profesional definida para no perderse en la burocratización y subvaloración de la profesión.

- Los obstáculos, son situaciones que se convierten en oportunidades que, si se aprovechan adecuadamente, contribuyen al enriquecimiento personal y profesional.
- La ética profesional y la lealtad son básicos para alcanzar objetivos propuestos.
- El desempeño profesional en el área de la salud puede darse a nivel micro como fue la experiencia en una entidad de primer nivel, y a nivel macro formulando políticas de salud.

## 11. RECOMENDACIONES

Es necesario desde el punto de vista de la Universidad de Cartagena como entidad que forma profesionales en esta área y que tiene una gran responsabilidad social tener en cuenta los siguientes planteamientos:

- Tener un mayor acercamiento y contacto entre la Universidad de Cartagena y la institución objeto de los servicios de las estudiantes en prácticas.
- Proporcionar una formación intensa en el área que las estudiantes se van a desempeñar.
- Estudiar de manera más rigurosa los campos de prácticas donde las estudiantes se van a desempeñar, de tal manera que se asegure un adecuado desempeño y un verdadero proceso de aprendizaje.

Desde la institución objeto de las prácticas profesionales en este caso la E.S.E. Giovanni Cristini, es importante realizar las siguientes observaciones o recomendaciones:

- No perder el objeto principal de la razón de ser de la institución, debido a la

burocratización y politización que se pueda dar en la misma.

- Velar por el buen desempeño de todos los empleados de la institución en pro de una adecuada prestación del servicio.
- Realizar procesos de evaluación del servicio para introducir las mejoras necesarias.
- Buscar mecanismos alternativos de solución de conflictos, sin utilizar necesariamente métodos coercitivos.

**BIBLIOGRAFÍA**

ÁLVAREZ Alva Rafael. Educación Para la Salud. Edit. Manual Moderno. México. 1995.

CEVALLOS Miguel y Martín Gerard. Participación y Fortalecimiento Institucional a Nivel Local en Colombia. Centro Editorial Javeriano. 1ra edición. Bogotá. 2001.

DE LA REVILLA Luis. Conceptos e Instrumentos de la Atención Familiar. Edit. DOYMA. BARCELONA. 1994.

Enciclopedia Microsoft. Encarta. 2002.

FERNÁNDEZ Germán. Nuevo Sistema de Salud en Colombia. Castillo Editorial Ltda. Colombia. 1996.

FRENK Julio. La Salud de la Población, Hacia una Nueva Salud Pública. Ciencia /133 Para Todos. México. 2000.

KISNERMAN Natalio. Salud Pública y Trabajo Social. Editorial Humanitas. Buenos Aires. 1978.

LINEAMIENTOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD y Educación para el Comportamiento Humano. Ministerio de Salud. Santa Fé de Bogotá. 1995.

PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL de el Carmen de Bolívar 2001-2003.

PLAN INTEGRAL DE DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE para la Región de los Montes de María. Gobernaciones de Bolívar y Sucre. Oficina del Alto Comisionado para la Paz. Ministerio de Educación y el Plante.

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD. CAJANAL EPS. FUDESCO. Colombia. 1978.

SERRANO GONZÁLEZ MARIA ISABEL. La Educación Para la Salud del Siglo XXI, Comunicación y Salud. Editorial Díaz de Santos. Segovia. 2001.

TURABIAN José Luis. Cuadernos de Medicina Familiar y Comunitaria. Díaz de Santos. Madrid. 1995.

ANEXO A. ENCUESTA A USUARIOS.

**E.S.E. CENTRO DE SALUD GIOVANNI CRISTINI  
EL CARMEN DE BOLÍVAR**

ENCUESTA

Dirigida a: usuarios de la E.S.E. GIOVANNI CRISTINI de el Carmen de Bolívar.

**I. IDENTIFICACIÓN.**

Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**II. VIVIENDA.**

TIPO: Casa \_\_\_\_\_ Apto \_\_\_\_\_ Pieza \_\_\_\_\_ Invasión \_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_

TENENCIA: Propia \_\_\_\_\_ Arrendada \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

SERVICIOS PÚBLICOS: Completos \_\_\_\_\_ Aceptables \_\_\_\_\_ Deficientes \_\_\_\_\_

**III. SEGURIDAD SOCIAL.**

VINCULADO \_\_\_\_\_ SUBSIDIADO \_\_\_\_\_ CONTRIBUTIVO \_\_\_\_\_

**IV. PATRONES, HÁBITOS Y COSTUMBRES CULTURALES**

CUANDO USTED Y SU FAMILIA SE ENFERMAN ACUDEN A?

Medico \_\_\_\_\_ Farmacia \_\_\_\_\_ Medico Naturista \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

A CUAL DE ESTOS CENTROS CULTURALES ACUDEN USTED Y SU FAMILIA?

Iglesia \_\_\_\_\_ Salón Comunal \_\_\_\_\_ Polideportivo \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

QUÉ ACTIVIDAD RECREATIVA REALIZAN USTED Y SU FAMILIA?

DE LOS SIGUIENTES HÁBITOS CUALES PRACTICA?

Fumar \_\_\_\_\_ Consumir Alcohol \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

**V. SALUD.**

POR CUALES ENFERMEDADES HA ASISTIDO A CONSULTA MEDICA EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES?

HTA \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

ASISTE A CONTROLES PERIÓDICOS?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Por qué? \_\_\_\_\_

QUE HÁBITOS POSEE USTED PARA PRESERVAR LA SALUD?

ESTA VINCULADO A ALGÚN GRUPO U ORGANIZACIÓN DE LA COMUNIDAD? ¿POR QUÉ?

ASISTE CON SU FAMILIA A ALGÚN PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Cual? \_\_\_\_\_

**VI. NECESIDADES.**

CUALES DE ESTAS NECESIDADES NO PUEDE SATISFACER?

Salud \_\_\_\_\_ Vivienda \_\_\_\_\_ Empleo \_\_\_\_\_ Educación \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

**ANEXO B. FORMATO DE HISTORIA SOCIAL.**

**HISTORIA SOCIOFAMILIAR**

**N° DE HISTORIA** \_\_\_\_\_

**FECHA: DIA** \_\_\_\_\_ **MES** \_\_\_\_\_ **AÑO** \_\_\_\_\_

**I. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO.**

**NOMBRES** \_\_\_\_\_

**IDENTIFICACIÓN** \_\_\_\_\_

**LUGAR DE PROCEDENCIA** \_\_\_\_\_ **ÁREA: R** \_\_\_\_\_ **U** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO** \_\_\_\_\_

**II. COMPOSICIÓN FAMILIAR**

| N° | NOMBRES | SEXO | EDAD | ESTADO CIVIL | ESCOLARIDAD | PARENTESCO |
|----|---------|------|------|--------------|-------------|------------|
|    |         |      |      |              |             |            |
|    |         |      |      |              |             |            |
|    |         |      |      |              |             |            |
|    |         |      |      |              |             |            |
|    |         |      |      |              |             |            |
|    |         |      |      |              |             |            |
|    |         |      |      |              |             |            |
|    |         |      |      |              |             |            |
|    |         |      |      |              |             |            |

**III. MOTIVO DE CONSULTA.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**IV. DINÁMICA FAMILIAR.**

Comunicación \_\_\_\_\_

Interrelación familiar \_\_\_\_\_

Toma de decisiones \_\_\_\_\_

**V. PATRONES, HÁBITOS Y COSTUMBRES CULTURALES**

Creencias culturales \_\_\_\_\_

Hábitos y costumbres \_\_\_\_\_

**VI. VIVIENDA.**

Tenencia \_\_\_\_\_

Servicios Públicos \_\_\_\_\_

**VII. ACCIÓN SOCIAL.**

**DIAGNOSTICO** \_\_\_\_\_

**PLAN DE TRATAMIENTO** \_\_\_\_\_

**PLAN DE EVALUACIÓN** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR SOCIAL.

