

**INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL EN LA UNIDAD DE
ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA DEL ESE-HOSPITAL UNIVERSITARIO DE
SANTANDER**

OLGA LIZEHT REYES PEREZ

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
BUCARAMANGA**

2012

**INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL EN LA UNIDAD DE
ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA DEL ESE-HOSPITAL UNIVERSITARIO DE
SANTANDER**

OLGA LIZEHT REYES PEREZ

Trabajo de grado para optar por el título de Trabajadora Social

Directora

ADRIANA VEGA MARTINEZ

Trabajadora Social

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
BUCARAMANGA**

2012

AGRADECIMIENTOS

A mis padres por su paciencia y apoyo incondicional, a mi familia por estar para mí en momentos difíciles y momentos de dicha, a mis amigos y amigas por su apoyo, a todo el cuerpo docente de la escuela que aportaron a mi formación profesional y por último a mi supervisora por su dedicación, paciencia y apoyo permanente.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÒN	14
1. PROCESO SALUD-ENFERMEDAD Y SUS DETERMINANTES.....	18
1.1 DETERMINANTES DE LA SALUD.....	19
1.2 PROCESO SALUD ENFERMEDAD DEL CÁNCER.....	25
1.2.1 Promoción de la salud y prevención del cáncer	29
1.2.2 Antecedentes de intervención de Trabajo Social en pacientes oncológicos.	38
2. CONTEXTO GENERAL Y ESPECÍFICO QUE ENMARCARON LA EXPERIENCIA DE INTERVENCIÒN DE TRABAJO SOCIAL EN LA UNIDAD DE ONCOLOGÌA Y RADIOTERAPIA DEL ESE-HUS.....	40
2.1 SITUACIÒN DEL CÁNCER EN COLOMBIA	40
2.2 BREVE ACERCAMIENTO A LAS POLÍTICAS SOCIALES QUE GIRAN ALREDEDOR DE LA PREVENCIÒN DEL CÁNCER.....	54
3. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER ESE: GENERALIDADES INSTITUCIONALES.....	63
3.1 MODELO DE PLANEACIÒN EN EL ESE-HUS.....	69
3.2 TRABAJO SOCIAL EN LA UNIDAD DE ONCOLOGÌA Y RADIOTERAPIA DEL ESE-HUS.....	71
4. DESCRIPCIÒN DE LA EXPERIENCIA EN LA UNIDAD DE ONCOLOGÌA Y RADIOTERAPIA DEL ESE-HUS	77
4.1 ANÁLISIS SITUACIONAL	82
4.2 PROPUESTA METODOLÒGICA.....	94
4.3 DESCRIPCIÒN Y ANÁLISIS DE LA EJECUCIÒN:	99
5. EVALUACIÒN	122
6. ESTRATEGIA DE INFORMACIÒN, EDUCACIÒN Y COMUNICACIÒN PARA CUIDADORES Y PACIENTES QUE ASISTEN A TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA EN LA UNIDAD DE ONCOLOGÌA Y RADIOTERAPIA DEL ESE- HUS	127
6.1 JUSTIFICACIÒN.....	127
6.2 OBJETIVO GENERAL.....	130
6.3 OBJETIVOS ESPECÌFICOS	130
6.4 PROCESO METODOLÒGICO.....	131

6.4.1 Acercamiento e intervención de las personas afectadas por el cáncer. (Pacientes y cuidadores).....	132
6.4.2 Fortalecimiento de relaciones sociales.....	136
6.4.3. Modificación de Estilos de Vida a nivel familiar y del paciente.	137
7. CONCLUSIONES	139
8. RECOMENDACIONES.....	141
BIBLIOGRAFIA.....	142
ANEXOS.....	146

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, 2009.....	42
Tabla 2. Cifras estimadas de incidencia y mortalidad por cáncer en Colombia, según Globocan, 2002, Globocan 2008 y estimaciones locales 2002-2006, en Hombres.....	46
Tabla 3. Cifras estimadas de incidencia y mortalidad por cáncer en Colombia, según Globocan, 2002, Globocan 2008 y estimaciones locales 2002-2006, en Mujeres.....	48
Tabla 4. Incidencia estimada de cáncer, según localización, hombres. Santander, 2002-2006.....	51
Tabla 5. Incidencia estimada de cáncer, según localización, mujeres. Santander, 2002-2006.....	52
Tabla 6. Consolidado de casos nuevos presentados en la Unidad de Oncología y Radioterapia del ESE-HUS.....	53

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Objetivos y actividades según niveles de prevención y etapas de la Historia Natural de la Enfermedad.....	32
Cuadro 2. Diferencias entre promoción y prevención.....	35
Cuadro 3. Instructivo para el manejo de paciente en la Unidad de Oncología y Radioterapia por Trabajo Social.....	73
Cuadro 4. Matriz Dofa Trabajo Social en la Unidad de Oncología y Radioterapia del ESE-HUS.....	78
Cuadro 5. Objetivo estratégico 1.....	95
Cuadro 6. Objetivos estratégicos 2 y 3.....	97
Cuadro 7. Atención directa de pacientes por parte de Trabajo Social (período 04-04-2011 a 12-08-2011)	101
Cuadro 8. Actividades diarias de Trabajo Social (período 04-04-2011 a 12-08-2011).....	104
Cuadro 9. Propuesta de Intervención. Objetivo 1.....	133
Cuadro 10. Propuesta de intervención. Objetivo 2.....	134
Cuadro 11. Propuesta de Intervención. Objetivo 3.....	136
Cuadro 12. Propuesta de Intervención. Objetivo 4.....	137

LISTA DE GRÀFICAS

Gráfico 1. Prevención e Historia Natural de la Enfermedad.....	31
Gràfica 2. Organigrama. Estructura Organizacional ESE-HUS.....	67
Gràfica 3. Total de pacientes atendidos en Trabajo Social en la Unidad de Oncología y Radioterapia ESE-HUS (periodo 04-04-2011 a 12-08-2011)...	100
Gràfica 4. Entidades Prestadoras de Salud (EPS).....	102
Gràfica 5. Frecuencia en las actividades de apoyo diario de Trabajo Social (periodo 04-04-2011 a 12-08-2011).....	104
Gràfica 6. Frecuencia en las razones de inasistencia ala Unidad de Oncología y Radioterapia del ESE-HUS (periodo 04-04-2011 a 12-08-2011).....	113

LISTADO DE ANEXOS

Anexo A. Tipos de Cáncer y Localización.....	146
Anexo B. Matriz DOFA Hospital Universitario de Santander.....	156
Anexo C. Matriz DOFA Trabajo Social en el ESE-HUS.....	158
Anexo D. Formato Historia Social.....	160

RESUMEN

TITULO: INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL EN LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA DEL ESE-HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER¹.

AUTORA: OLGA LIZEHT REYES PEREZ²

PALABRAS CLAVES: salud, determinantes de la salud, promoción, prevención, cáncer.

CONTENIDO

El presente trabajo de grado referencia la experiencia desarrollada en la Unidad de Oncología y Radioterapia del ESE-HUS, en el marco de la práctica de intervención que hace parte de la formación en Trabajo Social, la cual se realiza con las personas que conviven con cáncer y asisten a tratamientos y consultas en la unidad.

Los temas abordados, comprenden desde un marco epistemológico, teórico de los conceptos salud-enfermedad, partiendo de unos determinantes de la salud como principales factores de incidencia en ellos, destacando el proceso salud-enfermedad del cáncer y la conceptualización de la promoción y prevención; esto se articula con la normatividad nacional que regula la prevención de esta enfermedad; seguido de la contextualización en cuanto a la morbi-mortalidad por cáncer a nivel nacional y departamental. Se realiza una descripción general de la entidad de salud, su estructura organizacional y se destaca el rol de la profesión al interior de esta. Además se realiza un diagnóstico desde el enfoque estratégico plasmado en un plan de intervención para dar fortalecer y apoyar la labor de la profesión en la unidad, con miras a generar impacto en la población sujeto de intervención.

Por último se presenta una alternativa de trabajo para la implementación de una “Estrategia de información, educación y comunicación para cuidadores y pacientes que asisten a tratamientos de radioterapia en la Unidad de Oncología y Radioterapia del ESE-HUS”, que surge como resultado de la necesidad de generar una intervención más definida por parte de Trabajo Social, con los pacientes y cuidadores.

¹ Proyecto de Grado

² Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Trabajo Social. Directora, Adriana Vega Martínez.

ABSTRACT

TITLE: PROFFESIONAL SOCIAL WORK INTERVENTION IN THE Oncology and Radiotherapy UNIT AT University Hospital of Santander³.

AUTHOR: OLGA LIZEHT REYES PEREZ⁴

KEY WORDS: health, health determinants, health promotion, prevention, cancer.

CONTENT

This degree work on the experience developed in the Unit of Oncology and Radiotherapy of the ESE-HUS, as part of the practice of intervention that is part of training in social work, which is done with people living with cancer and attend treatments and consultations in the unit.

The topics, ranging from an epistemological, theoretical concepts of health- disease, based on a determinants of health as major factors bearing on them, highlighting the health-disease process of cancer and the conceptualization of promotion and prevention; it articulates with the national regulations governing the prevention of this disease, followed by contextualization in terms of morbidity and mortality from cancer at the national and departmental levels. It provides a general description of the health agency, its organizational structure and highlights the role of the profession within this. It also does a diagnosis from the strategic approach embodied in an intervention plan to strengthen and support the work of the profession in the unit, with the intention to making an impact in the target population for intervention.

Finally it presents a proposal for intervention "Information Strategy, education and communication for caregivers and patients attending radiotherapy treatment at the Radiation and Oncology Unit at ESE-HUS," which is the result of the need to create an intervention more defined by the Social Work with patients and caregivers.

³ Graduation Project.

⁴Human Science Faculty. School of Social Work. Directory: Adriana Vega Martinez

INTRODUCCIÒN

“El cáncer, como problema de salud pública, se encuentra asociado a cambios demográficos y epidemiológicos; también se le adjudica a los cambios sociales y culturales propios del desarrollo de una sociedad⁵”. El fenómeno de la modernización, a la cual se ha visto enfrentada la sociedad, ha generado cambios en el comportamiento de la población que inciden en la aparición y aumento de este tipo de enfermedades entre las personas. Igualmente, denota el aumento en la complejidad de problemáticas referentes a la salud y por ende, la necesidad de una intervención o abordaje con una visión más integral por parte del equipo asistencial que se refleje en el reconocimiento de la persona como un ser único, cuyo proceso, respuesta y afrontamiento de la enfermedad no es similar para todos los casos.

En la actualidad, el tratamiento del cáncer no se ha limitado únicamente a los aspectos biológicos y sus afectaciones; se ha reconocido con el paso del tiempo que cuidar y abordar los aspectos psicológicos y sociales contribuye al mejoramiento de la calidad de vida y bienestar de la persona, en este caso quien convive con cáncer y sus familiares, puesto que los aspectos psicosociales ejercen gran influencia en el impacto que tiene la enfermedad en las personas.

El proceso y evolución de esta patología, genera un sinnúmero de reacciones a nivel emocional y físico, durante y después de los tratamientos, en los cuales la intervención y el abordaje a nivel interdisciplinar (Trabajo Social y Psicología) es necesario, puesto que desde estas disciplinas se abordan no solo temas referidos a la enfermedad sino, que se abarcan las dimensiones del ser humano: la familia y/o cuidadores quienes también se hacen merecedores de

⁵ MINISTERIO DE LA PROTECCIÒN SOCIAL, INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÌA. *Modelo de Comunicación Educativa para el Control del Cáncer en Colombia*. Bogotá. Marzo de 2005. P. 5.

atención. En suma, un fenómeno como el cáncer afecta a la totalidad de la persona y la unidad de convivencia.

El presente documento refleja las diversas situaciones que afectan a la población usuaria de los servicios de Oncología del ESE-HUS; al mismo tiempo pretende brindar herramientas relacionadas al conocimiento de esta enfermedad y su prevención. Igualmente se plasma la normatividad referente a este padecimiento, y el papel que juega el Sistema General de Seguridad Social en Salud en la atención, tratamiento y rehabilitación del cáncer.

Lo anterior constituye el marco que sustenta la labor de Trabajo Social desarrollada durante el primer semestre del 2011, en la Unidad de Oncología y Radioterapia del ESE-HUS, en la cual destacan los procesos de intervención ejecutados y que dan paso a la evaluación del proceso y la formulación de una propuesta de intervención.

Queda claro que, el cáncer es un fenómeno que afecta la salud de las personas, disminuye sus capacidades y genera diversos efectos a nivel social y emocional, convocando a todas las entidades encargadas de velar por el mejoramiento en la calidad de vida de la población, a tomar medidas pertinentes frente a esta problemática, en cuanto a la prevención y promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, para que estas acciones se reflejen en la disminución de las tasas de incidencia y de mortalidad de esta enfermedad en la población colombiana.

El presente documento esta basado en un análisis de la práctica en salud en Trabajo Social en la Unidad de Oncología y Radioterapia del ESE-HUS, el lector/lectora podrá encontrar seis capítulos, el primero hace referencia al marco referencial que orienta el ejercicio realizado, profundizando en la definición de salud, salud-enfermedad, determinantes de la salud y el proceso de salud-enfermedad del cáncer, su promoción, prevención y antecedentes de intervención de Trabajo Social con pacientes oncológicos, apartados teóricos y

conceptuales que fundamentaron la experiencia y desarrollo mismo de la practica.

En el siguiente capítulo se encuentra la contextualización en forma general y específica que enmarcaron la experiencia de intervención de Trabajo Social como tal, tratando tópicos como: datos y cifras estadísticas a nivel epidemiológico de morbi-mortalidad por cáncer en Colombia; también se realiza un breve acercamiento a las políticas sociales que giran alrededor de la prevención e intervención de este fenómeno de salud, el cáncer.

En el tercer capítulo, se hace una descripción de la institución partiendo de una corta introducción histórica de la misma, seguido de aspectos generales de interés para el conocimiento institucional; así mismo se expone la plataforma estratégica la cual esta compuesta de objetivos, misión, visión y valores corporativos, aspectos que revelan el desarrollo y crecimiento organizacional con fines de satisfacción del usuario a través de la oferta de servicios de salud de alta calidad. Para finalizar este apartado del documento se complementa con la descripción de la Unidad y el rol de Trabajo Social al interior de la misma.

Siguiendo el orden, en el capítulo cuatro se presenta la caracterización de la experiencia donde se describe el proceso de intervención profesional realizado que se basó en el modelo de planeación estrategia puesto que permite una análisis integral de la realidad. Partiendo de un análisis situacional inicial, que permite la generación de acciones que permiten la intervención de la problemática que se evidencia en la Unidad; este plan tiene como fin principal el apoyo y fortalecimiento de la labor de Trabajo Social con las personas que asisten a la unidad a tratamientos y consultas. Igualmente, en este apartado se realiza una descripción detallada de la propuesta metodológica, alcances y limitaciones de la misma. El capítulo cinco por lo tanto se convierte en la evaluación del proceso y los recursos disponibles para el desarrollo del mismo.

Finalmente, se plantea una propuesta de trabajo fundamentada en una estrategia para la educación, información y comunicación para cuidadores/as y pacientes que asisten a tratamiento de Radioterapia en la Unidad de Oncología y Radioterapia del ESE-HUS, esta estrategia se fundamenta en la necesidad de reconocimiento e intervención de los efectos psico-sociales a los cuales se enfrenta tanto el/la paciente como su unidad de convivencia.

1. PROCESO SALUD-ENFERMEDAD Y SUS DETERMINANTES

La salud como el proceso vital del hombre no ha sido ajena a los cambios en su epistemología, lo que ha hecho que su concepto haya evolucionado o involucionado dependiendo del momento histórico y el paradigma que este rigiendo en el mismo. Además, tanto la salud como la enfermedad abarcan desde lo individual hasta lo social y universal; puesto que estos fenómenos son el resultado de la interacción compleja entre procesos económicos, biológicos, sociales y culturales que acompañados de la ubicación geográfica, relacionada con las condiciones ambientales y los recursos naturales disponibles determinan el estado de bienestar de una población.

Entonces resulta que, el concepto de salud se ha modificado significativamente a lo largo del tiempo; mientras en la época del hombre primitivo, se consideraba la pérdida de salud y la muerte como un castigo de espíritus, como la consecuencia de hechos sobrenaturales imperceptibles y con escasas explicaciones lógicas; el concepto de salud comenzaba a tener algún tipo de estructura, que con el paso del tiempo, consiguió darse forma a un concepto muy clásico frente a la salud, que sería definida: *como la ausencia de enfermedad*.

En este punto es importante destacar, la definición de la salud planteada por la OMS, en el preámbulo de la constitución de la Asamblea Mundial de la Salud en 1946, se plantea entonces la salud: *“como un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad”*, esto permite comprender que la salud no depende únicamente del equilibrio biológico sino también hace parte de un sistema de valores (como la cultura, lo económico, político y social) que la humanidad se planteó para interpretar su relación con el orden social. *Estos conceptos han evolucionado, y hoy se entiende la salud como un recurso para la vida y no el objetivo de la vida, en el cual, estar sano es la capacidad para mantener un estado de equilibrio*

*apropiado a la edad y a las necesidades sociales*⁶”. Igualmente, se consideró la salud como un derecho humano fundamental, ubicándolo como un objetivo y fin de las sociedad, que responsabiliza no solo a la salud como tal, sino a otros procesos (como los procesos económicos, culturales, sociales, entre otros.) que inciden y la afectan.

1.1 DETERMINANTES DE LA SALUD

Para efectos de este proceso de intervención en Trabajo Social, se entenderá a la salud, desde los conceptos emitidos por la OPS (Organización Panamericana de la Salud) y la OMS (Organización Mundial de la Salud) que ya se mencionaron, al igual que el concepto planteado en la Carta de Ottawa, (Canadá. 21 de Noviembre de 1986), donde se puntualiza que la salud *“es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud”*. Para que esta definición se pueda ver reflejada en la realidad y para que la población alcance un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar sus necesidades para poder acceder a los medios necesarios que le permitan satisfacerlas y así adaptarse al medio ambiente.

Paralelamente, se reconoce que el estado de salud de una población, depende de otras variables a tener en cuenta al momento de interpretar la situación real de ésta. Se está haciendo referencia entonces, a los determinantes relacionados con la biología de un individuo, con el medio ambiente, con el sistema de salud, con los estilos de vida y con su cultura. Estas representaciones y prácticas de salud no son hechos aislados, pues tienen un desarrollo y una ubicación en el tiempo y en el espacio que, en conjunto con la

⁶ VERGARA, Quintero. María del Carmen. Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad.31 de Agosto de 2007. Disponible en internet: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012_4.pdf

distribución económica, social, política y las creencias en una comunidad permiten comprender la distribución desigual tanto de la salud como de la enfermedad en los diferentes grupos sociales. Partiendo del análisis de este aspecto se determinan las acciones y los responsables del fomento y la atención de los inconvenientes en salud. Por todo lo anterior, es importante resaltar que la problemática de la salud no se debe afrontar de forma individual sino como un producto social, resultado de la compleja interacción de estos determinantes.

Dentro de este marco ha de considerarse, la existencia de modelos que pretenden explicar la relación entre los determinantes y el estado de salud de la población. Entre estos modelos se encuentra el de Marc Lalonde, quien plantea que la salud es el resultado de factores que influyen en la salud individual, que interactuando en diferentes niveles de organización, determinan el estado de bienestar de la población. Este concepto se desarrolla en un reporte que Lalonde, realiza en el año 1974 en Canadá y, que se encuentra resumido en un documento “Una nueva perspectiva de la salud de los Canadienses”; donde divide en cuatro amplios elementos los factores de mayor influencia en la salud: *Biología Humana, Medio Ambiente, Estilos de Vida y Organización de la atención en salud*⁷; cuyo alcance esta definido de la siguiente manera:

- **Biología Humana:** Este elemento hace referencia a todos los aspectos relacionados con la salud, tanto física como mental. Incluye la herencia genética del individuo, el proceso de madurez y envejecimiento, y los diferentes sistemas internos del organismo.
- **Medio Ambiente:** Este factor incluye todos los elementos relacionados con la salud que se hallan fuera del cuerpo humano y sobre los cuales el individuo no tiene control alguno.

⁷ LALONDE, Marc. Una nueva perspectiva de la salud de los Canadienses. Canadá. 1974. Pág. 13 y 14. Vía internet: <http://hist.library.paho.org/Spanish/EPID/50923.pdf>

- Estilos de Vida: Los Estilos de vida se componen de las decisiones individuales que afectan la salud y sobre las cuales si se puede ejercer cierto grado de control. Es decir, los estilos de vida hacen referencia a los hábitos y decisiones personales que se consideran malos para la salud y crean riesgos en el bienestar personal.
- Organización de la atención de salud: Este concepto hace referencia a la cantidad y calidad, orden y relaciones entre las personas y los recursos disponibles en la prestación de servicios de salud, es decir, la organización de un sistema de atención en salud.

El concepto de determinantes de la salud planteado por Lalonde, es también conocido como el concepto de campo de la salud, su aparición ofrece una nueva visión de la salud que permite dar mayor creatividad para reconocer y explorar aspectos, elementos y factores que no se estudiaron con mucha profundidad, y que por el contrario son importantes para poder comprender de forma más integral el proceso de salud- enfermedad.

En un principio, los determinantes que tenían más relevancia en el análisis del proceso salud-enfermedad eran los relacionados con el medio ambiente y los estilos de vida, luego se concluyó que el más importante era el referente a la organización de la salud y la prestación de asistencia sanitaria. Pero, ante las dificultades y desigualdades evidenciadas en la realidad colombiana; no solo los determinantes de la salud, son los únicos responsables del bienestar de la población. Para el caso colombiano, existen otros determinantes (los procesos sociales, políticos, económicos y culturales que se dan en una sociedad) que tienen que ver con el funcionamiento de la sociedad y las diversas esferas y valores que funcionan alrededor de ésta, es decir existen también algunos determinantes sociales, que son el resultado de la realidad colombiana, de la corrupción y el manejo inadecuado del poder que ejercen ciertos gobernantes y

de la permanente violencia que se vive en ella, y que por lo tanto inciden en el funcionamiento de la Salud.

Es importante reconocer, que a raíz de las diferentes dificultades de la sociedad se crean organismos como la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud⁸ (CDSS) y de diversos grupos y movimientos sociales que se han generado en busca de la defensa, protección y garantía de la salud como un derecho fundamental, que han aportado igualmente a la visibilización de esta problemática, mediante la discusión sobre un programa de cambios sociales, que permita reales modificaciones a estas situaciones de desigualdad y así mejorar el bienestar y calidad de vida de los individuos.

La CDSS parte de un esquema donde se refiere que existen dos tipos de determinantes sociales de la salud. Los primeros son de tipo estructural (que se producen a partir de las inequidades en salud) y los segundos son los llamados determinantes intermediarios.

- a. *“Los determinantes estructurales están conformados por la posición socioeconómica, la estructura social y la clase social; de ellos se entiende, depende el nivel educativo que influye en la ocupación y ésta última en el ingreso. En este nivel se ubican también las relaciones de género y etnia. Estos determinantes sociales a su vez están influidos por un contexto socio-político, cuyos elementos centrales son el tipo de gobierno, las políticas macroeconómicas, sociales y públicas, así como la cultura y los valores sociales. La posición socioeconómica, a través de la educación, la ocupación y el ingreso, configurara los determinantes sociales intermediarios.*

⁸ En la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 2004, el Director general de la OMS, Dr. Lee Jong-wook, pidió que se estableciera la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Esta formada por destacados formuladores de políticas y gerentes, científicos, grupos de expertos y miembros de la sociedad civil, designados por el Director General de la OMS

b. Determinantes intermediarios: incluyen un conjunto de elementos categorizados en circunstancias materiales (condiciones de vida y de trabajo, disponibilidad de alimentos, entre otros), comportamientos factores biológicos y factores sociales. El sistema de salud será a su vez un determinante social intermediario. Todos éstos, al ser distintos según la posición socioeconómica, generaran un impacto en la equidad en salud y en el bienestar.

Estos planteamientos reconocen la existencia de la necesidad de una articulación múltiple y compleja entre los procesos sociales y los procesos bio-psíquicos de individuos y colectividades humanas. Así, pues, se reconoce también que los procesos sociales macro tienen variados correlatos con los patrones de salud y de enfermedad, y que esta relación no es única, lineal y mecánica, ni se da solo a través de la articulación de distintos niveles. Mediante esta articulación la sociedad determina las condiciones de vida y estas últimas, en la medida en que interactúan con procesos bio-psíquicos específicos, modifican a individuos y colectividades, ya sea fortaleciendo su salud o generando enfermedad⁹.”

Lo anterior, sólo resalta la necesidad de reconocer que la salud, el bienestar y la calidad de vida del ser humano se encuentra sujeta a un sinfín de variables, que completan el panorama y la realidad en la que se encuentra inmerso un individuo. Los determinantes señalados por Lalonde, se complementan con los determinantes sociales mencionados puesto que permiten la interpretación y análisis de las necesidades de cierta población, a partir no solo del análisis de los estilos de vida, del medio ambiente o incluso de la organización para la

⁹ TALLER LATINOAMERICANO DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD. Documento para la discusión. Elaboración colectiva por el Comité Organizador del Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. Asociación Latinoamericana de Medicina Social (Alames).

prestación de servicios de salud, por el contrario permite que el análisis se pueda realizar desde la realidad vivida y sentida por las personas, es decir desde sus situaciones de desigualdad y vulnerabilidad en comparación con otros sectores de población; toda esta situación va a evidenciar el grado de adaptación de un individuo con un medio, en el cual los determinantes de la salud pueden convertirse en factores positivos o de riesgo de contraer enfermedades. A partir de todo este proceso de interpretación de la salud-enfermedad partiendo de determinantes sociales como los principales elementos que influyen en éste, se puede determinar el estado de salud de una población y así definir y estructurar planes de acción que intervengan estas problemáticas de salud y se reflejen en el mejoramiento del bienestar de la sociedad.

Por otra parte, la aparición del concepto de determinantes de la salud, se convierte en un instrumento valioso, puesto que permite el análisis de los problemas de salud, la identificación de las necesidades en una población determinada y la selección de los medios más adecuados para satisfacerlas. En este momento es importante mencionar el rol que juega la Salud Pública, en la identificación y mitigación de efectos que afectan negativamente la salud.

En este escenario es pertinente referenciar que la salud pública, es el conjunto de acciones con fines específicos y cuyos resultados deben reflejarse en el mejoramiento de la salud de las poblaciones, tal afirmación implica igualmente que las acciones formuladas y ejecutadas ejerzan tal influencia en la salud de los individuos que se pueda reflejar de forma real en el mejoramiento del bienestar de los individuos. Charles Winslow, plantea que la salud pública se puede definir de la siguiente manera:

“es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las infecciones de la comunidad y educar al

individuo en cuanto a los principios de la higiene personal, organizar servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud¹⁰”.

Por su parte, el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia, plantea que la Salud Pública, es “*la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud como un derecho esencial, individual, colectivo y comunitario logrado en función de las condiciones de bienestar y calidad de vida*”.

Por los anteriores planteamientos, se puede deducir que la salud pública es un concepto social y político, cuyo objetivo principal es prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de las poblaciones mediante la promoción de la salud (cabe mencionar en este momento a los determinantes de la salud como una posible línea de intervención de la salud pública), la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria.

1.2 PROCESO SALUD ENFERMEDAD DEL CÁNCER

Generalidades sobre el cáncer

La palabra cáncer no denomina solamente una enfermedad, se refiere a por lo menos cien enfermedades diferentes entre sí que son resultado del crecimiento indiscriminado y anormal de las células en el cuerpo. Esta situación se presenta cuando la célula que genera cáncer pierde el control de su propio crecimiento, es decir se divide en más células a una velocidad mayor que la del

¹⁰ EPICENTRO. Salud Pública ¿Qué es? ¿Qué hace? [En línea]. Disponible en internet: <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/PDF/INTRODUCTORIOS1.pdf>

resto de tejidos a los que pertenece. Este aumento anormal de células termina transformándose en unas masas de tejidos en el cuerpo conocidas como tumores. El cáncer atraviesa diferentes etapas, donde es probable que intervengan también diferentes factores que hacen visible la existencia y desarrollo del tumor.

El cáncer no se origina solo por una causa, es multicausal, y en él influyen múltiples factores que favorecen la aparición del mismo. Se pueden clasificar, de forma general, las causas del cáncer en dos categorías: externas o internas.

Las causas internas se conocen igualmente como una predisposición genética, lo que quiere decir que al interior de algunas familias se hereda un gen anormal que predisponen a sus miembros a que la probabilidad de desarrollar algún tipo de cáncer sea más alta. Según el Ministerio de Protección Social de Colombia, esto sólo ocurre en un pequeño porcentaje (5% -10%) del total de los casos registrados.

En la actualidad se conoce que la mayoría de los casos de diagnósticos de cáncer se deben a causas externas, por ejemplo, la exposición a sustancias químicas que afectan los genes de las células y las transforman en cancerosas.

Entre los factores externos de mayor peligro y que genera más vulnerabilidad en el organismo y lo expone a la aparición del cáncer se encuentran:

- *“Factores de riesgo, como la dieta, el consumo de cigarrillo, infecciones, rayos solares, alcohol, la ocupación, la radiación, la contaminación y algunos medicamentos.*
- *Agentes infecciones: Entre estos se aprecian el virus de la Hepatitis B, que se asocia al cáncer de hígado; el virus del Papiloma Humano (VPH), asociado al cáncer de cuello uterino y ano-genital; entre otros virus.*
- *Sustancias cancerígenas: las cuales pueden ser los hidrocarburos, benceno, arsénico, níquel, asbestos, que se*

asocian a cáncer de pulmón, vejiga, leucemia, pulmón, piel, entre otros¹¹.

El cáncer tiene una particularidad muy alarmante y es que sus síntomas no son muy evidentes, y cuando aparecen generalmente indican que la enfermedad ya está muy avanzada. A continuación se presentan algunos síntomas¹² que se consideran de alarma:

- Signos y síntomas digestivos que no mejoren con tratamiento.
- Hemorragias, principalmente vaginales entre menstruaciones, posteriores al coito u ocurridas después de la menopausia, así como digestivas y urinarias.
- Dolor persistente en alguna parte del cuerpo.
- Aparición de masas o ganglios.
- Tos persistente, alteraciones de la voz (disfonía), dificultad para tragar (disfagia).
- Cambios de tamaño, color y forma de lunares o verrugas.
- Heridas que no cicatrizan.
- Cambio del ritmo intestinal, de la frecuencia de las deposiciones o de color o consistencia de las heces.
- Pérdida de peso injustificada (en general, el cáncer invasor es un tumor que consume mucha energía, y por lo tanto se presenta una pérdida rápida de peso)

La detección temprana de la enfermedad es muy importante para el éxito del tratamiento y control de esta patología, por eso es importante la realización de chequeos médicos anuales, y la realización de exámenes pertinentes. Cuando los síntomas sugieren una sospecha de cáncer, el médico puede ordenar la

¹¹ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Instituto Nacional de Cancerología E.S.E 2004. El cáncer, aspectos básicos sobre su biología, clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento. Pág. 12.

¹² MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Óp. Cit. Pág. 29-30

realización de cualquiera de los *exámenes o procedimientos*¹³ a mencionar con el fin de confirmar o descartar esta patología:

- Historia médica detallada (familiar y personal)
- Examen físico detallado
- Exámenes radiológicos o imágenes diagnósticas como rayos x o tomografía axial computarizada (TAC)
- Escanografías
- Exámenes con ultrasonido (ecografías)
- Resonancias magnéticas
- Endoscopias de vías digestivas altas
- Colonoscopias o rectosigmoidoscopias
- Exámenes de laboratorio de sangre, orina, fluidos, etc.
- Biopsias de los tejidos del tumor

“En la mayoría de los casos, el diagnóstico del cáncer se realiza mediante una o varias pruebas de laboratorio, imágenes radiológicas y biopsias del tejido afectado, de acuerdo con el tipo de cáncer en estudio”¹⁴.

Con el diagnóstico se determina la etapa en la que se encuentra la enfermedad, la localización de la misma y cuál ha sido el nivel de afectación del órgano y de otros órganos (en algunos casos) y por último del tipo de tratamiento o conducta a aplicar.

Lo que determina la forma y el tratamiento del cáncer, es la localización y la etapa en la que se diagnosticó la enfermedad, si está muy avanzado o no; igualmente, también depende de la edad y el estado funcional de la persona, (para mas información ver Anexo A: Tipos de cáncer y localización). Pero de forma general los principales tratamientos del cáncer son:

¹³ *Ibíd.* Pág. 30

¹⁴ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, *Óp. Cit.* Pág. 30

- **La cirugía:** Es la forma más antigua de tratar el cáncer. Consiste básicamente en la extirpación del tumor o de los tejidos afectados.
- **Quimioterapia:** Este tratamiento consiste en la administración de medicamentos (drogas) cuya función principal es la de destruir las células que están produciendo cáncer (tumores).
- **Radioterapia:**

“Consiste en el uso de rayos similares a los rayos x, en altas dosis para eliminar células cancerosas y reducir el tamaño del tumor. Para la radioterapia se usan equipos especializados que dirigen la radiación hacia los tumores o áreas del cuerpo donde se encuentra la enfermedad. La radiación anula la capacidad de las células cancerosas de crecer y multiplicarse¹⁵”.
- **Otros tratamientos:** Como la *terapia hormonal*, que consiste en el suministro de medicamentos que inhiben o estimulan la producción de hormonas en el organismo, con el propósito de controlar la velocidad de crecimiento, multiplicación y muerte de las células cancerígenas; entre otros tratamientos.

El desarrollo y aparición del cáncer, dependerá de muchos factores, de la posibilidad de acceso a un centro de salud y de la continua asistencia a chequeos médicos. Si los exámenes formulados por un médico son anormales, se recomendará por ellos mismos, la continua asistencia al centro médico para descartar o confirmar la enfermedad, y por ende, definir un posible tratamiento.

1.2.1 Promoción de la salud y prevención del cáncer

El cáncer, en cualquiera de sus formas es una enfermedad prevenible. Esto se deduce a partir de toda la experiencia acumulada y los estudios y resultados científicos. *La forma más efectiva de reducir el riesgo de cáncer es mediante el control del tabaquismo, el consumo de dietas balanceadas, el control de ciertas*

¹⁵ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Óp. Cit. Pág. 33

*infecciones, desplegar una mayor actividad física y reducir la exposición a carcinógenos ocupacionales y ambientales*¹⁶. Existen por lo tanto estrategias que pretenden mitigar y disminuir la aparición de casos de cáncer en la población y así evitar su propagación.

La prevención de esta enfermedad es una actividad que se ha convertido en prioridad de la Salud Pública, y por ende en un elemento muy importante en la generación de cambio. Esta prevención se ha realizado a través de programas y proyectos que se han ejecutado a partir de políticas y/o normas que garantizan acciones de intervención. Las políticas que se expidan en favor de la atención y prevención del cáncer se constituyen en elementos indispensables de la prevención, y por lo tanto se deben plantear desde perspectivas que incidan en todos los sectores y en todas las dimensiones de vida de los seres humanos (como su trabajo, dieta, entre otras).

Los distintos modelos de prevención, para el caso del cáncer, se han planteado desde diferentes países e instituciones, y ellos han tenido en cuenta los niveles de prevención que existen (primario, secundario y terciario).

En cuanto a la **Prevención**, es válido mencionar que los niveles de prevención y la historia natural de la enfermedad están estrechamente relacionados, es decir que por cada período de la historia natural de la enfermedad, se puede desarrollar una acción estratégica de prevención. Cuanto antes se apliquen las acciones de intervención, mejor debe ser el resultado en la prevención de la enfermedad y sus secuelas. Los tres niveles de prevención que corresponden a las diferentes fases que se desarrollan en una enfermedad son: prevención primaria, secundaria y terciaria.

Las etapas de la historia natural definen el momento en que debe aplicarse algún nivel de prevención, para modificar la situación de forma adecuada para

¹⁶ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Óp. Cit. Pág. 20

el individuo y/o comunidad. Los periodos de la historia natural de la enfermedad son:

- Período Prepatogénico: Exposición a factores de riesgo o agentes causales de la enfermedad.
- Patogénico: Se presenta en dos fases; inicial o asintomática, en donde puede NO haber manifestación alguna de la enfermedad, o, por el contrario aparecen los síntomas.
- Resolución: hace referencia a la evolución y/o curación de la enfermedad, o en cuyo caso el final sea el deceso de la persona.

En el gráfico 1 se observa la relación que existe entre la prevención y las etapas de la historia natural de la enfermedad. Por medio de ésta, se identifica los tres niveles de actuación de la prevención según la etapa, logrando determinar cual es el ámbito de acción de cada nivel y las estrategias mas adecuadas a utilizar.

Gráfico 1. Prevención e Historia Natural de la Enfermedad



Fuente: REDONDO, Escalante. Patricia. Prevención de la enfermedad. 2004

Según los niveles de prevención y la etapa de la historia natural de la enfermedad en la que se ubique, se define y se plantean las actividades del nivel de prevención, como se observa en el siguiente cuadro:

Cuadro 1. Objetivos y actividades según niveles de prevención y etapas de la historia natural de la enfermedad.

	NIVEL DE PREVENCIÓN		
	PRIMARIO	SECUNDARIO	TERCIARIO
CONCEPTO	En este nivel de intervención se pretende (y permite) evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud. Mediante la disminución y control de los factores de riesgo.	Esta etapa consiste en la detección temprana de la enfermedad.	Son las medidas orientadas a evitar, retardar o reducir la aparición de las secuelas de una enfermedad o problema de salud.
OBJETIVO	Disminución en la incidencia de las enfermedades.	Reducir la prevalencia de la enfermedad.	Mejorar la calidad de vida de las personas enfermas.
ETAPA DE LA HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD	Prepatogénico.	Patogénico.	Resultados: evolución de la enfermedad o muerte.
ACTIVIDADES	En este nivel se realizan campañas de promoción de salud y la reducción de factores de riesgo.	El núcleo fundamental de actividades lo forman los programas de cribado o detección.	Tratamiento para prevenir secuelas. Rehabilitación física, ocupacional, psicológica.

Modificado: REDONDO, Escalante. Patricia. Prevención de la enfermedad. 2004

Los distintos niveles de prevención, para el caso del cáncer en específico, se han planteado desde diferentes países e instituciones, y ellos han tenido en cuenta los niveles de la prevención ya mencionados. Por ser el cáncer el tema de interés en este documento a continuación se va a hacer mención de los niveles de prevención y su actuación en la aparición, diagnóstico, tratamiento y resolución de esta enfermedad.

- **Prevención primaria:** En este nivel se pretende la reducción en el número de casos nuevos de cáncer, es decir la incidencia de esta enfermedad en la población. Los factores de riesgo sobre los que se debe trabajar y minimizar son: el uso del tabaco o cigarrillo, la obesidad, las dietas no balanceadas, el exceso de consumo de alcohol, los comportamientos sexuales de riesgo, entre otros. La prevención de este tipo de comportamientos se puede realizar individual o colectivamente.

“Para la prevención primaria del cáncer es importante tener en cuenta sus causas. En este sentido es necesario seguir algunas recomendaciones como: llevar una dieta balanceada, no consumir cigarrillos o alcohol, vacunarse contra la hepatitis b, darles tratamiento adecuado a las infecciones como las producidas por el virus del papiloma humano, protegerse contra los rayos del sol, respetar las medidas de protección ocupacional y evitar el consumo de medicamentos o sustancias que puedan ser cancerígenos¹⁷”.

- **Prevención secundaria:** Consiste en la detección temprana del cáncer con el fin de realizar un tratamiento oportuno. En este nivel de prevención básicamente se puede llegar a la reducción de las tasas de mortalidad y es muy importante puesto que en la mayoría de los casos en la primera etapa se es asintomático/a, es decir los síntomas no son evidentes, ni refieren mayor riesgo de salud. No todos los tipos de cáncer se pueden detectar fácilmente y/o a tiempo; que esto suceda dependerá única y exclusivamente de la realización de chequeos médicos seguidos, en caso de presentar antecedentes o predisposición genética de cualquier enfermedad, para este caso específico, del cáncer; por ejemplo para el caso del cáncer de cuello uterino es de vital importancia la realización de la citología; para cada tipo de cáncer hay un examen o procedimiento específico que puede mostrar la existencia o no de esta enfermedad.

- **Prevención terciaria:**

¹⁷ Ministerio de la Protección Social. Óp. Cit. Pág. 21

“La prevención terciaria hace referencia a todos los procedimientos que se realizan en los pacientes con cáncer con el fin de evitar las complicaciones clínicas y las recaídas. En este nivel de prevención se busca alcanzar una rehabilitación más rápida limitando la discapacidad. En este sentido, es necesario cumplir con las recomendaciones médicas relacionadas con el tratamiento y los controles, que deben ser permanentes¹⁸”.

En cuanto a la promoción y por el contrario de lo que sucede en la prevención, *“comienza con gente básicamente sana y busca promover medidas individuales o comunitarias que ayuden a desarrollar estilos de vida mas saludables, dentro de lo que sus condiciones de subsistencia se los permitan¹⁹”.*

La promoción de la salud se ha constituido en un proceso de carácter político y social que comprende no solamente las acciones dirigidas hacia el fortalecimiento de habilidades y capacidades en los individuos, sino que también va dirigida a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud publica e individual. Por lo anterior, se plantea entonces que la promoción de la salud se convierte en un proceso que permite a las personas incrementar el control sobre los determinantes de la salud y como resultado observar el mejoramiento de ella.

La Carta de Ottawa (Canadá Noviembre de 1986) identificó tres estrategias de promoción de la salud. Estas son *abogacía* por la salud con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales que mantenga un estado de bienestar adecuado; *facilitar* que todas las personas puedan desarrollar su potencial de salud; y *mediar* a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en

¹⁸ Ministerio de la Protección Social. Óp. Cit. Pág. 29

¹⁹ REDONDO, Escalante. Patricia. Prevención de la enfermedad. En: Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos de Primer Nivel de Atención. [PDF] [En línea] 2004. Disponible en internet: <http://es.scribd.com/doc/8965543/Prevencion-de-La-Enfermedad>. Pág. 15

la sociedad. Estas estrategias están apoyadas en cinco áreas de acción prioritarias que se contemplaron en la Carta de Ottawa para la promoción de la salud, que son: Establecer una *política pública saludable*, crear *entornos que apoyen la salud*, fortalecer la *acción comunitaria para la salud*, desarrollar las *habilidades personales* y, reorientar los *servicios sanitarios*.

A menudo se produce una confusión con los términos prevención y promoción, según la OMS se define como actividades distintas; su principal diferencia radica en su enfoque: *la promoción trabaja con población sana, la prevención con población enferma o en riesgo de enfermar*²⁰. Por esto, a continuación se presentan los aspectos más relevantes que diferencian la prevención de la enfermedad de la promoción de la salud:

Cuadro 2. Diferencias entre prevención y promoción.

PREVENCION	PROMOCION
<ul style="list-style-type: none"> • Acción que emana del sector sanitario, considera a los individuos y poblaciones como expuesto a factores de riesgo. • Enfoque de riesgo. • Medidas directas dirigidas al bloqueo de la enfermedad. • Medidas específicas para el control de determinadas enfermedades. • Identificación de causas modificables de la enfermedad. • Más efectivo cuanto más temprano se frene el curso. • Medidas destinadas a prevenir la aparición de la enfermedad (reducción de factores de riesgo) y también a detener su avance y atenuar sus consecuencias. • Alta motivación del tratante y el tratado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proceso que da a la población los medios para ejercer un mayor control sobre su propia salud. • Enfoque poblacional. • Esfuerzos realizados para mantener y mejorar la salud de individuos, familias y comunidades. • Requiere de buenas estructurales sociales de base. • Gran potencial de mejorar indicadores de salud. • Mas efectivo entre a más temprano se inicie. • Medidas destinadas a modificar, conductas y comportamientos. • Percepción individual del beneficio es poca.

Fuente: Patricia Redondo. Prevención de la Enfermedad. 2004.

²⁰ REDONDO, Escalante. Patricia. ÔP. Cit. Pág. 15

Existen diferencias específicas entre la promoción y la prevención. En la promoción, las acciones actúan en mayor medida a nivel de la sociedad y grupos poblacionales, ya que su alcance se produce mediante modificaciones en la forma y las condiciones de vida (estilos de vida). La promoción entonces, produce mayor impacto en la población y sus grupos, no tanto en los individuos. Por su parte la prevención, dependiendo del problema y de la actividad específica que se pretenda desarrollar, puede actuar en los tres niveles: individuos, grupos y sociedad. Sin embargo sus acciones están dirigidas en mayor medida a los individuos y grupos. La prevención y la promoción pueden compartir instrumentos y algunos niveles de intervención, pero como se ha dejado claro en el curso del documento, sus sujetos de intervención son diferentes.

Cabe resaltar también, que la prevención pretende mitigar los efectos negativos que puedan producir los factores de riesgo a los cuales se encuentran expuestos un individuo o cierto grupo, mientras que la promoción de la salud pretende resaltar y reforzar los factores positivos y favorables para la salud de un grupo o población determinada (estos aspectos se encuentran descritos en el cuadro 1).

“Toda estrategia de intervención, para que sea integral debe ser una combinación, en mayor o menor medida, de los tres tipos de acciones. Las acciones en salud son de tres tipos: predominantemente de promoción, predominantemente de prevención y predominantemente de curación y rehabilitación²¹”.

Acompañando a estas estrategias y como herramienta fundamental para el mejoramiento del bienestar de una población, aparece la Educación para la Salud, como parte de estos procesos que permiten la concienciación y la apropiación de su proceso de salud-enfermedad, todo esto con el fin específico

²¹ REDONDO, Escalante. Patricia. ÔP. Cit. Pág. 18

de que el individuo y la comunidad participen en la toma de decisiones sobre la salud, sobre su salud. Esta apropiación por parte de individuos y comunidades en particular, depende de la apertura de espacios donde se incite a la discusión y reflexión sobre las problemáticas (en este caso) de salud que mas los afecten. Por lo tanto, la misión de Educación para la salud es *crear estos espacios y convertirse en instrumentos imprescindibles para el desarrollo de estilos de vida saludables, incorporando conductas favorables a su salud*²².

La Educación para la Salud *comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluyendo la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y comunitaria* (Concepto OMS, 1998). Es decir, esta estrategia supone transmisión de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr los tan anhelados cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan y generen mejoras en la salud y bienestar de la sociedad, desde la población misma.

La Educación para la Salud en la prevención del cáncer, se ha convertido en un proceso permanente puesto que a través de este el ser humano apropia e interioriza información pertinente frente a su enfermedad, y le permite igualmente reflexionar ante los cambios que se avecinan, por ende se incita al diálogo, al intercambio de pensamientos con sus familiares y/o cuidadores, con terapeutas, con el equipo interdisciplinar que participa de su atención, para poder brindar una atención integral, usando modelos de intervención que permitan la protección de los individuos y la garantía de sus derechos.

²² REDONDO, Escalante. Patricia. Introducción a la Educación para la Salud. En: Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos de Primer Nivel de Atención. [PDF] [En línea] 2004. Disponible en Internet: <http://www.cendeisss.sa.cr/cursos/quinta.pdf>.

Teniendo en cuenta esto, la educación para la salud se constituye en el eje del proceso de intervención profesional, en la Unidad de Oncología y Radioterapia del ESE-HUS, por parte de Trabajo Social, puesto que a pesar de los avances en investigación y tratamiento de esta enfermedad, aun se plantean graves problemas sanitarios, que con un proceso de educación en la población, se reconocerán, interiorizarán y plantearán acciones que permitan la disminución de los casos de cáncer y mejorar la calidad de vida de la población.

1.2.2 Antecedentes de intervención de Trabajo Social en pacientes oncológicos.

Como resultado de la necesidad de tener una visión mas completa e integral del tratamiento de personas con cáncer, se han desarrollado modelos desde Trabajo Social en la atención de pacientes oncológicos.

En el año 2004, se creó un documento sobre: *“El modelo de Trabajo Social en Atención Oncológica”*, que *“progresó en la consolidación de una oferta asistencial integradora que contribuya decisivamente a mejorar la atención oncológica desde la perspectiva social. Este documento recoge de forma sistemática la amplia experiencia existente en el l’Institut Català de’Oncologia en Trabajo Social²³”*, con el fin de facilitar la base de acción de la profesión en este ámbito.

La profesión está siempre dirigida a dotar a las personas, grupos o comunidades de los recursos necesarios para su desarrollo. Esa singularidad de la profesión, donde se dota a los profesionales con una visión multidimensional, convierte a los/las profesionales en Trabajo Social en catalizadores de las problemáticas sociales y al mismo tiempo, les permite aportar sus conocimientos en el afrontamiento y resolución de estas problemáticas de salud. La atención social de personas con cáncer, requiere

²³ INSTITU CATALÁ D’ONCOLOGIA. *Modelo de Trabajo Social en la atención oncológica*. Junio de 2004. Disponible vía internet http://www.iconcologia.net/castella/hospitalet/imatges/modelo_trabajosocial.pdf Pág. 4.

por parte de profesionales en Trabajo Social, disponer de un nivel de conocimientos que incluya conceptos básicos y específicos, dependiendo de la ubicación desde la que se ofrezca el servicio.

Para concluir, es importante decir:

“el paciente con cáncer ha presentado a lo largo de los años una necesidad de atención psicosocial de si mismo y su familia que son consecuencia del impacto que en su persona y en su entorno causa esta enfermedad. En este sentido es necesario promover la definición de un modelo de atención social que se base en la experiencia acumulada a lo largo de los años en esta área y que integre las necesidades sociales del paciente con cáncer y su entorno familiar²⁴”.

²⁴ INSTITU CATALÀ D'ONCOLOGIA. Junio de 2004. Óp. Cit. Pág. 4

2. CONTEXTO GENERAL Y ESPECÍFICO QUE ENMARCARON LA EXPERIENCIA DE INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA DEL ESE-HUS.

2.1 SITUACIÓN DEL CÁNCER EN COLOMBIA

Se evidencia en Colombia que a la par con enfermedades cardiovasculares y la violencia, el cáncer se ha convertido en unas de las causas más importantes de muerte en el país, como resultado de aspectos diversos como la transición demográfica y epidemiológica, sumado a los inadecuados estilos de vida y nuevos patrones nutricionales.

Actualmente, las muertes originadas por tumores representan:

“casi el 15% de todas las muertes en el país (para una tasa de 65/100.000 personas – año de exposición-), y es muy probable que el cáncer aumente como causa de muerte, dado los anteriores antecedentes y el hecho de que otras causas que tradicionalmente habían ocupado los primeros lugares, entre las que se citan algunas enfermedades infecciosas, han venido a la baja como resultado de acciones de intervención en la salud pública”²⁵.

En Colombia no se cuenta con un sistema que registre los datos de eventos vitales de manera ágil, oportuna y confiable, sumado a esto, todo el tiempo que ha pasado el país sin la realización de una encuesta demográfica dificulta la búsqueda de información que se base en datos reales y concretos, es decir que la información sea referenciada directamente desde la población, por el contrario las estadísticas en su mayoría se encuentran basadas en proyecciones poblacionales deducidas a partir del último censo realizado en

²⁵ OCHOA, Jaramillo Francisco Luis; MONTOYA, Vélez Liliana Patricia. *Mortalidad por Cáncer en Colombia 2001.* (vía internet) http://www.ces.edu.co/Descargas/Publ_Med_Vol18_2/Cancer.pdf.

Colombia, por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, Dane²⁶.

Por todo lo anterior, es necesario resaltar información y datos alusivos a la situación de salud que se vive en Colombia. El país cuenta con una población aproximada de 45.509.584 habitantes, de los cuales 23.042.924 conforma la población femenina y la masculina se constituye de 22.466.660, datos estimados al año 2010²⁷. De la población referenciada, según una condensación de información realizada por la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Protección Social de Colombia y el Instituto Nacional de Salud, compensado en el documento "*Indicadores Básicos 2010. Situación de Salud en Colombia*"; la vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para el 2009 fue la siguiente:

- Población afiliada al Régimen Subsidiado: Aproximadamente 23.882.314 habitantes, es decir el 53.10% del total de la población.
- Régimen Contributivo: el total de personas vinculadas a este régimen fue de 18.062.855 habitantes, con un porcentaje del 40.16% del total de la población.
- Número de personas NO afiliadas al SGSSS: del total de la población el 4.44%, es decir 1.995.192 personas no se encuentra vinculadas a ningún régimen de salud en Colombia, a finales del año 2009.

Estos datos se pueden observar en la siguiente tabla, en la cual se resalta que la población total que se usó de referente para la deducción de estas cifras fue de 44.978.832, y fue una proyección realizada por el Dane en el 2009.

²⁶ EI DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS, DANE; luego de realizar el censo del año 2005, el último que se hizo en Colombia, desarrollo una serie de proyecciones a partir de uso del método de los componentes a nivel Nacional y Departamental por sexo y edad del periodo 2005-2020. Esto se realiza para realizar proyecciones hasta el momento en que se considere se debe realizar otro censo y así poder generar los datos y cifras que se condensan en documentos como el de "indicadores Básicos 2010. Situación de Salud en Colombia.

²⁷ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA, INSTITUTO NACIONAL DE SALUD: "*Indicadores Básicos 2010. Situación de Salud en Colombia*". Disponible en Internet: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Indicadores%20B%C3%A1sicos%202010.pdf>

Tabla No. 1 Vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud en el 2009.

VINCULACION AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN EL 2009			
REGIMEN DE AFILIACIÓN	TOTAL PERSONAS	PROPORCIÓN POBLACIONAL	COBERTURA POBLACION POTENCIAL
Régimen subsidiado (a noviembre 30 de 2009) ⁽¹¹⁾	23.882.314	53,10%	84,29%
Régimen contributivo (a noviembre 30 de 2009) ⁽¹²⁾	18.062.855	40,16%	86,20%
Régimen de excepción (fuerzas militares, magisterio, Ecopetrol, policía nacional) ⁽¹³⁾	1.038.471	2,31%	NA
Número de personas no afiliadas al SGSSS ⁽¹⁵⁾	1.995.192	4,44%	NA
Población total referente (proyección 2009) ⁽¹³⁾	44.978.832	100%	88,80%
Cobertura de afiliación al Sistema General de Riesgos Profesionales a agosto de 2009 ⁽¹⁴⁾	6.707.433	14,91%	NA

Fuente: Documento: Indicadores Básicos 2010. Situación de Salud en Colombia.

Del total de la población referenciada (44.978.832) el 95.57% de la población a finales del 2009²⁸ debió tener definida su situación con el SGSSS, incluyendo el régimen especial, es decir, debían estar afiliados al Régimen Subsidiado o Contributivo o no estarlo, o pertenecer al régimen especial (militares, magisterio, entre otros).

Con lo anterior no se puede apreciar la realidad de la cobertura en salud en Colombia actualmente, estos son datos institucionales que aplicados o evidenciados en la realidad pueden no ser verídicos, es decir, según las proyecciones y estadísticas mencionadas el 95% de la población al 2009, debían pertenecer a algún régimen de salud en Colombia, incluyendo el régimen especial; confrontar esta información con la realidad puede demostrar que (es posible) la cantidad de población afiliada sea menor a la mencionada.

Por su parte, y para el caso del departamento de Santander, las estadísticas estimadas y proyectadas por el Dane, recopiladas en el documento "*Indicadores Básicos 2010. Situación de Salud en Colombia*"; refieren que

²⁸ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA, INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. 2010. Tabla Vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud en el 2009.

Santander para el año 2010²⁹ debía contar con un total de población de 2.010.393 habitantes, los cuales entre hombres y mujeres eran 992.972 y 1.012.421 personas respectivamente. En cuanto a la vinculación al SGSSS, las personas que debían encontrarse afiliadas (para el 2010³⁰) al Régimen Contributivo debían ser 901.886 habitantes y al Régimen Subsidiado 1.106.034 personas. Lo anterior, refleja que del total de la población en Santander para el 2010, 2.007.920 personas debían tener acceso al SGSSS, mientras que 2.473 personas no se encontrarían registradas en ningún tipo de régimen de salud.

La consideración de la información anterior es de vital importancia puesto que el acceso al sistema de asistencia en salud es un factor muy importante, que podría llegar a determinar la resolución de un padecimiento como el cáncer, al igual que define la forma en que se accede a los diferentes tratamientos y formas de intervenir esta enfermedad. En el marco contextual de esta intervención en la Unidad de Oncología del ESE-HUS, la mayor parte de la población pertenece al régimen subsidiado puesto que el Hospital pertenece al sector público y su principal población de intervención es la población vulnerable del país. Al respecto conviene decir que, el hecho de pertenecer al régimen subsidiado y hacer parte de la población vulnerable en Colombia, se ha convertido en una desventaja para el desarrollo y bienestar de la población, debido a la conversión de la salud y la satisfacción de necesidades básicas como un negocio donde los resultados deben ser rentables más a nivel económico que social.

Evidenciada la situación del aseguramiento en salud en Colombia de forma general y con la información disponible, a continuación se proseguirá con la exploración de estadísticas, en este caso las relacionadas con el cáncer, tipos de cáncer de mayor incidencia y algunas tasas de mortalidad frente a esta enfermedad.

²⁹ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA, INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. 2010. Tabla Distribución de la Población por sexo y zona, según departamentos y distritos, Colombia. 2010.

³⁰ *Ibíd.*

El cáncer fue la tercera causa de muerte en Colombia para el periodo 2002-2006³¹. Aunque estudiar la mortalidad resulta útil en la generación de estadísticas de defunción por cáncer, también es necesario estimar los casos incidentes, debido a que se puede por medio de estos, monitorear los resultados de los programas de salud y así planear mejor la oferta de servicios oncológicos.

“Para el periodo 2002-2006 se estimaron 70.887 casos anuales nuevos de cáncer en Colombia: 32.316 en hombres y 38.571 en mujeres. En los hombres, la tasa de incidencia ajustada por edad (TIAE) para todos los cánceres excepto piel fue de 186,6. En las mujeres, la TIAE para todos los cánceres excepto piel fue de 196,9. Las cuatro localizaciones que mostraron tasas ajustadas de incidencia mas altas en hombres fueron, en orden decreciente: próstata, estomago, pulmón, colon, recto y ano, mientras que en mujeres las cuatro localizaciones con mayores tasas ajustadas de incidencia fueron mama, cuello del útero, tiroides y estomago. En el Distrito Capital y en los departamentos de Antioquia, Cundinamarca, Valle del Cauca y Santander se estimaron 39.485 casos nuevos anuales, lo que corresponde a un 55.7% del total de casos nuevos estimados para el país. Los departamentos que mostraron tasas ajustadas de incidencia mas altas entre hombres para todos los cánceres (exceptuando piel de tipo no melanoma³²) fueron, en orden decreciente: Risaralda, Antioquia, Valle del Cauca y Quindío.

³¹ PARDO, Ramos. Constanza; CENDALES, Duarte. Ricardo. *Incidencia estimada y mortalidad por cáncer en Colombia, 2002-2006*. Bogotá, Colombia. 2010. Pág. 16. Disponible en Internet: <http://www.cancer.gov.co/admin/documentos/Libros/Introducci%C3%B3n.pdf>

³² El cáncer de piel no melanoma es el mas común entre la población blanca del mundo. Este tipo de cáncer es una enfermedad que se considera de poca importancia puesto que la proporción de curabilidad es muy grande, oscila entre el 96 y 99%, es decir es tratable y curable. Las tasas de mortalidad de este tipo de cáncer no son muy altas, por lo tanto la importancia y estimación de datos y referencia de los mismos es muy poca, por ende su consideración como un tipo de cáncer es mas por su composición que por el resultado o evolución de esta enfermedad.

Los departamentos que mostraron mayores tasas ajustadas de incidencia entre mujeres para todos los cánceres (exceptuando piel de tipo no melanoma) fueron, en orden decreciente: Caldas, Quindío, Risaralda y Valle del Cauca³³”.

En cuanto a la mortalidad en este periodo (2002-2006), se registraron 147.865 muertes por cáncer en Colombia: 72.529 en hombres y 75.336 en mujeres. En hombres, la tasa de mortalidad ajustada por edad (TMAE) para todos los tipos de cáncer excepto de piel fue de 84.4. En mujeres, TMAE para todos los tipos de cáncer excepto de piel fue de 77.2. Los tipos de cáncer con mayor número de muertes registradas en hombres fueron, en orden decreciente: estómago, próstata, pulmón y colon, recto y ano. En mujeres, los cuatro tipos de cáncer con mayor número de muertes registradas fueron cuello del útero, mama, estómago y pulmón.

En Colombia, para el año 2008 comparado con el periodo 2002-2006, las cifras estimadas de incidencia y mortalidad por cáncer en hombres y en mujeres, se pueden observar en las siguientes tablas:

³³ PARDO, Ramos. Constanza; CENDALES, Duarte. Ricardo. *Incidencia estimada y mortalidad por cáncer en Colombia*, Pág. 22. Óp. Cit.

Tabla No. 2. Cifras estimadas de incidencia y mortalidad por cáncer en Colombia, según Globocan 2002, Globocan 2008 y estimaciones locales 2002-2006, en hombres.

Localización	Globocan 2002				Globocan 2008				Estimaciones 2002-2006					
	Casos estimados anuales	Tasa cruda de incidencia anual	Muertes observadas anuales	Tasa cruda de mortalidad anual	Casos estimados anuales	Tasa cruda de incidencia anual	Muertes observadas anuales	Tasa cruda de mortalidad anual	Casos estimados anuales	Tasa cruda de incidencia anual	Muertes observadas anuales	Tasa cruda de mortalidad anual	Muertes corregidas anuales	Tasa cruda corregida de mortalidad anual
Cavidad oral	942	4,4	403	1,9	740	3,3	317	1,4	768	3,7	294	1,4	373	1,8
Esófago	660	3,1	654	3,0	549	2,5	507	2,3	663	3,2	441	2,1	558	2,7
Estómago	5.159	24,1	3.929	18,3	3.959	17,9	3.008	13,6	4.512	21,6	2.624	12,5	3.321	15,9
Colon y recto	1.749	8,2	1.071	5,0	1.832	8,3	1.104	5,0	2.055	9,8	906	4,3	1.147	5,5
Hígado	476	2,2	1.091	5,1	430	1,9	859	3,9	518	2,5	747	3,6	944	4,5
Páncreas	635	3,0	641	3,0	525	2,4	562	2,5	533	2,5	468	2,2	593	2,8
Laringe	937	4,4	525	2,5	774	3,5	373	1,7	876	4,2	327	1,6	415	2,0
Pulmón	2.801	13,1	2.781	13,0	2.697	12,2	2.524	11,4	3.044	14,6	2.127	10,2	2.692	12,9
Melanoma de la piel	307	1,4	94	0,4	380	1,7	105	0,5	731	3,5	87	0,4	111	0,5
Próstata	6.457	30,1	2.885	13,5	6.521	29,4	2.482	11,2	7.957	38,1	2.179	10,4	2.760	13,2
Testículo	551	2,6	102	0,5	403	1,8	82	0,4	395	1,9	76	0,4	96	0,5
Riñón	554	2,6	242	1,1	423	1,9	225	1,0	521	2,5	191	0,9	243	1,2
Vejiga	891	4,2	274	1,3	862	3,9	275	1,2	758	3,6	228	1,1	289	1,4
Encéfalo, SNC	1.022	4,8	714	3,3	806	3,6	583	2,6	974	4,7	512	2,4	648	3,1
Tiroides	345	1,6	77	0,4	179	0,8	70	0,3	140	0,7	57	0,3	72	0,3
Linfoma Hodgkin	396	1,9	126	0,6	282	1,3	92	0,4	630	3,0	100	0,5	128	0,6
Linfoma no Hodgkin	1.129	5,3	567	2,6	1.297	5,9	548	2,5	1.584	7,6	451	2,2	571	2,7
Leucemia	1.616	7,5	1.198	5,6	1.114	5,0	839	3,8	1.331	6,4	781	3,7	989	4,7
Todos los cánceres excepto piel	32.102	149,7	20.441	95,3	27.597	124,5	16.674	75,2	32.316	154,5	14.506	69,4	18.369	87,8

*SNC: Sistema Nervioso Central
Tasas crudas por 100.000 habitantes

Fuente: Instituto Nacional de Cancerología. Incidencia estimada y mortalidad por cáncer en Colombia 2002-2006.

En la tabla se puede observar, que los cuatro tipos de cáncer de mayor incidencia en los hombres (como se menciona anteriormente) son: próstata, estómago, pulmón, colon y recto.

En las estimaciones realizadas para el periodo 2002-2006 y para el 2008, los cuatro tipos de cáncer ya referenciados, muestran unas tasas de incidencia y

de mortalidad de 21.6 para el cáncer de estómago con un total de 4.512 casos estimados anuales, para el 2008, esta tasa estimada fue de 17.9 con un registro de 3.959 casos observados anualmente. En cuanto al cáncer de próstata, la tasa de incidencia para el periodo 2002-2006 y para el año 2008, fueron respectivamente de 38.1 y 29.4, donde se evidenciaron aproximadamente 7.000 casos estimados anualmente de este tipo de cáncer.

El tipo de cáncer que más se presenta en hombres es el de próstata y el tipo de cáncer que más muertes causa es el de estómago con una tasa de mortalidad para el periodo 2002-2006 y 2008 de 15.9 y 13.6, respectivamente. Por su parte el tipo de cáncer de menor incidencia y menor tasa de mortalidad de acuerdo a los años previstos fue el de tiroides con una tasa de incidencia de 0.7 y 0.8, para el período 2002-2006 y 2008 respectivamente, por lo tanto fue el que menor número de muertes registró en estos años, donde para el 2008 solo registro 70 muertes a causa de esta patología.

En general, en los hombres se presentan 27.597 casos anuales de diagnósticos de cáncer (reportados) con una tasa de mortalidad del 75.2, de estos casos estimados al año (datos del 2008).

Tabla No. 3. Cifras estimadas de incidencia y mortalidad por cáncer en Colombia según Globocan 2002, Globocan 2008 y estimaciones locales 2002-2006, en mujeres.

Localización	Globocan 2002				Globocan 2008				Estimaciones 2002-2006					
	Casos estimados anuales	Tasa cruda de incidencia anual	Muertes observadas anuales	Tasa cruda de mortalidad anual	Casos estimados anuales	Tasa cruda de incidencia anual	Muertes observadas anuales	Tasa cruda de mortalidad anual	Casos estimados anuales	Tasa cruda de incidencia anual	Muertes observadas anuales	Tasa cruda de mortalidad anual	Muertes corregidas anuales	Tasa cruda corregida de mortalidad anual
Cavidad oral	660	3,0	306	1,4	555	2,5	231	1,0	798	3,7	192	0,9	244	1,1
Esófago	367	1,7	365	1,7	275	1,2	254	1,1	445	2,1	227	1,1	287	1,3
Estómago	3.520	16,0	2.701	12,3	2.679	11,7	2.065	9,0	3.003	14,0	1.780	8,3	2.254	10,5
Colon y recto	2.546	11,6	1.324	6,0	2.275	10,0	1.284	5,6	2.389	11,1	1.107	5,2	1.402	6,5
Hígado	527	2,4	1.213	5,5	487	2,1	979	4,3	646	3,0	858	4,0	1.087	5,1
Páncreas	764	3,5	765	3,5	605	2,6	651	2,8	743	3,5	546	2,5	691	3,2
Laringe	338	1,5	197	0,9	130	0,6	111	0,5	183	0,9	100	0,5	127	0,6
Pulmón	1.714	7,8	1.704	7,8	1.772	7,8	1.656	7,2	1.983	9,2	1.372	6,4	1.737	8,1
Melanoma de la piel	582	2,6	109	0,5	475	2,1	110	0,5	892	4,2	89	0,4	113	0,5
Mama de la mujer	5.526	25,1	2.253	10,2	6.655	29,1	2.120	9,3	6.999	32,6	1.826	8,5	2.311	10,8
Cuello del útero	6.815	31,0	3.296	15,0	4.736	20,7	2.154	9,4	5.603	26,1	1.950	9,1	2.469	11,5
Cuerpo del útero	1.114	5,1	260	1,2	629	2,8	163	0,7	741	3,5	168	0,8	213	1,0
Ovario y anexos	1.878	8,5	729	3,3	1.457	6,4	730	3,2	1.691	7,9	596	2,8	755	3,5
Riñón	496	2,3	199	0,9	385	1,7	166	0,7	491	2,3	148	0,7	189	0,9
Vejiga	553	2,5	164	0,8	408	1,8	156	0,7	452	2,1	130	0,6	165	0,8
Encéfalo, SNC	808	3,7	584	2,7	685	3,0	505	2,2	851	4,0	439	2,0	556	2,6
Tiroides	1.347	6,1	167	0,8	1.821	8,0	175	0,8	3.442	16,0	143	0,7	182	0,8
Linfoma Hodgkin	293	1,3	84	0,4	213	0,9	75	0,3	297	1,4	75	0,4	96	0,4
Linfoma no Hodgkin	824	3,8	429	2,0	1.012	4,4	438	1,9	1.218	5,7	355	1,7	450	2,1
Leucemia	1.433	6,5	1.059	4,8	959	4,2	721	3,2	1.174	5,5	667	3,1	845	3,9
Todos los cánceres excepto piel	38.648	175,7	21.609	98,3	30.937	135,4	17.342	75,9	38.571	179,8	15.067	70,2	19.082	88,9

*SNC: Sistema Nervioso Central
Tasas crudas por 100.000 habitantes

Fuente: Instituto Nacional de Cancerología. Incidencia estimada y mortalidad por cáncer en Colombia 2002-2006.

Se puede observar en la tabla y; para el caso de las mujeres el tipo de cáncer que se presenta con más frecuencia es: El cáncer de mama, con una tasa de incidencia de 29.1%, con un total de 6.655 mujeres con este diagnóstico. El cáncer de mama provoca el 9.3% de muertes en las mujeres colombianas al año (datos hasta el año 2008). Para las estimaciones en el período 2002-2006, las tasas de incidencia y mortalidad para este tipo de cáncer fueron 32.6 y 10.8, respectivamente. Es decir con las proyecciones realizadas para el año 2008 se esperaba que las tasas disminuyeran, pero al no contar con un sistema que registre de forma inmediata este tipo de eventos determinar si disminuyeron es muy complejo.

Seguido, el cáncer de cuello uterino con un estimado de 4.736 (20.7) casos de mujeres con esta enfermedad, provocando que el 9.4% de las mujeres diagnosticadas con esta patología fallezcan por esta circunstancia. Para el período 2002-2006 el estimado de la tasa de incidencia es de 26.1 y para la tasa de mortalidad es 11.5; lo anterior también demuestra que si bien el cáncer de mama es el cáncer que más se presenta en las mujeres, el riesgo de muerte por esta razón es menor si se detecta a tiempo y es afrontado con los tratamientos indicados puede ampliar la sobrevivencia de una mujer, evitando que fallezca tan pronto como suele ocurrir con el cáncer de cuello uterino, puesto que en este tipo de cáncer sus síntomas no son tan notorios y generalmente se diagnostica en una fase muy avanzada lo que se convierte en un factor de riesgo para la esperanza de vida y recuperación de la mujer.

También se observa que el cáncer de estómago y de colon y recto, son los otros tipos de cáncer que se diagnostican con más frecuencia en las mujeres, con tasas de incidencia del 14.0 y 11.1; con una tasa de mortalidad del y 10.5 y 6.5 periodo 2002-2006 y 2008, respectivamente.

El tipo de cáncer de menor incidencia y mortalidad entre las mujeres para el año 2008 fue el cáncer de laringe con una tasa de incidencia del 0.6, con un registro de 11 muertes anuales a causa de este tipo de cáncer.

En general, entre las mujeres se presentan 30.937 casos de diagnósticos de cáncer reportados con una tasa de mortalidad del 75.9% al año (datos al 2008).

La incidencia y mortalidad del cáncer en Colombia, no ha tenido cambios considerables, es decir, sus tasas se han mantenido en el transcurrir del tiempo, se podría afirmar entonces, que los programas o las medidas de prevención y promoción desarrolladas a nivel nacional sobre la detección temprana y tratamiento de estas patologías no han tenido el impacto esperado; como también se podría decir que hay nuevos determinantes o factores que influyen en la salud que están afectando de forma diferente a las personas haciéndolas mas vulnerables y exponiéndolas a factores de riesgo de contraer cualquiera de estos tipos de cáncer. Cabe resaltar igualmente que en la mortalidad del cáncer, no interviene solamente el riesgo de padecer la enfermedad, sino también el pronóstico al que se enfrente una persona frente a este padecimiento.

A continuación, se referencia la incidencia estimada de cáncer, tanto en hombres como en mujeres en el departamento de Santander:

Tabla No. 4. Incidencia estimada de cáncer, según localización, hombres, Santander, 2002-2006.

Localización	Incidencia estimada		
	Casos anuales	Tasa cruda anual	TAE anual
Labios, cavidad oral y faringe	59	6,1	7,1
Esófago	48	5,0	5,8
Estómago	245	25,5	29,8
Colon, recto y ano	108	11,2	13,0
Hígado	30	3,1	3,6
Vesícula biliar	28	2,9	3,3
Páncreas	26	2,7	3,2
Laringe	48	5,0	6,1
Tráquea, bronquios y pulmón	125	13,0	15,3
Melanoma de la piel	21	2,2	2,6
Próstata	390	40,6	47,5
Testículo	23	2,4	2,3
Riñón	22	2,3	2,7
Vejiga	45	4,7	5,4
Encéfalo y otros del sistema nervioso central	55	5,7	6,0
Tiroides	12	1,2	1,3
Linfomas Hodgkin	45	4,7	4,7
Linfomas no Hodgkin	87	9,1	10,1
Leucemias	78	8,1	8,5
Otros sitios y los no especificados	212	22,1	24,7
Todos los cánceres excepto piel	1.707	177,6	203,1

TAE: tasa ajustada por edad

Fuente: Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer, INC.

Fuente: Instituto Nacional de Cancerología. Incidencia estimada y mortalidad por cáncer en Colombia 2002-2006.

En Santander, el tipo de cáncer que prevalece en los hombres sigue siendo el de próstata (como sucede a nivel nacional) con un registro de casos anuales de 390 diagnósticos de este cáncer. Seguido del de estómago con 245 casos reportados y el tipo de Cáncer en otros sitios y los no especificados registran 212 casos.

El número de casos registrados de Cáncer en Santander (excepto el de piel) al año, es de 1.707 casos con una tasa de incidencia del 177.6%.

Tabla No. 5. Incidencia estimada de cáncer, según localización, mujeres, Santander, 2002-2006.

Localización	Incidencia estimada		
	Casos anuales	Tasa cruda anual	TAE anual
Labios, cavidad oral y faringe	38	3,8	3,9
Esófago	19	1,9	2,0
Estómago	161	16,3	16,3
Colon, recto y ano	127	12,9	13,1
Hígado	36	3,6	3,7
Vesícula biliar	48	4,9	4,9
Páncreas	34	3,4	3,4
Laringe	7	0,7	0,7
Tráquea, bronquios y pulmón	87	8,8	9,0
Melanoma de la piel	51	5,2	5,3
Mama de la mujer	358	36,3	38,4
Cuello del útero	244	24,7	25,9
Cuerpo del útero	54	5,5	5,9
Ovario y otros anexos	82	8,3	8,7
Riñón	24	2,4	2,6
Vejiga	21	2,1	2,1
Encéfalo y otros del sistema nervioso central	49	5,0	5,0
Tiroides	164	16,6	18,0
Linfomas Hodgkin	15	1,5	1,5
Linfomas no Hodgkin	50	5,1	5,3
Leucemias	65	6,6	6,6
Otros sitios y los no especificados	167	16,9	17,1
Todos los cánceres excepto piel	1.901	192,6	199,3

TAE: tasa ajustada por edad

Fuente: Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer, INC.

Fuente: Instituto Nacional de Cancerología. Incidencia estimada y mortalidad por cáncer en Colombia 2002-2006.

En cuanto a las mujeres el Cáncer de mama sigue siendo el que más afecta y el que registra el número más alto de casos, 358. Por su parte el cáncer de cuello uterino registra 244 casos de mujeres diagnosticadas con esta patología al año. Seguido del cáncer de tiroides con 164 casos; el cáncer de colon recto y ano que reportan 127 casos.

En Santander 1.901 mujeres son reportadas al año con algún tipo de cáncer, su tasa de incidencia es entonces de 192%.

Por último, para el caso del Hospital Universitario de Santander, no se encuentra un registro sólido, consolidado y actual de datos sobre morbilidad y mortalidad por cáncer, pero si se cuenta con un registro de los nuevos casos presentados en la Unidad para el año 2010.

Tabla 6. Consolidado de casos nuevos presentados en la Unidad de Oncología y Radioterapia ESE-HUS. 2010.

TIPO DE CANCER	Número de casos nuevos Enero-Junio	Número de casos nuevos Julio-Septiembre	TOTAL
Carcinoma de Mama	44	7	54
Cérvix	25	10	35
Estomago	15	15	30
Laringe	6	1	7
Melanoma (piel)	8	3	11
Ovario	5	3	8
Piel	40	11	51
Próstata	5	0	5
Pulmón	15	9	24
Recto	12	5	17
Unión gastroesofágica	5	0	5

Fuente: Informe de Oncología a la subgerencia de alto costo, Consolidado de casos nuevos 2010. Unidad de Oncología y Radioterapia ESE-HUS.

En esta tabla se puede observar que los tipos de cáncer que se registran con más frecuencia en la Unidad de Oncología y Radioterapia del E.S.E HUS son:

el carcinoma de mama con un registro de 54 casos entre los meses de enero y septiembre del 2010. Luego el cáncer de cérvix y de estómago con registro de 35 y 30 casos respectivamente. El cáncer de piel y el de pulmón reportaron 51 y 24 casos para los meses estudiados, respectivamente. Se puede mencionar también que en este periodo de tiempo el total de personas diagnosticadas y que acudieron a la Unidad con una patología confirmatoria de cáncer fueron 247 personas.

La evolución, tratamiento y fallecimiento de las personas por estas patologías, depende en gran medida de la disposición del paciente, de las barreras de acceso al sistema, que se convierte en el principal obstáculo y determinante del desarrollo de la enfermedad; y de la fase en la que se encuentre el cáncer.

De igual forma y a pesar de la legislación existente frente a esta problemática de salud, aun en la práctica no se observa una aplicación de la misma que se refleje en la mejoría del bienestar y calidad de vida de la población afectada por esta situación.

2.2 BREVE ACERCAMIENTO A LAS POLÍTICAS SOCIALES QUE GIRAN ALREDEDOR DE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER.

En Colombia con el aumento en las tasas de incidencia y mortalidad, el cáncer se ha convertido en un problema de salud pública, que con el pasar de las décadas sigue aumentando. Esta situación ha generado un impacto social y económico grave, dado que anualmente están falleciendo alrededor de 28 mil hombres y mujeres por esta enfermedad, debido a que la mayoría de los casos se diagnostican cuando la enfermedad se encuentra ya muy avanzada y las posibilidades de recuperación y de que el tratamiento funcione (rehabilite) son escasas.

Es así que en la literatura (textos, normas, pactos internacionales como nacionales) sobre la prevención del cáncer se encuentran similitudes en cuanto a los lineamientos de intervención que se pretenden aplicar y, que igualmente persiguen el mismo fin: generar un impacto en la disminución de diagnósticos de cáncer, promoviendo el bienestar y mejoramiento de la calidad de vida de la población, partiendo de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, como parte de un modelo de intervención: Educación para la Salud, centrado en la modificación de comportamientos, fortalecimiento de factores protectores, fomento del autocuidado y disminución de factores de riesgo que exponen a la población.

De igual forma, el planteamiento normativo (que existe a nivel internacional y nacional), pretende abordar una serie de elementos fundamentales en la prevención del cáncer: la cobertura y calidad en los servicios de atención en salud, tamizaje, detección temprana, disponibilidad de diagnóstico, tratamiento y seguimiento viables y asequibles para una eficiente implementación y desarrollo de programas (de prevención y promoción) planteados y/o ejecutados en los servicios de salud.

A continuación se mencionará la normatividad colombiana que hace referencia a la prevención e intervención de la problemática en salud de relevancia en este documento, el cáncer. Se abordará inicialmente partiendo de las normas a nivel general para concluir con lo específico en el país y su SGSSS.

Para empezar es necesario como primer punto de referencia, la Carta Magna de Colombia (la Constitución Política) como el principal rector de intervención de las diferentes entidades y organismos que constituyen el país.

La Constitución Política de Colombia, define la garantía de los derechos y deberes, y la participación de todos/as en las decisiones que los afectan, como fines esenciales del Estado³⁴. Igualmente, plantea que todas las personas

³⁴ Constitución Política de Colombia (C.P.C). Art. 2

nacen libres e iguales ante la ley³⁵, por lo tanto deben recibir la misma protección y trato de las autoridades, gozan de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ningún tipo de discriminación; es decir que sin importar las condiciones en las que un individuo o comunidad se encuentre, el estado esta en la obligación de garantizar a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social³⁶.

La Constitución también señala como responsabilidades del estado la satisfacción de las necesidades insatisfechas, entre ellas la salud (ya mencionada), la cual debe prestarse conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, por considerarse un servicio público de carácter obligatorio a cargo del Estado. Las premisas de la salud y el Sistema de Salud en Colombia, se encuentran consignadas en los artículos 44, 47, 48 49 y 50, otras consideraciones relacionadas con la salud se pueden encontrar en los artículos 11 –derecho inviolable a la vida- y el artículo 366, el cual señala como finalidad del estado el bienestar y el mejoramiento de la calidad de vida de la población, a partir de la satisfacción de necesidades como salud, educación, saneamiento ambiental y agua potable. Por esta razón la asignación del gasto público en los presupuestos de la nación estará por encima de cualquier otra asignación.

El derecho a la Seguridad Social, esta contenido dentro de los derechos, sociales, económicos y culturales, no como un derecho fundamental, lo que condiciona su prestación y funcionamiento, sino como un servicio público que requiere de normas – procedimentales y presupuestales- que definen la organización, inversión y gastos de las entidades encargadas de ofrecer servicios de salud a la población. El artículo 49 de la Constitución resume todo lo referente a la salud y el saneamiento ambiental descrito anteriormente, de la siguiente manera:

³⁵ C.P.C. Art. 13

³⁶ C.P.C. Art. 48

Artículo 49. La atención de salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

En 1993 y partiendo de lo expuesto en la Constitución, el Congreso de la Republica de Colombia, en uso de sus facultades decreta la creación del Sistema de Seguridad Social integral, que conllevó a la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que remplazó al sistema nacional de salud y dio lugar a nuevas formas de relación entre los individuos y las instituciones prestadoras de servicios de salud.

La ley 100 de 1993, “es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que dispone la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la Sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio

nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad³⁷.

Con la creación del SGSSS, se establecen unos nuevos parámetros en el acceso a la atención en salud. Se divide a los participantes del sistema de seguridad social en afiliados y vinculados. Entre los afiliados, se encuentran las personas que pertenecen al régimen contributivo (personas con capacidad de pago) y al régimen subsidiado (personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización). El otro tipo de participantes, los vinculados, son aquellas personas que por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado tienen derecho a los servicios de atención en salud que prestan las instituciones públicas y aquellas que tengan contrato con el Estado; como por ejemplo las personas en situación de desplazamiento.

En los artículos 162 y 165 de la ley 100 de 1993 se definen el plan obligatorio de salud (POS) y el plan de atención básica (PAB) que complementa las acciones previstas por el POS. Éste es *“un plan de beneficios que bajo la modalidad de seguros de salud garantiza un conjunto de servicios de salud y prestaciones económicas a los que tienen derecho las personas que se afilian al SGSSS³⁸”*, el PAB, por su parte, *“es un conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en Salud Pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad³⁹”*, el cual se realiza con participación social donde se tienen en cuenta la capacidad efectiva del ciudadano y sus organizaciones para que influyan en las decisiones que le afectan en especial aquellas que

³⁷ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 100. (23, diciembre, 1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Preámbulo.

³⁸ SERVICIO OCCIDENTAL DE ESALUD (EPS). Plan obligatorio de salud. Disponible en internet:

https://www.sos.com.co/wps/portal!/ut/p/c1/04_SB8K8xLLM9MSSzPy8xBz9CP0os3gDdwNHHz9_f0cLA39DdzdxxBzAwgAykdypsasG8Dk8ev288jPTdUvyl0oBwBonKJN/dl2/d1/L2dJQSEvUUt3QS9ZQnB3LzZfMEcwQUxOT09BODBPMUdGN0hUNzAwMDAwMDA!

³⁹ MINISTERIO DE SALUD. Resolución número 4288 de Noviembre 20 de 1996. Por la cual se define el plan de atención básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) y se dictan otras disposiciones.

contribuyen al desarrollo social y al bienestar humano con base en los principios de equidad, solidaridad y universalidad consagrados en la constitución y en la presente ley. La formulación de estos planes surge de la necesidad de generar una protección integral de las familias y los individuos frente a los diversas situaciones de salud que se puedan presentar (maternidad, enfermedad general, entre otros).

En el marco de los lineamientos de la Seguridad Social en Salud de Colombia, a partir de la ley 1122 de 2007⁴⁰; se plantea que la Salud Pública:

“Esta constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Las acciones se realizaran bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad”.

Igualmente esta ley establece que al Gobierno Nacional le corresponde definir un Plan Nacional de Salud Pública, cada cuatro años que incluya las prioridades, objetivos y estrategias de salud, acordes a los indicadores de la situación de salud.

Del mismo modo que se formula una definición de salud pública, la ley 1122 de 2007 aporta al fortalecimiento de la Salud Pública, otros elementos⁴¹ importantes, que son:

⁴⁰ Igualmente se realizaron reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiamiento, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortaleciendo los programas de salud pública y de las funciones de inspección y vigilancia y control de la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud. COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1122 (9, Enero, 2007). Por la cual se hacen algunas modificaciones en el SGSSS y se dictan otras disposiciones. Art. 1. Objeto.

- Evaluación de todos los actores del SGSSS por resultados en salud
- Cobertura universal de la afiliación del SGSS a todos los colombianos y colombianas
- Afianza y consolida las funciones a cada actor del SGSSS
- Crea el plan Nacional de Salud Publica vinculándolo al Plan Nacional De Desarrollo.
- Reemplaza el Plan de Atención Básica por el Plan de Salud Pública de Intervenciones colectivas.

Como se ha señalado, el cáncer se ha convertido en un problema de salud pública, y por ende ha despertado el interés de instituciones, organizaciones y entidades, en el estudio e intervención de esta problemática. Por lo anterior, el Instituto Nacional de Cancerología (INC), aparte de las publicaciones y desarrollo de modelos conceptuales (que han estructurado) busca orientar y organizar el quehacer y las actividades en torno al control del cáncer en el país y propone un Plan Nacional para el Control del Cáncer 2010-2019, de acuerdo a esos marcos conceptuales y normativos. Esto dio paso a la discusión y creación en el 2006 por el INC de un Modelo para el control del cáncer en Colombia el cual fue definido como:

“El conjunto de actividades que de forma organizada se orienta a disminuir la carga de esta enfermedad en Colombia, mediante la reducción del riesgo para desarrollar los diferentes tipos de cáncer, la reducción del numero de personas que mueren por esta causa y el incremento de la calidad de vida para quienes tienen la enfermedad. El horizonte temporal del Plan es hasta el año 2019, bajo el entendimiento de que el

⁴¹ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL, DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA. *Plan Nacional de Salud Publica: Avances y retos en el fortalecimiento de la Salud Publica en Colombia.* Bogotá, Colombia. Disponible en internet: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/AVANCES%20Y%20RETOS%20EN%20EL%20FORTALECIMIENTO%20DE%20SALUD%20PUBLICA%20EN%20COLOMBIA.pdf>

cáncer se comporta en su historia natural y en el efecto de las intervenciones para su control como una enfermedad crónica, frente a la cual deben proponerse acciones sostenidas en el tiempo con efectos medibles en el corto y mediano plazo, pero definitivamente con impactos que se puedan valorar únicamente en el largo plazo⁴²”.

Para terminar la línea de políticas y normatividad colombiana y como herramienta de respaldo en la creación del Plan de Control del Cáncer desarrollado por el INC y todas las medidas que se formulen para la prevención, promoción, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer, se decreta en el 2010, por el Congreso de Colombia, la Ley 1384 del 19 de Abril de 2010, mas conocida como ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del Cáncer en Colombia.

Debido a que por medio de esta Ley se declaró el cáncer como una enfermedad de interés en salud pública en todo el territorio nacional; las autoridades encargadas de la salud en Colombia, tienen como misión prevenir, detectar a tiempo la enfermedad, ofrecer un tratamiento temprano, oportuno y adecuado a los pacientes que padecen cáncer, lo cual significa que todas las entidades prestadoras de servicios de salud, bien sean privadas o públicas, deben garantizar el acceso a los servicios de la población que padece esta enfermedad. Además, con esta ley se creó un Observatorio Epidemiológico del Cáncer, el cual hace parte del sistema de vigilancia y control en Salud Pública, su misión está encaminada a la realización permanente de encuestas para determinar la prevalencia de factores de riesgo para adquirir cáncer, lo que permite tener una base sólida de material para la definición de acciones en el Plan Nacional de Salud Pública, mas coherente para la intervención de esta problemática de salud.

⁴² MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA. *Plan Nacional para el control del Cáncer en Colombia. 2010-2019. Bogotá, Febrero de 2010.* Disponible en internet: <http://www.cancer.gov.co/documentos/Plannacionalparacontrolcancer/PlanParaControlCancer.pdf>

La anterior normatividad y políticas, sirven como base de intervención en Trabajo Social, en este caso, en la Unidad de Oncología y Radioterapia del ESE-HUS. La ley Sandra Ceballos brinda la base principal de la intervención, pues posiciona los derechos del paciente y sus familiares como privilegiados a la hora de recibir cualquier tipo de atención en salud. Igualmente, contempla la importancia de reconocer que el ser humano se desenvuelve en un entorno que merece y necesita atención por parte de un equipo interdisciplinar de profesionales en salud y ciencias humanas, para brindar las herramientas adecuadas para enfrentar y adaptarse a esta nueva condición de vida, tanto al paciente como a sus familiares y/o cuidadores. Esta intervención parte de la diferenciación de los pacientes como seres únicos, en quienes asumir, aceptar y adaptarse a su situación no ocurre de la misma forma ni cuentan con las mismas habilidades para hacerlo. Es importante la intervención de Trabajo Social en conjunto con Psicología, porque estas dos disciplinas de las ciencias humanas reconocen la importancia del medio en el que se encuentra inmersa una persona, en el desarrollo, tratamiento y resolución de un padecimiento tan complejo como es el cáncer.

El cáncer, es una problemática de salud que requiere de un compromiso real, conjunto y permanente por parte del Gobierno Nacional, las entidades de salud encargadas y de la sociedad en general, con el fin (como ya se mencionó) de plantear medidas a corto y mediano plazo que generen fuertes impactos en la población cuyos resultados sean evidenciados a largo plazo en la disminución de los diagnósticos y muertes a causa de esta enfermedad.

3. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER ESE: GENERALIDADES INSTITUCIONALES

Generalidades del Hospital Universitario de Santander (HUS)

El Hospital Universitario de Santander (ESE HUS), se encuentra ubicado en la carrera 33 No. 28-126 en el municipio de Bucaramanga. Es el Centro de referencia de la Red de Servicios de Salud en Santander, Sur del Cesar, Sur de Bolívar, Norte de Santander y Arauca, para cubrir la demanda de servicios en salud de la población asegurada, tanto de nivel contributivo, subsidiado, como a particulares, de igual forma a los no asegurados, se le prestan servicios de salud como vinculados al sistema. Esta entidad, presta servicios de salud en todos los niveles de atención para diferentes grupos de población de su área de influencia.

Por otra parte, en cuanto a la construcción y creación de esta institución de salud, “según los registros indican que surgió como resultado del crecimiento demográfico y físico en el municipio de Bucaramanga, durante el siglo XX y la regulación urbana”⁴³. Debido a esto, en el departamento se vio la necesidad de crear unos acuerdos de urbanismo, por medio de los cuales se dividió la ciudad en zonas, de forma tal que estas zonas se organizarán para así definir la construcción de centros de salud de acuerdo a la cantidad de población que se encontrara en estas, dando respuesta a la demanda de salud en la ciudad. Para esa época (1945) los Hospitales San Juan de Dios y el Hospital Infantil San Luis, eran los encargados de prestar los servicios de salud a la población bumanguesa.

Con el transcurrir del tiempo, la infraestructura de la ciudad y especialmente del Hospital San Juan de Dios (HSJD), no cumplía con los ideales de diseño e

⁴³ RUEDA, Néstor José. Universidad Santo Tomas. Memoria histórica y nuevos retos del Hospital Ramón González Valencia. Bucaramanga, 2003. Pg. 15. Citado por: Mileydi Bayona Contreras. Informe Final Practica II. Trabajo Social. 2010

innovaciones necesarias para dar respuesta a ciertas urgencias, es decir el HSJD se estaba haciendo viejo para asumir las nuevas demandas de salud y educación que empezaban a presentarse. Debido a lo anterior se plantea, la apertura de un hospital moderno que pudiera suplir las demandas y los nuevos fenómenos que estaban afectando la salud de la población cubriendo las deficiencias del antiguo hospital; esta idea surge en 1951, con la creación de un Hospital Universitario que cubriera no sólo el área de salud sino el área de educación, es decir que abriera un espacio para realizar prácticas profesionales por parte de los y las estudiantes que se estaban formando en esta área. Para esa época no era viable para el gobierno intentar sostener dos hospitales por lo cual se llegó a la decisión de *“entregar todos los bienes como deudas y pagos del HSJD al Hospital Ramón González Valencia (HRGV), para formalizar esta transferencia se hizo necesario la firma del acuerdo No. 15 del 3 de Diciembre de 1973⁴⁴”*. La creación del HRGV se realiza a través de la expedición de un decreto presidencial (decreto No 0793 de 1981), el cual firma el ex presidente Fernando Laureano Gómez. El nombre del Hospital se debe al reconocimiento de las labores y virtudes del señor general Ramón González Valencia⁴⁵, quien también fue presidente de la Republica.

Hay que resaltar que, *“además de constituir centros claves para el diagnóstico y la atención del paciente, los Hospitales Universitarios son el escenario de formación y de construcción del conocimiento sobre la enfermedad”⁴⁶*; que determinan y forman a los y las siguientes profesionales de la salud encargados y encargadas de atender y enfrentar los diferentes retos que en este campo se presentan. Sobresale de igual manera, el trabajo en equipo que se desarrolla en el Hospital, al contar con un grupo de profesionales, estudiantes, y personal capacitado, integrando un equipo interdisciplinar, que

⁴⁴ RUEDA, Néstor José Pg. 19 Óp. Cit.

⁴⁵ Ibíd. Pág. 20

⁴⁶ Villar, Luis Ángel Centeno. Un año después en el ejercicio de la dirección científica universitaria, un balance alentador. Colombia, 2006. Primera edición. Redacción de textos de la oficina de desarrollo institucional. Pág. 5. Citado por: BAYONA, Contreras Mileydi. Informe Final Practica II. Trabajo Social. 2010

comparten y complementan sus diversos conocimientos teóricos con el fin de brindar una atención y/o intervención más integral.

El año 2004 fue crítico para los hospitales públicos en el país: muchos no pudieron mantenerse ni siquiera para sobrevivir y encontrar una pronta respuesta que les permitiera continuar prestando servicios de salud por el contrario fueron remitidos directamente al cierre de todas sus salas. El HRGV, no fue ajeno a esta situación y estuvo varias veces a puertas del cierre de la institución, debido al déficit de deudas por pagar y por cobrar que tenía. Sumado a esto el hospital venía en un proceso de carácter crónico, en el que al final del año referenciado se presentó un balance negativo, donde los egresos de la entidad fueron mayores a los ingresos. La causa mas importante del déficit que se vivía en el hospital en ese momento, fue la no cancelación de la cuenta por atenciones a la población pobre no asegurada, conocidos también como vinculados al sistema, por parte del Estado. Es decir las transferencias que debían realizarse al hospital por parte del gobierno nacional junto con los dineros que transfiere el departamento por rentas cedidas no fueron suficientes para cancelar el valor total de la atención de la población vulnerable.

Ante esta situación en el 2005, se toma la decisión de liquidar el Hospital y gracias al apoyo de las autoridades departamentales, comunidad estudiantil de la Universidad Industrial de Santander (UIS), trabajadores del centro asistencial y público en general, el hospital pudo abogar por una salida ante la crisis, consiguiendo que se reabriera bajo el nombre de Hospital Universitario de Santander (HUS); contando con nuevos representantes, entre los que se destacan: el Departamento de Santander, la Universidad Industrial de Santander y el Hospital Universitario de Santander, cada un de estos entes cuenta con unas obligaciones y funciones definidas para garantizar el mantenimiento del mismo. A la Universidad Industrial de Santander se le encomendó la tarea de generar procesos científico-técnicos a través de los y las practicantes que se vinculaban al Hospital.

Con la nueva administración y roles que entraban a jugar los nuevos representantes del HUS, se definió una nueva estructura organizacional y Objeto Social del hospital en el 2005.

En cuanto a la estructura organizacional actual del Hospital se resalta que cuenta con profesionales capacitados en salud y otras disciplinas, administrativos/as encargados del funcionamiento del mismo y de la atención de la población que acude a éste, en busca de una intervención frente a las diversas problemáticas de salud que los aquejan.

El ESE-HUS está encabezado por la junta directiva, que se encuentra dividida en tres representantes: Estamento político y administrativo, Sector Científico y Comunidad. Para el caso de los Representantes del Estamento Político, este grupo lo conforman: el Gobernador del departamento, el Secretario de Salud de Santander, y por ultimo el Rector de la Universidad Industrial de Santander. El grupo de los Representantes del Sector Científico, lo integran: Representantes del Estamento Científico de la UIS y Representantes de Asociaciones Científicas. Por último el grupo de Representantes de la Comunidad, lo constituyen: Representantes de Gremios de la Producción y Representantes de Asociaciones de Usuarios.

Seguido de esto y según el gráfico que se presenta más adelante, se encuentra el Revisor Fiscal, el Gerente del Hospital, de allí se desprenden las oficinas asesoras y las subgerencias del Hospital. Entre las oficinas asesoras se destacan: Control Interno, Control Interno Disciplinario, Contratación, Jurídica, Calidad y oficina asesora de Desarrollo Institucional.

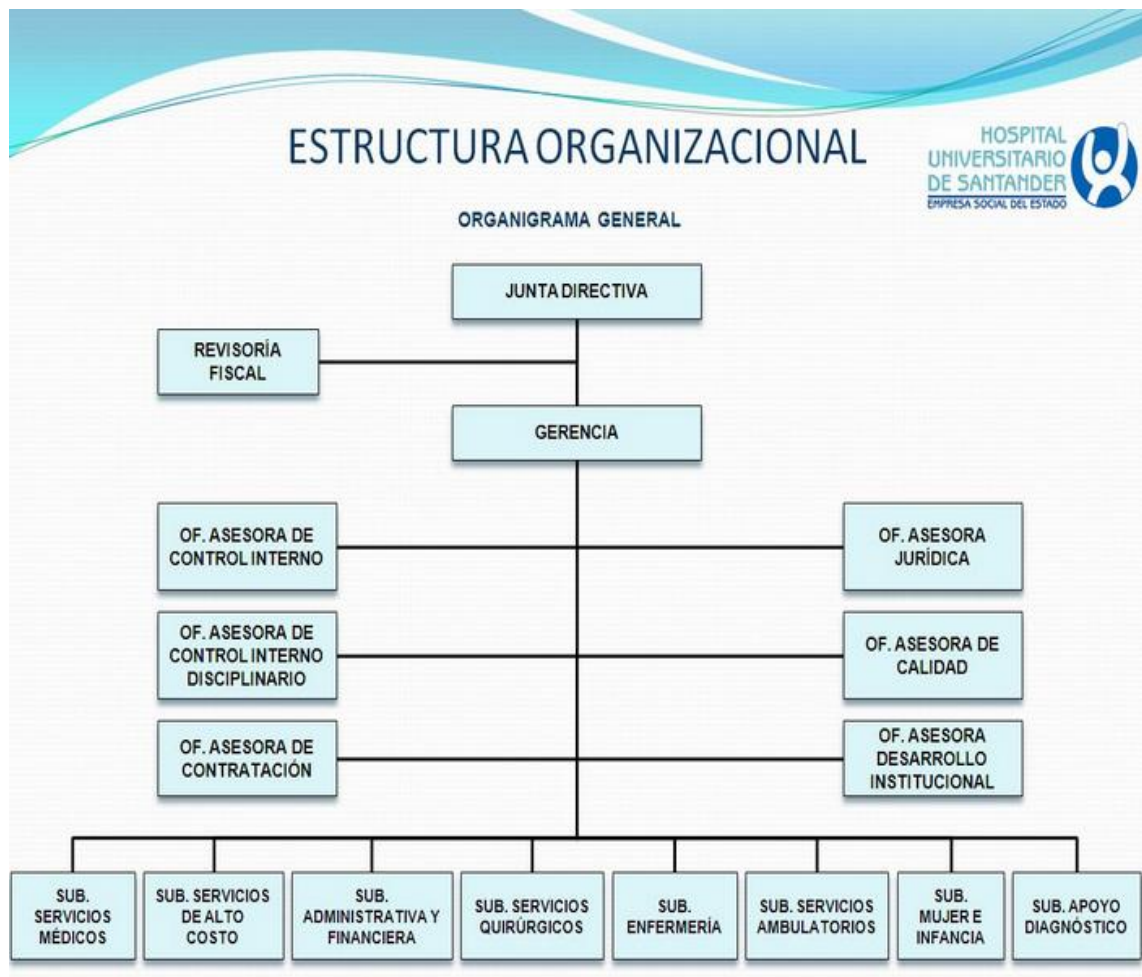
Por su parte, las subgerencias del Hospital son: Subgerencia de Servicios Médicos, Subgerencia Administrativa y Financiera, Subgerencia Servicios Quirúrgicos, Subgerencia de Enfermería, Subgerencia Servicios Ambulatorios, Subgerencia Mujer e Infancia, Subgerencia de Apoyo Diagnóstico, Subgerencia de Servicios de Alto Costo (en esta subgerencia se encuentra ubicada la

práctica de Trabajo Social, Primer Semestre del 2011 de la Universidad Industrial de Santander). Por lo tanto se resalta que en esta subgerencia aparte de la unidad de oncología y radioterapia también se encuentran otras unidades definidas como de alto costo, entre los que se destacan cirugía plástica y quemados, unidad renal, unidad de cuidados intensivos adultos, unidad de cuidados intensivos pediátrica y el programa de VIH/SIDA.

La siguiente es la representación grafica de la estructura organizacional en el ESE-HUS:

Gráfico No. 2. ORGANIGRAMA

Estructura Organizacional ESE-HUS



Tomado de Hospital Universitario de Santander (vía internet: www.hus.gov.co)

Por medio de la definición de una estructura organizacional se precisan los roles de los miembros de la organización, esperando que cada persona asuma un papel y lo cumpla con el mayor rendimiento posible, por esta razón es importante mencionarla y resaltarla, puesto que así se determinan y se evidencian las funciones y niveles jerárquicos en el ESE-HUS. Es decir, la presentación de la estructura organizacional del Hospital sirve como referente para determinar como funciona el hospital y bajo que entidades se encuentran la responsabilidad de tomar decisiones fundamentales, con el fin de conseguir los objetivos para la cual fue constituida la institución.

Por su parte el Objeto Social del Hospital Universitario de Santander (HUS), se encuentra direccionado hacia la prestación de servicios de salud en el nororiente colombiano, amparada esta atención en las leyes colombianas y la jurisdicción departamental, y se define así:

“El objeto de la Empresa Social del Estado - Hospital Universitario de Santander, E.S.E, será la prestación de servicios de salud, entendidos como un servicio público a cargo del departamento y como parte integrante del Sistema de Seguridad Social en Salud⁴⁷”.

Dentro del objeto social del ESE-HUS se contemplan todos los convenios que tiene la entidad con la Facultad de Salud de la UIS, en referencia a los campos de práctica de los y las estudiantes.

Por otra parte, con el propósito de cumplir con el objeto social el HUS cuenta con una infraestructura, tecnología especializada y ofrece servicios en diferentes áreas de la salud para la garantía de la prestación de servicios con calidad, oportunos, efectivos y humanos necesarios para la atención de las diversas condiciones que presentan las personas que acuden a esta entidad.

⁴⁷República de Colombia. Gobernación de Santander. Creación de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander. Decreto 000025 de 2005. Pág. 2

3.1 MODELO DE PLANEACIÓN EN EL ESE-HUS

En el modelo de planeación implementado por el E.S.E HUS, se observan los planes que se han propuesto para la construcción y posicionamiento de la entidad. Se resaltan también, los objetivos y valores corporativos del hospital puesto que brindan herramientas claves para la intervención y el desarrollo de acciones de cualquier disciplina y profesión que haga parte de la institución.

De acuerdo con lo anterior, el Hospital ha demostrado un compromiso firme y fuerte con el mejoramiento continuo en la calidad de la oferta y prestación de sus servicios, en la adecuación permanente de la estructura física y en la continua actualización y especialización de procedimientos, procesos e instrumentos con que cuenta para el desarrollo de su labor en salud; todo esto corresponde al cumplimiento de unos parámetros de calidad establecidos por los entes encargados de acreditar la prestación de los servicios de salud en Colombia.

A continuación se hará mención de los componentes estratégicos institucionales:

Visión

“La Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, será una organización consolidada y líder del sector salud en el Nororiente Colombiano y el modelo de Hospital Público Universitario para el País, mediante la integración de procesos asistenciales y académicos, la administración eficiente con rentabilidad social y viabilidad financiera.”⁴⁸

Misión

⁴⁸Hospital Universitario de Santander E.S.E HUS. Disponible vía internet: http://www.hus.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=14&Itemid=28 (7 de Abril 2011)

“La Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, es una institución pública de orden departamental, prestadora de servicios de salud de mediana y alta complejidad con estándares de calidad; centro de referencia de la salud de servicios, de investigación científica y formación de talento humano en salud.

Sus propósitos están orientados a contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad del Nororiente Colombiano, mediante el trabajo de un equipo humano calificado, con apoyo tecnológico, a través de un proceso administrativo transparente y el compromiso con la academia, apoyado en la investigación y generación de conocimiento.”⁴⁹

Para el cumplimiento de la misión y visión, dentro de la plataforma estratégica el hospital cuenta con unos objetivos y valores corporativos donde se destacan: la responsabilidad social, la calidad del servicio, transparencia, solidaridad, compromiso y profesionalismo, que dirigen las acciones del hospital hacia la prestación de servicios integrales en salud. Su objetivo es satisfacer las necesidades de salud de la población que hace parte del Nororiente colombiano; apoyados en la norma y en una política de mejoramiento continuo, que les garantice un posicionamiento institucional a nivel municipal, departamental y en un futuro, nacional.

Teniendo como base el Portafolio de productos y servicios el ESE-HUS se posiciona como una entidad competitiva, con altos niveles de complejidad (en cuanto a la intervención de las problemáticas de salud) que cuenta con un personal a cargo competente, para garantizar el funcionamiento y mantenimiento de la institución.

⁴⁹ ESE HUS. Vía internet. Óp. Cit.

3.2 TRABAJO SOCIAL EN LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA DEL ESE-HUS

La práctica de Trabajo Social se encuentra ubicada en la Unidad de Oncología y Radioterapia, la cual presta un servicio de atención interdisciplinario, con el fin de realizar una intervención orientada hacia la *“promoción, prevención, determinación del diagnóstico y realización de tratamientos como cirugía, quimioterapia, radioterapia a la población infantil, adulta y adulta mayor con cáncer procedente del departamento de Santander y el Nororiente colombiano”*.⁵⁰

A continuación se hará mención de los componentes estratégicos de la unidad con el fin de vislumbrar el panorama donde desarrolla su labor, Trabajo Social.

Visión

“La Unidad de Oncología y Radioterapia del E.S.E Hospital Universitario de Santander es un servicio de atención multidisciplinaria en Oncología orientada a la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer en la población infantil y adulta, con cáncer procedente del departamento de Santander y el Nororiente Colombiano.

*Para el cumplimiento de este propósito implementa procesos de mejoramiento continuo en infraestructura, recursos disponibles, capacitación, estandarización de procesos, apoyo tecnológico e investigación científica lo que permite la satisfacción de las expectativas y necesidades del usuario y la satisfacción en el cumplimiento del papel de cada una de las personas que laboran en la organización favoreciendo así una atención oportuna individualizada, integral y de calidad”*⁵¹.

⁵⁰ UNIDAD DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA, manual de Proceso Oncología y Radioterapia. Misión y Visión Bucaramanga, Octubre 2008.

⁵¹ Manual de Proceso Oncología y Radioterapia. Octubre 2008. Óp. Cit.

Misión

“La Unidad de Oncología y Radioterapia del E.S.E Hospital Universitario de Santander es un servicio de atención multidisciplinaria en Oncología orientada a la promoción, prevención, determinación del diagnóstico y realización de tratamientos como cirugía, quimioterapia, radioterapia a la población infantil, adulta y adulta mayor con cáncer procedente del departamento de Santander y el Nororiente colombiano. Cuenta con personal comprometido en brindar atención integral e individualizada al usuario y su familia basándose en principios científicos, técnicos, éticos, sociales y humanísticos. A su vez, cuenta con tecnología que responde a la base científica favoreciendo la calidad de los servicios prestados”⁵².

La misión y visión de la unidad dejan entrever el compromiso que tiene con la prestación de una atención integral, de calidad y oportuna a las personas que conviven con cáncer, permitiendo la intervención a nivel biológico, psicológico y social. En este modelo de intervención integral y multidisciplinario al que le apunta la unidad, Trabajo Social en conjunto con Psicología entran a mediar entre las necesidades psicosociales y las afecciones físicas generadas por la enfermedad en las personas que asisten a esta unidad. Esta mediación se debe desarrollar por medio de estrategias coherentes diseñadas desde Trabajo Social (en algunas ocasiones en conjunto con Psicología) a las diferentes realidades de las/los pacientes de la Unidad.

A partir de lo anterior, en la Unidad se definieron unos protocolos de intervención, donde se establecieron los parámetros para el manejo de pacientes ambulatorios y hospitalizados en su tratamiento médico, psicológico y social, al igual que su seguimiento hasta la curación o hasta la etapa terminal de la enfermedad. En el siguiente cuadro se observan las funciones que debe

⁵² Manual de Proceso Oncología y Radioterapia. Octubre 2008. Óp. Cit.

desarrollar Trabajo Social para el manejo de pacientes en la Unidad de Oncología y Radioterapia.

Cuadro 3. Instructivo para el manejo de paciente de la Unidad de Oncología y Radioterapia por Trabajo Social.

Atención Inicial en la Unidad de Oncología y Radioterapia.	En esta actividad, se realiza orientación socio-jurídica, gestión de autorizaciones para pacientes de otros municipios fuera del área metropolitana, atención en crisis y apoyo psicosocioeducativo sobre el tratamiento, posibles consecuencias apoyo y remisión para albergue, según sea el caso de donde provenga el paciente, posteriormente se indaga sobre las condiciones sociales del paciente y se orienta a los servicios prestados en la Unidad.
Capacitación y Formación	Después de la atención inicial, el Trabajador Social debe realizar actividades de capacitación en cuanto a los diferentes tratamientos usados en Oncología para recuperar la salud, o en su defecto mejorar la calidad de vida en la persona enferma de cáncer y su entorno social. De igual manera, se hace Promoción de deberes y derechos, Estilos de Vida Saludables, Tratamientos, Patologías, conformación de grupos de apoyo y otros, hábitos de higiene, manejo del dolor, estrés por enfermedad, aceptación de la enfermedad.
Control	El Trabajador Social debe llevar el Censo de pacientes hospitalizados con diagnóstico Oncológico, y realizar la búsqueda de pacientes no adherentes a los tratamientos oncológicos, con el fin de que vuelvan al mismo.
Seguimiento	En esta actividad el Trabajador Social debe hacerles seguimiento a los pacientes que ingresan a la unidad de Oncología y Radioterapia, con el fin de garantizar la adherencia al respectivo

Fuente: UNIDAD DE ONCOLOGIA Y RADIOTERAPIA, Manual de Proceso Oncología y Radioterapia. Protocolo de intervención de Trabajo Social. (Se encuentra en proceso de aprobación por parte de la Oficina de Calidad del E.S.E HUS)

La intervención realizada por parte de Trabajo Social está dirigida a niños, niñas y adolescentes, a personas adultas y adultas mayores que conviven con cáncer y que su actual sector de residencia se encuentra ubicado en el nororiente colombiano, con el objetivo principal de proporcionar orientación, información y educación de manera oportuna y eficaz, frente a las diversas situaciones que se presentan a partir del momento en que se diagnostica a una persona con esta patología. Las principales orientaciones que debe realizar

Trabajo Social a las/los pacientes de la unidad hacen referencia a los diferentes tipos de procedimientos, tratamientos, trámites que deben realizar para acceder a la atención.

De igual forma y en conjunto con Psicología, Trabajo Social realiza un trabajo de acompañamiento educativo y por ende psicosocial a cada uno de los/las pacientes y sus cuidadores con el fin de contribuir a la aceptación y generación de perspectivas de vida diferentes, que contribuyan a una mejor calidad de vida tanto del paciente como del entorno en el que convive.

Toda la labor que desarrolla Trabajo Social la realiza bajo dos rectores éticos de su intervención: el principal, los Derechos Humanos y sobre todo los consignados en la ley Sandra Ceballos que les concede privilegios en la atención por convivir con una enfermedad ruinosa y catastrófica, como el cáncer. En segundo lugar, desde la profesión se deben formular acciones de intervención de acuerdo a las realidades en las que se encuentre inmersa una persona, esto por el hecho de que el ser humano es único y por lo tanto, la forma de aceptación y afrontamiento de situaciones y eventos adversos es diferente.

Al respecto conviene añadir que, dentro de las funciones que se le asignan a Trabajo Social en la Unidad, las cooperativas y el ESE-HUS, asignan otros deberes como complemento del trabajo específico que deben desarrollar de acuerdo a la ubicación en la que se encuentran en el hospital. De forma general destacan las siguientes:

- Realizar con la Notaria o Registradora los trámites necesarios para reportar menores sin documentación o recién nacidos.
- Realizar un estudio socio-económico a los usuarios que no tiene seguridad social e ingresaron como vinculados (este instrumento fue abolido por la gerencia del Hospital, con el fundamento de que era innecesario y muy poco útil).

- Gestionar con el régimen de salud, contributivo y subsidiado, para la realización de exámenes médicos que no realiza la institución.
- Realizar el seguimiento telefónico de los recursos gestionados como solicitudes de exámenes, procedimientos o materiales con el fin de tener la autorización y conseguir una cita con las entidades prestadoras de servicios.
- Ubicar a los pacientes que tienen o no familia que no pueden hacerse cargo de ellos en hogares destinados para ello.
- Coordinar la remisión de las/los usuarios a otras instituciones.
- Diligenciar ficha de habitante de calle y tramitar la certificación con el funcionario de la respectiva alcaldía.
- Coordinar con el equipo de médicos el diligenciamiento de la ficha epidemiológica de violencia o abuso sexual y maltrato infantil con el fin de remitir a instituciones especializadas.
- Realizar trámites con EPS, subsidiadas o contributivas, para consecución de materiales de osteosíntesis, válvulas de Haklem, catéteres de Mahurkar o cualquier otro elemento de uso de los usuarios.
- Ubicar en hogares de paso a pacientes que requieran continuar tratamientos o a sus familiares que provengan de otros municipios para su albergue.
- Elaborar acta social a pacientes que se encuentran ubicados en instituciones o a usuarios adultos mayores que están en abandono social o no tengan capacidad de pago.
- Realizar acompañamiento y remitir a psicología, brindando asesoría y orientación a los usuarios y familias que lo requieran.
- Coordinar los traslados en ambulancia a otras instituciones que requieran servicios no disponibles en la institución como exámenes, trámites para consecución de UCI adultos, pediátricas o neonatales, o el simple traslado del hospital a un albergue.
- Realizar diariamente el censo de pacientes con el fin de determinar su seguridad social.

- Diligenciar formato de SISBEN a los usuarios que carezcan de seguridad social.
- Socializar con los pacientes y sus familias, los deberes y derechos que tienen dentro y fuera de la institución.

Algunas de las actividades mencionadas complementan y fortalecen la labor de Trabajo Social en la Unidad de Oncología, permitiendo que su labor genere mas impacto y mejoras en el bienestar de las personas; puesto que la principal angustia de estas personas a parte de padecer esta enfermedad, es la desorientación y desinformación a la cual se enfrentan cuando deben realizar trámites institucionales.

4. DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA EN LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA DEL ESE-HUS

El área de intervención profesional se encuentra ubicada en la Unidad de Oncología y Radioterapia del E.S.E HUS, enfocada hacia la atención de personas que conviven con cáncer. Para la formulación de la planeación se tuvo en cuenta la metodología de planeación que maneja el Hospital, planeación estratégica, que permite el análisis tanto externo como interno de la institución, mediante el uso de la matriz dofa, que revela, no solamente la situación de la unidad sino que también revela las diversas situaciones que enfrentan las personas que conviven con esta patología, además reflejaron un panorama amplio y general de esta problemática a nivel del *Hospital y de la labor de Trabajo Social*⁵³ en el mismo. La ejecución de esta planeación se desarrolló mediante el método de trabajo social de Caso, con herramientas como historia social, formatos de seguimiento y evolución de la situación, por medio de técnicas como la observación directa.

Por medio de la realización de estas matrices se permite la evaluación y análisis real de la situación que atraviesan las personas que asisten a este centro de atención en salud; reflejando las debilidades y fortalezas por parte del Hospital en la prestación de su servicios; las debilidades y fortalezas de Trabajo Social en cuanto a su labor de intervención y por último, las debilidades y fortalezas de la Unidad en cuanto a la prestación de servicios de atención a personas que conviven con cáncer y sus cuidadores y las personas que conforman la unidad. De igual forma se plasman las amenazas y oportunidades que brinda el medio externo al Hospital, y a la Unidad, para su labor de atención e intervención. Estas amenazas y oportunidades también inciden directamente en el proceso de enfermedad que estas personas deben

⁵³ La realización de estas MATRIZ DOFA, se hicieron solo con el fin de analizar la problemática en profundidad; no con el fin de intervenir en las falencias del Hospital, ni de la labor de Trabajo Social. Solo para resaltar y reconocer la importancia de estos en la vida, desarrollo y bienestar de las personas.

atravesar, por ende es importante reconocerlas y resaltarlas⁵⁴; con el fin principal de realizar un análisis de la situación que debe el real panorama de todos los actores de esta problemática de salud.

Cuadro 4. Matriz DOFA Trabajo Social en la Unidad de Oncología y Radioterapia E.S.E HUS

DEBILIDADES (D)	FORTALEZAS (F)
1. Poca disponibilidad de recursos para la realización de acciones de información, educación y comunicación.	1. La creación y constitución de la Unidad con la función específica de atender a la población que convive con cáncer.
2. Demoras en la atención por la tramitología.	2. La definición de protocolos que direccionan el accionar de los profesionales vinculados con la unidad.
3. Desconocimiento e inadecuada divulgación de los Derechos y Deberes de los/las pacientes.	3. En la Unidad se cuenta con todos los requisitos (certificaciones) para funcionar y prestar servicios especializados en oncología.
4. Vulneración de los Derechos del/la paciente por parte del personal tanto administrativo como profesional en salud.	4. Se cuenta con alta tecnología en equipos para la realización de los diferentes tratamientos (como radioterapia, yodo-terapia, entre otros)
5. Diferencias en el enfoque de intervención que dificulta el desarrollo de la labor de Trabajo Social. El	

⁵⁴ Para efectos de este documento, las matrices del ESE-HUS y de Trabajo Social en el ESE-HUS, se encuentran en los Anexos B y C.

<p>enfoque de atención de las/los usuarios está orientado hacia la parte clínica dejando de lado aspectos esenciales del entorno de la persona (sociales, culturales, ambientales, económicos, familiares)</p> <p>6. Los/las pacientes en abandono social desconocen las redes de apoyo.</p> <p>7. El escaso compromiso de los/las pacientes con los tratamientos requeridos.</p> <p>8. La fluctuación de pacientes dificulta la realización de procesos como tal, sino de acciones que atiendan sus necesidades más inmediatas.</p> <p>9. Los mitos, miedos y creencias de las personas, sus familias y/o cuidadores frente a la enfermedad, se convierten en una debilidad en cuanto hay que trabajar sobre los imaginarios de las personas frente a la enfermedad.</p>	<p>5. En la Unidad se ofrece un amplio portafolio en servicios de atención especializada en oncología.</p> <p>6. Se cuenta con personal altamente calificado y multidisciplinario para brindar una atención integral a los/las usuarias.</p> <p>7. Apoyo permanente de asociaciones de apoyo voluntario, como las Dama Rosadas, Avac, entre otras.</p> <p>8. La percepción positiva de algunos/as pacientes de la unidad, frente a la atención y prestación del servicio.</p> <p>9. Actualización y capacitación constante del personal vinculado a la unidad.</p> <p>10. La tendencia de algunas familias de unir esfuerzos y asumir el cuidado y atención de una persona diagnosticada con cáncer.</p> <p>11. La búsqueda del apoyo y fortalecimiento de las relaciones familiares por parte de una persona diagnosticada con cáncer.</p>
---	---

	<p>12. La estabilidad emocional de la familia y/o la persona que convive con cáncer.</p> <p>13. El apoyo, ayuda y acompañamiento de la red comunitaria de la persona y sus familiares.</p>
<p>OPORTUNIDADES (O)</p> <p>1. La designación del cáncer como una enfermedad catastrófica y de alto costo, lo que la convierte en foco de atención particular y por ende se priorizan recursos.</p> <p>2. La posibilidad de generar redes de apoyo más sólidas por el reconocimiento del Hospital.</p> <p>3. Existencia de legislación que garantiza y determina el tipo de atención (integral) que debe recibir esta población.</p> <p>4. La posibilidad de comparación y asimilación de modelos de intervención y manejo en el cuidado y atención del cáncer utilizado en otras instituciones.</p>	<p>AMENAZAS (A)</p> <p>1. Hay segmentos de población que aún no se encuentran aseguradas.</p> <p>2. La capacidad económica de los usuarios para asumir los gastos de servicios complementarios y necesarios para su atención, tratamiento y rehabilitación.</p> <p>3. La dinámica social, que afecta la dinámica familiar y por ende la dedicación y atención de pacientes con enfermedades de alto costo.</p> <p>4. Los mitos y miedos frente a la enfermedad por parte tanto de los familiares y/o cuidadores como del mismo paciente, que pueden llegar a bloquear las capacidades para afrontarla.</p>

<p>5. El impacto que en la persona y en su entorno causa esta enfermedad. (Puede producirse una serie de consecuencias alrededor de esta que generen sufrimiento y pongan a la persona enferma y su familia en una situación de vulnerabilidad, psíquica, social y económica).</p> <p>6. La forma de asumir el proceso de enfermedad por parte de una persona, sus familiares y/o cuidadores.</p>	<p>5. la tendencia de algunas familias y/o pacientes de huir frente a una situación adversa, como un diagnóstico de cáncer.</p> <p>6. La reducción de miembros al interior de las familias en la sociedad actual y la dispersión geográfica de las mismas dificultan las acciones de atención, intervención y apoyo de la persona enferma dentro de su contexto familiar.</p> <p>7. Los cambios en los modelos familiares hacen que exista también una amplia diversidad frente al concepto de enfermedad, su evolución y estilos de cuidado.</p> <p>8. La vulnerabilidad de los miembros de la familia, es decir que al interior de la familia haya más personas que necesiten ser atendidas.</p> <p>9. La concentración de esfuerzos y atención de la familia en el paciente, tanto así que dejan de lado su propio desarrollo personal y del grupo familiar.</p> <p>El ciclo vital familiar también determina</p>
---	--

	<p>el nivel, impacto y repercusiones de la enfermedad a nivel individual y familiar.</p> <p>La inestabilidad emocional de la familia y/o de la persona que convive con cáncer.</p> <p>La ocurrencia de una situación similar en un tiempo cercano al nuevo evento adverso.</p> <p>La estigmatización por parte del entorno comunitario de la persona y su familia.</p>
--	--

Fuente: Información descriptiva, desarrollada en el marco de la práctica de intervención realizada en la Unidad de Oncología y Radioterapia del ESE-HUS, durante el primer semestre del 2011.

4.1 ANÁLISIS SITUACIONAL

La situación del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia (SGSSS) a través de los años y a pesar de las modificaciones que se han generado, no demuestra mejoras en la prestación del servicio y atención de las/los usuarios, situación que afecta a toda la población desde aquellos que presentan enfermedades y afecciones leves hasta quienes padecen patologías que exigen atención médica especializada.

Uno de los actores protagonistas del SGSS en el nororiente colombiano es la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander (ESE HUS) quien, dado su nivel de complejidad y por el hecho de ser un centro de

referencia de la región, registra un ingreso cada vez más alto de pacientes con afecciones y patologías complejas, que requieren atención especializada, de calidad y eficiente, por lo que es necesario desde Trabajo Social identificar y reconocer los factores críticos que influyen de una u otra manera en el funcionamiento del Hospital para el cumplimiento de su objeto misional.

Dentro de las fortalezas de la entidad se observa que el nivel de complejidad del ESE HUS lo califica y certifica como centro de referencia de atención en salud en áreas altamente especializadas, ofreciendo un amplio portafolio de servicios que cubre las áreas de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Las competencias del personal encargado de la atención superan los grados de especialización, lo que caracteriza a este tipo de entidad. Destaca igualmente que el Hospital se ha constituido en un espacio de formación y aprendizaje a partir de una estrategia de docencia-presencial que se ve reflejada en la formación integral de las/los estudiantes de diferentes instituciones educativas de Bucaramanga y su área metropolitana.

Por otro lado, se resalta que en el Hospital, como en muchas entidades públicas en Colombia, se observan falencias que afectan la prestación de servicios, entre las que se pueden mencionar, la poca disponibilidad de recursos (bien sean dispositivos médicos, tecnológicos, humanos y económicos) existentes en la entidad, que son insuficientes para responder a la demanda del servicio, hecho que puede ser el resultado de la disminución en el flujo de recursos a la red pública hospitalaria, lo cual genera una serie de situaciones que agudizan la problemática no sólo del HUS sino de los hospitales públicos en Colombia.

A nivel interno, la oferta de talento humano que conforma el equipo profesional y administrativo está por debajo del comportamiento de la demanda de atención en salud, situación que genera demoras en la programación de citas de consulta externa que afecta principalmente a la población de interés de la práctica profesional de Trabajo Social como lo es el grupo de personas que

convive con Cáncer. La situación señalada es el principal obstáculo que enfrenta la integralidad de la atención de estos grupos de pacientes, quienes para poder acceder a los diferentes tratamientos recomendados por los especialistas del programa y de la unidad, deben realizarse una serie de valoraciones de otras especialidades que se retrasan y por ende afecta a las personas y la evolución de los tratamientos. Situación que se ve reflejada en la insuficiente respuesta por parte de las estructuras de la administración sanitaria y social a las familias que quedan en situación de indefensión. La ineficiencia de esta respuesta es afectada principalmente por la intervención de la política en el Sistema de Salud, lo cual se ha denominado politización de la Salud en Colombia, fenómeno que se presenta en la asignación de cargos a funcionarios no aptos o idóneos para dar respuesta a las diversas crisis que sufre el sistema de salud, o que por el contrario desvían los recursos de su real intención de uso.

Por otra parte y no sólo a nivel administrativo, sino gerencial y profesional, la atención brindada a los/las usuarias no está cumpliendo los parámetros mínimos de calidez y eficiencia, reflejada en el número de quejas y reclamos presentados en la oficina de calidad del HUS. Frente a esta situación se ha planteado permanentemente, que en ningún caso las autoridades, o cualquier persona con un cargo administrativo o de jerarquía al interior de una institución pueden obrar de forma tal que termine por desconocer, lesionar o amenazar el núcleo esencial de los derechos fundamentales constitucionales de cualquier ser humano. Pero a pesar de este pronunciamiento la vulneración de los derechos de los pacientes sigue estando presente en la prestación del servicio.

Cabe mencionar también, que el enfoque de atención de las/los usuarios que prima en el Hospital está orientada hacia la parte clínica (Modelo biomédico – organicista) dejando de lado aspectos esenciales del entorno (como aspectos sociales, culturales, ambientales, económicos, familiares), que son determinantes para la evolución, adherencia a los tratamientos y sobre todo la aceptación de su nueva condición y nuevo estilo de vida. Al respecto se puede

resaltar el trabajo en redes que se puede establecer entre el hospital y entidades que presten el mismo servicio (como Profamilia, entre otras), al igual que puede apoyarse en entidades que complementan la atención de la población (como hogares de paso, ONG's, fundaciones de apoyo, ICBF, entre otras).

El Hospital cuenta con un Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, que permite dar cuenta de quejas y reclamos de las personas, profesionales y trabajadores de la institución frente a cualquier inconveniente, vulneración de derechos, que permiten la intervención y el inicio de procesos de evaluación y mejoramiento de la atención. Los principales obstáculos de este programa son los factores externos, que se pueden denominar como amenazas al sistema y a la entidad como tal; por ejemplo la congestión en la prestación de servicios de salud en la red pública, como resultado de la disminución en el flujo de recursos a la red hospitalaria (como se menciona anteriormente), el incumplimiento del sistema de referencia y contra referencia como uno de los actos más atroces contra la población, en cuanto a que no se encuentra definido quien se va a encargar de la persona, su enfermedad y evolución; el débil control y vigilancia del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que genera dispersión y malversación de los recursos y las constantes modificaciones a la legislación en salud entre otras, producen una serie de inestabilidad en el funcionamiento del sistema.

Unido a lo descrito, se puede observar también el indebido funcionamiento de las cooperativas de trabajo asociado para la realización de intermediación laboral ajenas a su naturaleza, lo cual se traduce en la creación de figuras de subcontratación que no atienden las aspiraciones de los trabajadores asociados, quienes finalmente se vinculan no por motivaciones propias, sino por motivaciones externas que son altamente atractivas o, por simple presión de perder su puesto de trabajo, esta situación reduce las expectativas y por ende genera cierto desconcierto entre los trabajadores que se refleja en muchas ocasiones en el trato que brindan a los pacientes y/o familiares.

A toda esta serie de eventos adversos se le suma, la tramitología exigida por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y Entidades Promotoras de Salud Subsidiadas (EPSS) para el acceso al servicio de salud que genera retrasos en las autorizaciones para la realización de exámenes y procedimientos, lo cual termina siendo el principal factor generador de frustración y abandono de tratamientos por parte de los/las usuarias del sistema de salud y que se convierte entonces en un obstáculo determinante del tan conocido y nombrado “paseo de la muerte⁵⁵”.

La principal falencia del Sistema de Seguridad Social de Salud en Colombia, es la constante vulneración de los derechos de las personas como usuarias del mismo. Fenómeno que se puede observar en el trato del personal administrativo y de algunos profesionales en salud hacia los/las pacientes, la tramitología excesiva que conlleva al cansancio y frustración de las/los pacientes y sus familiares, el retraso en las autorizaciones (como se menciona anteriormente), entre otros fenómenos que dificultan y convierten al sistema de salud en el verdugo de los seres humanos.

A continuación, se intentará brindar un panorama sobre la situación de Trabajo Social en el Hospital, específicamente de la labor desarrollada en el área ubicada como campo de práctica: Unidad de Oncología y Radioterapia.

En cuanto a las debilidades y amenazas que se le presentan a la profesión en el desarrollo de su labor, se observa que la disolución del departamento de Trabajo Social como unidad administrativa por parte de la gerencia del Hospital conllevó a la reducción del personal profesional en esta disciplina, igualmente contribuyó a la desarticulación de la labor e intervención de las diferentes profesionales con las que actualmente cuenta el Hospital, puesto que no cuentan con los recursos ni el tiempo suficientes para la realización de las

⁵⁵ El paseo de la muerte consiste en la negligencia médica de un centro de salud o profesionales en salud; se puede observar en la constante transferencia de un centro médico a otro, en la no atención de su dificultad en salud por diferentes motivos, en la malversación de los recursos. Los principales afectados y afectadas son la población con bajos recursos.

diferentes actividades de intervención, ni con un espacio de socialización y evaluación de las acciones planteadas y desarrolladas por ellas⁵⁶. De igual forma, el no contar con equipos de apoyo humano y tecnológico también dificulta la realización de procesos de transformación más concretos por parte de estas profesionales que tienen que valerse de ellas mismas y sus propios recursos para poder ejercer su labor. Todo esto significó la pérdida del espacio profesional de Trabajo Social a nivel hospitalario, para este caso en el HUS. La principal población sujeto de intervención de la profesión en el ESE-HUS, es la población que no se adhiere a ningún tratamiento, puesto que existe una función especial y permanente en la ubicación y educación frente a la necesidad de un paciente de realizarse los tratamientos formulados por sus médicos. Cuando un paciente decide continuar se le realiza apoyo y acompañamiento permanente si éste lo requiere y lo solicita, cuando no desean realizarse el tratamiento la intervención a realizar es más compleja, puesto que generalmente las personas que no desean adherirse al tratamiento no son naturales ni viven en Bucaramanga lo que dificulta una intervención asertiva, solo se puede realizar una ubicación (escasamente vía telefónica) para conocer las razones por las cuales un/una paciente decide no realizarse o aceptar algún tratamiento. Cabe resaltar que en ocasiones estos intentos de establecer comunicación con las personas es imposible, pues los números que refieren para ser contactados, ya no se encuentran en servicio o no existen. La realización de esta ubicación se realiza mas con la intención de generar una estadística para el ESE HUS que de cuenta de las razones principales por las cuales una persona decide no continuar un tratamiento, o no asistir a una consulta; la desarrolla Trabajo Social, pero no puede generar acciones mas concretas ni una intervención mas profunda puesto que (como se menciona en algunos apartes anteriores) los recursos no son suficientes.

Otro fenómeno que perjudica no sólo a la institución sino a la profesión como tal, es la tercerización de la prestación de servicios de salud, que consiste básicamente en la transferencia a terceros de ciertos procesos con el fin de

⁵⁶ En el documento se refiere a ellas porque el Hospital cuenta solo con Seis Trabajadoras Sociales para cubrir la demanda de atención social en todo el Hospital.

obtener competitividad y resultados tangibles, pero como se puede observar y como actualmente están evidenciando los medios de comunicación es que no ha sido fructífera esta nueva estrategia y que por el contrario lo único que se ha conseguido es que estas empresas que toman las decisiones en cuanto a la forma de prestación de este servicio, se aprovecharan de su poder y contribuiran a la quiebra del sistema de salud.

En cuanto a las oportunidades y fortalezas de la profesión se puede mencionar que, Trabajo Social cuenta con la referencia de modelos de atención psicosocial para pacientes con cáncer, que brindan herramientas y elementos prácticos para desarrollar un proceso de intervención de acuerdo a la realidad observada en la unidad y las principales problemáticas que se desprenden de este fenómeno.

Por otra parte, el reconocimiento de las personas como seres únicos con realidades únicas, es decir la individualización de las problemáticas, y la realización de la diferencia en las acciones de intervención propuestas por parte de Trabajo Social, conllevan al reconocimiento de la profesión por parte de las/los usuarios de la unidad, puesto que las personas se sienten reconocidas, escuchadas, con esperanzas y alternativas de solución y afrontamiento de su situación. La labor que desempeña Trabajo Social en la unidad está basada en las personas y para las personas, principalmente representada por roles de orientación, educación, apoyo, acompañamiento y seguimiento permanente en su proceso de salud-enfermedad.

Sumado a lo anterior, las competencias y proyección profesional de Trabajo Social en el ESE-HUS, es igualmente importante, dado que a pesar de los limitados recursos para la labor de intervención, sus acciones y procesos son formuladas de acuerdo a la problemática y necesidad de la persona (paciente). Esto se debe a la formación académica que convierte a la profesión en un agente catalizador de las problemáticas sociales, y al mismo tiempo aporta sus conocimientos para la resolución de estas problemáticas con los recursos

disponibles tanto por parte de la profesión como de la persona sujeto de intervención.

En el área de la salud, la atención desde Trabajo Social pretende encargarse de aquellas problemáticas o dificultades sociales que se han visto agravadas o provocadas por la enfermedad y evolución de la misma. Además de esto, pretende también el establecimiento, fortalecimiento y mantenimiento de redes de apoyo para la atención integral de las/los pacientes y como principal función la realización de trámites, acompañamiento y apoyo a pacientes que se encuentran en total abandono. Todo esto genera conocimiento y permite una lectura de la realidad más amplia para dar un direccionamiento más claro a planes de promoción y prevención en los procesos de salud enfermedad.

A continuación y para seguir generando un panorama amplio de la situación a la que se enfrenta una persona con un padecimiento leve o crónico (para este caso las personas que conviven con cáncer), se realiza una descripción de la situación que se observó durante el desarrollo de la práctica, en la Unidad de Oncología y Radioterapia en el E.S.E-HUS, sus principales falencias, amenazas, oportunidades y fortalezas.

Primero que todo resulta pertinente resaltar las debilidades de la Unidad de Oncología y Radioterapia E.S.E HUS que por ende afectan a la población que acude a la misma, agudizando su situación.

Cuando un paciente tiene una patología confirmatoria, es decir un diagnóstico por cáncer, aparte de cargar con este evento y todos los quebrantos de salud a los que se ven enfrentados, tienen que asumir y afrontar los diversos obstáculos que impone el sistema, empezando por la demora en la atención debido a la tramitología que deben gestionar para poder acceder a este servicio e iniciar tratamientos. Seguido de esto y paralelo a todo su proceso de evolución de la enfermedad la constante vulneración de sus Derechos por parte de todos los entes y personal encargado de prestar el servicio de salud,

quienes aun conociendo la prioridad y la situación de sensibilidad y vulneración en que se encuentran estas personas, se convierten en barreras de acceso al servicio de salud y en factores productores de frustración y profundización de su depresión y fragilidad.

Como ya se mencionó, el enfoque de atención en el Hospital privilegia la parte clínica (netamente biológica) dejando de lados los aspectos que determinan la vida y desarrollo de las personas como son; los aspectos, sociales, culturales, ambientales, económicos y familiares que determinan la condición, evolución, y la forma de asumir esta situación, permitiendo definir el tipo de intervención y apoyo que requieren, tanto médico como psicosocial. Estos factores son importantes y por ende cuando un paciente se encuentra en abandono social, la intervención desde psicología y Trabajo Social, es indispensable, ya que son los encargados de brindar ese acompañamiento y generar esas redes de apoyo, que como en la mayoría de los casos estas personas desconocen.

La fluctuación de los pacientes no permite la realización de procesos (a largo plazo) como tal, sino de acciones que atiendan sus necesidades más inmediatas. Por esta situación es que la labor desde Trabajo Social, se puede convertir solo en acciones asistenciales, necesarias y a las cuales la persona y sus cuidadores tienen total derecho, pero que en el futuro no están generando grandes cambios ni transformaciones en sus estilos de vida, que puedan marcar a las generaciones futuras y se evidencie en el mejoramiento del bienestar de la población. Con esto no se pretende tampoco desconocer la labor, ni las acciones que desarrolle.

Por otra parte, con relación a las fortalezas de las/los pacientes y de la unidad como tal se pueden resaltar, primero la creación y constitución de la Unidad con la función única, exclusiva y específica de atender a la población que convive con cáncer.

En el interior de la unidad se cuenta con la definición de protocolos que direccionan el accionar de los/las profesionales vinculados a la Unidad, igualmente con los requisitos (certificaciones) para funcionar y brindar servicios especializados en oncología. La tecnología en equipos para la realización de los diferentes tratamientos (como radioterapia, yodoterapia, braquiterapia, entre otros), el personal altamente calificado y multidisciplinario para brindar una atención especializada e integral a los/las pacientes y la constante actualización y capacitación del personal vinculado a la unidad, completan el amplio portafolio de servicios especializados en oncología que ofrece esta división del Hospital.

Cabe añadir también, que para proporcionar una atención cada vez más completa y que genere mejores condiciones y respuestas en las/los pacientes se cuenta igualmente con redes de apoyo permanente y asociaciones de apoyo voluntario como las Damas Rosadas, Avac, Fundación Mujer y Hogar, albergues, hogares de paso, entre otras; que permiten de cierta forma aminorar las dificultades a las que se deben enfrentar las personas y sus familiares cuando se les confirma una enfermedad tan complicada como el cáncer; especialmente a personas en abandono social, o que su domicilio no se encuentra en Bucaramanga y tienen que trasladarse permanentemente para recibir atención y realizarse los tratamientos y asistir a las consultas recomendadas.

Por parte de las familias y/o cuidadores de estas personas, las principales fortalezas que permiten una mejor atención y acompañamiento de Trabajo Social, es más sencilla cuando al interior de esta familia la tendencia y respuesta a un evento inesperado, como un diagnóstico de cáncer, es la de unir esfuerzos y asumir el cuidado y atención de la persona afectada, también cuando la búsqueda principal de estas familias y/o cuidadores es la de apoyo y fortalecimiento de sus relaciones y vínculos familiares. El impacto en la estabilidad emocional y en el entorno de la familia y/o la persona diagnosticada con cáncer es de vital importancia, puesto que puede producir una serie de

consecuencias alrededor de esta que generan sufrimiento y ubican a la persona enferma y a su familia en una situación de vulnerabilidad psíquica, social y económica.

En cuanto a las oportunidades, la existencia de legislación que garantiza y determina el tipo de atención (integral) que debe recibir esta población es una directriz importante del accionar y desarrollo de la unidad y de la profesión de Trabajo Social; generando las herramientas y el soporte para la intervención y la promoción de cambios y transformaciones en los estilos de vida. Lo más importante es que le brinda un enfoque dirigido hacia la protección y garantía de los Derechos de estas personas como seres humanos pero al mismo tiempo como personas con una enfermedad ruinosa y de alto costo (ley Sandra Ceballos).

Se rescata igualmente la posibilidad por parte del Hospital y de Trabajo Social de generar redes más sólidas de apoyo interinstitucional que puedan complementar la atención de la población que convive con cáncer, aportando también a la discusión de modelos de intervención y manejo en el cuidado y atención del cáncer utilizado por (estas) otras instituciones.

En cuanto a los factores externos a la unidad, el/la paciente y/o la familia, es decir lo que puede generar aún más inestabilidad y desequilibrio en estas personas son: la falta de seguridad social puesto que aún hay segmentos de población que no se encuentran asegurados; sumado a esto la capacidad económica de los/las usuarios, sus familiares y/o cuidadores para asumir los gastos de servicios tanto complementarios como propios de la enfermedad necesarios para su atención y rehabilitación, en la mayoría de los casos es insuficiente lo que produce aún más inestabilidad, frustración, preocupación y abandono de los tratamientos.

Por su parte la dinámica social, es un factor que influye en la dinámica familiar y por lo tanto en la definición de la dedicación, atención y cuidado de pacientes

con patologías cancerígenas, es decir los roles al interior de la familia y las problemáticas sociales que les afectan además de la enfermedad son determinantes de la evolución, desarrollo y resolución de la misma. En esta dinámica la cultura también ejerce influencia en la forma de afrontar una crisis y darle solución a la misma puesto que los mitos, miedos y creencias frente a la enfermedad (en este caso) por parte tanto de los familiares y/o cuidadores como del mismo paciente, se convierten en la mayoría de las ocasiones en barreras de atención e intervención tanto médica, psicológica como social.

A todo lo anterior también se suman situaciones donde la concentración de esfuerzos y foco de atención de la familia es el paciente, que sus miembros pierden su individualidad, y se olvidan de su desarrollo personal. Por lo tanto se debe entonces desarrollar modelos de atención integral desde Psicología y Trabajo Social, donde en la medida en que se atienden las necesidades psicosociales del paciente, se reconozca la importancia de que las/los cuidadores también requieren la misma atención, para que el ambiente y el entorno en el que se desenvuelven normalmente no contribuya a la depresión ni desequilibrio de estas/estos.

Al mismo tiempo el ciclo vital familiar determina también el nivel, impacto y repercusiones de la enfermedad a nivel individual y familiar, en la unidad se presentan casos donde la persona es tan mayor que clínicamente no se ofrecen muchas opciones; el proceso es informar a la persona y sus familiares para que comprendan la situación y permitan que sea la persona afectada quien decida lo que debe suceder a continuación; es decir la realización de tratamientos o no; en este proceso se acompaña a las personas con cuidados paliativos donde se trata el dolor y se brindan herramientas de afrontamiento frente a la posible pérdida del ser querido. Por el contrario cuando es una persona joven tanto por parte del personal médico como profesionales en ciencias humanas, se realiza todo lo posible, para que la persona se adhiera al tratamiento, para que no lo abandone, y reciba toda la atención psicosocial necesaria para fortalecer la aceptación y evolución de la enfermedad.

Por último hay una situación a nivel comunitario que se puede presentar en algunos momentos, y hace referencia a la estigmatización que viven muchas familias. Por un lado, se observa el acercamiento a veces con un carácter morbosos o, por otro, el distanciamiento de la red comunitaria. Esto incide en el estado emocional y social de la familia y el/la paciente puesto que pueden sentirse condicionados por la percepción de ser controlados, observados y maltratados.

Para finalizar, desde Trabajo Social se pretende aportar conocimientos que clarifique y así evitar que el grado de incertidumbre y angustia aumente. Igualmente se pretende contribuir a que las/los cuidadores recuperen su ritmo normal, insistiendo en que la persona enferma, por el hecho de estar enferma, no pierde sus capacidades intelectuales, se ven disminuidas pero hay que fortalecerlas y alimentarlas. Las intervenciones deben ir dirigidas a evitar que el nivel de impacto perjudique la dinámica y armonía familiar.

A partir de lo anterior se desarrolla la siguiente propuesta metodológica de intervención por parte de Trabajo Social en la Unidad de Oncología y Radioterapia, durante el proceso de práctica desarrollado en el primer semestre del 2011.

4.2 PROPUESTA METODOLÓGICA

De acuerdo al análisis realizado, y de acuerdo a la metodología de planeación estratégica, se determinó que el objetivo de intervención profesional de Trabajo Social era: *Fortalecer la intervención desarrollada por Trabajo Social frente a los efectos que genera a nivel personal, familiar y social la enfermedad del cáncer, con el fin de dotar al individuo y su familia de herramientas para resolver dichos efectos y prevenirlos de forma tal que se garantice un mejor nivel de bienestar en esta población.*

Para dar cumplimiento al objetivo anterior se formulan, a continuación los siguientes objetivos específicos (estratégicos):

- Identificar las problemáticas sociales producidas o asociadas a la enfermedad (cáncer) con el fin de determinar su procedencia y las consecuencias que se derivan de ellas.
- Formar y capacitar por medio de la estrategia de Información, Educación y Comunicación, a los/las pacientes y sus cuidadores que lo requieran frente a sus deberes y derechos, estilos de vida saludables y tratamientos.
- Realizar seguimientos constantes a pacientes de la unidad que lo requieran, al mismo tiempo programar la atención individualizada de estas/estos pacientes.

Por todo lo anterior, a continuación se presentan los planes operativos a desarrollar en la práctica de Trabajo Social en la Unidad de Oncología y Radioterapia del Hospital Universitario de Santander

Cuadro 5. Objetivo estratégico 1.

OBJETIVO ESTRATEGICOS 1			
Identificar las problemáticas socio-familiares producidas o asociadas a la enfermedad de cáncer con el fin de determinar su procedencia y las consecuencias que se derivan de ellas.			
Estrategia 1: Atención inicial a personas de la unidad.			
Acciones Estratégicas	Meta	Indicador de logro	Responsable
Atención Directa de pacientes de la unidad.	Cubrir el 100% de la demanda de atención.	# De Consultas realizadas al mes en la Unidad/# de personas que acudieron a Trabajo Social.	Profesional en Trabajo Social y Estudiante en Practica
Registro de datos para seguimiento y	Registrar a todas las personas que acuden	Cantidad de consultas realizadas	Profesional en Trabajo Social y

monitoreo.	a Trabajo Social en la Unidad de Oncología y Radioterapia del E.S.E HUS.	al mes en la Unidad/la cantidad de personas registradas en el Registro Diario de actividades de Trabajo Social	Estudiante en Practica
Identificación de tipo de apoyo solicitado.	Se explorarán los registros diarios de actividades para determinar el tipo de apoyo solicitado por las personas.	# de registros revisados diariamente/ # registros diligenciados	Estudiante en Practica
Recopilación de la información recolectada mediante el registro de actividades diario de Trabajo Social, para: - Determinar el número de personas atendidas - El motivo por el cual acudieron, y la frecuencia del mismo.	Medir: La cantidad de personas que se atendieron directamente por parte de trabajo social (durante el proceso de practica) El motivo por el cual acuden a Trabajo Social con más frecuencia.	Cantidad de personas que aborda Trabajo Social el mismo mes/ cantidad que personas que asisten a la unidad durante el mismo mes Razón por la cual se solicita más apoyo a Trabajo Social.	Estudiante en Practica
Estrategia 2: Formulación y aplicación (diligenciamiento) de un formato de historia social, donde se registren los datos necesarios para la intervención y acompañamiento de Trabajo Social.			
Acciones Estratégicas	Meta	Indicador de logro	Responsable
Diseño de formato de Historia Social	Realización del formato.	Presentación del formato de Historia Social	Estudiante en Practica
Diligenciamiento del formato con las personas seleccionadas	Aplicación del formato de historia social a 10 personas de la unidad.	# De formatos aplicados/ # de formatos propuestos a aplicar.	Estudiante en Practica
Análisis de la situación (problema) referida en el formato de historia social. Trabajo Directo con el	Identificar la problemática que afecta a el/la paciente	# de familias entrevistadas/ # problemáticas identificadas en las/los pacientes	Estudiante en Práctica con apoyo de la profesional en Trabajo Social.

paciente y su familia	Determinar acciones a desarrollar.		
Seguimiento y evaluación de los procesos desarrollados	Comparar el registro de pacientes con los seguimientos y procesos realizados.	Total de seguimientos realizados. /Total de pacientes registrados	Estudiante en Practica

Fuente: Planeación realizada en el marco de la practica académica desarrollada en la Unidad de Oncología y Radioterapia durante el primer semestre del 2010.

Cuadro 6. Objetivos estratégicos 2 y 3

OBJETIVO ESTRATEGICO 2 y 3			
<p>-Formar y capacitar por medio de la estrategia de Información, Educación y Comunicación, a los/las pacientes y sus familiares o cuidadores que lo requieran frente a sus deberes y derechos, estilos de vida saludables, tratamientos y grupos de apoyo.</p> <p>-Realizar seguimientos constantes a pacientes de la unidad que lo requieran, y hacer atención individualizada de estos pacientes.</p>			
Estrategia: Socialización de tópicos de interés.			
Acciones Estratégicas	Meta	Indicador de logro	Responsable
Realización de charlas psico-educativas sobre los derechos y deberes de las personas enfermas de cáncer, estilos de vida, determinantes de la salud, tratamientos, a pacientes que requieran este tipo de apoyo.	Lograr la sensibilización del 100% de las/los pacientes y familiares.	# personas asistentes a las asesorías/ # de personas convocadas.	Estudiante en Práctica con apoyo de la profesional en Trabajo Social.
Atención Individualizada de pacientes	Determinar el número de asesorías individuales realizadas durante el proceso de práctica.	# De asesorías realizadas por Trabajo Social/ # De asesorías individuales realizadas por Trabajo Social	Estudiante en Práctica con apoyo de la profesional en Trabajo Social ⁵⁷ .

⁵⁷ Las contenciones en crisis fueron desarrolladas por la profesional y remitidas por ella a psicología

		durante el proceso de práctica.	
Realizar seguimientos constantes a pacientes de la unidad que lo requieran.	Comparar el registro de pacientes con los seguimientos realizados por mes.	Comparar el total de personas atendidas por trabajo social durante el proceso de práctica frente al total de seguimientos realizados.	Estudiante en Practica
Evaluación de las charlas y de la atención individualizada realizadas por parte de Trabajo Social.	La practicante reflexionara sobre las acciones desarrolladas por parte de Trabajo Social durante el proceso de práctica.	Se enumeraran los motivos más frecuentes de apoyo de Trabajo Social, y se reflexionará sobre las acciones desarrolladas.	Estudiante en Practica

Fuente: Planeación realizada en el marco de la practica académica desarrollada en la Unidad de Oncología y Radioterapia durante el primer semestre del 2010

Unido a las anteriores acciones se destaca que de igual forma se realizaron acciones de apoyo en la labor desempeñada por la Trabajadora Social, en sus funciones específicas establecidas en el protocolo de intervención de la Unidad de Oncología y Radioterapia E.S.E-HUS: Atención inicial en la Unidad, capacitación y formación, control y seguimiento (ver cuadro de funciones de Trabajo Social en el apartado 3. Hospital Universitario de Santander: Generalidades institucionales en el punto 3.2 Trabajo Social en la Unidad de Oncología y Radioterapia del ESE HUS, en el presente documento). Los seguimientos realizados en este punto fueron de las personas que abandonaron tratamientos de radioterapia inicialmente y luego a todas las personas que no asistían a consultas en la unidad.

Igualmente se apoyó en la realización de informes mensuales a la Subgerencia de alto costo donde se plasmaban: en un primer, cuadro la cantidad de consultas programadas, consultas no asistidas y consultas extras de todas las especialidades ofrecidas por la Unidad. En un segundo análisis se condensa el total de pacientes valorados en junta médica oncológica (que se realiza los miércoles y cuenta con la presencia de los especialistas de la unidad:

radioterapeutas, oncólogo clínico, cirujanos oncólogos: gastroenterólogo, especialistas en mama y tejidos blandos, cabeza y cuello, estudiantes de medicina, Trabajo social y Psicología, con el apoyo de las auxiliares de enfermería y auxiliares administrativas) y junta médica gineco-oncológica (que se realiza un viernes cada quince días y cuenta con la presencia del oncólogo clínico, radioterapeutas, ginecólogo oncólogo y auxiliar), mediante la cual se establece y evalúa por parte de todos los médicos de la unidad, el tratamiento a seguir en los pacientes; allí quedan consignados datos como: su diagnóstico, tratamiento, tipo de seguridad social, edad, y observaciones importantes.

De la misma forma en ese informe, se realiza el ejercicio de determinar la oportunidad de los/las pacientes para acceder a una cirugía o una biopsia en el hospital, por medio de dos cuadros que permiten: primero enunciar los pacientes que luego de una junta se les programa una cirugía específica y el otro cuadro donde los pacientes en una consulta (normal) se programan para una biopsia. Por medio de este análisis el hospital determina la oportunidad en la realización de procedimientos médicos y formula por lo tanto, acciones para mejorar, atender y organizar estas actividades.

Por último, los seguimientos realizados por parte de Trabajo Social, a los pacientes que no se adhirieron a un tratamiento o en su defecto faltaron a una consulta en la unidad, permitieron el análisis de los motivos de la no adherencia a un tratamiento, la frecuencia de estas razones, el tipo de seguridad social más destacada, y la cantidad de hombres y mujeres que asisten a la unidad, estos resultados se muestran mas adelante.

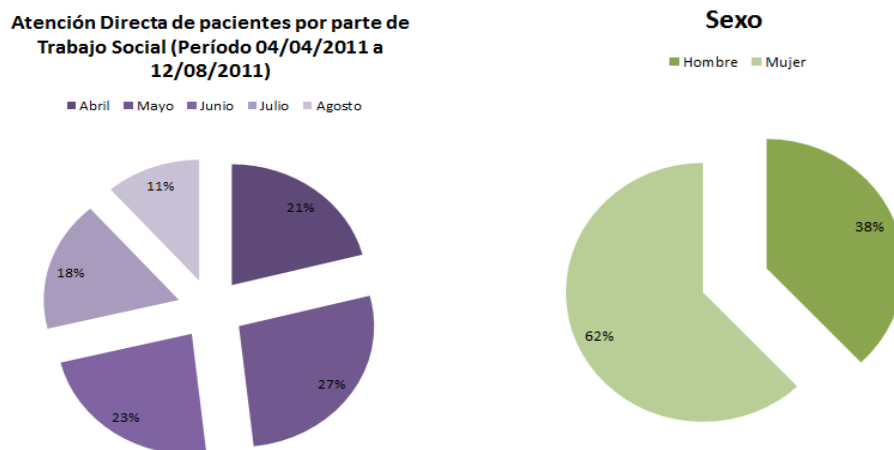
4.3 DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA EJECUCIÓN:

El plan operativo propuesto se desarrolló a cabalidad del 04 de Abril del 2011 al 12 de Agosto del mismo año. La ejecución permitió encontrar que el total de pacientes que se recibieron en la Unidad en las diferentes consultas y actividades que esta realiza fueron (durante el proceso de práctica) 2.544

pacientes y por parte de Trabajo Social se abordaron 659 personas. Esto indica que tan solo 659 personas requirieron la intervención y/o abordaje por parte de Trabajo Social (sin contar las personas a las que se les realizó seguimiento) y quedaron registradas en el acta de actividades diarias de la profesión, permitiendo así, la ubicación y registro de las personas que acudieron a la profesional de Trabajo Social en busca de apoyo, orientación, acompañamiento, contención, entre otras acciones, que básicamente se resumen en la formulación de una alternativa de solución por parte de trabajo Social a la persona que lo solicita.

La anterior información se desarrolla mediante las siguientes gráficas:

Gràfica No. 3. Total de pacientes atendidos por parte de Trabajo Social (periodo 04/04/2011 a 12/08/2011), discriminación entre hombres y mujeres.



Fuente: Registros de actividades diarias de Trabajo Social en la Unidad de Oncología y Radioterapia del ESE-HUS. 2011.

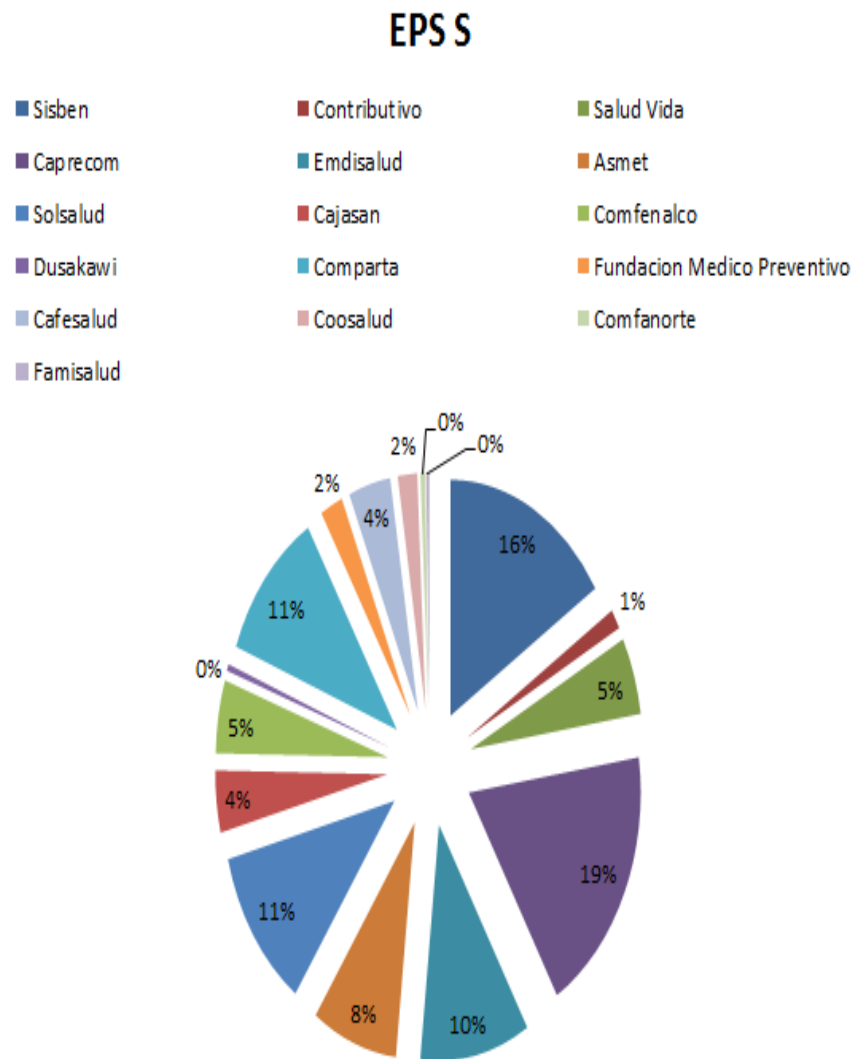
Cuadro 7. Atención directa de pacientes por parte de Trabajo Social (periodo 04-04-2011 a 12-08-2011)

ATENCIÓN DIRECTA DE PACIENTES POR PARTE DE TRABAJO SOCIAL (PERIODO 04-04-2011 A 12-08-2011)		%
Mes	# De personas atendidas	
Abril	138	20,94%
Mayo	180	27,31%
Junio	151	22,91%
Julio	115	17,45%
Agosto	75	11,38%
TOTAL	659	100,00%

Fuente: Registros de actividades diarias de Trabajo Social en la Unidad de Oncología y Radioterapia del ESE-HUS. 2011.

En la gráfica y el cuadro se observan los porcentajes de población y la cantidad de personas atendidas durante el proceso de práctica. Igualmente, se resalta, que durante el mes de Mayo, Trabajo Social atendió la mayor cantidad de personas, 180; seguido del mes de Junio con 151 personas y el mes de Abril con 138 personas, el mes en que menos se atendió pacientes fue el mes de Julio con un promedio del 17% y el mes de Agosto como no había finalizado el proceso de práctica, hasta el 12 de Agosto (día en el que culminó el proceso) se habían recibido 75 pacientes. En estas gráficas se da cuenta de la cantidad de personas que acuden a Trabajo Social en búsqueda de cualquier orientación. De las 659 personas abordadas por Trabajo Social, el 62% fueron mujeres, es decir 409 mujeres, y el 38% hombres, 250. Esto indica que las mujeres en su mayoría son las que más solicitan ayuda o apoyo por parte de Trabajo Social, y que puede ser que los hombres no lo hagan con la misma frecuencia por razones como: no lo requiere, o es su familiar quien solicita la ayuda, o simplemente no se registraron (en el registro diario de actividades de Trabajo Social). Igualmente las diversas creencias de las personas y sus familiares también influyen en la búsqueda o no de apoyo profesional.

Gráfica 4. Entidades Promotoras de Salud Subsidiadas (EPSS).



Fuente: Registros de actividades diarias de Trabajo Social en la Unidad de Oncología y Radioterapia del ESE-HUS. 2011.

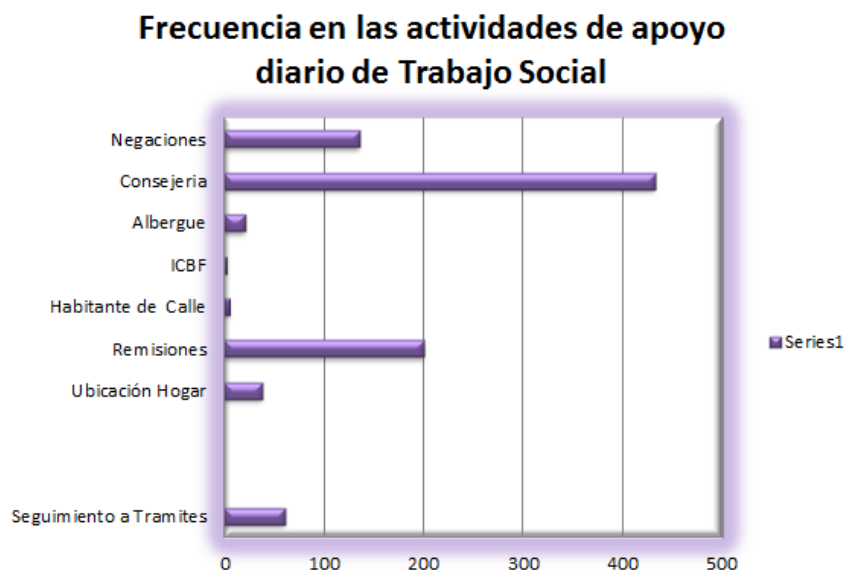
Por otra parte, y el elemento principal que determina el tipo de atención que va a recibir una persona es la entidad a la cual se encuentra afiliado/a. Como se puede observar en la gráfica Entidades Promotoras de Salud Subsidiadas (EPSS), las 659 personas recibidas por Trabajo Social, están afiliadas al Sistema de Seguridad Social en Salud, por medio de EPSS como Caprecom, Salud Vida, Emdisalud, AsmetSalud, como se puede observar en la gráfica. La EPSS que predomina en esta situación es Caprecom con un 19% de personas afiliadas (que acuden a la Unidad de Oncología y Radioterapia específicamente a Trabajo Social), lo cual no indica que sea la mejor entidad o la que mejor

resuelva las dificultades de salud de sus pacientes y/o la que actúe con más eficiencia y eficacia para dar resolución a las problemáticas de salud que aquejan a una población determinada. Seguido a lo anterior se encuentran las personas que solo se están afiliadas al Sisben y están esperando se les asigne una EPSS. Este trámite puede demorar entre dos y tres meses. Para las personas con una enfermedad como el cáncer se debe asignar casi que de forma inmediata para dar respuesta a su situación y pueda acceder a los tratamientos de salud más favorables que se reflejen en la mejora de su calidad de vida.

De igual forma, en la Unidad de Oncología y Radioterapia del ESE HUS, en algunas ocasiones se atienden pacientes que pertenecen al régimen contributivo, puesto que esta unidad cuenta con tratamientos que no se aplican en otras instituciones (como la yodoterapia, braquiterapia), por lo tanto durante el proceso de práctica se recibieron 9 personas que pertenecen al régimen contributivo en salud, básicamente de entidades como Salud total y Solsalud (esta entidad también registra como entidad promotora de salud subsidiada).

Igualmente, hay personas con regímenes específicos en salud, como las adheridas a grupos étnicos o tribus indígenas. En la unidad se recibieron 3 personas que pertenecen a tribus indígenas del departamento del Cesar y la Guajira, quienes vieron la necesidad de crear una asociación de cabildos indígenas de los departamentos mencionados puesto que el acceso a los servicios de salud era complicado y les imposibilitaba el desarrollo y crecimiento económico, social y cultural de estos grupos. Por lo que crearon la Administradora de Recursos del Régimen Subsidiado en Salud, Dusakawi ARS, que luego y debido a las modificaciones en la legislación colombiana en Salud, también hicieron las debidas gestiones para que su administradora de recursos también se registrara como Entidad Promotora de Servicios de Salud, por lo cual Dusakawi paso de ser ARS a transformarse en EPSI (EPS Indígenas para Administrar el Régimen Subsidiado en su población).

Gráfica 5. Frecuencia en las actividades de apoyo diario de Trabajo Social. (Periodo 04/04/2011 a 12/08/2011)



Fuente: Registros de actividades diarias de Trabajo Social en la Unidad de Oncología y Radioterapia del ESE-HUS. 2011.

Cuadro 8. Actividades diarias de Trabajo Social (período 04-04-2011 a 12-08-2011)

ACTIVIDADES DIARIAS DE TRABAJO SOCIAL	FRECUENCIA EN LA REALIZACION DE ESTA	%
Seguimiento a tramites	60	9,10
Ubicación Hogar	37	5,61
Remisiones	200	30,35
Habitante de Calle	5	0,76
ICBF	2	0,30
Albergue	20	3,03
Consejería	432	65,55
Negaciones	135	20,49
Total	659	100,00

Fuente: Registros de actividades diarias de Trabajo Social en la Unidad de Oncología y Radioterapia del ESE-HUS. 2011

El cuadro y la gráfica anterior, permite generar un panorama de la realidad de las personas que acuden a Trabajo Social en busca de orientación. Los datos hacen referencia a la frecuencia en las actividades diarias de Trabajo Social e

identifica las necesidades más inmediatas que impiden y obstaculizan el acceso a los servicios de salud y por ende se ve reflejado en la afectación de las personas que solicitan atención.

Trabajo Social desarrolla unas actividades bases que surgieron luego de una observación y evaluación rigurosa de las quejas y afectaciones más comunes entre estas personas que se reflejan en: el seguimiento a trámites, ubicación en hogares de paso, remisiones, atención inicial a habitantes de calle, notificaciones a ICBF, sugerencia de albergues y ubicación en los mismos, consejería y negaciones; estas acciones se soportan con formatos aprobados por el hospital. Como se puede observar en la gráfica la acción que mas frecuencia tiene en la labor de Trabajo Social es la de consejería (contención en crisis, orientación, entre otras); seguida de las remisiones y las negaciones a las EPSS de algunos servicios y/o situaciones del cual la unidad o el Hospital no podían hacerse cargo.

Lo que se puede observar en las gráficas, frecuencia en las actividades de apoyo diario de Trabajo Social y el promedio de las frecuencias de las actividades diarias de Trabajo Social es que el tipo de actividad desarrollada con más frecuencia por parte de Trabajo Social, es la consejería, seguida de las remisiones; este tipo de acción hace referencia a formatos de remisión a hogares de paso, otras instituciones, otras especialidades como psicología u otras trabajadoras sociales encargadas de pacientes que pertenecen a otras dependencias en el hospital, remisión a albergues, traslados en ambulancia, remisión a una fundación llamada Esperanza Viva que se encarga de la asesoría legal y jurídica en cuanto la protección y garantía de derechos del paciente (de forma gratuita), entre otras.

Seguido de la categoría de Negaciones del servicio de salud, que representaron durante este periodo el 20% de actividad, y que hace referencia por ejemplo a situaciones como la ocurrida durante el mes de julio y agosto en la cual se presentaron inconvenientes con las consultas de oncología clínica y

por ende en las aplicaciones de la quimioterapia, puesto que no había profesional en esta área laborando en ese momento. La labor que debía ejercer Trabajo Social para ese caso era la de diligenciar un formato de negación donde se determina el tipo de servicio con el que no cuenta el hospital, el motivo y la solicitud de remisión a otra entidad por parte de su EPSS y así no interrumpir los tratamientos ni afectar la salud de las personas.

Por su parte los seguimientos a trámites hace referencia a las solicitudes de autorizaciones a las EPSS para consultas, medicamentos, cambio de las mismas, modificación, solicitud de medicamentos, solicitud de subsidio para hogar, transporte (situación que se encuentra sujeta a la ley y no debería tener que ser solicitada). El rol que desempeña Trabajo Social en esta actividad está básicamente direccionado hacia la solicitud de autorizaciones por parte de la misma profesional y/o la orientación a un familiar o acompañante de la persona enferma para que realice el debido trámite, y por último, el seguimiento permanente para conocer si se realizó o no la solicitud.

En cuanto a la ubicación en hogares de paso y albergues, en algunas ocasiones estas instituciones plantean como requisito la solicitud del cupo para la persona y su familiar de forma tal que ellos puedan llevar un control de los pacientes que se encuentran en las instituciones y permitir la entrada de uno nuevo. Esto se realiza básicamente para las personas que no residen en Bucaramanga, que por el contrario vienen de otras partes del país y no cuentan con los recursos ni un lugar donde ubicarse, y por último, para personas que se encuentran en abandono social (a quienes su EPSS debe subsidiar la totalidad del tratamiento).

Por su parte, el Hospital al ser la entidad pública de atención a la población más vulnerable y de escasos recursos, Trabajo Social es la encargada de recibir y procurar una atención a los Habitantes de calle. Para el caso de la Unidad se recibieron 5 personas en esta situación a quienes 4 de ellas se les

solicitaron autorizaciones y medicamentos y (1) a otra de ellas se le realizó el trámite completo de afiliación al Sisben y solicitud de EPSS.

Igualmente y como el Hospital maneja una red institucional de apoyo, cuando se presentan casos como descuido de un menor, la profesión encargada de realizar seguimiento y notificación al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar es Trabajo Social; quien por medio de una carta realiza la descripción de la situación y solicita la intervención y verificación de la misma por parte de esta entidad competente y encargada principal del desarrollo y bienestar de la infancia y su familia.

Por último y la más importante de las actividades de Trabajo Social, es la Consejería, que se constituye en la actividad más frecuente (con el reporte de 432 consejerías realizadas a los/las pacientes durante el proceso de práctica) ejercida por Trabajo Social y, que por medio de la estrategia de Información, Educación y Comunicación (IEC), se forma a las/los pacientes y sus familiares en temas de interés como: estilos de vida saludable, importancia del cuidador y el establecimiento y mantenimiento de redes de apoyo, contención en crisis, tratamientos, enfermedad, evolución de la enfermedad, tramitología, servicios ofrecidos por el hospital, exámenes, cirugías. Es decir, el/la Trabajadora Social de la Unidad, debe ser un/una profesional integral, con formación sobre temas como el cáncer y con disposición permanente.

La intervención de la profesión se realiza bajo el enfoque de derechos como el principal eje rector de las relaciones establecidas, que permite ubicar a la persona en una posición privilegiada de forma tal que en ninguna de las acciones y/o procesos que deba gestionar se vea vulnerada. En las consejerías realizadas y por el número de éstas que se realizaron se puede dar cuenta de que paralelo a la mayoría de acciones inmediatas que se llevaron a cabo se informó (por medio del uso de un folleto con derechos y deberes establecidos en el Hospital para el paciente, al igual que se informa sobre la ley Sandra Ceballos y los privilegios que ofrece) también al paciente y/o su familiar en cuanto a sus derechos y deberes como sujetos con una enfermedad

catastrófica, ruinoso y de alto costo. Resaltando también, la importancia de conocer e internalizar las formas de exigir la garantía sus derechos; que básicamente se hace por medio de la acción de tutela; en la mayoría de los casos es asesorada por la defensoría del pueblo o la Fundación Esperanza Viva quien brinda este tipo de asesorías de forma gratuita, y que por la premura de la situación debe fallar en 48 horas (dos días hábiles) y debe ser de inmediato cumplimiento. En caso tal que aun teniendo el fallo de la tutela no se observe mejora en la prestación del servicio también se orienta al paciente y/o familiar a interponer el desacato correspondiente. Es importante, dejar claro que se debería educar al estado para que comprenda que el cáncer es de alto costo, por lo tanto no se deben malograr los recursos, ni convertirse en el principal verdugo de la salud de la población; debería ser quien con la formulación de acciones genere mejoras en el sistema de salud.

Con la realización de las consejerías por parte de Trabajo Social se pretende aportar conocimientos que den claridad y eviten mayor incertidumbre en las personas afectadas y sus cuidadores, y así evitar que se presenten trastornos en estas personas. Por ende el fin principal es apropiarlos/las de la situación misma, es decir, donde la familia y/o cuidador sea los encargados de mantener la armonía, estabilidad y nueva dinámica familiar, orientando a la familia en que se debe recuperar el ritmo de vida que llevaban, insistiendo en que la persona al encontrarse en una situación tan vulnerable, disminuyen sus capacidades pero no desaparecen por lo tanto hay que fortalecerlas, alimentarlas y acompañar a su familiar en esta situación, permanentemente. Igualmente se forma con el fin de que sean ellos mismos quienes al adueñarse de la situación, la enfrenten y generen las soluciones mas adecuadas a la misma.

Estrategia 2: Formulación y aplicación (diligenciamiento) de un formato de historia social, donde se registren los datos necesarios para la intervención y acompañamiento de Trabajo Social.

En cuanto a esta estrategia y su plan operativo, se logró el diseño del formato de Historia Social (revisar anexos) que se planteó de la siguiente manera:

Formato de Historia Social⁵⁸

Como primera medida en la Historia Social se deben consignar los datos personales que permitan un mejor acceso hacia la persona y su familia.

1. Datos personales

-Nombre y apellidos

-Documento de identidad

-Edad

-Dirección de residencia

-Teléfono

-Enfermedad diagnosticada y estadio – tratamiento propuesto: es importante conocer el diagnóstico al que se enfrenta la persona el estadio en el que se encuentra la enfermedad y el tratamiento sugerido por el médico, para comprender los efectos de la enfermedad, las consecuencias del tratamiento y todas las circunstancias que se deriven de ella.

2. Datos específicos para el proceso de intervención

-Genograma: Es recomendable la realización de este para conocer el ciclo vital, el tipo de familia (según la extensión) y el núcleo de convivencia (las personas que residen en el mismo lugar). Igualmente se recomienda que sea trigeneracional.

-Historia Familiar: Es importante destacar la evolución familiar, hechos destacables que permitan conocer mejor la historia de la familia y así ubicarse en el momento actual.

-Reacción ante situaciones de dificultad que hayan atravesado en el pasado, con el fin de establecer la capacidad emocional de la familia de reponerse a crisis.

⁵⁸ INSTITU CATALÁ D'ONCOLOGIA. Pág. 32-33 Modificado. Óp. Cit

-Roles de los miembros de la familia antes de presentarse la enfermedad, ayuda a conocer los cambios que se han generado en la dinámica familiar al momento de aparecer la enfermedad.

-Determinar el grado de información de la familia frente a la enfermedad y que miembros de la familia están desatendidos en este aspecto

-Experiencias destacables respecto a la información: sentimientos, pensamientos, creencias respecto a la información recibida y las actitudes provocadas por esta; ayudara a determinar la capacidad real que tiene la familia para adaptarse a la nueva situación y brindará las herramientas para poder facilitar nueva información.

-Nivel de ajuste frente a la situación: Se trata de establecer el nivel de adaptación de la familia a la nueva situación, cuales son las expectativas y si están corresponden al pronóstico recibido. Es importante también, conocer cuáles son los mecanismos de defensa de la familia y así determinar su beneficio y/o perjuicio.

-Determinar los estilos de manifestación del estrés y la ansiedad: Se debe identificar los estilos de manifestación de la preocupación, el estrés y la ansiedad de los miembros de la familia y de qué forma afectan estos a la relación entre los miembros y entre ellos y el equipo asistencia.

-Capacidad cuidadora real: Identificar que miembros de la familia pueden realizar una atención y cuidado activo de la persona y facilitar un diagrama familiar que permita un mejor cuidado de la persona y la familia.

-Situaciones de riesgo y vulnerabilidades: Se trata de identificar las situaciones (sociales, emocionales y económicas) que generen riesgo dentro de la familia y así poder comprender las posibles actitudes frente a la enfermedad y enfatizar la atención.

-Preocupaciones: Es importante escuchar y conocer las preocupaciones manifestadas tanto por la persona como por la familia, con el fin de estudiar y así ofrecer alternativas de solución.

-Recursos: Identificar los recursos materiales y personales disponibles en el momento actual.

3. Análisis de la situación

-Valoración del equipo que brinda atención: Evaluación que se hace desde el equipo, de la situación y que se propone para abordarla.

-Recursos: Identificar los recursos materiales y personales disponibles en el momento.

-Concepto diagnóstico: Síntesis de Trabajo Social después del análisis del caso; con el fin de tener una visión del panorama y poder plantear un plan de trabajo coherente a la situación.

-Alternativas de solución: Formular de forma temporal algunas acciones que den respuesta o solución a las diversas afectaciones de la persona y su familia.

-Plan de intervención: Plantear una propuesta de trabajo a desarrollar con la persona enferma y su familia.

-Observaciones: Anotaciones, impresiones, inconvenientes que son importantes. Se pueden enunciar de forma subjetiva u objetiva.

-Seguimiento: Mencionar las gestiones y trámites desarrollados con el fin de resaltar y analizar los logros y las dificultades.

-Evaluación: Reflexionar sobre la intervención realizada, se puede desarrollar con la familia y el paciente o realizarla solo desde la profesión y su intervención.

En cuanto al diligenciamiento del formato como tal no se realizó, puesto que la dinámica del Hospital y las modificaciones en cuanto a su estructura en este momento generaron en las personas sentimientos de frustración y dificultades inmediatas que debían ser asumidas y abordadas por Trabajo Social. Igualmente, en el interior de la Unidad se estaban presentando situaciones que estaban dificultando el funcionamiento de la misma, como la reestructuración de las funciones y horarios de trabajo de los médicos especialistas de la unidad, la terminación de contratos y la no resolución de los mismos, provocó la cancelación de algunas consultas y reacomodación de las mismas o como afrontó Trabajo Social, realizando negaciones del servicio y solicitando a las EPSS la reubicación de sus pacientes a otra institución prestadora de servicios

de salud que contara con las especialidades en funcionamiento. Por lo que la acción principal de Trabajo Social, fue la atención de la angustia e incertidumbres que ese momento se generaban en las personas que acudían a la unidad.

Aunque no se logró el diligenciamiento del formato, se pudieron identificar las dificultades y/o problemáticas de salud más inmediatas de la población y se abordaron de la forma más adecuada y que diera respuesta de la misma manera (inmediata) a la población. Las intervenciones y acciones desarrolladas se realizaron por medio de la consejería (como se resalta anteriormente) y orientación sobre la importancia de conocer sus derechos, deberes (principalmente y en la mayoría de los casos se educa y refuerza la importancia de conocerlos, ejercerlos y exigirlos) y todas las situaciones planteadas que aquejan y afectan el bienestar de una persona sobre todo luego de recibir un diagnóstico de cáncer. Por lo anterior, el trabajo con las/los cuidadores y el paciente se realizó de forma inmediata brindando la información, orientación y educación solicitada al momento de acudir a Trabajo Social y en caso de requerir más intervención se remitió a psicología para que se encargaran de la parte emocional y así poder generar un abordaje más integral. Las dificultades identificadas se pueden observar en el gráfico anteriormente referido en el cual se hace referencia a los motivos/razones por las cuales las personas acudían con más frecuencia a Trabajo Social.

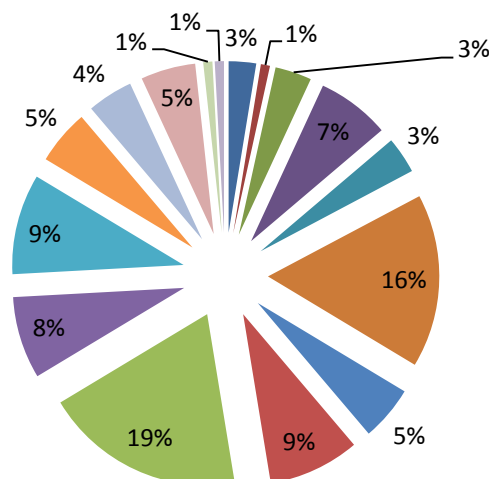
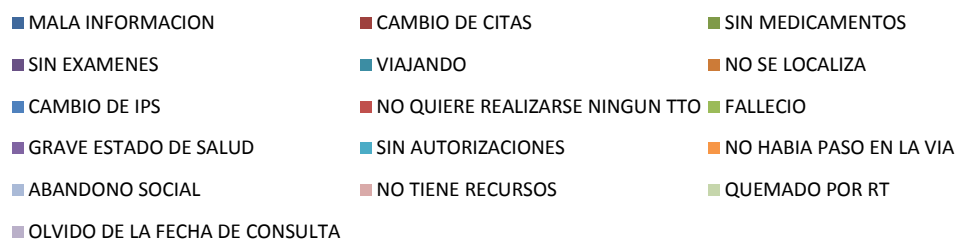
No se logró una medición de las gestiones realizadas por las/los cuidadores, de tal forma que se pudiera confirmar, que habían ejecutado las acciones correspondientes propuestas desde Trabajo Social en conjunto con ellos/ellas. Pero se logró cotejar con las personas por medio del establecimiento del dialogo y conversación que, para la mayoría de los casos se gestionaron las acciones planteadas. Es decir las/los cuidadores se encargaron de la solicitud de autorizaciones, medicamentos, exámenes; pero sobre todo hicieron el intento de generar un espacio donde se pudiera conversar sobre los sentimientos, pensamientos y preocupaciones por parte tanto del paciente

como de sus familiares y en caso de solicitar intervención profesional, hicieron la solicitud. Por lo anterior, el trabajo que se elaboró con los/las cuidadores o familiares fue más de formulación que de ejecución, se les brindaron las herramientas necesarias y una propuesta para que ellos/ellas mismas fueran los que las ejecutaran, vieran los resultados y evaluaran nuevamente la situación, con el fin de demostrar que tienen las capacidades y habilidades necesarias para asumir una situación y convertirla en ventajas de su desarrollo personal y familiar.

Por su parte, en lo que respecta a los seguimientos que se realizaron durante el proceso de práctica se pueden observar en la siguiente gráfica, las razones por las cuales las personas no continuaron con tratamientos y los motivos de la inasistencia a la unidad.

Gràfica 6. Frecuencia en las razones de inasistencia a la Unidad de Oncología y Radioterapia.

Frecuencia en las razones de inasistencia



Fuente: Registros de actividades diarias de Trabajo Social en la Unidad de Oncología y Radioterapia del ESE-HUS. 2011

Respecto a la gráfica anterior, se puede mencionar entonces, que de todos los casos recibidos, atendidos y abordados en Trabajo Social, tan solo 116 personas quedaron consignadas en un registro de seguimientos. El resto de personas quedan ubicadas en el registro de actividades diarias de Trabajo Social, y no necesariamente se trasladan al informe que se presenta mensualmente a la Subgerencia de Alto Costo. También es importante resaltar que la realización de estos seguimientos se hace por medio de llamadas telefónicas en su mayoría, en algunas ocasiones se aborda al paciente o familiar cuando regresan a la unidad. Para la ubicación de los/las pacientes vía telefónica, no se cuenta con recursos por parte del Hospital, debe asumirse el costo de estas por parte de la profesional y/o en su defecto del/la estudiante en práctica.

No obstante, la gráfica presenta datos importantes, que se deben mencionar y reflexionar. La razón de inasistencia más común entre las personas que abandonan un tratamiento o simplemente dejan de asistir a la unidad, es el fallecimiento de las mismas con un 19% de frecuencia; es decir su estado de salud empeoró hasta tal punto que culminó en el deceso de la persona. En estos casos, la labor de Trabajo Social es simplemente la de cerrar la historia clínica, haciendo la anotación de la fecha en que falleció la persona y el acudiente con el cual se estableció comunicación.

La siguiente categoría de inasistencia hace referencia hacia la imposibilidad de localización de la persona, familiar y/o acompañante, con un 16% de representación. En estos casos los números telefónicos referidos en la historia clínica en algunos casos han dejado de existir, están fuera de servicio o sencillamente no son números reales donde se puedan ubicar a las personas. Por ende se dificulta el establecimiento de algún tipo de contacto con las personas, y por lo tanto se entorpece el proceso de seguimiento. Cuando se presentan este tipo de situaciones, lo que se realiza es una nota de seguimiento en la hoja de evolución del paciente, donde se narra lo sucedido y

se establece la razón por la cual no se continuará con el seguimiento, que sería la imposibilidad de establecer contacto, comunicación con la persona referida.

Por otra parte y con el mismo porcentaje de frecuencia, con un 9%, se encuentran las personas que no cuentan con las autorizaciones necesarias para acceder al servicio de salud y las personas que no desean realizarse ningún tipo de tratamiento.

Para el caso de las autorizaciones, generalmente lo que sucede es que la EPSS está demorando el trámite más de lo establecido con la exposición de diferentes excusas al familiar o al mismo paciente. Lo que se intenta realizar en estos casos es contactar a la EPSS y apoyar al familiar y/o paciente en la agilización del trámite. En algunas ocasiones es exitosa la intervención de Trabajo Social; en muchas otras la respuesta por parte de estas entidades es la misma que le dieron al paciente, que debe esperar hasta que su caso se evalúe y se pueda generar la autorización.

Por otra parte, para el caso de las personas que no desean realizarse ningún tratamiento, se aborda desde Trabajo Social, orientando a las personas sobre la importancia de realizarse el tratamiento sugerido, de asistir a las consultas y se les presentan igualmente, las diversas situaciones que se pueden dar a partir de la no asistencia y la asistencia a los tratamientos. Se reconocen las angustias y preocupaciones pero también se resalta la evolución de la enfermedad, si la persona no se adhiere a algún tipo de medida clínica que pueda mejorar la calidad de vida de ésta.

A continuación, con un 8% se encuentran las personas cuyo estado de salud se ha complicado aún más, por razones como, que la enfermedad ha avanzado o porque se han presentado otros quebrantos de salud que inciden y agudiza su condición. El abordaje que se intenta establecer es el de reforzar la importancia de transmitir esta información a los médicos tratantes de la persona en la unidad, para que ellos/ellas puedan valorar al paciente bajo otras

circunstancias y proponer otras formas de afrontamiento de la nueva condición (dificultad) presentada.

Seguido con el 7%, se halla las personas que no cuentan con los exámenes solicitados por el médico al momento de la consulta, por lo tanto y como ya ellos y ellas saben no se puede ingresar a la consulta o iniciar un tratamiento sin exámenes que muestren el estado y/o avance de la enfermedad, puesto que los exámenes realizados y a tiempo determinarán la conducta a seguir con la enfermedad.

Otras de las razones por las cuales las personas dejan de asistir y abandonan tratamientos en la unidad son: la insuficiencia de recursos para trasladarse y todas las actividades que acarrea una enfermedad como el cáncer (exámenes, medicamentos, transporte, entre otras), con un 5% de representatividad. Cuando se conoce que este es el motivo principal de inasistencia a la unidad, se recuerda y refuerza sobre los derechos de la persona y de la atención que deben recibir por parte de su EPSS, que se encuentra establecida en la ley, donde se determina que la entidad prestadora de servicios de salud debe encargarse de la totalidad de los gastos (todo lo que se incluya o no en el POS) que se generan a partir del diagnóstico de la enfermedad, y también se informa sobre cuáles son los mecanismos de protección de sus derechos en caso tal que estos estén siendo vulnerados.

También con un 5% de representatividad, y como consecuencia de las incontrolables lluvias y el fuerte invierno al cual se ha visto enfrentado el país, las vías de acceso y salida de muchos departamentos y municipios se vio afectada dificultando el paso y por ende el traslado de las personas. Este es un motivo que se exhibió con más frecuencia por parte de los/las pacientes que retrasa y entorpece el cumplimiento de consultas y continuación de tratamientos.

Además, con un 5% de representatividad, se observó a las personas a quienes su EPSS las ha trasladado a otra institución prestadora de servicios de salud, por diferentes motivos, generalmente es porque la IPS a la que se encuentran actualmente afiliados no cuenta con algunos servicios solicitados por los/las pacientes por lo tanto prefieren trasladar a las personas a un sitio que los ofrezca por completo y evitar ese traslado continuo de institución en institución al cual se ven obligados muchos/as pacientes.

A parte de las razones ya mencionadas, se evidenció una situación muy particular y que aqueja a muchas personas en el país, pero que se agudiza aún más cuando estas personas se ven enfrentadas a una enfermedad tan compleja como el cáncer. El abandono social y que para este caso representa tan solo el 4% de las personas a las cuales se les realizó seguimiento (pero es de saber que son muchas más las que se ven afectadas por esta situación), es un fenómeno que aumenta con el paso del tiempo, por las diversas modificaciones en las estructuras familiares y la modernización en muchos sentidos de la independencia de las personas. Cuando en la unidad se conocen estos casos y se remiten a Trabajo Social, las acciones a realizar por parte de la profesión son: la ubicación de familiares, amigos o conocidos que se encuentren en la disponibilidad de realizar ese acompañamiento. Cuando se encuentra algún familiar se refuerza la importancia y obligación (moral) por su parte de acoger y brindar apoyo a su familiar. Es decir la principal medida ejecutada por Trabajo Social es el restablecimiento de esas redes de apoyo familiares necesarias y determinantes en estos procesos de salud enfermedad. En caso de no encontrar algún familiar, amigo o conocido se intenta ubicar a la persona si así lo desea en algún hogar o institución que pueda acompañar y apoyar en la realización de los trámites y traslados hasta el hospital.

Por último con porcentajes de representatividad del 1% y 3%; se observan razones de inasistencia como: a la persona o a su familiar se les olvido la fecha de la consulta, el paciente se encuentra quemado por la radioterapia (es decir

generó reacción al tratamiento) y/o cancelación de la de la cita y ubicación para otro momento.

Con el 3%, se evidencian entonces, razones como que por parte del personal administrativo o de la persona que hizo la solicitud de la consulta, la información recibida u ofrecida no era la correcta por ende hubo un cruce de versiones y de malentendidos que conllevaron a la pérdida de la consulta; también se puede mencionar que las personas por ejemplo, las que deben asistir a consulta para iniciar aplicación de quimioterapia no cuentan con los medicamentos necesarios ni completos para poder iniciar por lo tanto no se presentan a la unidad hasta el momento en que su EPSS le entregue la medicación total y por último los/las pacientes que por motivos personales se encuentran de viaje y por lo tanto no se presentan a la consulta.

Estos fueron los seguimientos realizados que permiten develar las diversas realidades a las cuales se ve enfrentada una persona en esta situación. Por su parte, Trabajo Social diligencia un formato de seguimiento donde se consignan las diversas acciones realizadas y contactos establecidos, motivos y circunstancias a las cuales se ven expuestas las personas que inciden en el cumplimiento de sus consultas y por ende en el bienestar de ellos/ellas. Este formato se anexa a las historias clínicas dejando un registro y relato de lo acontecido con esta persona.

Por último, en lo que se refiere a los objetivos estratégicos 2 y 3, que hacían referencia a formar y capacitar por medio de la estrategia de Información, Educación y Comunicación, a los/las pacientes y sus familiares o cuidadores que lo requieran frente a sus deberes y derechos, estilos de vida saludables, tratamientos y grupos de apoyo y la realización de seguimientos constantes a pacientes de la unidad que lo requieran, y hacer atención individualizada de estos pacientes y el plan operativo se realizó en su totalidad y casi de forma simultánea y paralela al desarrollo del plan operativo anterior.

Las charlas se realizaron de forma individual, orientando, educando e informando sobre los temas de interés y de importancia para las diferentes personas que acudieron y fueron abordadas en Trabajo Social. Con un total de 432 asesorías referentes a derechos y deberes, estilos de vida saludables, cáncer, tipos de cáncer, tratamientos, evolución de la enfermedad, afrontamiento de crisis, determinantes de la salud, entre otros; principalmente preocupaciones y creencias respecto a la enfermedad por parte de las personas y sus familiares.

Las intervenciones individuales se desarrollaron hacia situaciones de crisis; contención en crisis donde se le permitió a la persona la ventilación de emociones, sentimientos, preocupaciones, ansiedad, estrés y en caso de la evidencia de la necesidad de más intervenciones se remitieron a psicología para que su abordaje se iniciara desde lo emocional, que es la principal área afectada en las personas y sus familiares cuando se enfrentan a una enfermedad.

La principal función desempeñada por Trabajo Social en estos casos, es la escucha y la incitación a la reflexión de la situación por parte de la persona que está haciendo la catarsis, puesto que, la situación en la que se encuentra una persona con cáncer, afecta inmediatamente el entorno familiar, desestabilizando la dinámica y armonía familiar, generando situaciones angustiantes, estresantes y tensionantes entre sus miembros, debido a que no es sencillo el afrontamiento de esta situación y muchos menos se está preparado para un evento tan adverso como éste. Por lo tanto, la intervención se realiza planteando inicialmente que la aparición de la enfermedad no es un castigo, es simplemente un evento inesperado al cual se ve enfrentada una persona, que hay que asumirlo, vivirlo, sentirlo afrontarlo y superarlo. Se reconocen las fortalezas y debilidades de la familia y todas las amenazas que ofrece su entorno, reconociendo también e informándoles de las diferentes instituciones y organizaciones que les pueden brindar apoyo y herramientas que les permitirá disminuir cargas al interior de la familia.

Los seguimientos realizados por parte de Trabajo Social se describieron en el plan operativo anterior. Donde se reconoció que la situación más compleja a la cual se enfrentan las personas con una patología confirmada de cáncer es el fallecimiento de sus familiares. La realización de estos seguimientos es constante; es decir diariamente se está contactando pacientes para saber el estado actual del mismo y la situación por la cual está atravesando y poder brindar asesoría, apoyo y acompañamiento por parte de Trabajo Social, en la necesidad más inmediata.

Por último, y en cuanto a las asesorías y conversaciones establecidas con pacientes y/o familiares, se puede observar que las personas, generalmente no cuentan con la posibilidad de ventilar emociones, sentimientos y preocupaciones en casi ningún espacio de su vida, por ende su comportamiento y estado de ánimo se ve afectado de una forma más profunda que agudiza la situación y problemática a la cual se ven enfrentados.

En la mayoría de los casos Trabajo Social es el encargado de generar ese espacio donde las personas puedan realizar ese afrontamiento y puedan expresar todo lo que sienten desde angustias y miedos hasta rabias y odios.

Todo lo anterior permite reconocer la importancia de la educación continua y permanente de las personas frente a la enfermedad, derechos y deberes, manejo del estrés, ansiedad, dificultades, tropiezos con el sistema y el acceso a los servicios de salud, y por medio de lo cual se refuerza igualmente la importancia de contar con un/a profesional en Trabajo Social, puesto que es una persona que cuenta con las capacidades, conocimientos y habilidades necesarias para abordar y brindar alternativas de solución a cualquier tipo de problemática. Esto permite el integrar al abordaje de una enfermedad las dimensiones del ser humano, sobre todo la social y familiar que son los ejes de principal intervención de la profesión, incluyendo en el abordaje el desajuste emocional, insatisfacción y carencias en todos los niveles, de la mayoría de las personas que se encuentran desatendidas o en situación de vulnerabilidad.

Todo esto ha contribuido a que se evalúe no solo el nivel físico y psicológico de una persona sino que además se debe agregar el componente social que constituirá el “estar bien” o más conocido bienestar de la población.

5. EVALUACIÓN

Culminado el proceso de práctica que se llevó a cabo durante el primer semestre del 2011, se realiza un ejercicio de evaluación, por medio del cual se evidencie el avance en el logro de los objetivos, la pertinencia de la propuesta metodológica y las herramientas utilizadas. Se evaluó igualmente, el impacto en la población sujeto de intervención, resaltando las limitaciones y dificultades presentadas durante el desarrollo del proceso de práctica.

La apertura de estos espacios permite el fortalecimiento de conocimientos impartidos durante todo el proceso de formación académica en Trabajo Social. Además, se convierte en áreas donde el objetivo principal es el aprendizaje y la retroalimentación permanente por parte de docentes y personas encargadas de las/los estudiantes en los campos. Esto contribuye a la confrontación del quehacer de Trabajo Social planteado teóricamente, con la realidad misma, que permiten entonces, la confirmación de que la profesión se encarga de velar por la garantía y protección de los derechos de los seres humanos principalmente, al tiempo que se convierte en mediador entre los procesos de enfermedad y sus efectos en los/las pacientes y sus cuidadores.

Los diversos espacios brindados para desarrollar ciclos de intervención prácticos en Trabajo Social, se convierten en un reto tanto académico como profesional debido a que en el primer ciclo se mide la capacidad de desarrollo a nivel profesional y académico por parte del/la estudiante; ya en el segundo ciclo el resto es aun mayor, puesto que las asignaturas contempladas en el plan de estudios hasta ahora vigente en la Escuela de Trabajo Social, culminan el semestre inmediatamente anterior al inicio del segundo ciclo de práctica; en este punto se ponen a prueba los conocimientos teórico-conceptuales y metodológicos aprehendidos durante el proceso académico, generando una evaluación del desempeño como profesionales en Trabajo Social.

En relación a la evaluación en este segundo ciclo de intervención es importante resaltar que en la Unidad de Oncología y Radioterapia del ESE-HUS, fue un espacio que permitió y permite a todas y todos las/los practicantes hacer uso de los conocimientos adquiridos al mismo tiempo que permite la aprehensión de nuevos. Esto debido a que el Hospital se constituye como un centro no solo de referencia en atención de problemáticas en salud, sino que también se constituye en un centro de formación y de construcción de conocimiento en distintas disciplinas (que laboran en el hospital) frente a la enfermedad. Igualmente aporta conocimientos de las problemáticas específicas atendidas en las diferentes dependencias del Hospital. Para el caso de la Unidad, permite la aprehensión de conocimientos sobre el cáncer, tratamiento y rehabilitación, procesos administrativos para acceder a los servicios oncológicos, entre otros; con el fin de que las/los estudiantes puedan manejar y plantear acciones de intervención frente a esta problemática de salud que aqueja a un gran número de personas del nororiente colombiano. Además ofrece un contacto directo con la población, esto contribuye al fortalecimiento y mejoramiento de las habilidades comunicativas de las/los practicantes, el manejo de personas en situación de crisis, resolución de conflictos generados por la enfermedad, conocimiento y manejo de los procesos institucionales para brindar acompañamiento, orientación, atención y ubicación permanente y apropiada al/la paciente.

La Unidad cuenta con una profesional en Trabajo Social, posibilita el uso de un espacio físico durante el proceso de práctica, apoyo tecnológico y papelería⁵⁹ para la realización de las funciones a desempeñar por el/la practicante, respaldando así el ejercicio de intervención profesional realizado por el/la misma. En relación al rol que desempeña Trabajo Social en la Unidad, se puede resaltar que se encuentra direccionado hacia los roles de educador, orientador, defensor, promotor en salud y consejero de las/los pacientes que asistían a tratamientos en la unidad.

⁵⁹ Esta papelería hace referencia a los formatos aprobados por el hospital para el desarrollo de las funciones establecidas a Trabajo Social.

Hubo varios factores que dificultaron el proceso de práctica, en el momento del desarrollo de propuestas y acciones de intervención direccionadas a la atención de la problemática. Estos factores están relacionados con la fluctuación de los pacientes, la disposición de los mismos para la realización de actividades en la unidad; por lo que las acciones de intervención se direccionaron hacia el acompañamiento, apoyo y mejoramiento de las labores de la profesional en Trabajo Social. Además a nivel general en el hospital se estaba realizando una reestructuración del mismo, que llevó a reorganizar y ubicar en otros sitios las oficinas, consultorios y hasta la misma sala de urgencias. Todo esto originó un caos en todo aquel que ingresaba al hospital, y por ende en los/las pacientes de la unidad, ya que debían realizar toda una serie de pericias para ubicarse y acceder a la institución.

En la unidad también se presentaban inconvenientes que debilitaban su funcionamiento y por ende la calidad en la prestación de sus servicios. Se observó que en varias ocasiones por inconvenientes personales de algunos médicos las consultas y tratamientos se suspendían generando un caos en la Unidad, y la reacción inmediata de los/las paciente, Trabajo Social debía entrar a mediar entre esta situación y las personas que debían recibir tratamientos inmediatos.

La propuesta metodológica que se planteó para la intervención de Trabajo Social, en relación al cumplimiento del objetivo de la practica: “fortalecimiento de la intervención desarrollada por Trabajo Social frente a los efectos que genera a nivel personal, familiar y social, la enfermedad (en este caso, el cáncer)”, permitió un análisis integral de la situación que viven las personas con cáncer a nivel general, en el hospital y en la unidad misma. También deja entrever las limitaciones que el medio le impone a la profesión y que disminuyen el impacto que pueden generar las acciones que se plantean y desarrollan desde la misma.

Al final en la etapa de ejecución y evaluación de la misma, se obtuvo un balance positivo, dado que se lograron identificar las problemáticas sociales asociadas a la enfermedad y que tienen mayor prevalencia en la población. La propuesta metodológica planteada fue coherente a la disponibilidad de recursos y personas que permitieran el desarrollo de la misma.

Por otra parte y en la medida en que las personas solicitaban apoyo a Trabajo Social y expresaban sus dificultades, se informaba, comunicaba y educaba frente a las problemáticas y otros aspectos relevantes de la enfermedad y todas las situaciones que se derivan de ella a estas personas, con el fin de ubicar y orientar sobre las diferentes situaciones a las que se van a ver enfrentados. Igualmente y en cuanto al objetivo de seguimiento constante a pacientes, se puede decir que se cumplió, ya que tanto los seguimientos de inasistencia a consulta como los pendientes y a realizar por trabajo social, se desarrollaron todos, dejando evidencias en las historias clínicas, donde se diligencia un formato denominado datos de evolución y se consigna la información necesaria y referenciada por la persona con la que se establece comunicación de acuerdo al motivo que provoca el seguimiento.

Las funciones del profesional de Trabajo Social en salud se encuentran encaminadas hacia la educación, creando el estereotipo de los profesionales en Trabajo Social de ser promotores, educadores y comunicadores, que contribuyen a la promoción y prevención en la salud, limitando las acciones que se puedan desarrollar y que se ofrecen desde Trabajo Social, en espacios científicos, como la investigación. Esto es importante, y es una obstáculo a derrumbar, para modificar y adherir nuevos roles a la profesión diferentes a los creados tradicionalmente por la sociedad. La Trabajadora Social en ejercicio en la Unidad jugaba un rol importante en el momento de hacer que la institución garantizara y no vulnerara los derechos de las personas que conviven con cáncer. La labor de esta profesional y por ende de la/el practicante que la acompañe esta direccionada hacia el favorecimiento y posicionamiento de los derechos por encima de cualquier situación y sobre todo su función principal

como se ha mencionado es la de generar espacios donde se resalte la importancia de apropiarse y exigir sus derechos por medio de la acción de tutela, como mecanismo de protección de su situación.

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante resaltar que aunque se presentaron dificultades y limitantes en el desarrollo del proceso de intervención, se logró participar y apoyar las actividades diarias de la profesión. Al mismo tiempo, que se permitió conocer y adentrarse en un mundo donde las problemáticas de salud, no solo influyen a nivel biológico sino donde los aspectos psicosociales también constituyen una parte esencial en el desarrollo de los procesos de salud-enfermedad.

Aun, cuando a la profesión le falta posicionamiento y reconocimiento, pero sobre todo romper todas las barreras que limitan su trabajo, en la Unidad se reconoce la labor como fundamental en las fases de aparición y evolución de la enfermedad, este reconocimiento lo hacen las personas a quien están dirigidas las acciones y la intervención de Trabajo Social. Igualmente, por parte de algunos profesionales en salud con los que cuenta la unidad, también reconocen la necesidad de la intervención y apoyo permanente de Trabajo Social en la atención de la población que convive con cáncer y que acude a la Unidad.

6. ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA CUIDADORES Y PACIENTES QUE ASISTEN A TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA EN LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA DEL ESE- HUS⁶⁰

6.1 JUSTIFICACIÓN

El cáncer en Colombia se ha convertido en un problema de salud pública, por ende en el país se han tomado un sinnúmero de medidas de prevención y promoción que permitan mitigar la aparición de diagnósticos por esta enfermedad y así disminuir las tasas de mortalidad. Igualmente se han intentado construir un conjunto de acciones de intervención que permitan atender esta problemática de la forma más integral y compleja posible, conformando en los diferentes centros de salud que prestan servicios oncológicos, equipos multidisciplinarios, cuya intervención genere un gran impacto en la forma de vida de las personas que conviven con cáncer, haciéndoles ver, que la enfermedad es algo complejo y confuso, que requiere de cuidados especiales, de atención integral (tanto al paciente como a sus cuidadores), de la compañía permanente de familiares y/o cuidadores⁶¹, y que además merecen una Educación frente a la enfermedad, su diagnóstico, tratamientos posibles y consecuencias de la misma, como forma de preparación frente a los diversos cambios y nuevas situaciones a las cuales tanto el paciente como los cuidadores se ven enfrentados.

Existen hoy en día, más de 100 tipos de cáncer diferentes, que gracias a los avances en medicina en la actualidad, un gran número de personas diagnosticadas se curan de esta enfermedad. Hoy por hoy, el tratamiento del cáncer no se limita solo a la atención médica, administración de medicamentos

⁶⁰ Esta guía de atención se formuló, con la intención de que se pueda adaptar a pacientes que estén recibiendo otro tipo de tratamiento o que solo acudan a la unidad por motivos de consulta y requieran y soliciten asesoría por parte de Trabajo Social y Psicología.

⁶¹ Para efectos de este documento el término cuidadores incluye a la familia y/o personas que se comprometen a acompañar permanentemente a la persona que se ha diagnosticado con esta enfermedad.

o procedimientos adecuados, como la quimioterapia, radioterapia, cirugía, entre otros; los aspectos psico-sociales han comenzado a tenerse en cuenta cada vez más; debido a que los cuidados en los aspectos psicológicos y sociales tienen una gran influencia durante el proceso mismo y evolución de la enfermedad, determinando las formas de afrontamiento, aceptación y por ende adaptación de este padecimiento por parte del paciente. Aparte de las reacciones emocionales y físicas antes, durante y después de los tratamientos que experimentan los/las pacientes; las/los cuidadores también sufren emocionalmente ante el diagnóstico de cáncer de un ser querido y por ende son merecedores de atención (a nivel psicosocial).

En razón de lo anterior, el cáncer se convierte en una problemática que trasciende mas allá de los inconvenientes médicos y pasa a afectar en igual medida las relaciones familiares y sociales del enfermo. Por ende el rol del Trabajador Social, es el de mediador entre la enfermedad y todos los inconvenientes que ella deriva, el paciente y sus cuidadores⁶².

Para efectos de esta propuesta, y como resultado de la práctica realizada en Trabajo Social durante el primer semestre del 2011 en la Unidad de Oncología y Radioterapia del ESE-HUS, se retoman las características observadas en los/las pacientes que acudían a la Unidad a tratamientos de Radioterapia. Durante el periodo de práctica en la unidad se atendieron al mes aproximadamente 217 personas quienes en su plan de manejo sufren un proceso invasivo que los debilita y hace necesario el acompañamiento permanente de familiares y/o cuidadores.

⁶² La problemática que afecta principalmente a las personas que conviven con cáncer es la constante vulneración de sus derechos, como seres humanos, y también como personas con este padecimiento. Como se pudo observar en Colombia se decretó en 2010 una ley de atención integral para las personas con cáncer, la ley Sandra Ceballos, donde se presenta la atención privilegiada que debe recibir esta población. Aunque esta problemática es el principal obstáculo de las personas que conviven con cáncer, algunos de sus dificultades se salen de control tanto del profesional en Trabajo Social como de las mismas personas que se enfrentan ante este evento. Igualmente a nivel nacional se han dictado medidas de protección (tutelas, derechos de petición), que ayudan a corregir y disminuir la vulneración de los derechos, también hay medidas de prevención y promoción, programas de apoyo y planes para el control, mejoramiento en la atención de pacientes con cáncer.

Es importante destacar que, la Radioterapia es un tratamiento para el cáncer (principalmente), a través del cual utilizan radiaciones para destruir células cancerígenas localizadas en zonas concretas del cuerpo; por lo cual se convierte en un tratamiento desgastante de principio a fin que requiere de la compañía permanente de un cuidador, tanto para prestar atención a las reacciones físicas que presente la persona, como para generar confianza, empatía y sobre todo apoyo constante frente a su enfermedad.

En la unidad, se observaba que la mayoría de las ocasiones las personas al momento de asistir a un tratamiento específico, incluso a consultas, acudían solas a la unidad, o en su defecto algún cuidador los acompañaba hasta la unidad, los ubicaba y se retiraba a cumplir sus obligaciones del diario vivir y al finalizar de la jornada se acercaba nuevamente a recoger a su paciente. Este hecho no demuestra que estas personas no tengan un compromiso con la persona enferma, deja entrever que las dificultades y la vida misma, generan conflictos que no permiten la asistencia y compañía permanente durante todo el proceso de la enfermedad por parte de cuidadores a la persona afectada.

La formulación de esta propuesta se realiza con el fin de generar unos parámetros en la atención de personas que conviven con esta enfermedad y que asisten a tratamiento de Radioterapia en la Unidad de Oncología del ESE-HUS, donde se definirán los roles de Trabajo Social, el paciente y los cuidadores durante el proceso y evolución de esta patología (diagnóstico, tratamiento y rehabilitación).

La intención de la propuesta a desarrollar en la Unidad, es la de agregar valor al acompañamiento permanente por parte de cuidadores a la aplicación de tratamientos, con el fin de que, durante la espera de la aplicación del tratamiento se puedan generar espacios de intervención por parte de Trabajo Social, que permitan la discusión entre los cuidadores, el paciente y el profesional frente a cualquier inquietud, para generar alternativas de solución y

afrontamiento a las nuevas o constantes dificultades que se derivan de la enfermedad y su proceso de evolución.

6.2 OBJETIVO GENERAL

Informar y educar sobre la enfermedad del cáncer a los pacientes y cuidadores que acuden a tratamientos de radioterapia a la unidad de Oncología del ESE-HUS, con el fin de mejorar la calidad del tratamiento, la autoestima y el bienestar del paciente generando así avances en su calidad de vida.

6.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar las características de la población que asiste a tratamientos de Radioterapia en la Unidad de Oncología del ESE-HUS para la conformación de un grupo de intervención por parte de Trabajo Social.

Informar sobre los efectos psicosociales que provoca la enfermedad del cáncer, tanto a nivel personal como familiar, con el fin de dotar de herramientas a pacientes y cuidadores para resolverlos y prevenirlos.

Fortalecer la relación entre paciente y cuidador, durante el proceso de enfermedad, con el fin de mejorar el acompañamiento durante el tratamiento de Radioterapia recibido por el paciente.

Generar cambios en los estilos de vida a nivel familiar y de sus cuidadores con el fin de contribuir a la detección temprana de la enfermedad del cáncer en otros miembros de la familia.

6.4 PROCESO METODOLÒGICO

Para el desarrollo de la propuesta y el cumplimiento de los objetivos planteados, es necesario desarrollar unas fases fundamentales que permitan la participación e interacción de Trabajo Social con las personas que conviven con cáncer y sus cuidadores, en los procesos de educación y de interés como el cáncer (diversos tipos, tratamientos y rehabilitación).

Es así que inicialmente se caracterizará a la población con el fin de conocer aspectos relacionados con su situación socioeconómica, red de apoyo y todo lo relacionado con su salud. Adicionalmente se contará con un plan de acercamiento para los pacientes que acuden por primera vez a la unidad de oncología, el cual consta de 3 pasos fundamentales; primero: se realizará un acercamiento a la Unidad de Oncología, en segundo lugar se les dará a conocer la razón de ser de la unidad, y por último se les informará acerca de los servicios que presta.

La fase de acercamiento permitirá la creación de un grupo (Radioterapia), que hace referencia a la población sujeto de intervención en esta estrategia IEC; definiendo planes de intervención y por ende la realización de seguimientos y evaluación de los mismos (los planes de intervención y sus alcances y limitaciones). Esta población esta conformada por las personas que asisten a la unidad a tratamientos de Radioterapia.

Por ultimo las técnicas, estrategias y herramientas de información, educación y comunicación (IEC), permitirán contribuir a mejoras en la calidad de vida de las personas afectadas, igualmente se pretende generar impacto en los estilos vida a nivel familiar y de sus cuidadores para contribuir a la detección temprana del cáncer en otros miembros del entorno del paciente.

6.4.1 Acercamiento e intervención de las personas afectadas por el cáncer. (Pacientes y cuidadores)

En esta etapa se debe educar e informar no sólo al usuario sino también a las/los cuidadores para que la atención sea integral. El entorno y las personas con las que convive el enfermo son el pilar fundamental en el estado emocional y afectivo del paciente por lo tanto requieren información para acompañar el proceso. La anterior educación permitirá definir quién es cuidador/a⁶³ y cuales son las tareas o rol que debe desempeñar.

“Todos sabemos que el cuidado del enfermo es muy importante pero no se puede olvidar que la salud física y emocional del cuidador lo es también; por ende cuanto mas se cuide mas podrá ayudar⁶⁴”.

En esta etapa se retomará la información sobre el cáncer y aspectos básicos de la enfermedad, que permita la socialización de los posibles efectos psicológicos, sociales y económicos que surgen como consecuencia de padecer de cáncer, con el fin de generar alternativas de afrontamiento de estas situaciones, sin que se vean afectadas las relaciones sociales. Igualmente se pretende definir unas actividades para que tanto la persona enferma como las/los cuidadores puedan continuar con sus hábitos cotidianos, su vida diaria, sin que se vea gravemente alterada por este evento adverso.

En esta etapa se debe conocer directamente a la persona afectada sus cuidadores y generar espacios donde se expresen y ventilen sentimientos, pensamientos (tanto negativos como positivos) frente a esta situación, para poder formular alternativas de solución y actividades que se reflejen en las formas de afrontamiento de un diagnóstico de cáncer, forjando una superación

⁶³ Se define como cuidador/a, cuando hay una persona encargada de un ser querido al cual se le ha diagnosticado cáncer. Implica una reorganización de los aspectos importantes de la vida de la persona que debe desempeñarse como cuidador/a., todo este proceso no solo comprende sacrificios sino que brinda espacios de fortalecimiento en las relaciones y de crecimiento y aprendizaje con los seres queridos.

⁶⁴ CACERES, Zurita. María Luisa. *et al.* Manual para el paciente oncológico y su familia. España. 2007. 1era, edición. Egraf. S.A. Pág. 87.

positiva de la situación frente a la aparición, tratamientos y resolución de la enfermedad. Se solicitara apoyo permanente de Psicología para brindar una atención integral de esta población y sus cuidadores.

Cuadro 9. Propuesta de Intervención. Objetivo 1.

<p>OBJETIVO: Identificar las características de la población que asiste a tratamientos de Radioterapia en la Unidad de Oncología del ESE-HUS para la conformación de un grupo de intervención por parte de Trabajo Social.</p>			
<p>ESTRATEGIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Caracterizar a la población - Socialización de los aspectos básicos de la enfermedad. 			
ACCIONES ESTRATEGICAS	ACTIVIDADES	METAS	INDICADOR DE LOGRO
Conocimiento directo del enfermo y su entorno, por medio de la aplicación de una ficha social.	Diseñar y aplicar ficha social ⁶⁵ .	Aplicar ficha social al 100% de los pacientes de la unidad de oncología.	Documento con la guía de la Ficha Social.
Llevar un registro de las/los pacientes que acuden a Trabajo Social, que permita la fácil ubicación y el seguimiento permanente.	Generar una base de datos: Población afectada por cáncer.	Incluir al 100% de los pacientes de la unidad de oncología en la base de datos "Población afectada por cáncer."	Cantidad de población atendida por Trabajo Social/Registro en la Base de Datos.
Revisar información para crear folletos ⁶⁶ de información sobre el cáncer: tipos de cáncer, localización, diagnóstico, tratamientos posibles, rehabilitación,	Diseño e impresión folletos con información el cáncer.	Realizar unos Folletos útil al proceso de tratamiento del cáncer para los pacientes del ESE-HUS	Folletos: El cáncer, aspectos básicos de la enfermedad.

⁶⁵ Se recomienda realizar ajustes y aplicar la Historia Social, formulada por la practicante durante el proceso de práctica en el Hospital.

⁶⁶ Se deben realizar folletos de cada uno de los siguientes aspectos: cáncer, aspectos básicos, tipos de cáncer y su localización, diagnóstico, folleto de tratamientos posibles y rehabilitación, folleto de efectos psicosociales y económicos de la enfermedad, y por ultimo un folleto de cuidados prácticos durante la evolución de la enfermedad y prevención de la misma.

efectos físicos, sociales, económicos y cuidados prácticos durante la evolución de la enfermedad			
Socialización de folletos en la unidad al personal administrativo y profesionales en salud.	Determinación de un espacio que permita la socialización y discusión de los folletos con el personal administrativo.	Socializar los folletos: Cáncer, aspectos básicos con la totalidad del personal administrativo y profesional de la Unidad de oncología.	Cantidad de información socializada. Participantes asistentes/participantes convocados x 100
Socialización de los folletos en la unidad a todas las personas que asistan a tratamientos y consultas.	Determinación de un espacio que permita la socialización y discusión de los folletos con el personal profesional en salud.	Socializar los folletos a la mayor cantidad de pacientes de la unidad de Oncología ESE-HUS.	
Socialización de los folletos a todas las personas que asistan a tratamientos y consultas.	Realizar socialización una vez al mes de los folletos en los días de más asistencia de personas a la unidad.		

Fuente: Propuesta de Intervención, realizada en el marco de la práctica académica desarrollada en la Unidad de Oncología y Radioterapia, durante el primer semestre del 2011.

Cuadro 10. Propuesta de Intervención. Objetivo 2.

OBJETIVO: Informar sobre los efectos psicosociales que provoca la enfermedad (del cáncer), tanto a nivel personal como familiar, con el fin de dotar de herramientas a pacientes y cuidadores para resolverlos y prevenirlos.			
ESTRATEGIA: Socialización de aspectos básicos y cuidados de la enfermedad.			
ACCIONES ESTRATEGICAS	ACTIVIDADES	METAS	INDICADOR DE LOGRO
Conformar grupo de cuidadores y pacientes que	Ubicar persona y cuidadores para definir el grupo.	Constituir y grupo de personas en la	Grupo: Pacientes que asisten a tratamiento de Radioterapia.

asisten a tratamiento por Radioterapia.		base de datos.	
Retomar la socialización de uno de los folletos: Efectos psicosociales asociados a la enfermedad.	Programas asesorías con las personas y cuidadores. Generar un espacio donde se expresen emociones y sentimientos, con el fin de que Trabajo Social identifique las afectaciones a nivel psicosocial.	Identificar y priorizar las necesidades psicosociales referenciadas por las personas y cuidadores	Realizar acta de la asesoría, donde se encuentren plasmadas las necesidades psicosociales que requieren intervención.
Proponer planes de intervención y confrontarlo con las personas afectadas.	Definir alternativas de afrontamiento de los efectos psicosociales.	Confrontar los planes de intervención con la totalidad de los pacientes que pertenecen al grupo de Radioterapia.	Documento del plan y parámetros de intervención.
Seguimiento permanente de las/los pacientes y sus cuidadores.	Programas asesorías con las personas afectadas (con quienes se formularon planes de intervención) Llevar cuadro de registro de seguimientos.	Registrar a todas las personas a las cuales se les formularon planes de intervención	Acta de asesoría y registro en la base de datos: Seguimiento
Evaluación de los planes de intervención.	Realizar cada dos meses una retroalimentación de las estrategias y alternativas de solución brindadas por parte de Trabajo Social a las/los pacientes y sus cuidadores, que permita evaluar la situación	Mejoramiento de las estrategias y alternativas de solución brindadas a las/los pacientes y sus cuidadores	Realizar acta de evaluación. Generar documento con ajustes del plan de intervención.

	actual.		
	Realizar ajustes en los planes y continuar con la intervención.		

Fuente: Propuesta de Intervención, realizada en el marco de la práctica académica desarrollada en la Unidad de Oncología y Radioterapia, durante el primer semestre del 2011.

6.4.2 Fortalecimiento de relaciones sociales.

En esta fase, la labor de Trabajo Social, es el de fortalecer las relaciones sociales partiendo de la importancia en igual medida de todos los seres en el entorno donde se desenvuelve el paciente. Es fundamental que las personas sientan y reconozcan que están en todo su derecho de continuar con su vida normal, realizando las actividades que la cotidianidad les presente, pero asumiendo el papel de cuidadores de un ser querido en dificultad.

Cuadro 11. Propuesta de Intervención. Objetivo 3.

OBJETIVO: Fortalecer la relación entre paciente y cuidador, durante el proceso de enfermedad, con el fin de mejorar el acompañamiento durante el tratamiento de Radioterapia recibido por el paciente ⁶⁷ .			
ESTRATEGIA: Fortalecimiento de los roles en la dinámica familiar ⁶⁸ .			
ACCIONES ESTRATEGICAS	ACTIVIDADES	METAS	INDICADOR DE LOGRO
Definir los roles de la familia antes de aparecer el diagnostico de cáncer en un ser querido.	Realizar Genograma y describir las actividades de cada miembro.	Realizar genograma.	Grafico del Genograma Familiar.
Definir los nuevos roles de los miembros de la	Concertar una organización de tiempos de los	Realizar un cuadro donde se describan las	Realizar un acta de la reunión donde se planteen los acuerdos.

⁶⁷ El desarrollo de las acciones estratégicas y las actividades se pueden realizar en forma paralela con la fase anterior cuando se definan los planes de intervención. Igualmente el genograma se debe realizar en la ficha social y se retomara para analizar la dinámica familiar.

⁶⁸ En el documento el termino familia y sus derivaciones, hace referencia al entorno en el que se encuentra inmersa la persona que convive con cáncer; posiblemente pueden ser o no familiares consanguíneos del paciente.

familia después de aparecer el diagnóstico de cáncer de un ser querido.	miembros de la familia, para que todos se encuentren informados de la situación de su ser querido y puedan acompañarlo permanentemente en sus consultas y tratamiento.	nuevas actividades a realizar por los miembros de la familia	
---	--	--	--

Fuente: Propuesta de Intervención, realizada en el marco de la práctica académica desarrollada en la Unidad de Oncología y Radioterapia, durante el primer semestre del 2011.

6.4.3. Modificación de Estilos de Vida a nivel familiar y del paciente.

En esta fase se pretende educar a los/las pacientes y sus familiares, respecto a los factores de riesgo y los estilos de vida favorables evitan que queden expuestos a la enfermedad. Esta labor se realizará reconociendo la importancia de chequeos médicos anuales y el fortalecimiento de los factores de protección con los que cuente la familia y el/la paciente.

Cuadro 12. Propuesta de Intervención. Objetivo 4

OBJETIVO: Generar cambios en los estilos de vida a nivel familiar y de sus cuidadores con el fin de contribuir a la detección temprana de la enfermedad del cáncer en otros miembros de la familia ⁶⁹ .			
ESTRATEGIA: Confrontación de estilos de vida de los/las pacientes y sus cuidadores.			
ACCIONES ESTRATEGICAS	ACTIVIDADES	METAS	INDICADOR DE LOGRO
Proponer planes de intervención para disminuir los factores de riesgo.	Retomar los folletos y discutirlos con las familias y los pacientes. Confrontar estilos de vida de la familia y el paciente, con los factores de	Definir y priorizar los factores de riesgo a los que están expuestos este grupo de población.	Identificación de factores de riesgo. Propuestas de intervención para disminuir factores de riesgo

⁶⁹ El desarrollo de las acciones estratégicas y las actividades se pueden realizar en forma paralela con la fase anterior cuando se definan los planes de intervención.

	riesgo de padecer cáncer. (información que se encontrara en los folletos desarrollados en la primera fase)		
--	--	--	--

Fuente: Propuesta de Intervención, realizada en el marco de la práctica académica desarrollada en la Unidad de Oncología y Radioterapia, durante el primer semestre del 2011.

7. CONCLUSIONES

La dinámica de las instituciones públicas de salud, incitan al análisis total de la realidad de la salud en Colombia y del contexto en el cual se desenvuelve.

Una de las características principales del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, es que se encuentra muy bien descrito y definido su debido funcionamiento en documentos pero que en la práctica y debido a la tercerización de la salud y la transformación de ésta en un servicio/producto que se debe adquirir como resultado de una transacción económica genera un sinnúmero de vulneraciones de los derechos de la población más vulnerable y marginada del país, tal como se muestra para el caso concreto abordado en la práctica, las personas que conviven con cualquier tipo de cáncer.

Por otra parte, en el proceso de intervención y para el caso del área de la salud, se reconoce y fortalece el uso de las medidas de intervención netamente asistenciales como un Derecho inalienable de los seres humanos, importante y necesario para generar mayores y mejores alternativas de solución de una problemática de salud específica que se vean reflejadas en la real transformación de realidades. El apoyo de este proceso por medio del seguimiento continuo de personas y/o familiares permiten la visualización de las problemáticas que giran entorno a la persona afectada por esta enfermedad, y por ende amplió el panorama y la realidad a intervenir.

El contacto diario con las personas que conviven con cáncer, refiere no solo la responsabilidad que tienen las entidades públicas, con el mejoramiento y la atención inmediata de estas personas, sin la imposición de tantos obstáculos. Sino también la necesidad de medidas por parte del Gobierno para afrontar esta situación con más profundidad y que esas medidas que se planteen combatan no solo la enfermedad sino la salud, es decir que no solo se trabaje en las consecuencias generadas por esta sino se formulen y diseñen

programas de prevención de esta enfermedad y promoción de estilos de vida saludable que conserven la salud misma.

El área de la salud, y el campo específico de la Unidad de Oncología y Radioterapia, permite un amplio abordaje de una problemática con múltiples causas y que incide en todas las dimensiones del ser humano; puesto que es una problemática muy compleja y requiere la intervención (indispensable) de una profesión que en su formación académica comprenda el desarrollo del ser humano en todas sus dimensiones y como una problemática (sobre todo si es en el ámbito de la salud) genera mayor inestabilidad en las personas y su entorno. Igualmente permite la adquisición y comprensión de diversos fenómenos que entran a mediar en la resolución y afrontamiento de estas circunstancias (como el modelo de atención, los obstáculos y barreras de acceso al servicio, la vulneración de derechos, el afrontamiento de procesos de evolución de enfermedad, duelo, estrés entre muchas otras situaciones que se agudizan con problemáticas como la de enfermedades catastróficas y ruinosas. Por su parte, el reconocimiento y la ubicación de la profesión en un lugar donde otros profesionales observen la importancia de ésta en el proceso de atención de personas afectadas por una enfermedad, genera satisfacción y por ende facilita el abordaje y la expresión de la opinión en un caso específico.

8. RECOMENDACIONES

El éxito en la realización y proposición de procesos de intervención, es el conocimiento y acercamiento permanente con las realidades a abordar y el establecimiento de vínculos con las personas sujeto de intervención. Igualmente el compromiso con la investigación y consulta permanente de temas de interés tanto para el desarrollo del proceso de intervención como para las personas que hagan parte de este proceso (tanto ejecutores como sujetos de intervención), con el objetivo de generar acciones que se vislumbren en la transformación y mejoras en la calidad de vida de la población. Reconocer desde el comienzo del proceso de práctica las limitaciones y obstáculos para el desarrollo de la misma permite un mejor análisis de la situación, del panorama y por ende contribuye a la formulación de un adecuado plan de trabajo que se ajuste a la realidad, y no se vea afectada por la insuficiencia de recursos para su ejecución.

Es importante también articular los procesos de intervención con otras disciplinas por ejemplo psicología, que puede brindar elementos y herramientas importantes para la determinación de acciones y formulación de planes de trabajo; esto no es suficiente por lo tanto la recomendación más importante esta encaminada a fortalecer el enfoque de atención en salud por parte de los/las profesionales que se encargan de atender a los/las pacientes en la unidad, con el fin de reconocer la importancia y la trascendencia de una intervención integral compleja, basada en la evaluación de un/a paciente por parte de un equipo interdisciplinar; debido a las múltiples situaciones que los aquejan y que requieren de atención inmediata en todas sus dimensiones.

BIBLIOGRAFIA

- COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 100. (23, diciembre, 1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Preámbulo.
- COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1122 (9, Enero, 2007). Por la cual se hacen algunas modificaciones en el SGSSS y se dictan otras disposiciones. Art. 1. Objeto
- LALONDE, Marc. Una nueva perspectiva de la salud de los Canadienses. Canadá. 1974.
- MINISTERIO DE SALUD. *Resolución numero 4288 de Noviembre 20 de 1996. Por la cual se define el plan de atención básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) y se dictan otras disposiciones.*
- MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, INTITUCION NACIONAL DE CANCEROLOGIA. *Modelo de Comunicación Educativa para el Control del Cáncer en Colombia.* Bogotá. Marzo de 2005. Pág. 5.
- REPÚBLICA DE COLOMBIA. GOBERNACIÓN DE SANTANDER. Creación de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander. Decreto 000025 de 2005. Pág. 2
- RUEDA, Néstor José. Universidad Santo Tomas. Memoria histórica y nuevos retos del Hospital Ramón González Valencia. Bucaramanga, 2003. Pg. 15. Citado por: Mileydi Bayona Contreras. Informe Final Practica II. Trabajo Social. 2010.

- TALLER LATINOAMERICANO DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD. Documento para la discusión. Elaboración colectiva por el Comité Organizador del Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. Asociación Latinoamericana de Medicina Social (Alames).
- UNIDAD DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA, manual de Proceso Oncología y Radioterapia. Misión y Visión Bucaramanga, Octubre 2008.
- VILLAR, Centeno, Luis Ángel. Un año después en el ejercicio de la dirección científica universitaria, un balance alentador. Colombia, 2006. Primera edición. Redacción de textos de la oficina de desarrollo institucional. Pág. 5. Citado por: BAYONA, Contreras Mileydi. Informe Final Practica II. Trabajo Social. 2010

Vía internet:

- EPICENTRO. Salud Pública ¿Qué es? ¿Qué hace? [En línea]. Disponible en internet: <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/PDF/INTRODUCTORIOS1.pdf>
- HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER E.S.E HUS. Disponible vía internet: http://www.hus.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=14&Itemid=28 (7 de Abril 2011)
- INSTITU CATALÁ D'ONCOLOGIA. *Modelo de Trabajo Social en la atención oncológica*. Junio de 2004. Disponible vía internet http://www.iconcologia.net/castella/hospitalet/imatges/modelo_trabajosocial.pdf Pág. 4.

- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA E.S.E 2004. El cáncer, aspectos básicos sobre su biología, clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento. Pág. 12. Disponible en internet: http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCUQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cancer.gov.co%2Fdocumentos%2FCartillas%2FElcancer.pdf&ei=aDifT_iSE4av6AGFmLmjAg&usg=AFQjCNG3YupLFiNt7BMMKcrIsV2ZXgpVJA&sig2=b6Lla0Tj0zlhCcgL1ufOEq
- MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL, DIRECCION GENERAL DE SALUD PÚBLICA. *Plan Nacional de Salud Publica: Avances y retos en el fortalecimiento de la Salud Publica en Colombia*. Bogotá, Colombia. Disponible en internet: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/AVANCES%20Y%20RETOS%20EN%20EL%20FORTALECIMIENTO%20DE%20SALUD%20PUBLICA%20EN%20COLOMBIA.pdf>
- MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA. *Plan Nacional para el control del Cáncer en Colombia. 2010-2019. Bogotá, Febrero de 2010*. Disponible en internet: <http://www.cancer.gov.co/documentos/Plannacionalparaelcontroldelcancer/PlanParaControlCancer.pdf>
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA, INSTITUTO NACIONAL DE SALUD: *“Indicadores Básicos 2010. Situación de Salud en Colombia”*. Disponible en Internet: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Indicadores%20B%C3%A1sicos%202010.pdf>

- PARDO, Ramos. Constanza; CENDALES, Duarte. Ricardo. *Incidencia estimada y mortalidad por cáncer en Colombia, 2002-2006*. Bogotá, Colombia. 2010. Pág. 16. Disponible en Internet: <http://www.cancer.gov.co/admin/documentos/Libros/Introducci%C3%B3n.pdf>
- REDONDO, Escalante. Patricia. Introducción a la Educación para la Salud. En: Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos de Primer Nivel de Atención. [PDF] [En línea] 2004. Disponible en Internet: <http://www.cendeisss.sa.cr/cursos/quinta.pdf>.
- REDONDO, Escalante. Patricia. Prevención de la enfermedad. En: Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos de Primer Nivel de Atención. [PDF] [En línea] 2004. Disponible en internet: <http://es.scribd.com/doc/8965543/Prevencion-de-La-Enfermedad>. Pág. 15
- SERVICIO OCCIDENTAL DE ESALUD (EPS). Plan obligatorio de salud. Disponible en internet: https://www.sos.com.co/wps/portal!/ut/p/c1/04_SB8K8xLLM9MSSzPy8xBz9CP0os3gDdwNHHz9_f0cLA39DdzdzxxBzAwgAykdypsG8Dk8ev288jPTdUvyl0oBwBonKJN/dl2/d1/L2dJQSEvUUt3QS9ZQnB3LzZfMEcwQUxOT09BODBPMUdGN0hUNzAwMDAwMDA!/
- VERGARA, Quintero. María del Carmen. Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. 31 de Agosto de 2007. Disponible en internet: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012_4.pdf




ANEXOS


Anexo A. Cuadro 1. Tipos de Cáncer y Localización.

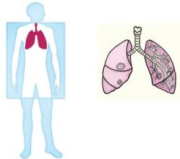
Información adaptada de Ministerio de la Protección Social – Instituto Nacional de Cancerología E.S.E. 2004 “El Cáncer, aspectos básicos sobre su biología, clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento”. Págs. 34 - 58					
TIPO DE CANCER	ASPECTOS IMPORTANTES	FACTORES DE RIESGO	SIGNOS Y SINTOMAS	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO
Cáncer de Piel	<p>El cáncer de piel es el cáncer que se presenta con más frecuencia en los seres humanos. Es curable cuando se encuentra en etapas iniciales. Los principales tumores que se producen por este tipo de cáncer son:</p> <p>- El Carcinoma Basocelular: Es, como acaba de afirmarse, el cáncer de piel más común, en especial en personas caucásicas (blancas), y además el menos peligroso si se detecta en estadios tempranos. Comienza con una pequeña paula (tumor eruptivo) o un hundimiento de la piel que sangra, provoca picazón y genera costra que nunca cura, proceso que dura alrededor de dos o tres semanas. Este tipo de cáncer de piel no se disemina a otras partes del cuerpo, pero, si no se trata, puede extenderse por debajo de la piel y llegar al hueso y provocar daños graves e irreversibles.</p>	<p>Todos los seres humanos están expuestos y son propensos a desarrollar un cáncer de piel. La población más afectada son las personas blancas, de ojos y cabello color claro, que se broncean poco y que cuando lo hacen se “quemán” fácilmente; y la población que se expone al sol con mucha frecuencia por diversas razones, como su trabajo o ubicación geográfica, entre otros.</p> <p>El principal factor de riesgo para la aparición de este tipo de cáncer es la sobreexposición al sol.</p>	<p>Cualquier lesión en la piel debe ser revisada inmediatamente por un médico tan pronto como ésta aparezca. “los lunares que cambian de color (mostrando dos tonalidades), aumentan de tamaño o se elevan bruscamente deben considerarse signos de alarma. La picazón, el sangrado o la presencia constante de costras sobre lesiones que no cicatrizan bien son signos de la presencia de cáncer en la piel. Para la identificación del melanoma maligno existen unas señales, denominadas el ABCDE, que sirven para dar la alarma acerca de cualquier cambio que ocurra en un lunar:</p> <p>a. asimetría b. bordes irregulares c. cambios de color (marrón, negro, en</p>	<p>Para el diagnóstico de esta enfermedad lo primero que se debe realizar es el examen físico, que debe realizar un médico que se encuentre familiarizado con este tipo de cáncer.</p> <p>En caso de diagnosticarse un Cáncer de piel, el especialista ordenara la realización de una biopsia para hacerle un estudio de patología, de acuerdo con los resultados, se programara la conducta a seguir más adecuada para la eliminación y control del cáncer.</p>	<p>En caso de la confirmación de la sospecha, luego del resultado de la patología; el tratamiento que se definirá a continuación va a depender de factores como: la localización, el tamaño, el tipo de cáncer, el estado funcional (de salud) de la persona, la edad y el sexo.</p> <p>Existen diversas modalidades terapéuticas, entre ellas la cirugía, la criocirugía⁷⁰, la cirugía de Mohs⁷¹, la quimioterapia tópica y la radioterapia.</p>

⁷⁰ Según el Dr. Alberto Castillo, Dermatólogo la criocirugía es un procedimiento que causa destrucción selectiva de los tejidos utilizando temperaturas de congelación.


⁷¹ Este tipo de cirugía permite el retiro selectivo de piel con la preservación tanto del tejido fino normal circundante como sea posible.



	 <p>Carcinoma basocelular</p> <p>- Carcinoma Escamocelular: Se presenta como una placa roja descamativa o ulcerada, o ambas. Este tipo de cáncer alcanza grandes tamaños y, de no tratarse a tiempo, se disemina y, eventualmente, hace metástasis.</p>  <p>Carcinoma escamocelular</p> <p>- Melanoma Maligno: Es el menos común pero el más agresivo. Puede aparecer de repente en cualquier parte de la piel, es decir, en zonas que hayan estado expuestas al sol o no.</p>  <p>Melanoma maligno</p>		<p>ocasiones sin color) d. diámetro mayor de 6 milímetros e. elevación</p>		
<p>Cáncer de Estómago</p>	<p>También se puede conocer bajo la denominación de Cáncer Gástrico (este nombre es de uso más frecuente), es una enfermedad multicausal en la que se encuentran células malignas en los tejidos del estómago.</p> <p>Este tipo de cáncer es el que se presenta con más frecuencia entre la población colombiana y representa la primera causa de muerte por cáncer en el país, tanto</p>	<p>Una dieta con alta ingesta de sal, carbohidratos y alimentos ricos en nitritos y nitratos (conservados con sales de nitrógeno quemados, ahumados u oreados) se asocia con un incremento del riesgo.</p> <p>Otro factor de riesgo para desarrollar este</p>	<p>El cáncer se puede encontrar en el cuerpo durante mucho tiempo, incluso puede aumentar su tamaño considerablemente y aun así no producir ningún síntoma. En etapas iniciales de cáncer gástrico, el paciente puede sufrir de indigestión y malestar estomacal, sensación de llenura inclusive</p>	<p>Para el diagnóstico de este cáncer, el médico (general o especialista) puede ordenar la realización de una endoscopia de vías digestivas altas, que consiste en la observación del estómago mediante un tubo delgado iluminado que se denomina endoscopio. Si el médico que está realizando el examen detecta alguna anomalía, debe</p>	<p>Como en todos los casos por cáncer, el tratamiento y recuperación de estos, dependerá del estado de salud del paciente y la etapa en la que se encuentre la enfermedad. Es importante destacar que entre más temprana sea su detección hay más probabilidades de que el tratamiento surta efecto y su curación sea real.</p> <p>Así mismo, el tratamiento más</p>

	<p>en hombres como en mujeres.</p> 	<p>tipo de cáncer es el de haber padecido una infección gástrica a causa de una bacteria, Helicobacter pylori, la que se adquiere a través del consumo de agua impotable, es decir en malas condiciones o alimentos que hayan estado en contacto con este tipo de agua.</p> <p>Otros factores que aumentan las posibilidades de presentar esta patología son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La adicción al cigarrillo - El consumo de alientos salados - El consumo de licor - Los antecedentes de enfermedades gástricas tales como gastritis atrófica, anemia perniciosa o pólipos gástricos. 	<p>antes de comer, náusea, pérdida de apetito o acidez. En las etapas más avanzadas, el paciente puede presentar sangre en la materia fecal, vómitos, pérdida de peso y dolor abdominal.</p>	<p>extraer un pedazo del tejido para enviarlo a un estudio de patología y así determinar si hay o no células cancerígenas malignas, este procedimiento se conoce como biopsia.</p>	<p>común para atacar este tipo de cáncer en cualquier etapa es la cirugía. Esta cirugía se conoce con el nombre de gastrectomía que puede ser total (extracción completa del estómago) o parcial (extracción de la parte afectada por el tumor).</p>
Cáncer Colorectal	<p>Es un tipo de cáncer cuya particularidad es la aparición y detección de células cancerosas en los tejidos del colon y el recto. El colon se conoce como el intestino grueso y el recto es la parte final del colon, la que se comunica con el ano.</p>	<p>Los factores de riesgo que influyen en la aparición de este cáncer son los antecedentes familiares de esta enfermedad, la poliposis intestinal. Otros factores son la falta de ejercicio físico, la exposición a ciertos productos químicos, y una dieta pobre en fibra pero con excesivo</p>	<p>A continuación signos y síntomas de este cáncer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cualquier cambio crónico en los hábitos intestinales (diarrea o estreñimiento) - Presencia de sangre en la materia fecal (este hallazgo algunas veces solo puede hacerse mediante pruebas de laboratorio) - Sensación de evacuación intestinal 	<p>La detección temprana de este tipo de cáncer es de vital importancia, por lo tanto es fundamental realizar los siguientes exámenes especializados en el diagnóstico y confirmación de esta patología: el tacto rectal, la rectosigmoidoscopia y la colonoscopia, que se realizan por un médico gastroenterólogo oncólogo.</p>	<p>El principal tratamiento es la cirugía, extirpación del tumor, que se complementa con la radioterapia, quimioterapia, de forma simultánea o en periodos de tiempo diferente.</p> <p>En ocasiones es necesaria la realización de una incisión en el colon, creando una abertura artificial hacia la parte exterior del abdomen, denominada colostomía, que puede ser temporal o permanente. Este</p>

		consumo de grasas de origen animal.	incompleta - Pérdida de peso injustificada - Anemia (que se manifiesta por cansancio, palidez y fatiga) - Esto debe confirmarse mediante examen clínico y pruebas de laboratorio		procedimiento sirve para sustituir el ano, es decir a través de ella los intestinos pueden eliminar sus desechos, hasta que sane el colon o se pueda realizar la cirugía correctiva. Para la recolección de las heces se utilizan unas bolsas de colostomía especiales para esto.
Cáncer de Pulmón	<p>Es una enfermedad en la que se encuentran células cancerígenas o masas malignas (tumores) en uno o ambos pulmones. Este tipo de cáncer en Colombia ocupa el tercer lugar como causa de mortalidad en hombres y el cuarto lugar en mujeres.</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - El consumo de tabaco (asociado en un 85%-90% a todos los casos de cáncer de pulmón, porque en los fumadores el riesgo es mayor entre sesenta y setenta veces en comparación con quienes no fuman). - Una persona con antecedentes de tuberculosis pulmonar. - Exposición a productos químicos como el asbesto, el radón, entre otros. - Las personas consideradas fumadoras pasivas. - Exposición a otros elementos contaminantes en el ambiente como gases de combustión de motor diesel, alquitrán, dioxina y derivados del arsénico, el cromo, el cadmio y el níquel. 	<p>Este tipo de cáncer generalmente no produce síntomas. Cuando la enfermedad se encuentra en una fase avanzada puede presentar los siguientes síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tos persistente - Expectoración o flema con sangre - Respiración dificultosa - Dolor en el pecho o en un hombro - Cara o cuello hinchados - Infecciones pulmonares repetidas - Pérdida de peso - Aparición de una masa en el cuello o tórax <p>Este tipo de cáncer es uno de los más agresivos puesto que avanza rápidamente afectando en poco tiempo los órganos vecinos.</p>	<p>Diagnosticar a una persona con esta patología se puede realizar mediante la práctica de los siguientes exámenes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rayos x de tórax (pecho) - Análisis de las células presentes en la expectoración (esputo seriado) - Broncoscopia (examen que permite la observación directa de los conductos bronquiales y se realiza mediante la introducción por la boca de un tubo iluminado, es un examen molesto pero no doloroso) - Para los casos en los que el médico tenga sospechas de la presencia de células cancerígenas o tumorales se realiza entonces, una biopsia pulmonar. 	<p>La elección de una conducta a seguir, es decir el tratamiento a formular, dependerá del tipo y la etapa de expansión en la que se encuentre el cáncer y, el tamaño del tumor. El tratamiento más utilizado es la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia, según sea el caso. Estos tratamientos se pueden realizar por separado o simultáneamente.</p>

CANCER EN LAS MUJERES					
Cáncer de Cuello Uterino	<p>Este tipo de cáncer constituye la segunda causa de muerte entre las mujeres en Colombia. En los últimos cinco años se han registrado en Colombia entre 4.500 y 5.000 casos nuevos y entre 2.000 y 2.200 muertes anuales por esta enfermedad. El útero (la matriz) es un órgano genital femenino en forma de pera invertida, localizado en la pelvis. Su función es albergar el feto durante la gestación y en él se origina la menstruación por efecto de las hormonas producidas por el ovario durante la época reproductiva de la mujer. El cuello uterino es una abertura que conecta el útero con la vagina y se conocen como el canal del nacimiento. En el cáncer cervicouterino, las células cancerígenas se encuentran en los tejidos del cérvix, o cuello y en el cuerpo del útero.</p>	<p>Entre los factores de riesgo se pueden mencionar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inicio de las relaciones sexuales antes de los dieciocho años. - Múltiples compañeros sexuales. - Presencia de enfermedades de transmisión sexual tipo clamidia, sífilis, herpes genital, entre otras. - Presencia en el cuello uterino del virus del papiloma humano (VPH), infección que se adquiere por contacto sexual sin protección. - Consumo de tabaco. - Déficit de vitaminas (especialmente A y C). - No realizarse la citología de cuello uterino mínimo cada tres años desde el inicio de las relaciones sexuales. 	<p>Como ocurre en otros tipos de cáncer, en el cáncer de cuello uterino los signos y síntomas se presentan en etapas avanzadas de la enfermedad. Los principales síntomas consisten en sangrados genitales anormales, principalmente durante la relación sexual o entre menstruaciones, asociados a dolor pélvico y flujos vaginales sanguinolentos y malolientes.</p>	<p>Para la detección temprana de este tipo de cáncer se utilizan los siguientes exámenes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Citología de cuello uterino: Este examen se realiza con un cepillo y una espátula pequeña de plástico o de madera para desprender suavemente las células del cuello uterino, las cuales serán analizadas a través del microscopio. - Colposcopia: Es una técnica en la cual el ginecólogo realiza una visualización directa del cuello uterino y de la vagina con un aparato similar al microscopio. Esta técnica permite definir el sitio de toma de las muestras de biopsia, que aclaran o descartan las lesiones sospechosas. - Biopsia: Es una muestra de tejido del cuello uterino tomada por el ginecólogo durante la colposcopia cuando ha observado lesiones que indican malignidad en el cérvix, esta muestra será analizada por un patólogo a través del microscopio para determinar la presencia de células malignas. 	<p>La selección del tratamiento depende de la etapa en que se encuentre el cáncer, del estado de salud general de la paciente y de si la mujer está satisfecha con su deseo de procreación. Generalmente se indican tres tipos de tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cirugía: <ul style="list-style-type: none"> - Conservadora: En caso de lesiones premalignas de cuello uterino, las pacientes se pueden tratar por vía vaginal empleando la criocirugía, la cirugía con rayo laser, la conización y la electrocirugía. - Mayor: Se utiliza cuando hay lesiones precancerosas y no hay interés de fertilidad. Según el caso se recurre a la histerectomía (extracción del útero solo o con tejidos vecinos) por vía abdominal o vaginal. - Radioterapia: Es la aplicación de radiaciones ionizantes sobre el sitio (campo) donde se encuentra el tumor con el fin de erradicarlo. - Quimioterapia: Es la administración por vía oral o endovenosa de agentes farmacológicos anticancerígenos.
Cáncer de endometrio	<p>El endometrio es la capa interna del útero, que normalmente se prepara para anidar un posible embarazo y, si</p>	<p>Entre los factores de riesgo se encuentran:</p>	<p>Entre los signos y síntomas de alarma se presentan:</p>	<p>En las mujeres con alteraciones hemorrágicas se recomienda la biopsia de</p>	<p>El tratamiento convencional del cáncer de endometrio consiste en la realización de una</p>

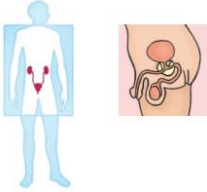
	<p>esto no sucede, se elimina mensualmente en forma de sangrado. El cáncer de endometrio afecta sobre todo a mujeres posmenopáusicas, con una edad promedio de 58 años. Sin embargo, se han visto casos de mujeres jóvenes. En Colombia es la tercera causa de cáncer genital femenino, seguido del cáncer de cuello uterino y de ovario.</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Inicio precoz de la menstruación (antes de los once años) - Menopausia tardía (después de los 55 años) - No haber estado embarazada - Presencia de alguna enfermedad como diabetes, patologías de la vesícula biliar, hipertensión u obesidad. - Exposición a estrógenos, incluida la terapia de sustitución sin control médico. - Historia de <i>anovulación</i> (suspensión de la ovulación) crónica. - Antecedentes de radiación en la zona pelviana. - Antecedentes de cáncer de mama, colon u ovario. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sangrado después de la menopausia - Irregularidad de los ciclos menstruales - Flujos fértidos - Dolor en la zona pélvica 	<p>endometrio, la cual se obtiene por medio de un <i>legrado o curetaje</i> (raspado) que permite detectar de forma segura este tipo de enfermedad en más del 40% de los casos. De igual manera, la presencia de células endometriales en la citología de cuello uterino, en mujeres posmenopáusicas (en quienes esto no debe ocurrir) son indicativas de la necesidad de efectuar biopsia de endometrio. Recientemente se ha utilizado la ecografía vaginal como ayuda diagnóstica de este tipo de cáncer.</p>	<p><i>histerectomía abdominal</i> (extracción del útero) más <i>salpingooferectomía</i> (extirpación de ovarios y trompas). Según la extensión de la enfermedad se hacen tomas de otros órganos para determinar la necesidad de complementar el tratamiento con radioterapia, quimioterapia o terapia hormonal.</p>
<p>Cáncer de ovario</p>	<p>El ovario es un órgano pequeño, situado en la pelvis, que produce hormonas femeninas y contiene los óvulos que, al ser fecundados, dan origen a una nueva vida. Hay dos ovarios, uno al lado izquierdo y otro al lado derecho del útero. El cáncer de ovario es una enfermedad en la cual se encuentran células cancerosas en el tejido de uno o ambos ovarios. Es una enfermedad altamente letal y de comienzo engaño. La edad promedio de aparición es de 59 años, y el 80% de las veces aparece en mujeres posmenopáusicas. Se calcula que una de cada setenta mujeres desarrollara un cáncer</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Flujo vaginal fértido - Antecedentes de cáncer endometrial, de colon o de mama - Edad avanzada (a mayor edad, mayor riesgo) - Uso de inductores de ovulación en tratamientos de infertilidad - Historia familiar de cáncer de ovario - Obesidad - No haber estado embarazada 	<p>El cáncer de ovario, una vez presente, no produce síntomas durante muchos años. Cuando finalmente la mujer presenta molestias o síntomas, es posible que la enfermedad hay alcanzado otros órganos, con escasas o nulas posibilidades de curación. Además, muchas mujeres presentan molestias abdominales inespecíficas, de mayor o menor intensidad, que pueden enmascararla existencia de un tumor ovárico. En la mayoría de</p>	<p>El diagnóstico debe adaptarse a la edad, los síntomas y las características físicas de la paciente. Los exámenes rutinarios incluyen exámenes de laboratorio, ecografía abdominal y radiografía de tórax.</p>	<p>El principal tratamiento es la cirugía de extirpación de uno o los dos ovarios y, en caso necesario, de las trompas de Falopio (salpingooferectomía bilateral). Se extirpan juntos si ambos están comprometidos. Se puede realizar quimioterapia como tratamiento complementario. Como la enfermedad es asintomática, con frecuencia los diagnósticos se realizan cuando está muy avanzada y las posibilidades de curación son remotas.</p>

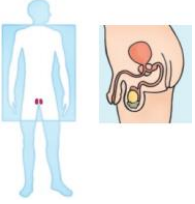
	<p>de ovario en algún momento de su vida.</p> 		<p>los casos, el cáncer de ovario se diagnostica en estadios avanzados, y el principal síntoma es la presencia de una masa abdominal. La sintomatología inicial está representada por un aumento de volumen de la región inferior del abdomen o por pequeñas molestias, muchas veces descritas como sensación de inflamación (distensión abdominal) y gases (flatulencia); también se presenta sintomatología gastrointestinal y urinaria y pérdida de peso.</p>		
Cáncer de mama	<p>El cáncer de mama es una enfermedad frecuente entre las mujeres en edades comprendidas entre los 35 y los 70 años. Sin embargo, últimamente mujeres más jóvenes han desarrollado la enfermedad. Esta es la tercera causa de muerte por cáncer en las mujeres colombianas.</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Factor hormonal: hormonas femeninas como los estrógenos y la progesterona influyen en células de la glándula mamaria. - Historia familiar de cáncer de mama; las mujeres que tienen familiares en primer grado de consanguinidad (madre o hermanas) con antecedentes de cáncer de mama diagnosticado antes de los cincuenta años tienen mayor riesgo de desarrollar este tipo de cáncer. Se ha identificado un gen anormal denominado BCA (acrónimo 	<p>El cáncer de mama es una enfermedad que, en general, no presenta síntomas en su etapa inicial. Por lo general aparece una masa no dolorosa que fácilmente se confunde con los cambios benignos que se presentan en las mamas de la mujer, como los quistes. Es importante consultar a un médico ante la presencia de cualquiera de estos signos o síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una masa de cualquier tamaño o un engrosamiento de la mama. - Retracciones o manchas en la piel de la mama. - Retracción o inversión del pezón. - Piel "cascara de naranja" en la mama. - Úlceras o costras 	<p>La manera más eficaz de controlar el cáncer de mama es su detección temprana. En mujeres menores de cincuenta años, los médicos deben hacer exploración de las mamas al menos una vez al año para detectar pequeñas masas que pueden ser sospechosas de cáncer. A partir de esa edad, el examen ideal para la detección temprana del cáncer es la mamografía. Tras la detección de una masa sospechosa, detectada clínicamente, mediante examen médico o mediante mamografía o ecografía, se debe realizar una biopsia; esto significa tomar un pequeño trozo del tejido para analizarlo a través</p>	<p>El cáncer de seno debe ser tratado por diferentes especialistas (oncólogo clínico, mastólogo (cirujano especialista en mama), radiólogo con experiencia, radioterapeuta, cirujano plástico, psiquiatra, fisioterapeuta y trabajador social). En la actualidad, el tratamiento ideal consiste en la resección del tumor con preservación del seno, seguida de radioterapia. El cáncer de seno que se diagnostica mediante mamografía se trata únicamente con cirugía conservadora y radioterapia, es decir con tratamiento local regional. El cáncer de seno es una enfermedad sistémica, es decir no solo local; por esta razón, la probabilidad de recurrencia es alta, especialmente cuando hay ganglios axilares</p>

		de breast cancer, cáncer de mama en ingles).	en el pezón o secreción de líquido por el mismo. - Masas en la axila o inflamación de los ganglios axilares. - Cambios en lunares o cicatrices de la mama. - Crecimiento anormal de una de las mamas.	del microscopio. Si en el análisis se encuentran células cancerosas, se realizaran otros estudios, para determinar el tratamiento más adecuado a seguir. Mamografía: es un procedimiento en el que los rayos x atraviesan milimétricamente los tejidos de la mama y dibujan los hallazgos sobre una placa radiográfica en la que se revelan las diferencias entre el tejido normal y el tejido maligno.	comprometidos. La curación del cáncer de mama depende del grado de invasión del tumor en el momento del diagnostico, así como de la salud general de la persona afectada. Con frecuencia es necesario realizar mastectomía (eliminación total de la mama). Cualquiera de los métodos quirúrgicos puede acompañarse de quimioterapia, radioterapia o de terapia de bloqueo hormonal.
--	--	--	--	---	---

CANCER EN LOS HOMBRES

Cáncer de próstata	El cáncer de próstata es el más frecuente del aparato genitourinario del hombre. En Colombia ocupa el tercer lugar en mortalidad, después de los canceres gástrico y pulmonar. La próstata es una pequeña (del tamaño de una nuez) glándula sexual masculina cuyo propósito es la producción del líquido seminal que forma parte del semen o esperma. Está ubicada encima del recto y debajo de la vejiga urinaria y rodea la uretra (el conducto por donde sale la orina). Por esto, cuando la próstata crece hay dificultades para orinar y eyacular. Como ocurre con muchos tipos de cáncer, la detección y el tratamiento tempranos mejoran las perspectivas de curación, más aun si se tiene en cuenta que este tipo de cáncer es de crecimiento lento.	Entre los factores de riesgo en los hombres para desarrollar este tipo de cáncer, se pueden mencionar: - Edad: El cáncer de próstata se da con mayor frecuencia en hombres mayores de 40 años. - Antecedentes familiares: El riesgo es mayor en los hombres con algún familiar de primer grado (padres, hermano, tío) con cáncer de próstata, y es aún mayor si hay más de un pariente con antecedentes de este tipo de cáncer. - Factores ambientales: La exposición al	En su estado inicial, es posible que el cáncer de próstata no produzca signos o síntomas. Cuando crece el tumor, pueden notarse ciertos signos de alarma entre los que se incluyen: - Dificultad al comenzar o al terminar de orinar - Fuerza reducida del chorro de orina - Goteo al final de la micción - Micción dolorosa o con ardor - Orinar poco y frecuentemente, especialmente por la noche - Eyaculación dolorosa - Sangre en la orina - Incapacidad para orinar - Dolor continuo en la parte baja de la espalda, en la pelvis o en la zona superior de los	Para diagnosticar este tipo de cáncer se realizan los siguientes exámenes: - Tacto rectal: mediante la introducción de un dedo enguantado en el recto, el médico palpa la superficie de la próstata a través de la pared del intestino, con el fin de identificar masas sospechosas, texturas anormales o durezas. - Antígeno específico de próstata (sigla en inglés PSA): es una sustancia (proteína) producida normalmente en la próstata. Los niveles de esta sustancia en la sangre pueden aumentar cuando el cáncer está presente. Los niveles de PSA	Sobre la base de ciertos procedimientos generales, el tratamiento del cáncer de próstata es distinto para cada persona, ya que depende de la etapa en la que se encuentre la enfermedad, de la edad del paciente y de su estado de salud en general. En cada caso se combinaran las opciones más adecuadas. a. La cirugía: la cirugía para tratar el cáncer de próstata varía desde la resección de una sola parte de la glándula hasta la extirpación de toda la próstata y de los ganglios linfáticos circundantes. b. Otras terapias: además de la cirugía, para tratar el cáncer de próstata pueden
---------------------------	--	---	---	---	---

		<p>cadmio o al caucho, por ejemplo, puede favorecer el desarrollo de cáncer de próstata.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actividad sexual: No está clara la relación entre el cáncer de próstata y la actividad sexual; sin embargo, se ha encontrado que los grupos poblacionales cuyos miembros tienen un menor número de relaciones sexuales o son célibes tienen menor riesgo. - Dieta: Los índices más altos de cáncer de próstata se presentan en las poblaciones que consumen dietas altas en grasas y calcio. - Otros factores, menos evidentes, son los antecedentes de enfermedades sexuales de origen viral y los trastornos hormonales. 	muslos	<p>pueden ayudar al médico en el seguimiento de un paciente con problemas de próstata.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ecografía transrectal: La ecografía es un procedimiento basado en ultrasonidos, que mediante la emisión de ondas sonoras de alta frecuencia, puede precisar las características de un órgano, sus límites y su consistencia y proporcionar información muy precisa sobre posibles alteraciones de las características de un órgano. Para la realización de la ecografía transrectal se introduce un tubo delgado a través del ano hasta la región prostática para captar las características de esta glándula. - Punción/biopsia de próstata: La única manera de determinar si una masa sospechosa en la próstata corresponde a un cáncer es examinar a través del microscopio una muestra de tejido tomada del área. 	<p>indicarse una o varias de las siguientes terapias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Radioterapia - Quimioterapia - Terapia biológica o inmunoterapia - Hormonoterapia
Cáncer de testículo	<p>El cáncer de testículo solo representa alrededor del 1% de todos los cánceres del hombre, pero constituye la enfermedad maligna más frecuente entre los 20 y 34 años de edad.</p>	<p>Entre los factores de riesgo se encuentran:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes con testículos no descendidos al escroto - Antecedentes de cáncer de testículo 	<p>Este cáncer se caracteriza por la ausencia de síntomas en su primera etapa. En general, aparece una masa dentro del testículo, la mayoría de las veces indolora; la única característica es una sensación de peso en el testículo.</p>	<p>La detección temprana suele hacerse mediante autoexploración del testículo, examen recomendado para que se lo realicen los hombres por lo menos una vez al mes. El diagnóstico clínico lo realiza el médico, quien, mediante la palpación de los testículos, puede detectar la</p>	<p>Los tratamientos utilizados para el cáncer de testículo son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cirugía de extirpación de los testículos (orquidectomía) - Radioterapia - Quimioterapia

				<p>presencia de alguna masa. En algunos casos se recurre a la ecografía o a algún otro estudio radiológico, así como a exámenes complementarios de laboratorio clínico.</p>	
<p>Leucemias</p>	<p>Las leucemias constituyen alrededor del 2% de los cánceres de los adultos. Componen un grupo heterogéneo de procesos que se dividen en enfermedades agudas y crónicas. En ambos casos se trata de enfermedades de los elementos mieloides de la médula ósea (glóbulos rojos, glóbulos blancos y megacariocitos), que generan células malignas que interrumpen las funciones normales de la médula y pueden infiltrar directamente el bazo, el hígado, los ganglios linfáticos, el sistema nervioso central y otros órganos.</p> <p>La leucemia linfocítica aguda (LLA) es la más frecuente en la infancia. Entre los adultos predominan la leucemia mieloide aguda (LMA) y la leucemia crónica linfocítica (LCL).</p>	<p>Factores que predisponen a una persona a desarrollar este tipo de cáncer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anomalías genéticas, como el síndrome de Down - Exposición a excesivas radiaciones ionizantes y a ciertas sustancias químicas como el benceno. - Consumo de cigarrillo - Contacto con algunos virus (HTLV-11, EPSTEIN-BARR) - Antecedentes o familiares de leucemia o linfoma. 	<p>Los síntomas pueden presentarse súbitamente, y algunos casos se descubren por casualidad. La persona que note la persistencia de cualquiera de estos síntomas deberá consultar a su médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anemia y síntomas concurrentes: fatiga, ahogos y palidez. - Dolor abdominal por crecimiento del bazo. - Pérdida de peso. - Crecimiento de ganglios linfáticos. - Infecciones frecuentes. - Propensión a las equimosis (manchas en la piel como resultado de la acumulación de sangre a nivel de sus tejidos profundos (hematomas)). - Sangrado en las encías. - Hemorragia nasal (epistaxis) y otros sangrados. 	<p>Para efectuar un diagnóstico, el médico sugiere la realización de exámenes de laboratorio, el estudio de las células de la sangre, y frecuentemente, el análisis de la médula ósea del paciente para buscar leucocitos (glóbulos blancos) anómalos. También podrán requerirse estudios adicionales con el fin de establecer cuál será el tratamiento más adecuado.</p>	<p>La quimioterapia es el tratamiento preferido. Se ejecuta secuencialmente y con distintas combinaciones de fármacos. Mediante la transfusión de componentes de la sangre y la administración de antibióticos, se reduce el peligro de infección. La radioterapia del sistema nervioso central es la técnica que se utiliza en la leucemia linfocítica aguda y puede utilizarse para otras formas de leucemia. Los trasplantes de médula ósea, en combinación con la quimioterapia, se indican en el tratamiento de la leucemia mieloide crónica.</p>

Anexo B. Matriz Dofa Hospital Universitario de Santander.

DEBILIDADES (D)	FORTALEZAS (F)
<p>1. La disponibilidad de los recursos (dispositivos médicos, tecnológicos y económicos) en el HUS no son suficientes para la demanda del servicio</p> <p>2. La organización administración del Hospital no corresponde a la complejidad y dimensión del mismo.</p> <p>3. Politización del Sistema General de Seguridad Social en Colombia.</p> <p>4. El personal administrativo no brinda una atención integral y cálida a las/los usuarios del Hospital.</p> <p>5. El equipo profesional y administrativo no responde a la demanda de atención en salud.</p> <p>6. Demora en la asignación de citas de Consulta Externa.</p> <p>7. Incumplimiento en las normas que rigen los registros clínicos.</p> <p>8. La infraestructura del HUS resulta insuficiente para cubrir la demanda de los servicios de salud según el grado de complejidad.</p> <p>9. El enfoque de atención de las/los usuarios está orientada hacia la parte clínica dejando de lado aspectos esenciales del entorno (social, cultural, ambiental, económico, familiar)</p>	<p>1. El nivel de complejidad del HUS que lo califica para la atención en áreas altamente especializadas.</p> <p>2. Las competencias del personal encargado de la atención superan los grados de especialización.</p> <p>3. El HUS es un espacio de formación y aprendizaje a partir de una estrategia de docencia presencial que se ve reflejada en una formación integral de los/las estudiantes.</p> <p>4. La presencia de un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.</p> <p>5. El compromiso personal de algunas profesionales y personal administrativo en una atención integral y mejoramiento constante de la misma.</p> <p>6. La constante adquisición de equipos de alta tecnología y por ende la capacitación y formación de su personal en el uso y mantenimiento de los mismos.</p> <p>7. Ofrece un amplio portafolio de servicios de salud especializados.</p>


OPORTUNIDADES (O)	AMENAZAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ampliación de la cobertura en salud 2. Trabajo en red con diferentes entidades prestadoras del mismo servicio (profamilia, entre otras) 3. Trabajo en red con entidades que complementan la atención integral del servicio (como Hogares de paso, ong's, fundaciones de apoyo, icbf, entre otras.) 4. Es la única entidad pública en Bucaramanga con tan alto nivel de complejidad, especialistas, tecnología, entre otras; que se constituye como centro de referencia del nororiente colombiano. 5. Los hospitales al convertirse en empresas sociales del estado se constituyen en entidades públicas descentralizadas del orden territorial con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Las transferencias al sector salud proyecta disminución en el flujo de recursos a la red pública. 2. Incumplimiento de las normas de promoción y prevención de la enfermedad. 3. Congestión en la prestación de servicios de salud en la red pública. 4. Incumplimiento de la normas del sistema de referencia y contrareferencia. 5. El control y vigilancia del Sistema General de Seguridad social en salud es débil, lo cual genera dispersión y malversación de los recursos. 6. Las constantes modificaciones a la legislación en salud. 7. La intermediación laboral de las cooperativas de trabajo asociado. 8. La tramitología por parte de las EPS y EPSS para el acceso del servicio de salud que genera retrasos en las autorizaciones para la realización de exámenes y procedimientos. 9. Constante vulneración de los derechos de las personas como usuarias del sistema general de seguridad social en salud.

Anexo C. Matriz Dofa Trabajo Social en el ESE-HUS

DEBILIDADES (D)	FORTALEZAS (F)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Insuficiente personal profesional en Trabajo Social, lo cual genera una sobrecarga de labores. 2. Desarticulación de la labor e intervención de las diferentes profesionales de Trabajo Social. 3. La poca disponibilidad de recursos (económicos) para la realización de las diferentes actividades y acciones planteadas desde Trabajo Social. 6. Trabajo Social no cuenta con equipos de apoyo (humano y tecnológico). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El trabajo multidisciplinar que se puede desarrollar. 2. Las competencias y proyección profesional de Trabajo Social en el HUS. 3. El establecimiento y mantenimiento de redes de apoyo para la atención integral de las/los usuarios. 4. La realización de trámites, acompañamiento y apoyo a pacientes en abandono social.
OPORTUNIDADES (O)	AMENAZAS (A)
<ol style="list-style-type: none"> 1. La existencia de modelos de atención psicosocial a pacientes. 2. El reconocimiento de Trabajo Social por parte de las/los usuarios del sistema, como orientadores, educadores y principal apoyo en su proceso de salud-enfermedad. 3. La necesidad de seguimiento continuo y permanente de pacientes en el HUS. 4. Las posibilidades de acompañamiento en procesos de formulación y evaluación de políticas públicas. 5. Direccionamiento de planes a nivel nacional de promoción y prevención en los procesos de salud-enfermedad. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disolución del departamento de Trabajo Social del HUS como unidad administrativa. 2. Perdida del espacio profesional de Trabajo Social a nivel hospitalario. 3. Disminución de recursos a Trabajo Social por parte de la administración. 4. La tercerización de la prestación de servicios de salud. 5. La comercialización de los servicios de salud. 6. La vulneración de los Derechos de las personas por parte de las entidades en general. 7. Énfasis del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia en la enfermedad y no en la salud.

8. El compromiso de las/los pacientes ante el mantenimiento y continuidad de los tratamientos.

Anexo D. Formato Historia Social.

 FORMATO DE HISTORIA SOCIAL - TRABAJO SOCIAL UNIDAD DE ONCOLOGIA Y RADIOTERAPIA ESE HUS UINIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER			 Universidad Industrial de Santander CONSTRUIMOS FUTURO	
Día	Mes	Año		
1. Datos Personales				
Nombres		Apellidos		
Documento de identidad		Edad		
Dirección de Residencia		Teléfono		
Enfermedad diagnosticada y estadio		Tratamiento propuesto		
2. Datos específicos para el proceso de intervención				
Genograma				
Historia Familiar				
Reacción ante situaciones de dificultad a las que se vieron enfrentados en el pasado				
Roles de los miembros de la familia antes de presentarse la enfermedad				
Grado de información de la familia sobre la enfermedad y que miembros de la familia están desatendidos en este aspecto (paciente y familia)				
Experiencias rescatables respecto a la información (sentimientos, pensamientos, creencias, respecto a la información recibida y las actitudes provocadas por esta -paciente y familia-)				
Nivel de ajuste frente a la situación (paciente y familia)				
Estilos de manifestación del estrés y la ansiedad (paciente y familia)				
Capacidad cuidadora real				
Situaciones de Riesgo y vulnerabilidades (paciente y familia)				
Preocupaciones				

Recursos (paciente y familia)
3. Análisis de la Situación
Valoración de la persona que brinda la atención (intervención)
Recursos
Alternativas de solución
Plan de intervención
Observaciones
Seguimiento
Evaluación
Responsable: