

**ESTRATEGIA PARA EL FORTALECIMIENTO DEL AUTOCUIDADO DE LA  
SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES QUE ASISTEN A LOS  
PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA  
ENFERMEDAD EN LA E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE SAN GIL**

**DIANA KATHERINE GONZÁLEZ GUALDRÓN**

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

**2017**

**ESTRATEGIA PARA EL FORTALECIMIENTO DEL AUTOCUIDADO DE LA  
SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES QUE ASISTEN A LOS  
PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA  
ENFERMEDAD EN LA E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE SAN GIL**

**DIANA KATHERINE GONZÁLEZ GUALDRÓN**

**Práctica Social presentada como requisito para optar el título de  
Trabajadora Social**

**DIRECTORA  
ADRIANA VEGA MARTÍNEZ  
Trabajadora Social**

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

**2017**

A Dios por darme entendimiento y sabiduría.

A mi familia, porque gracias al esfuerzo de todos pude culminar el proceso de formación académica.

A mi madre, padre y hermano por el apoyo incondicional.

A mi hija, por fortalecerme y llenarme de felicidad en cada momento.

A mi novio, por su apoyo y gran amor.

## **AGRADECIMIENTOS**

La autora expresa sus más sinceros agradecimientos a:

Mi familia, por el apoyo durante todo el proceso de formación.

Mi madre, padre y hermano quienes con su gran amor permanecen firmes a mi lado.

Todos los docentes que hicieron parte de mi formación académica

Mi directora de proyecto, quien dedicó tiempo, paciencia y conocimiento para guiarme.

## CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	15
1. MARCO REFERENCIAL	17
1.1 LA SALUD	17
1.2 EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD	19
1.2 TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE LA SALUD	26
2. CONTEXTO GENERAL Y ESPECÍFICO EN LA CUAL ESTA INSERTA LA EXPERIENCIA DE INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL	30
2.1 ACERCAMIENTO A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS INTERNACIONALES Y NACIONALES A FAVOR DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR	30
2.2 SITUACIÓN ACTUAL DEL ADULTO MAYOR EN COLOMBIA	35
2.2.1 Situación demográfica	35
3. CARACTERIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN	40
3.1 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE SAN GIL	40
3.1.1 Reseña Histórica.	41
3.1.2 Misión	41
3.1.3 Visión	41
3.1.4 Política Institucional	41
3.1.5 Servicios Habilitados de la institución	44
3.1.6 Organigrama institucional	47
4. DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE SAN GIL	51
4.1 PROCESO METODOLÓGICO DE INTERVENCIÓN	52

4.1.1 Diagnóstico	53
4.1.2 Objetivos de intervención profesional	56
4.1.2.1 Objetivo General.	56
4.1.2.2 Objetivos Específicos	56
4.1.3 Planeación	57
4.1.4 Ejecución	57
4.1.4.1 Identificación de las características sociodemográficas de los adultos mayores que asisten al programa de riesgo cardiovascular	58
4.1.4.2 Análisis de las rutas de atención de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad dirigidos hacia la población adulta mayor	65
4.1.4.2 Participación en el Programa de riesgo cardiovascular	67
5. ESTRATEGIA PARA EL MEJORAMIENTO DEL CUIDADO DE LA SALUD DEL ADULTO MAYOR: “PRESERVAR LA SALUD HOY, TE PERMITE DISFRUTAR DEL MAÑANA”	73
5.1 DESCRIPCIÓN	73
5.2 JUSTIFICACIÓN	73
5.3 OBJETIVO GENERAL	74
5.4 FUNDAMENTOS DE LA ESTRATEGIA	74
5.5.2 Protección social integral.	75
5.5 INFORMACIÓN PARA EDUCAR AL ADULTO MAYOR SOBRE EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD	75
5.6 GUÍA PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA	77
5.6.2. Atención promoción y prevención	78
5.6.3 Orientación sobre posibles soluciones	79
5.6.4 Atención desde Trabajo Social	80

5.6.5 Seguimiento	80
6. EVALUACIÓN	81
7. CONCLUSIONES	84
8. RECOMENDACIONES	86
BIBLIOGRAFÍA	87
ANEXOS	90

## LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Factores de riesgo en la población adulta mayor	27
Tabla 2. Leyes y decretos dirigidos hacia la protección de la salud del adulto mayor en Colombia	32
Tabla 3. Principios institucionales	42
Tabla 4. Servicios habilitados en la E.S.E	44
Tabla 5. Procesos realizados por el profesional de Trabajo Social	49
Tabla 6. Diagnósticos más incidentes en el servicio de urgencias por los adultos mayores	62
Tabla 7. Diagnósticos más incidentes en el servicio de consulta externa por los adultos mayores	63
Tabla 8. Casos identificados en la participación del programa de riesgo cardiovascular	67
Tabla 9. Temáticas de la estrategia	76

## LISTA DE GRÁFICOS

	pág.
Gráfico 1. Índice de envejecimiento en Colombia 1951 – 2020	35
Gráfico 2. Probabilidad de morir según sexo y edad en la población colombiana	36
Gráfico 3. Porcentaje de morbilidad percibida en personas mayores de 59 años para el año 2010.	37
Gráfico 4. Afiliación al SGSSS de la población adulta en Colombia a partir de los 59 años para el 2010	38
Gráfico 5. Sexo	58
Gráfico 6. Edad de la población adulta mayor que acude al Programa RC	58
Gráfico 7. Afiliación de la población que asiste al Programa RC al SGSSS	60
Gráfico 8. Enfermedades en los adultos mayores que asisten al Programa RC	61
Gráfico 9. Remisiones de adultos mayores a otros centros de salud en el año 2016	64

## LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Mapa de la institución ubicada en el municipio de San Gil - Santander	40
Figura 2. Organigrama institucional administrativo	47
Figura 3. Trabajo Social en la institución	48
Figura 4. Ruta de ingreso del paciente a la institución	66
Figura 5. Árbol del problema	70
Figura 6. Acciones y objetivos	71
Figura 7. Ruta de atención para el adulto mayor durante la intervención desde el área de Trabajo Social	78

## RESUMEN

**Título:** ESTRATEGIA PARA EL FORTALECIMIENTO DEL AUTOCUIDADO DE LA SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES QUE ASISTEN A LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN LA E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE SAN GIL\*

**Autor:** GONZÁLEZ GUALDRÓN, Diana Katherine\*\*

**Palabras clave:** Adulto mayor, vejez, envejecimiento, cuidado y salud.

### DESCRIPCIÓN

El presente trabajo de grado referencia la práctica social desarrollada en el área de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la E.S.E Hospital Regional de San Gil, mediante una intervención realizada con las personas adultas mayores que asisten al programa para el riesgo cardiovascular.

La temática inicia con el marco referencial, en el cual se abordan conceptos de salud, autocuidado y promoción de la salud y prevención de la enfermedad elementos claves que permiten la conceptualización del problema a intervenir por Trabajo Social. De otro lado se presenta la contextualización de la experiencia en cuanto a aspectos de la situación actual de los adultos mayores en Colombia destacando aspectos legales y normativos. Igualmente hay una descripción de la institución y del proceso de intervención profesional que se adelantó, el cual siguió la metodología tradicional de Trabajo Social, que incluye el diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

Por último se presenta una estrategia para incentivar el autocuidado de la salud en la población adulta mayor, mediante la atención en tres áreas de la institución: Programa para el riesgo cardiovascular, oficina de trabajo social y, reuniones periódicas del grupo institucional "Amigos Dulces". Es de resaltar que la anterior estrategia es producto de la intervención y la necesidad de generar conciencia por parte de Trabajo Social hacia los demás profesionales.

---

\* Proyecto de Grado

\*\* Facultad de Ciencias Humanas, Escuela de Trabajo Social, UIS. Directora: Adriana Vega Martinez

## ABSTRACT

**Title:** STRATEGY FOR THE STRENGTHENING OF HEALTH CARE OF ELDERLY PERSONS ASSISTING HEALTH PROMOTION AND DISEASE PREVENTION PROGRAMS IN THE SAN GIL REGIONAL HOSPITAL AND HOSPITAL\*

**Author:** GONZÁLEZ GUALDRÓN, Diana Katherine\*\*

**Keywords:** Elderly, old age, aging, care and health.

### Description

The present work grade reference the experience developed in the area of promotion of health and prevention of disease in the E.S.E Regional Hospital of San Gil, through an intervention with older adults who attend the program for the cardiovascular risk.

The approached subject matter ranges from a frame of reference, based on the concept of health, self-care, and the conceptualization of promotion and prevention. This allows articulate the concept with the problem to intervene; followed of the contextualization. With regard to those aspects of the institution, performing a description wide; to intervene, it is necessary to establish a characterization of the speech describing the reality of the problem identified and the object of intervention. He is the intervention through a traditional methodology, made a diagnosis, planning, implementation and evaluation.

Finally is presents a strategy to encourage the self of the health in the population adult greater, through the attention in three area of the institution: program for the risk cardiovascular, office of work social and, meetings periodic of the Group institutional "friends sweet". It is noted that the previous strategy is the product of the intervention and the need to generate awareness by Social work to other professionals.

---

\* Graduation project

\*\* Faculty of Human Sciences, School of Social Work, UIS. Director: Adriana Vega Martínez

## INTRODUCCIÓN

La salud en la población adulta mayor a nivel nacional está afectada por la calidad en la prestación de los servicios sanitarios, fenómeno que es el reflejo de la estructura y funcionamiento del Sistema de Seguridad Social en salud, el cual se caracteriza por ser inequitativo e ineficiente. A pesar que durante el proceso de envejecimiento el adulto mayor presenta una serie de cambios físicos y psicosociales que lo hacen vulnerable, es común encontrar que los viejos enfrenten situaciones excluyentes y discriminatorias.

Para preservar la integridad de la población adulta mayor es importante realizar intervenciones en diferentes campos y dar respuesta a las situaciones problema que afectan el bienestar de este grupo poblacional. Esto hace necesario una concepción diferente de vejez por cuanto no existe un paradigma único frente a su significado dada la naturaleza multidimensional del fenómeno.

Para Trabajo Social abordar el tema de la atención en salud de los adultos mayores constituye un reto que exige actuar con responsabilidad profesional para resolver situaciones que afecten los derechos e integridad de estas personas. Es claro que la vejez supone problemas concretos en diferentes perspectivas, pero para el caso del presente trabajo se abordará lo relacionado con la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el marco de programas específicos que se llevan a cabo en el Hospital Regional de San Gil.

En el contexto anterior en el año 2016 se llevó a cabo la práctica social con miras a la realización de una estrategia que permitiera fortalecer el autocuidado de la salud del adulto mayor, desde la institución y con la participación activa del usuario y sus redes de apoyo. El desarrollo del proceso y los logros alcanzados se describen en el presente documento.

Es importante destacar que para lograr lo expuesto se implementó un proceso de intervención profesional basado en la metodología tradicional cuyas fases tenían propósitos específicos. El resultado final se condensa en la propuesta de una estrategia de educación para el autocuidado del adulto mayor que incluye una serie de actividades para que estas personas cuenten con elementos que le permitan fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad

# 1. MARCO REFERENCIAL

## 1.1 LA SALUD

La salud es un concepto que ha ido variando y ha sido abordado desde diferentes perspectivas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1946 la define como “un estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia”<sup>1</sup>. En esta definición es claro que la salud va más allá de los procesos biológicos. En el año 1975 Milton Terris realiza una crítica a la definición anterior de la OMS y la ajusta de la siguiente forma: “La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades”<sup>2</sup>. Este concepto deja entrever una concepción dinámica de la salud y que la misma no implica estar libre de enfermedades.

En la actualidad la OMS no conceptualiza la salud desde la enfermedad sino pone de manifiesto que la misma está referida a “el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos los individuos”<sup>3</sup>.

En el año 1974 el Ministro de Sanidad de Canada, Marc Lalonde presentó los resultados de un trabajo investigativo en el que se revela que la salud no está relacionada únicamente con factores biológicos, sino que la mayoría de enfermedades tenían otro origen.

---

<sup>1</sup> ALIAGA, Begoña. El concepto de salud y sus determinantes. Definición de la salud [en línea]. En: Publicaciones Didácticas No. 13, Mayo de 2011 [citado 13 ago 2016]. Disponible en internet: <URL: <http://www.seindor.com/publicacionesdidacticas.com/hemeroteca/articulo/013036/articulo-pdf>>

<sup>2</sup> TERRIS, Milton. El concepto de la salud. Madrid.2007

<sup>3</sup> ALIAGA, Begoña, Op. Cit., p. 140.

Es así como surge el concepto de determinantes de la salud que identifican “al conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones.<sup>4</sup>” Bajo este enfoque es preciso tener claro que la mayoría de los problemas de salud son el resultado de “la interacción de cuatro fuerzas básicas que actúan de manera simultánea en el decurso de la vida: los factores heredo biológicos, los estilos de vida, las condiciones medio ambientales y las condiciones inherentes a los servicios de salud.<sup>5</sup>”

En el año 2004 la OMS plantea que “las condiciones sociales en que vive una persona influyen sobremanera en sus posibilidades de estar sana. En efecto, circunstancias como la pobreza, la inseguridad alimentaria, la exclusión y la discriminación sociales, la mala calidad de la vivienda, las condiciones de falta de higiene en los primeros años de vida y la escasa calificación laboral constituyen factores determinantes de buena parte de las desigualdades que existen entre países y dentro de ellos por lo que respecta al estado de salud, las enfermedades y la mortalidad de sus habitantes.<sup>6</sup>”

Los determinantes permiten conocer los factores que influyen de manera positiva y negativa en el estado de la salud de una persona y dentro de éstos el estilo de vida es importante por cuanto marca prácticas de autocuidado que favorecen el mejor estado de bienestar posible.

---

<sup>4</sup> AGUIRRE, Manuel. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. 2011. [31 Enero de 2017] Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/acta\\_medica/2011\\_n4/pdf/a11v28n4.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/acta_medica/2011_n4/pdf/a11v28n4.pdf)

<sup>5</sup> TABIMA, Diomedes Didácticas en la enseñanza de la promoción de la salud en la asignatura programada de salud del programa de medicina de la universidad tecnológica de Pereira. Pereira. Trabajo de grado. Magister en educación. Universidad Tecnológica de Pereira. Facultad de Ciencias de la Educación.

<sup>6</sup> ALFARO, Eyleen. Uso de las concepciones teóricas sobre los determinantes sociales de salud. [En línea]. 2009. [31 de Enero 2017]. Disponible en: [file:///C:/Users/CARLOS/Downloads/03\\_uso\\_de\\_las\\_concepciones.pdf](file:///C:/Users/CARLOS/Downloads/03_uso_de_las_concepciones.pdf)

## 1.2 EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD

María Uribe define que el autocuidado de la salud “está ligado a la capacidad que el ser humano tiene para mantenerla y prevenir las enfermedades<sup>7</sup>”; se orienta también, a conservar su estado de bienestar como lo establece la OMS al definir la salud.

El autocuidado es un acto para promocionar la salud que ha estado presente en el devenir histórico:

“Durante la cultura griega el auge de las corrientes filosóficas, como el estoicismo, generaron desarrollos importante en torno al autocuidado con la práctica, llamada en esa época “El cultivo de sí”, ésta terminación se basaba en un principio: “Hay que cuidarse y respetarse a sí mismo, en tanto al intensificar la relación como uno mismo, se constituye sujetos de sus actos”<sup>8</sup>. Los griegos percibían el autocuidado y lo ejercían por medio del cuidar de su cuerpo y del alma a través de ejercicios físicos sin exceso, una alimentación y entorno adecuado para promoverla. Siguiendo la historia, la influencia del pensamiento judeo-cristiano estableció un nuevo concepto del autocuidado asemejándolo a la castidad como la práctica de cuidar no sólo de su cuerpo sino, con el cuerpo del otro, esto trasforma la perspectiva griega pasando de unos cuidados físicos a otros orientados hacia el espíritu”<sup>9</sup>.

Por otra parte, desde la perspectiva de la ciencia de la medicina: “se maneja un enfoque del autocuidado desde unos cuidados de tipo biopsicosocial aportando unas prácticas centradas en el curar las enfermedades, separación del cuerpo y espíritu desde la perspectiva del cuidado, contribuyendo hacia el aporte de un concepto nuevo sobre el cuidado, orientado hacia los tratamientos y cuidados habituales para promover la vida y prevenir la enfermedad<sup>10</sup>.

---

<sup>7</sup> URIBE, María, El autocuidado y su papel en la promoción de la salud.[En línea] Sep.1999. [Enero 31 de 2017]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0467.pdf>

<sup>8</sup> Ibid. p.16. op. cit, p.16

<sup>9</sup> Ibid., .p.16. op, cit. p.16

<sup>10</sup> Ibid., p, 16. op. cit, p.16

Orem, en su teoría de enfermería sobre autocuidado, lo define como “la práctica de actividades que una persona inicia y realiza por su propia voluntad para mantener la vida, la salud y el bienestar”<sup>11</sup>. Afirma, que “el autocuidado es una conducta que se aprende y surge de combinaciones de experiencias cognitivas y sociales.”<sup>12</sup> En este orden de ideas para que el ser humano pueda establecer un autocuidado de su salud es necesario contar con redes de apoyo que le brinden herramientas para el desarrollo de prácticas relacionadas con su salud.

Las redes de apoyo pueden ser conformadas por la familia, el círculo social, las instituciones y el Estado. Por parte de la red de instituciones, como ejecutoras de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, es imprescindible generar espacios que eduquen a los individuos sobre cómo autocuidarse. Se destaca a nivel nacional que las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud (IPS) creadas por la Ley 100 de 1993\* dirigen sus acciones a garantizar la atención en las diferentes fases del proceso salud-enfermedad. En este contexto, las IPS deben contar con un ambiente y espacios apropiados para desarrollar actividades e incentivar por medio de estrategias el cuidado y autocuidado de la salud, actuando de manera preventiva en la aparición de las enfermedades.

Enmarcado en lo descrito, la promoción de la salud como lo señala la OMS es un *“proceso político y social; lo que involucra no sólo a las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos sino, también, a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual”*.<sup>13</sup> Se vislumbra bajo este enfoque la necesidad actuar sobre los determinantes de la salud y la relación de la misma con la

---

<sup>11</sup> . INSTITUTO NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIARLIMA Autocuidado de la salud para el adulto mayor: Manual de información para profesionales. Perú. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social; Perú: MIMDES, 2003.174 p.

<sup>12</sup> *Ibíd.*, p.18

<sup>13</sup> BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD. Glosario. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud [en línea]. Argentina, s.d. [Citado 13 ago 2016]. Disponible en Internet:<URL: [http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario\\_sp.pdf](http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf)>

prevención ya que, gracias a los avances tecnológicos, científicos y sociales se ha direccionado el enfoque de la salud, pasando de ser curativa a preventiva.

La prevención de la enfermedad según la OMS “*abarca las medidas dirigidas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida*”<sup>14</sup>. Gracias a la prevención de las enfermedades el riesgo a fallecer a causa de afectaciones en la salud disminuye; hoy en día es posible intervenir y curar enfermedades gracias a la prevención oportuna, lo que permite al individuo mejorar la condición de su salud.

En Colombia, los Programas de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad (P y P) se crearon a partir de la resolución 3997 de 1996 por medio de la cual “se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)”<sup>15</sup>. A nivel nacional, según la resolución mencionada programas se focalizan en grupos específicos y son:

- *Programa de prevención de las alteraciones en el crecimiento y desarrollo de los niños menores de doce años:*
- *Programa de prevención de las alteraciones sensoriales mediante acciones de manejo de la salud visual y auditiva en niños menores de doce años.*
- *Programa de prevención de infección respiratoria aguda (IRA) y enfermedad diarreica aguda (EDA) en niños menores de 5 años.*
- *Programa de prevención de enfermedades inmunoprevenibles definidas en el programa ampliado de inmunizaciones (PAI)*

---

<sup>14</sup> *Ibíd.*, p.12

<sup>15</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 3997 (octubre 30), Por la cual se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Bogotá, 1996

- *Programa de prevención de alteraciones del crecimiento del aparato estomatológico, de caries y enfermedad periodontal mediante la utilización de sellantes, fluorización y medidas de higiene oral*
- *Programa de prevención de las enfermedades relacionadas con el embarazo, parto y puerperio*
- *Programa de prevención de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), infección por VIH-SIDA*
- *Programa de prevención de enfermedades cardio-cerebro- vasculares.*
- *Programas de prevención del cáncer, especialmente el cáncer de cérvix, de mama y estómago.*
- *Programa de prevención de tabaquismo, alcoholismo y farmacodependencia.*
- *Programa de prevención de las complicaciones de las enfermedades crónicas y degenerativas<sup>16</sup>*

Los anteriores programas exigen el desarrollo de una serie de actividades a realizar durante el proceso de atención profesional – paciente.\* Cada uno de éstos contempla acciones y procedimientos específicos que deben ser llevados a cabo por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) del SGSSS y por las Direcciones Seccionales, Distritales y Municipales de salud.

Al realizar una revisión del contenido de los programas citados se encuentra que los mismos toman como referente las etapas del ciclo de vida han sido definidas por variados autores, y, desde diferentes perspectivas, destacándose la fundamentada en el desarrollo evolutivo del ser humano que explica los cambios del individuo a medida que el tiempo pasa. Las teorías desde el desarrollo evolutivo son teorías

---

<sup>16</sup> BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD, Op. Cit., p.12

\* Las actividades para cada programas se encuentran descritas en la resolución 3997 de 1996, las cuales no se mencionan en el presente marco debido a que sólo se interviene por medio del programa para el riesgo cardiovascular.

psicoanalíticas, teoría psicosocial, teorías del aprendizaje, teorías cognitivas y, las teorías socioculturales.

Desde la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson “cada etapa del desarrollo gira en torno a una "crisis" en la personalidad que involucra un conflicto mayor diferente. Cada crisis es un punto crucial relacionado con un aspecto de importancia a lo largo de la vida.<sup>17</sup> En esta teoría se plantean ocho etapas psicosociales:

- Confianza vs desconfianza
- Autonomía vs Vergüenza y duda
- Iniciativa vs culpa
- Laboriosidad vs inferioridad
- Exploración de la identidad vs difusión de la identidad
- Intimidad vs aislamiento
- Generatividad vs estancamiento
- Integridad del yo, vs desesperación

Lo propuesto por Erikson permite comprender comportamientos del ser humano en las diferentes etapas de la vida. Dado el objeto de intervención del presente trabajo es claro que los adultos se encuentran en los dos últimos estadios: “Generatividad vs estancamiento e, integridad del yo, vs desesperación”<sup>18</sup>, ya que los mismos involucran la población entre los 40 años de edad en adelante. Si se revisan las características de cada etapa, es posible hallar elementos para el diseño y desarrollo de un modelo de atención para la prestación del servicio de salud para la población adulta mayor.

---

<sup>17</sup> BORDIGNON, Nelson. El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. [En línea] 2005. [Enero 31 de 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/695/69520210.pdf>

<sup>18</sup> *Ibíd.*, p21.

Definir y entender las particularidades de la población adulta mayor requiere abordar el concepto de la vejez y el proceso de envejecimiento.

La etapa de la vejez es abordada por Costa A. como una *“etapa de la vida reservada a pocos afortunados que fueron capaces de vencer la muerte, los agentes agresivos y las enfermedades; la demostración de fortaleza en relación con otros más jóvenes quienes fallecieron y quedaron en el camino”*.<sup>19</sup> Según esta definición el adulto mayor al comenzar este período se encuentra inmerso en una realidad que lo invalida y lo caracteriza como incapaz de realizar diferentes acciones haciendo referencia a su afortunado logro, el estar con vida. La vejez, es vista desde la sociología como una etapa en la cual se define al ser humano según las actividades que realiza.

Desde la perspectiva psicológica expuesta por Eric Erikson<sup>20</sup>, la vejez es la última etapa de la vida en la que el ser humano se da cuenta que no se tiene un concepto de la totalidad de vida si no, que el ser humano evita el ciclo total de la vida. Para Erikson el ciclo de vida juega un papel relevante porque está compuesto por etapas que afectan el yo, en las que el apoyo de las redes pueden ayudar o impactar negativamente sus aspectos emocionales provocando afectaciones como lo menciona Erikson de una *“pobreza debilitante”*; esto genera que el individuo no se preocupe por su cuidado produciendo problemáticas en su salud emocional y física.

La vejez, también es definida por el Ministerio de Salud y Protección Social<sup>21</sup> como *“una construcción social y biográfica del último momento del curso de vida humano. La vejez constituye un proceso heterogéneo a lo largo del cual se acumulan, entre*

---

<sup>19</sup> RODRÍGUEZ, Karen. Escuela de medicina y ciencias de la salud: Vejez y Envejecimiento. Grupo de investigación en actividad física y desarrollo humano. Universidad del Rosario, Escuela de Medicina. Bogotá. 2010.

<sup>20</sup> Ibid., p, 21.

<sup>21</sup> MONTOYA, Soraya. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá, 2017.

*otros, necesidades, limitaciones, cambios, pérdidas, capacidades, oportunidades y fortalezas humanas.*<sup>22</sup>”

Según la Política de Envejecimiento y Vejez creada por el Ministerio de Salud y Protección Social, la vejez “*se ha relacionado con la dependencia, la enfermedad y la falta de productividad, sin embargo, en países desarrollados se puede observar que las personas mayores mantienen su autonomía y continúan laborando después de los 60 años*”<sup>23</sup>

Las anteriores definiciones conciben la vejez como una condición en la que el individuo no se sigue desarrollando y la asocian a una etapa culminante del ciclo vital. Durante el proceso de envejecimiento la población adulta mayor necesita diferentes apoyos para obtener una vejez sana y cálida que intervenga en las problemáticas que le impiden tener una calidad de vida.

Por otra parte, por el proceso de envejecimiento se presentan diversos cambios a nivel físico y emocional del individuo. Comprender el proceso de envejecimiento no es complejo, ya que en la familia, amigos cercanos o círculo social se cuenta con una persona cercana entre los años 60 en adelante, a quien le sucede una serie de cambios que se evidencian en el aspecto físico como el tono de piel y el color del cabello. El envejecimiento, es entendido “*como la suma total de los cambios que se dan en el transcurso del tiempo, que ocurren durante la vida de un individuo, después de que este haya alcanzado la madurez de talla, forma, y función, y que además, son comunes a todos los miembros de la misma clase o especie*”<sup>24</sup>.

---

<sup>22</sup> *Ibíd.*, p.21.

<sup>23</sup> *Ibíd.*, p.15.

<sup>24</sup> ARBOLEDA, Andrés. BARAHONA, Diego. ESPINOSA, Julian. Caracterización del nivel de funcionalidad cotidiana en un grupo de adultos mayores (AÑORANZAS) DE COOEDUCARCOMCAJA (PEREIRA). Trabajo de grado, 2008.

Acorde con lo descrito, es importante comprender que los adultos mayores es un grupo que se ve enfrentado a situaciones problema que afectan su bienestar y que exigen la intervención de profesionales en diferentes disciplinas. Por esto, y teniendo en cuenta que la enfermedad toma un rol importante para esta población, en el área de la salud es imprescindible contar con un equipo multidisciplinar para el desarrollo de acciones tendientes a prevenir y mitigar los riesgos propios de esta etapa. Es en este equipo, donde el Trabajador Social juega un papel protagónico para el diseño e implementación de programas dirigidos al bienestar de la población vieja.

## **1.2 TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE LA SALUD**

La profesión de Trabajo Social con el pasar del tiempo ha vivido cambios debido al desarrollo social, económico y político que atraviesa la humanidad, los cuales traen consigo problemáticas en los diferentes entornos en los que se encuentra el ser humano. Los cambios en la profesión se han evidenciado frente a su quehacer y áreas de intervención, hecho que ha llevado a que la profesión se integre a nuevos ámbitos y trabaje de la mano con profesionales de todas las disciplinas.

En el área de la salud, el Trabajo Social se identifica por abordar la realidad del paciente desde el entorno social, lo que permite realizar un diagnóstico global que va más allá del punto biológico. La salud se convierte para esta profesión en objetivo prevalente que direcciona procesos desde lo social y los cuales unidos a la ciencia la ciencia médica contribuyen a mejorar el estado de salud de la población.

En el ámbito legal la profesión cuenta con la Ley 53 de 1977 que reglamenta el ejercicio de la profesión del Trabajador Social, y, el Decreto Reglamentario 2833 de 1981 que da legalidad al ejercicio profesional y señala como uno de sus fines “Facilitar que las personas desarrollen plenamente sus potencialidades, enriquezcan sus vidas y prevengan las disfunciones. Por ello, los trabajadores

sociales se convierten en agentes de cambio en la sociedad y en la vida de las personas, familias y comunidades con las que trabajan.”<sup>25</sup>

El Consejo Nacional de Trabajo Social de Colombia como resultado de investigaciones en el Área de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad, identifica en cada etapa del ciclo vital algunos factores de riesgo, entre los que se procede a destacar los referidos a la población adulta mayor, por ser ésta el sujeto de intervención en la práctica social que se adelantó en el Hospital regional de San Gil.

Tabla 1. Factores de riesgo en la población adulta mayor

<b>Grupo etario</b>	<b>Factor de riesgo</b>	<b>Riesgo social</b>
Mayores de 60 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdidas afectivas</li> <li>• Rechazo familiar</li> <li>• Deterioro físico y mental</li> <li>• Retiro laboral</li> <li>• Defunciones conyugales</li> <li>• Desconocimiento de las enfermedades y sus consecuencias</li> <li>• Desconocimiento de sus derechos humanos</li> <li>• Abandono social y total</li> <li>• Muerte del cónyuge o familiar cercano</li> <li>• Inseguridad ciudadana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Duelo por pérdida del cónyuge</li> <li>• Desprotección familiar y social</li> <li>• Pérdida de capacidad para desempeño de roles</li> <li>• Inadecuada utilización del tiempo libre</li> <li>• Disminución o carencia de ingresos</li> <li>• Pérdida de la autoestima</li> <li>• Falta de prevención oportuna</li> <li>• Accidentes de tránsito</li> <li>• Depresión afectiva, soledad.</li> </ul>

<sup>25</sup> RODRÍGUEZ, Karen, Op. Cit., p. 19.

Grupo etario	Factor de riesgo	Riesgo social
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accidentes en el hogar: pisos, escaleras; lugares húmedos o lisos.</li> </ul>	

Fuente: CONSEJO NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN. Documentos de intervención de Trabajo Social [en línea]. Bogotá, 2014 [Citado 20 ago 2016]. Disponible en Internet: <URL: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Trabajo%20Social%20en%20el%20Sistema%20de%20Salud%20Colombiano\\_Octubre2014.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Trabajo%20Social%20en%20el%20Sistema%20de%20Salud%20Colombiano_Octubre2014.pdf)>

Cabe resaltar que los riesgos no son sólo los mencionados en la anterior tabla, pero, si ofrece una mirada de las problemáticas sociales actuales que afectan a la población adulta mayor en el área de la salud. También, la intervención del profesional de Trabajo Social cuenta con un código de ética el cual delimita el alcance de su actuar y orienta su ejercicio profesional bajo los siguientes parámetros:

“El Trabajo Social concibe la salud y la enfermedad como hechos sociales particulares y colectivos que superan la concepción biológica y trascienden la intervención más allá de las ciencias médicas; por tanto, propendemos por una mayor participación del Trabajo Social en el área de la salud, para intervenir en los procesos de promoción, prevención, atención y rehabilitación”<sup>26</sup>

Con este marco de acción el profesional de Trabajo Social identifica problemáticas que afectan al individuo y frente al entorno de él, aporta sus conocimientos en el grupo multidisciplinar que lo trata evitando algún tipo de riesgo que impida su mejoramiento, ya sea en el entorno social, político, cultural o económico. También, el actuar profesional se rige por velar los derechos humanos, la equidad de género, diferencias de etnia, entre otros aspectos que se impliquen en mejorar la calidad de vida de los pacientes y en el caso de la presente práctica velar por la seguridad e integridad del usuario para su salud.

---

<sup>26</sup> PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Decreto Reglamentario 2833, Op. Cit.



## **2. CONTEXTO GENERAL Y ESPECÍFICO EN LA CUAL ESTA INSERTA LA EXPERIENCIA DE INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL**

### **2.1 ACERCAMIENTO A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS INTERNACIONALES Y NACIONALES A FAVOR DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR**

El crecimiento de la población es un fenómeno que enfrentan la mayoría de las naciones y ha exigido que los gobiernos diseñen y pongan en marcha políticas públicas dirigidas a las personas mayores. A nivel internacional, el Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos, Protocolo de San Salvador, específicamente el artículo 17, declara que toda persona tiene derecho a protección especial durante la ancianidad<sup>27</sup>. Teniendo en cuenta este protocolo cada nación, está en el deber de crear estrategias para cumplir con los derechos que tienen los adultos mayores, a velar por su integridad y a protegerlos de diferentes situaciones que los afecten desde todas las áreas en especial desde el área de la salud.

Por otro parte, las Naciones Unidas según la Resolución No. 40/30 del año 2015 alienta a los Estados a que incorporen en la legislación apropiada el derecho de las personas de edad a utilizar servicios sociales y acceder a ellos en condiciones de igualdad y sin discriminación.<sup>28</sup>

A nivel nacional la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez provee una serie de lineamientos que estructurados bajo ejes temáticos específicos enfoca la intervención con los adultos mayores a la protección, promoción y cumplimiento de los derechos de este grupo poblacional en todos los campos en los que se

---

<sup>27</sup> CONVENCION AMERICANA DE DERECHOS HUMANOS.2016

<sup>28</sup> CORREA, S. Adriana. El adulto mayor de la fundación Albeiro Vargas & Ángeles Custodios. Proyecto de grado. Bucaramanga, 2008, p.42.

desenvuelve en su diario vivir. Para el área de la salud, se establece en el eje dos la protección social como *“el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y mejorar la calidad de los colombianos, especialmente los más desprotegidos, para obtener como mínimo el derecho a la salud, la pensión y al trabajo”*.<sup>29</sup>

En este marco se vislumbra como relevante la Política Colombiana de Envejecimiento y Vejez, 2014-2024 que aborda con un enfoque multidimensional la situación de la población vieja en Colombia. Esta política, *“reconoce nuevamente los derechos y les da vigencia, crea condiciones para promover y garantizar condiciones de protección social integral, de integración social y para que todas las personas adultas mayores participen como ciudadanos, en la construcción de un proyecto colectivo de orden económico, político y social justo en Colombia.”*<sup>30</sup>

Unido a lo anterior y haciendo referencia en forma particular a la atención en salud, se encuentra una serie de normativas que parten de la Constitución Política de Colombia que en su artículo 49 ratifica que:

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

---

<sup>29</sup> Ley 789 de 2002, Artículo 1.

<sup>30</sup> MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Política pública de envejecimiento y vejez. SEGUNDO BORRADOR. AÑO 2015

todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”<sup>31</sup>

Acorde con lo señalado se promulgan normas tendientes a garantizar la atención en salud, destacándose la Ley 100 de 1993 que crea en su Libro Segundo el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) definiendo en el artículo 152 que los objetivos del mismo *“son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención”*<sup>32</sup>.

Dada la evolución que ha tenido la legislación colombiana en cuanto a la protección del adulto mayor en la Tabla 2 se presenta un compendio de las principales normas legales al respecto.

Tabla 2. Leyes y decretos dirigidos hacia la protección de la salud del adulto mayor en Colombia

<b>Norma</b>	<b>Concepto referente al adulto mayor</b>
Ley 29 de 1975	Hace referencia a que las personas adultas mayores de 60 años son carentes de recursos económicos y necesitan una mejora en los servicios de atención del Estado en cuanto a vivienda, vestuario, alimentación, atención médica hospitalaria, odontología completa, procedimientos quirúrgicos y gastos funerarios, todos estos financiados por el Gobierno Nacional, departamental y municipal a través de donaciones y auxilios.

<sup>31</sup> CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA. Título 2: De los derechos, las garantías y los deberes. Capítulo 2: De los derechos sociales, económicos y culturales. Artículo 49. Acto legislativo 2. 2009. [En línea]. [22 Enero de 2017] disponible en: (<http://www.constitucioncolombia.com/titulo-2/capitulo-2/articulo-49>)

<sup>32</sup> CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 100 de 1993. Artículo 152.

Norma	Concepto referente al adulto mayor
Ley 4 de 1976	Establece lineamientos referidos a los servicios relacionados con las pensiones en el sector público y privado y también al derecho de la prestación y atención de servicios médicos.
Decreto 2011 de 1976	Dedicado en forma especial a la atención del “anciano indigente”; lo concibe como individuo carente de recursos económicos, es decir no recibe ingresos ni se encuentra protegido por las entidades de seguridad social.
Ley 10 de 1990	Es de destacar la referencia al concepto de “atención en salud” como un servicio público de carácter universal a cargo del Estado. Se enfatiza en la formulación de políticas en salud, al Ministerio y regulación de la prestación de los servicios por las entidades que integran el sistema.
Constitución de 1991 de la República de Colombia	Capítulo II. De los derechos sociales, económicos y culturales. Artículo 46: “el Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria. El Estado le garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia”.
Ley 100 de 1993	Esta Ley crea el SGSSS por medio del cual los ciudadanos pueden tener acceso mediante la afiliación a una entidad administradora de planes de beneficios en salud, a este tipo de servicios distinguiendo dos regímenes de vinculación: Contributivo y subsidiado.
Decreto 135 de 1994	Reglamenta un auxilio para ancianos indigentes en el cual se tendrá una cobertura fijada por el CONPES.

Norma	Concepto referente al adulto mayor
Decreto 731 de 1995	Mediante este decreto se crea la Comisión Tripartita de Concertación para el Desarrollo de Programas de la Tercera edad, la cual tiene como objetivo el desarrollo de políticas y programas para proteger y atender a la población adulta mayor.
Ley 1251 de 2008	Por medio de la cual se crea la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007 – 2019 cuyo propósito es prevenir, mitigar y superar las condiciones sociales que impactan en forma negativa la calidad de vida de la población, a través de cuatro ejes fundamentales: la promoción y garantía de los derechos humanos de las personas mayores, la protección social integral, el envejecimiento activo y la formulación del talento humano e investigación.
Ley 715 de 2011	Artículo 76: Clasifica la atención y el apoyo integral a los grupos vulnerables: población infantil, ancianos, desplazados y madres cabeza de hogar por parte de los entes territoriales.
Plan Decenal de salud pública 2012 – 2021	Se hace referencia a la vulnerabilidad de los adultos mayores y población en envejecimiento formulando estrategias que promuevan el envejecimiento activo y saludable.

Fuente: Elaboración propia basada en cada una de las normativas mencionadas publicadas por entidades como el Ministerio de salud y Protección social, Alcaldía mayor de Bogotá.

Como se observa, la normatividad en Colombia frente a la población adulta mayor se encuentra consolidada por un gran número de leyes, artículos y políticas públicas que protegen sus derechos pero, en el momento de actuar sobre las diversas problemáticas con las que tiene que sobrevivir cada día miles de adultos mayores

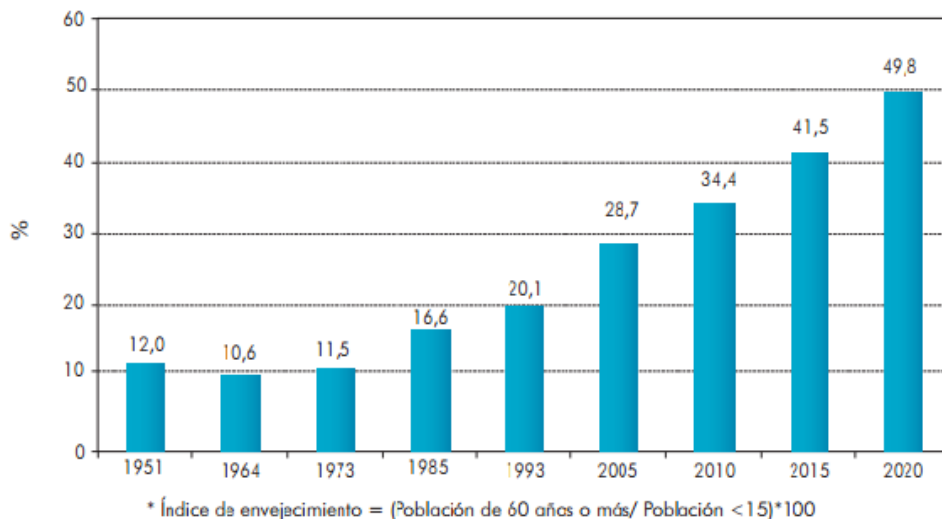
a nivel nacional deja mucho que pensar sobre el ejercicio y cumplimiento de la normatividad anteriormente mencionada.

## 2.2 SITUACIÓN ACTUAL DEL ADULTO MAYOR EN COLOMBIA

**2.2.1 Situación demográfica.** El envejecimiento en Colombia según el Ministerio de Salud y protección Social se refiere al aumento de la población mayor de edad tanto en volumen como en peso relativo.<sup>33</sup> Una de las principales causas para que se dé el aumento del envejecimiento es al descenso de la fecundidad y la reducción de la mortalidad en distintas etapas vitales.

*La población mayor de 60 años en Colombia ha aumentado en un ritmo de 3% lo cual contrasta con el ritmo del crecimiento total, cercano al 20% poblacional<sup>34</sup>.* El índice de envejecimiento según el DANE ha venido en aumento tal como lo muestra el Gráfico 1.

Gráfico 1. Índice de envejecimiento en Colombia 1951 – 2020



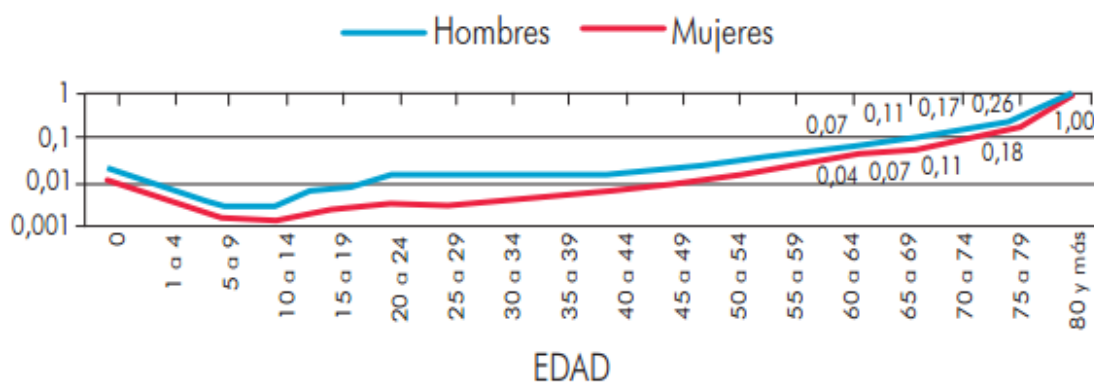
Fuente: Dinámicas demográficas y estructuras poblacionales. Ministerio de Salud y Protección Social. 2013

<sup>33</sup> MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Vejez y envejecimiento. 2015

<sup>34</sup> NACIONES UNIDAS DE AMÉRICA. 2002. p185.

El anterior gráfico permite identificar el avance que ha tenido la población adulta mayor en Colombia, y asimismo proyecta lo que probablemente la población adulta mayor avance durante los siguientes cinco años. Este aumento prevé una mayor probabilidad de generar problemáticas sociales que afecten la salud de los adultos mayores durante los próximos años y por lo tanto su probabilidad de morir.

Gráfico 2. Probabilidad de morir según sexo y edad en la población colombiana



Fuente: DANE- Estimaciones conciliación censal 1985-2005 y Proyecciones 2005-2020

Fuente: DANE, Estimaciones conciliación censal 1985-2005 y Proyecciones 2005-2020.

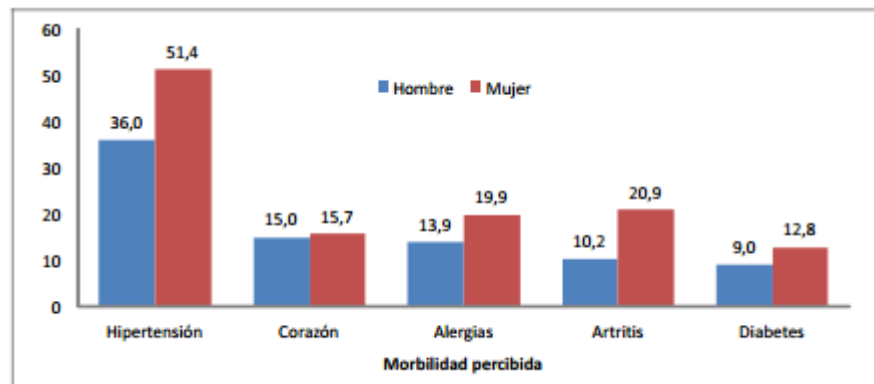
El anterior gráfico permite observar una mayor probabilidad de morir a partir de los 50 a 54 años de edad en comparación con los otros grupos de edades. Estos datos muestran que a más edad mayor riesgo de morir pero, a ¿Que se debe éste fenómeno? El riesgo a morir se debe al aumento de vulnerabilidad en el sistema inmunológico lo que aumenta la posibilidad de adquirir virus o enfermedades por los cambios en el proceso de envejecimiento<sup>35</sup>.

En el gráfico que se muestra a continuación se revela la morbilidad percibida en Colombia en la población adulta mayor. Hay un porcentaje de 51,4% de mujeres

<sup>35</sup> Análisis de la autora, frente a lo observado en la institución y la investigación bibliográfica realizada para la construcción del presente informe.

hipertensas y un 36% de hombres hipertensos lo que refleja un alto grado de enfermedades crónicas y degenerativas en este grupo poblacional.

Gráfico 3. Porcentaje de morbilidad percibida en personas mayores de 59 años para el año 2010.



Fuente: Estimaciones realizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con la base en DANE, Población censada 1951-1993, conciliación censal 1985-2005 y proyecciones 2005-2020.

Teniendo en cuenta las pirámides poblacionales de Colombia durante los años 1985, 2005 y 2015 se logra identificar el aumento de la población de 60 años y más del año 1985 al 2005, que pasó de 2.1 millones a 3.8 millones de personas respectivamente, lo cual equivale a un 78% de esta población.<sup>36</sup>

Las principales causas del envejecimiento poblacional en Colombia son el aumento de la esperanza de vida, disminución de la mortalidad, el control de las enfermedades infecciosas y parasitarias, el descenso de las tasas de la fecundidad, la atenuación del ritmo de incremento de la población y los procesos de migración.<sup>37</sup>

Según el DANE la esperanza de vida en los últimos cincuenta años se ha venido incrementando para todos, principalmente para las mujeres, de ahí que en la

<sup>36</sup> MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Envejecimiento demográfico. Colombia 1985 - 2020. Dinámica demográfica y estructuras poblacionales. Bogotá, 2013.

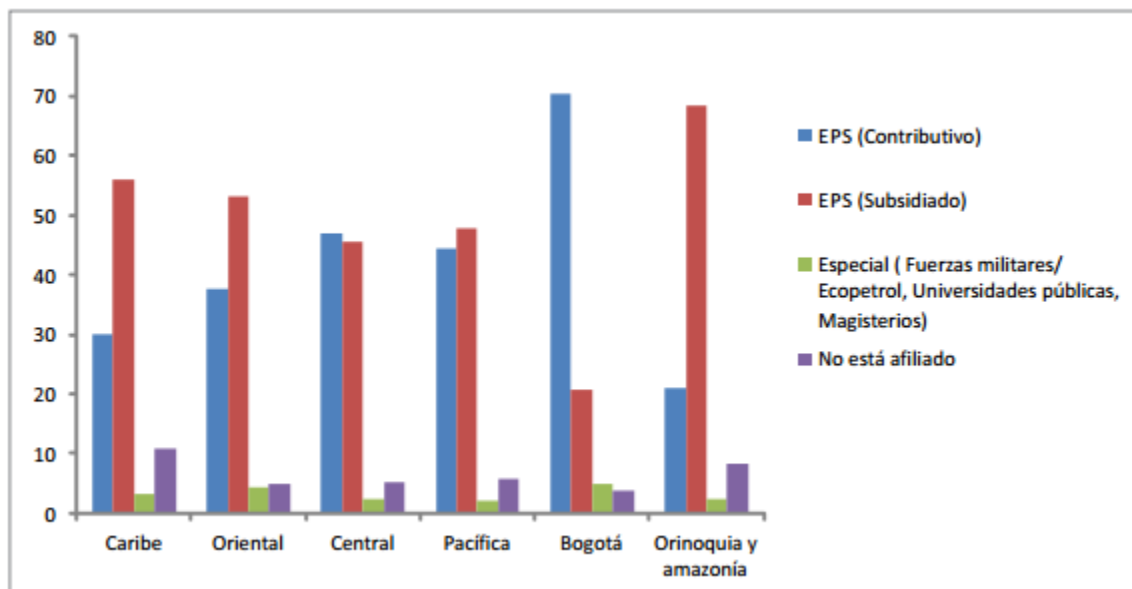
<sup>37</sup> *Ibíd.*, p.32.

actualidad estas últimas viven en promedio, 5.9 años más que los hombres. Adicionalmente, el incremento de la esperanza de vida ha sido mayor en la población urbana, en los grupos con mayor nivel de instrucción y con mayores ingresos económicos.

### 2.2.2 Situación actual de la salud de la población adulta mayor en Colombia.

La afiliación al SGSS de la población adulta mayor en Colombia como se puede evidenciar en el gráfico 4 se concentra en un alto porcentaje en el Régimen subsidiado, infiriendo que la mayoría de adultos mayores se encuentran protegidos en cuanto al cuidado de su salud.

Gráfico 4. Afiliación al SGSSS de la población adulta en Colombia a partir de los 59 años para el 2010



Fuente: COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Envejecimiento y Vejez en Colombia. Bogotá, 2010.

En el año 2015 el Ministerio de Salud y Protección Social establece en un informe sobre el análisis situacional de salud que la morbilidad en la población adulta mayor presenta los siguientes resultados:

“Las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención durante el periodo, generando el 81,67% (30.360.317) de la demanda, para 1.987.549 personas, lo cual representa una razón de 15,28 atenciones por persona. En segundo lugar están las condiciones mal clasificadas, con el 8.94% (3.322.269) de las atenciones, para 944.516 personas, y una razón de 3.52 atenciones por persona. Las condiciones transmisibles y nutricionales aparecen con el 5.50% (2.044.380) de las atenciones, para un total de 693.293 personas atendidas por esta causa y una razón de 2,95 atenciones por persona”<sup>38</sup>.

Las cifras muestran que la hipertensión arterial es la enfermedad por la que más asisten los adultos mayores a los centros de salud. En la actualidad esta enfermedad se cataloga dentro de los Programas para prevenir el riesgo cardiovascular.

Respecto a la mortalidad se cuenta con datos del año 2005 a 2013 evidenciándose que entre los años mencionados en Colombia se produjeron en promedio 196.536 defunciones no fetales; durante este periodo la tasa de mortalidad ajustada por edad disminuyó en un 12% pasando de 524,60 a 463,76 muertes por cada 100.00 habitantes. El 57,11% de las muertes ocurrió en los hombres y el restante 42,89% en las mujeres”<sup>39</sup>.

---

<sup>38</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Análisis situacional en salud (ASIS), Colombia. 2015 [en línea]. Bogotá, 2016 [Citado 20 sep 2016]. Disponible en Internet: <URL:<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2015.pdf>>

<sup>39</sup> *Ibíd.*, p37.



**3.1.1 Reseña Histórica.** La E.S.E Hospital Regional de San Gil fue creada mediante el Decreto Departamental No 0014 de Enero 25 de 2006\* como una entidad especial de carácter público, descentralizada de orden departamental, dotada de personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, sometida al régimen jurídico previsto en los artículos 194, 195 y 197 de la ley 100 de 1993, sus decretos reglamentarios y por el derecho privado en lo que se refiere a contratación. Así mismo, está adscrita a la Secretaría de Salud Departamental, y su objeto es la prestación de los servicios de salud, como servicio público esencial a cargo del Departamento de Santander o como parte integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**3.1.2 Misión.** La E.S.E. Hospital Regional de San Gil presta servicios integrales de promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, con accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la prestación de los servicios<sup>40</sup>.

**3.1.3 Visión.** Ser en el Departamento de Santander la mejor institución de segundo nivel, en el sector salud y ser reconocidos a nivel nacional por la excelencia humana y tecnológica en la prestación de los servicios<sup>41</sup>.

**3.1.4 Política Institucional.** La E.S.E. Hospital Regional de San Gil está comprometida con: La prestación de servicios de salud de acuerdo con, las necesidades y expectativas de nuestros usuarios y del cliente interno; la recepción, manejo y distribución de la información generada en la prestación del servicio, de la legislación vigente y otros requisitos; en ambientes seguros de trabajo que protejan la salud de nuestro equipo humano de los riesgos biológicos, ergonómicos, psicosociales y mecánicos, evitando lesiones y enfermedades profesionales;

---

\* Decreto basado en la creación de la E.S.E Hospital Regional de San Gil.

<sup>40</sup> HOSPITAL REGIONAL DE SAN GIL. Plan institucional de desarrollo. 2016

<sup>41</sup> HOSPITAL REGIONAL DE SAN GIL, op. cit, p.40

previniendo la contaminación con el fin de reducir los impactos ambientales como el agotamiento de los recursos naturales y la contaminación del suelo; a través del mejoramiento continuo de sus procesos. La interacción entre el personal de salud y el usuario, teniendo como base el trato personalizado, la comunicación verbal y no verbal, el respeto, la confidencialidad y la dignidad del paciente. Consolidar un entorno seguro para los usuarios en donde los riesgos de ocurrencia de un evento adverso y reacciones adversas a los medicamentos sean mitigados. El propósito de la gestión de tecnología y tecno vigilancia es garantizar el acceso a los recursos tecnológicos y/o dispositivos biomédicos, que permita el mejoramiento continuo de los procesos Misionales y de apoyo, dentro de unas condiciones seguras para minimizar los riesgos en la prestación de los servicios de salud<sup>42</sup>.

Tabla 3. Principios institucionales

Principio	Descripción
Oportunidad	Todas las actividades de la E.S.E. y la actitud de sus funcionarios se orientarán hacia el cumplimiento misional en el momento que se requiera.
Responsabilidad social	La Entidad orientará los recursos humanos, técnicos y financieros para dar respuesta a las necesidades de salud de la población del municipio de SAN GIL. La E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE SAN GIL hace parte de la comunidad y asume los compromisos que le compete con todos los miembros de la organización, de sus familias y de la comunidad en general; por ello deberá brindar apoyo a esa comunidad cumpliendo adecuada y oportunamente con las responsabilidades sociales relacionadas con una mejor calidad de vida, bienestar y desarrollo para los mismos.

<sup>42</sup> HOSPITAL REGIONAL DE SAN GIL. Op, cit. P.40

Principio	Descripción
Transparencia	Los actos administrativos, la contratación y compra de bienes y servicios, así como en el proceder en el ejercicio de las funciones y actividades por parte de la Alta Dirección, los empleados y funcionarios de la E.S.E. se orientarán por la ética y el cumplimiento de la ley. Así mismo, el acceso a la información sobre los resultados de gestión, planes y programas se realizará sin restricciones para la comunidad y los entes de control. Con lo cual se garantizará el libre acceso y participación de la comunidad en la gestión pública.
Eficiencia	Los servicios de salud se prestarán bajo la premisa de la racionalidad técnica, científica y altos estándares de calidad; buscando la mejor aplicación de dichos recursos, la satisfacción de usuario y la rentabilidad social y económica.
Respeto	Garantizando, hasta donde esté al alcance de la empresa los derechos universales e irrenunciables de la persona y la comunidad para mejorar la calidad de vida y el desarrollo individual y social de conformidad con la dignidad humano; atendiendo a todas las personas que soliciten nuestro servicio sin ninguna discriminación y en todas la etapas de la vida, de conformidad con las disposiciones legales que regulan los servicios y atención en salud.
Eficacia y efectividad de la gestión pública	El Gerente de la E.S.E. y su equipo se comprometen a ser líderes orientadores de la gestión dentro de los principios de la calidad total, de manera que la gestión por procesos

Principio	Descripción
	se enmarque dentro de los principios de control de las entidades públicas.

Fuente: Elaboración propia fundamentada en la política de humanización del Hospital.

El Hospital se ha convertido en el Centro de Referencia para pacientes provenientes de municipios como Cepitá, Páramo, Pinchote, Jordán, Villanueva, Curití, Charalá entre otros. Igualmente para la complementariedad e integralidad en la atención se remiten pacientes al Hospital del Socorro y a entidades ubicadas en la ciudad de Bucaramanga y Floridablanca. Esta IPS atiende en promedio 7836\* usuarios en todos sus servicios.

**3.1.5 Servicios Habilitados de la institución.** Teniendo en cuenta el Plan de Desarrollo Institucional, se identifican los servicios habilitados por parte de la Secretaría Departamental de Santander para ser prestados por la E.S.E.

Tabla 4. Servicios habilitados en la E.S.E

Grupo del Servicio	Nombre del servicio
Internación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• General adulto</li> <li>• General pediátrica</li> <li>• Obstetricia</li> </ul>
Quirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía general</li> <li>• Cirugía ginecológica</li> <li>• Cirugía maxilofacial</li> </ul>
Quirúrgicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía ortopédica</li> <li>• Cirugía Oftalmológica</li> <li>• Cirugía Otorrinolaringólogo</li> </ul>

\* Las cifras sobre los usuarios atendidos aumentan cada año, dependiendo de la cantidad de contratos con E.P.S a nivel municipal y nacional ya que por medio del proceso de portabilidad surgen nuevos contratos y por ende nuevos usuarios a parte de los registrados en las estadísticas anuales.

Grupo del Servicio	Nombre del servicio
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía pediátrica</li> <li>• Cirugía urológica</li> <li>• Cirugía de la mano</li> <li>• Cirugía Dermatológica</li> </ul>
Consulta externa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anestesia</li> <li>• Cirugía general</li> <li>• Cirugía pediátrica</li> <li>• Dermatología</li> <li>• Enfermería</li> <li>• Ginecobstetricia</li> <li>• Medicina general</li> <li>• Medicina interna</li> <li>• Nutrición y dietética</li> <li>• Odontología general</li> <li>• Oftalmología</li> <li>• Optometría</li> <li>• Ortopedia y/o Traumatología</li> <li>• Otorrinolaringóloga</li> <li>• Pediatría</li> <li>• Psicología</li> <li>• Psiquiatría por suceso</li> <li>• Cirugía de mano</li> <li>• Cirugía maxilofacial</li> </ul>
Urgencias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio de urgencias</li> </ul>
Transporte Asistencial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transporte Asistencial básico</li> <li>• Transporte Asistencial Medicalizado</li> </ul>
Apoyo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Endoscopia digestiva</li> </ul>

Grupo del Servicio	Nombre del servicio
<p>Diagnóstico y Complementación Terapéutica</p> <p>Apoyo Diagnóstico y Complementación terapéutica</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laboratorio clínico</li> <li>• Radiología e imágenes diagnosticas</li> <li>• Toma de muestras de laboratorio clínico</li> <li>• Transfusión Sanguínea</li> <li>• Servicio Farmacéutico</li> <li>• Ultrasonido</li> <li>• Toma e interpretación de Radiografías</li> <li>• Odontológicas</li> <li>• Electro diagnosticoTerapia ocupacional</li> <li>• Terapia respiratoria</li> <li>• Fisioterapia</li> <li>• Fonoaudiología y/o</li> <li>• Terapia del lenguaje</li> <li>• Tamización de cáncer</li> <li>• De cuello uterino</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protección específica atención del parto</li> <li>• Protección específica atención al recién nacido</li> <li>• Detección temprana alteraciones del Crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)</li> <li>• Detección temprana alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)</li> <li>• Detección temprana alteraciones del Embarazo</li> <li>• Detección temprana alteraciones en el adulto (mayor a 45 Años)</li> <li>• Detección temprana cáncer de cuello uterino</li> </ul>

Grupo del Servicio	Nombre del servicio
Protección Específica y Detección Temprana	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detección temprana cáncer de seno</li> <li>• Detección temprana alteraciones de la agudeza visual</li> <li>• Protección específica vacunación</li> <li>• Protección específica atención</li> <li>• Preventiva en salud bucal</li> <li>• Protección específica atención en planificación familiar hombres y mujeres</li> <li>• Proceso esterilización</li> </ul>

Fuente: HOSPITAL REGIONAL DE SAN GIL. Portafolio de servicios. Oficina de subdirección científica. San Gil, 2016

### 3.1.6 Organigrama institucional

Figura 2. Organigrama institucional administrativo



Fuente: HOSPITAL REGIONAL DE SAN GIL. Plan estratégico. San Gil, 2016

La E.S.E Hospital Regional de San Gil está conformada por una junta directiva, un revisor fiscal, dos asesores: (1) área de control interno y (2) área jurídica; (1) subdirección administrativa y financiera y (1) subdirección operativa.

La E.S.E cuenta con la contratación de cooperativas de trabajo asociado para la prestación de los servicios de salud excepto el personal que desarrolla los procesos estratégicos quienes cuentan con un contrato laboral a término fijo. Las cooperativas actualmente contratadas en el Hospital Regional de San Gil son: Fundenal (37 empleados), Coesprosalud (30 empleados), Darsalud (113 empleados), Cormedes (1 auditor), Corvisan (10), Ekokatherin (12), Eco servir (11), Versátil (8 empleados), F y F Consultores (3 empleados), Apoyo Integral (6 empleados), Servimos (7 empleados). Con la anterior información se puede concluir que la institución cuenta con 239 trabajadores aproximadamente ya que, normalmente se realizan cambios de personal o liquidaciones de contratos.

El área de Trabajo Social en el Hospital Regional de San Gil se encuentra contratada por medio de la Cooperativa Fundenal. Las actividades a desarrollar son las especificadas en el objeto contractual que se establece con la cooperativa, pero, los resultados son netamente evaluados por funcionarios de la institución específicamente por la oficina de control interno.

Figura 3. Trabajo Social en la institución



Fuente: Elaboración propia.

Actualmente, el área de Trabajo Social y SIAU<sup>43</sup> se manejan por el mismo profesional, los procesos por cada área se pueden identificar en la siguiente tabla:

---

<sup>43</sup> HOSPITAL REGIONAL DE SAN GIL. Sistema Integral de Atención al Usuario. San Gil, 2016

Tabla 5. Procesos realizados por el profesional de Trabajo Social

Procesos SIAU	Procesos Trabajo Social
Procedimiento de atención y trámite de PQR	Procedimiento de identificación y observaciones para brindar asesorías a usuarios en programas especiales en VIH
Procedimiento de apertura de buzones	Procedimiento Identificación para la atención social de usuarios hospitalarios y ambulatorios
Procedimiento educación al usuario	Procedimiento identificación y observaciones para realizar estudios socioeconómicos de PPNA <sup>44</sup> Y cancelación de Copagos.
Procedimiento encuestas de satisfacción de usuarios	Procedimiento de reporte de casos de violencia de género.
Procedimiento manejo y gestión del buzón de sugerencias	Procedimiento de afiliación al SGSSS
Procedimiento orientación y direccionamiento al usuario	

Fuente: HOSPITAL REGIONAL DE SAN GIL. Oficina de Trabajo Social. San Gil, 2016

Los procedimientos fueron reorganizados finalizando el año 2016 por parte del área de control interno en la auditoría semestral con el fin de mejorar el área de SIAU<sup>45</sup> y Trabajo Social. Actualmente, se encuentra en separación estos dos procesos debido a la carga laboral que genera incumplimiento de las actividades a desarrollar por el área de Trabajo Social. Se espera que una vez liberados los procesos la profesional de Trabajo Social se reubique y centre su acción en la realización de

<sup>44</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Población Pobre no Atendida. Bogotá, 2016.

<sup>45</sup> *Ibíd.*, p. 30

intervenciones sociales para visibilizar la profesión en la institución ya que en comparación con otras instituciones no se presta los servicios profesionales completos.

#### **4. DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE SAN GIL**

En la E.S.E Hospital Regional de San Gil, se cuenta con una profesional de Trabajo Social, quien está encargada de procedimientos dirigidos hacia la atención de los usuarios que asisten a la institución. Es importante mencionar que la práctica social que se lleva a cabo es la primera que se ejecuta, por lo que se hace imprescindible identificar las actividades que Trabajo Social desarrolla; se encuentra que el foco de atención de la profesional en la entidad se centra en el cumplimiento de procesos administrativos, obviando procesos misionales íntimamente ligados al ejercicio profesional de Trabajo Social.

Teniendo en cuenta lo anterior, se decide orientar la intervención profesional hacia los usuarios, quienes en el proceso de atención en salud, se ven abocados a diferentes situaciones problema que no son atendidas por el personal del Hospital.

Durante el proceso de práctica social en la institución se identificaron problemas que afectan de manera directa a la población adulta mayor frente al cuidado y autocuidado de su salud. Los servicios que la institución presta a esta población presentan dificultades en su diseño y programación, ejecución y evaluación, lo que no aporta a la solución de los problemas presentados por este grupo poblacional y que giran alrededor de abandonos sociales, violencia intrafamiliar y situación económica inestable que constituyen en sí mismos factores de riesgo para su estado de salud.

La identificación y delimitación del problema permite generar objetivos de intervención profesional de Trabajo Social teniendo como foco central la promoción de la salud con la creación de una estrategia que permita mejorar los servicios que

se presta en la institución para incentivar al cuidado y autocuidado de la salud en los adultos mayores que asisten a programas específicos en la institución.

Para el área de Trabajo Social a nivel institucional es importante visibilizar sus competencias frente al desarrollo de estrategias, procedimientos y protocolos que aporten al mejoramiento del objetivo misional del Hospital. Una de las principales situaciones que afronta el profesional de Trabajo Social en la institución es el desentendimiento del quehacer como una profesión que cuenta con diferentes capacidades para identificar, analizar e intervenir problemáticas que afectan la salud de las poblaciones. Lo anterior, se puede explicar desde la trayectoria tradicional del accionar profesional que ha sido dirigido por el asistencialismo; esto requiere de nuevos aportes en las actividades que se realizan ya que como se manifestó en capítulos anteriores, la salud es un campo dinámico que contempla diferentes elementos.

De esta forma en el ámbito del usuario adulto mayor se hace necesario contar con los aportes de la profesión para velar por sus derechos y realizar un seguimiento profesional que les permita contar con un apoyo para garantizar mejoras en el cuidado de su salud. En el ámbito institucional, la intervención del profesional apunta a la atención con calidad al usuario para cumplir con los estándares de acreditación en salud exigidos por los entes que vigilan el Sistema de Seguridad Social en Salud. Para la E.S.E, es indispensable contar con procedimientos y estrategias que aporten en este y generen beneficios a la población atendida ya que, se encuentra en un proceso de mejoramiento debido a las auditorías realizadas en el año de 2016 por la Secretaría Departamental. La autoridad de salud calificó la atención que se brinda por Trabajo Social y los procedimientos que se manejan, encontrando falencias que afectan a los usuarios y por ende el proceso de transición frente a la acreditación en salud en la que se encuentra la institución.

#### **4.1 PROCESO METODOLÓGICO DE INTERVENCIÓN**

La metodología para la presente intervención de Trabajo Social permite delimitar la situación problema a partir de un diagnóstico tradicional, que posibilitó el análisis de las diferentes problemáticas de la población adulta mayor, que asiste a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el Hospital Regional de San Gil. El diagnóstico se realiza a partir de la revisión de registros clínicos, observación de la población adulta, contacto directo con los adultos mayores que asisten al programa, acompañamiento en trámites de la institución y análisis de documentación existente en la institución sobre las rutas de atención dirigidas a la población adulta mayor.

El proceso adelantado permitió conocer la realidad social en la que viven los adultos mayores. Es de destacar que esta población a pesar de su grado de vulnerabilidad enfrenta sólo situaciones que afectan su bienestar por la ausencia del apoyo de redes primarias (familiares, amigos, vecinos) y redes secundarias (instituciones y el Estado). A partir del diagnóstico, se realiza un plan de trabajo que tiene como objetivo mitigar las situaciones problema encontradas mediante la ejecución de acciones concretas y la respectiva evaluación de todo el proceso.

**4.1.1 Diagnóstico.** El proceso de diagnóstico se caracteriza según Georgina Sachs Adams como: “El proceso de medición e interpretación que ayuda a identificar situaciones, problemas y sus factores causales en individuos y grupos”<sup>46</sup>. De esta forma, se da paso a presentar situaciones que afectan el cuidado de la salud de la población adulta mayor que asiste al Programa de Riesgo Cardiovascular de la E.S.E Hospital Regional de San Gil. La experiencia permite identificar los factores que inciden en el proceso de atención a la población adulta mayor, y, que no permiten aportar al mejoramiento de su salud, ni incentivar el cuidado por parte de la institución y el autocuidado por parte del adulto mayor.

---

<sup>46</sup> SACHS, Adams, Georgina. Medición y evaluación en educación, psicología y “guidance”. Editorial Herder, Barcelona, 1970

Para obtener el conocimiento de las problemáticas, fue necesario realizar un acercamiento a la población adulta mayor mediante la atención de casos en la oficina de Trabajo Social y, la revisión de informes de la institución. De lo anterior, se puede identificar que la atención hacia este grupo de personas se presta en los servicios de consulta externa y urgencias. Durante la atención en el servicio de urgencias se detectan inconvenientes como la no realización de atención prioritaria para la población, hecho que se evidencia por quejas de los afectados en la oficina de Trabajo Social. Fue común escuchar testimonios por demoras en la atención, tramitología para el ingreso y trato deshumanizado.

En relación con la consulta externa y en particular con la atención del Programa de Riesgo Cardiovascular, se identifican problemas que afectan la salud de los adultos mayores; la violencia intrafamiliar que afrontan las personas adultas mayores es frecuente, el abandono social y situación económica inestable son factores revelados como los más incidentes. Se une a lo descrito, el desconocimiento que tienen adultos, cuidadores, familiares y equipo de salud de las particularidades de los viejos y que las mismas van más allá de elementos puramente fisiológicos.

Durante la participación profesional en el programa y ante las situaciones detectadas, se informó a la profesional de planta de Trabajo Social para buscar en forma conjunta alternativas de solución y orientar al paciente adulto mayor.

De otro lado, en el proceso inicial de atención en la oficina de Trabajo Social se evidenciaron falencias por la ausencia de una ruta que guíe tanto al profesional como al paciente frente alternativas de solución hacia el problema. En este aspecto es importante resaltar que al no contar con una ruta de atención que dirija el accionar profesional desde la existencia de unas normas y procesos, el paciente queda a la deriva evidenciando una atención caracterizada por tramitología excesiva que constituye barreras de acceso para la prestación de servicios de salud.

A lo anterior se une, la ausencia de una atención individualizada que permita realizar seguimiento de casos desde la profesión de Trabajo Social. También, se evidencia la falta de datos e información en la oficina de Trabajo Social de las características sociodemográficas de la población adulta mayor, que es un insumo esencial para el diseño y ejecución de acciones concretas que impacten en forma positiva el estado de salud de la misma. Igualmente, se observó que la comunicación para casos específicos se lleva a cabo por correo electrónico, lo cual despersonaliza y genera respuesta tardía a situaciones que merecen atención oportuna.

Durante el acercamiento a la población adulta mayor en las dos áreas ya mencionadas, se evidencia que el paciente al conocer su respuesta frente a su caso, decide abandonar las instalaciones del Hospital sin una solución sobre su problemática lo que ocasiona una atención ineficiente y carente de calidad. Es de resaltar que para una Empresa Social del Estado como IPS protagonista del SGSS, el no cumplir con un servicio hacia los usuarios de calidad y que se promueva el cumplimiento de sus derechos, revela que no cumple con los estándares de acreditación establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Lo señalado muestra que la oficina de Trabajo Social frente a la atención de casos de adultos mayores presenta fallas evidenciadas de la siguiente manera:

- Carencia de formatos de registro de atención que contenga ~~unos~~ elementos para la recolección de información completa de las personas y permita identificar las características del adulto mayor y sus necesidades.
- No hay mecanismos para garantizar seguimiento del paciente por parte de la profesional y que el mismo quede debidamente documentado.
- La atención se realiza de forma asistencial y esporádica. Se realiza un seguimiento a los casos notificados y que son de obligatorio reporte netamente desde la gestión interinstitucional mediante el correo electrónico y llamadas telefónicas.

- No existe una ruta y guía de atención hacia la población adulta mayor que permita cumplir estándares propios de la calidad en salud y de las características de la población y redes de apoyo en casos especiales.

Por otra parte, mediante la revisión de los protocolos institucionales y procedimientos se logra identificar en el área de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad tres rutas para la atención de adultos mayores: la primera, se orienta hacia casos de violencia sexual; la segunda, violencia intrafamiliar; y, la tercera, protocolo de abandono social. Por esto, se analiza mediante una revisión documental sobre los formatos institucionales para las rutas y protocolos de manejo encontrándose que hay carencia de los mismos.

Es importante que la institución tenga en cuenta las diferentes poblaciones que maneja y sus características sociodemográficas para identificar problemáticas y crear planes de intervención desde los diferentes servicios que se prestan en especial, los Programas de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad con el fin de ofrecer una atención integral que cumpla con los requisitos para mejorar no sólo desde la parte de atención sino, en los diferentes ámbitos de la institución.

#### **4.1.2 Objetivos de intervención profesional**

**4.1.2.1 Objetivo General.** Desarrollar una estrategia que aporte desde el Trabajo Social a mejorar el cuidado y autocuidado de la salud de las personas adultas mayores que acuden a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la E.S.E Hospital Regional de San Gil.

#### **4.1.2.2 Objetivos Específicos**

- Identificar las características sociodemográficas de las personas adultas mayores que acuden a los programas de promoción y prevención en la E.S.E Hospital Regional de San Gil.

- Revisar las rutas de atención de los programas de promoción y prevención dirigidos a la población adulta mayor para identificar los factores claves que inciden en la prestación de estos servicios.
- Aportar estrategias que fomenten el autocuidado y cuidado de la salud en las personas adultas mayores que acuden a los programas de promoción y prevención del Hospital Regional de San Gil.

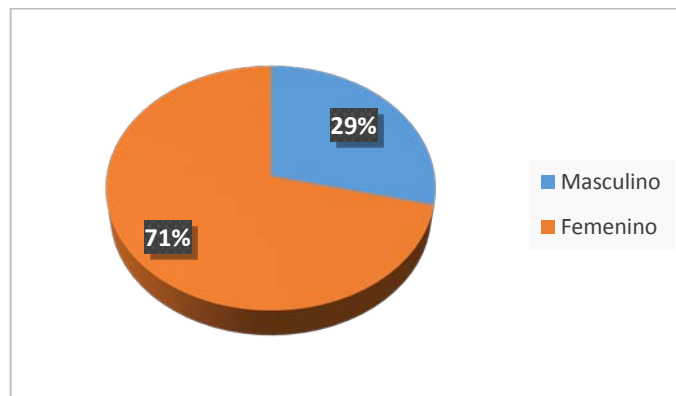
#### 4.1.3 Planeación

<b>Objetivo General:</b> Desarrollar una estrategia que aporte desde el Trabajo Social a mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores que acuden a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de la E.S.E Hospital Regional de San Gil			
<b>Actividad</b>	<b>Herramientas</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Responsable</b>
Identificar las características sociodemográficas del adulto mayor	Revisión documental y registros clínico asistenciales de la institución	Datos verídicos de los adultos mayores que asisten a la institución	Estudiante de practica social
Participar como miembro del equipo del programa para el riesgo cardiovascular	Ficha de observación participante	Identificar factores negativos y positivos de la atención frente al cuidado de la salud del paciente y autocuidado	Estudiante de practica social
Realizar acompañamiento en los casos referentes a problemáticas con la población adulta mayor	Diario de campo	Analizar el acompañamiento institucional desde Trabajo Social a los adultos mayores	Estudiante de practica social
Análisis de las rutas de atención a los programas de promoción y prevención dirigidos hacia los adultos mayores	Revisión documental	Identificar y ajustar las rutas de atención	Estudiante de practica social
Socialización con las profesionales para el desarrollo de la estrategia	Revisión documental	Desarrollo de la estrategia con la participación activa del equipo profesional	Estudiante de practica social

#### 4.1.4 Ejecución

**4.1.4.1 Identificación de las características sociodemográficas de los adultos mayores que asisten al programa de riesgo cardiovascular.** A continuación se describen las características sociodemográficas de la población adulta mayor que se identificaron mediante la revisión de la base de datos del Programa de Riesgo Cardiovascular (RC).

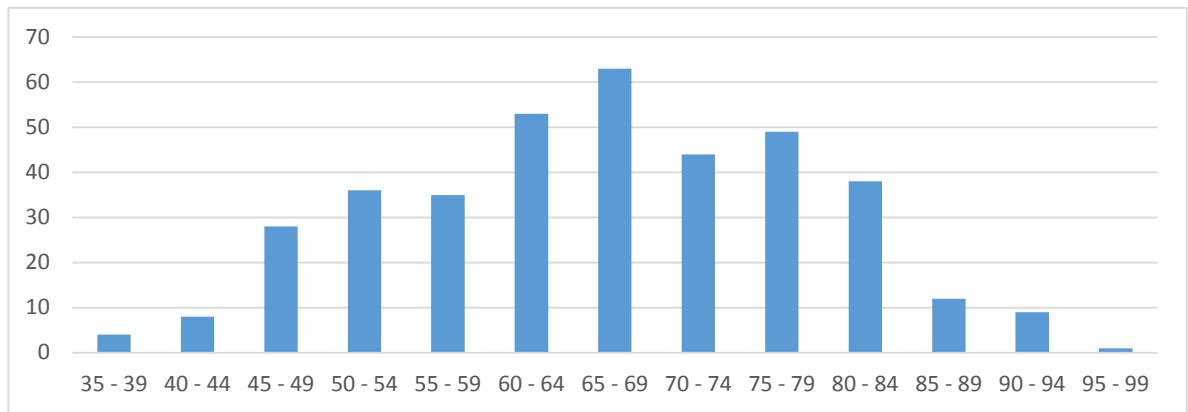
Gráfico 5. Sexo



Fuente: Elaboración propia fundamentada en datos del programa de riesgo cardiovascular. 2016

El anterior gráfico muestra que la población adulta mayor que asiste al programa de riesgo cardiovascular, está compuesta por 109 hombres, representado en un 29%, y, 270 mujeres que constituyen el 71%. Estos datos siguen la tendencia de la transición demográfica actual donde la vejez está tomando el rostro de mujer.

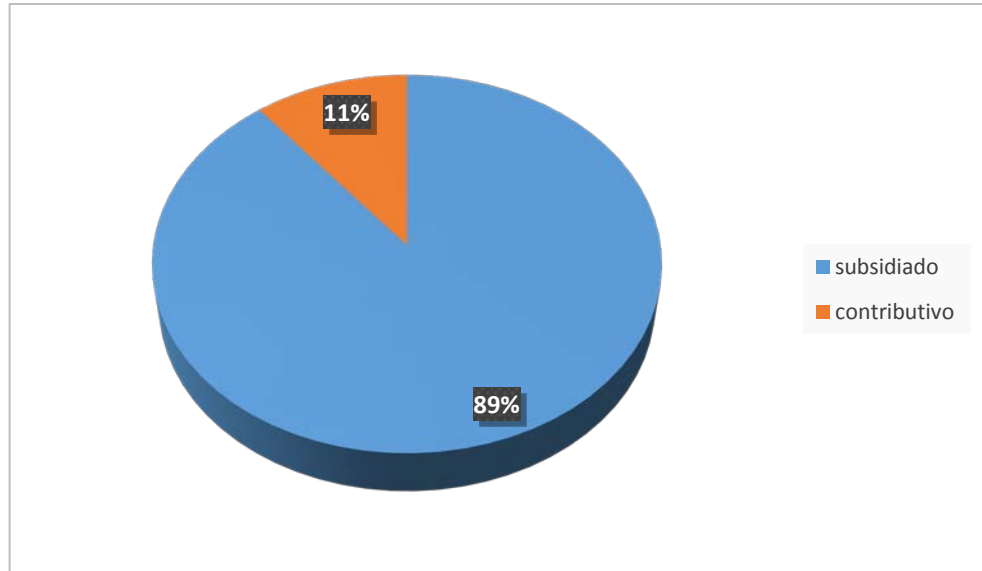
Gráfico 6. Edad de la población adulta mayor que acude al Programa RC



Fuente: Elaboración propia fundamentada en datos del programa de riesgo cardiovascular. 2016

Como se nota en el gráfico anterior al Programa RC asisten personas que van desde los 35 años hasta los 99 años de edad, lo que se fundamenta en el hecho que los factores de riesgo cardiovascular están presentes desde la edad joven. Está en el rango de 60 a 69 años, representado por un 31% del total de la población asistente. Como se ha escrito la población adulta mayor es vulnerable a enfermedades asociadas al sistema cardiovascular lo que constituye según estudios realizados causas habituales de decesos.

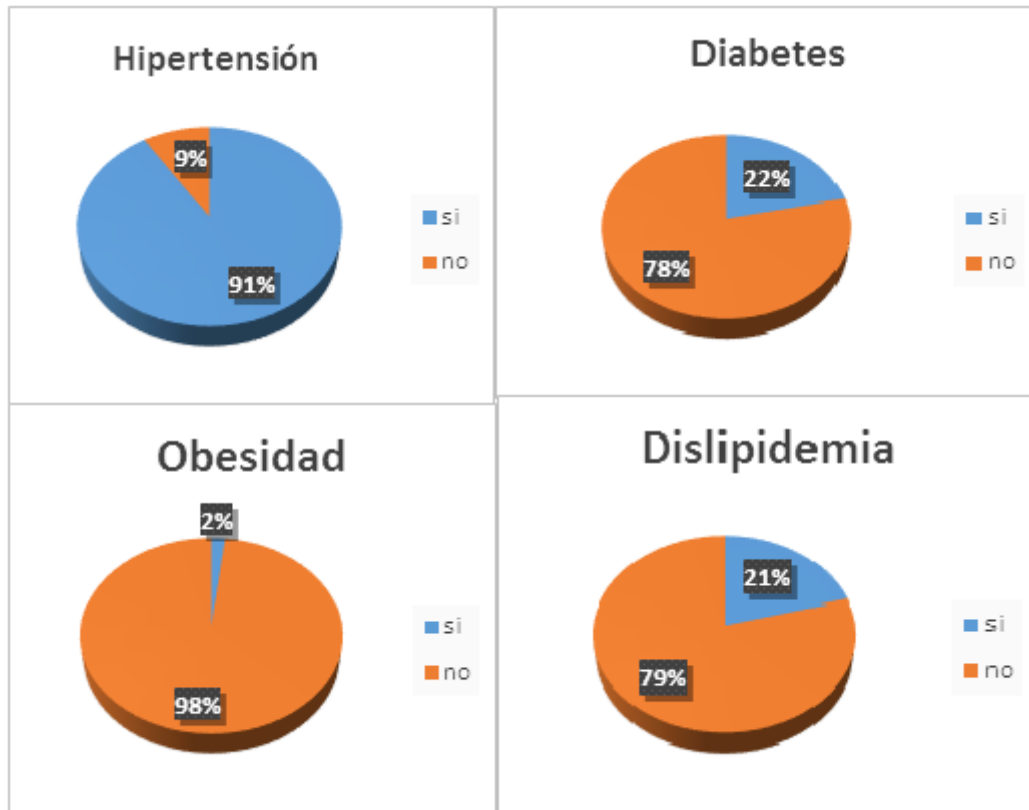
Gráfico 7. Afiliación de la población que asiste al Programa RC al SGSSS



Fuente: Elaboración propia fundamentada en datos del programa de riesgo cardiovascular. 2016

Haciendo referencia a afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es claro que la garantía de la misma contribuye para que las personas adultas mayores tengan una vejez sana. Frente a la población objeto de análisis se identificó que de los 380 adultos mayores 339 pertenecen al régimen subsidiado, representado por un 89% y, 41 pertenecen al régimen contributivo, representado por un 11%. Lo anterior evidencia que la población adulta mayor está protegida y asegurada en el sistema de salud que cubre a los más pobres, es decir, hay un gran porcentaje de personas que enfrentan situaciones de vulnerabilidad relacionadas con factores económicos y sociales.

Gráfico 8. Enfermedades en los adultos mayores que asisten al Programa RC



Fuente: Elaboración propia fundamentada en datos del programa de riesgo cardiovascular. 2016

Los gráficos señalados permiten observar por las cuatro enfermedades más frecuentes que padecen los adultos mayores en estudio. Se identifica que 91% padecen de hipertensión pero, a su vez se encuentra que de éste porcentaje, el 22% también sufre diabetes y el 2% obesidad y, que el 21% tiene dislipidemia. Todas las anteriores enfermedades constituyen patologías cardiovasculares que según investigaciones son el resultado del envejecimiento progresivo y la pérdida de hábitos saludables.

Finalmente es necesario anotar que la población adulta mayor se caracteriza por pertenecer en su totalidad a ciudadanos que viven en el municipio de San Gil,

quienes se dedican a actividades del hogar, y, algunos trabajan para su sostenimiento.

En cuanto a la situación de salud de la población adulta mayor es de destacar que por el servicio de urgencias se atienden los diagnósticos que se describen en la Tabla 6.

Tabla 6. Diagnósticos más incidentes en el servicio de urgencias por los adultos mayores

<b>Diagnóstico</b>	<b>Total asistencias en el 2016</b>
Usuarios asistieron por hipertensión esencial calificada como primaria.	205
Infecciones de vías urinarias	602
Diarrea y gastroenteritis	931
Bronquitis aguda no especificada	335
Rinofaringitis (resfriado)	94
Lumbago no especificado	222
Traumatismo no especificado	300
Estado asmático	249
Amigdalitis aguda	107
Heridas	121
Diarrea funcional	95
Hemorragia gastrointestinal	104
Alergia no especificada	85
Dengue clásico	100
Insuficiencia cardiaca congestiva	115

Fuente: HOSPITAL REGIONAL DE SAN GIL. Oficina de Estadística. San Gil.,2016.

De otro lado, en el servicio de consulta externa durante el año 2016 ingresaron 2521 pacientes adultos mayores, de los cuales 1029 fueron admitidos por hipertensión esencial primaria.

Tabla 7. Diagnósticos más incidentes en el servicio de consulta externa por los adultos mayores

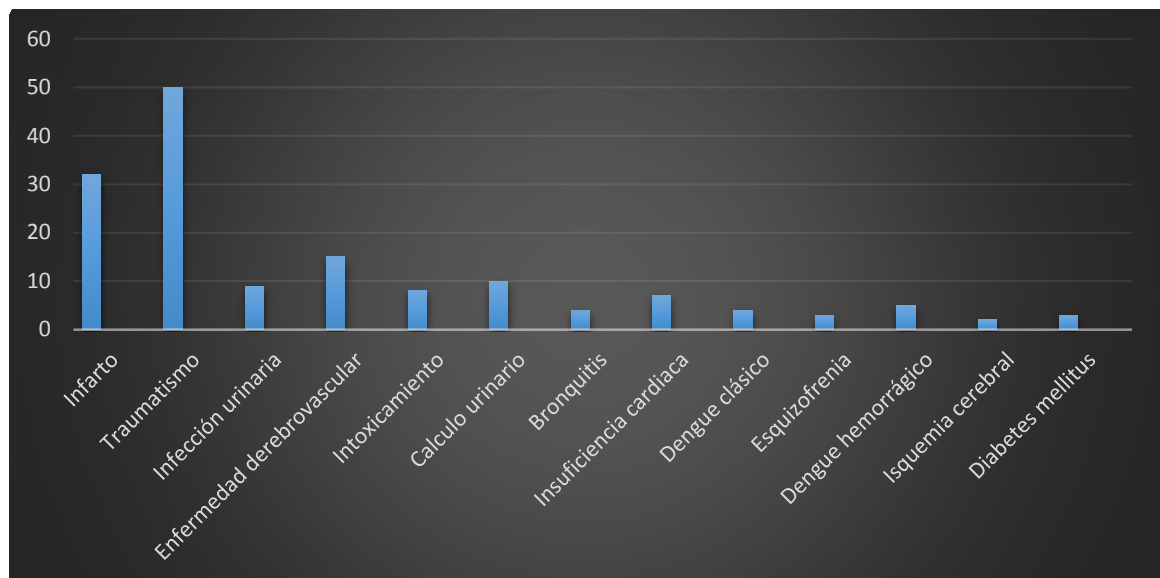
<b>Diagnóstico</b>	<b>Total asistencias en el 2016</b>
Hipertensión esencial (primaria)	1029
Rinofaringitis aguda (resfriado común)	204
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	188
Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación	174
Lumbago no especificado	174
Gastritis, no especificada	129
Dolor en articulación	57
Epilepsia tipo no especificado	75
Parasitosis intestinal, sin otra especificación	94
Hiperlipidemia mixta	84
Hipotiroidismo, no especificado	77
Síndrome del colon irritable sin diarrea	78
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	59
Diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación	69
Quiste solitario de la mama	30

Fuente: HOSPITAL REGIONAL DE SAN GIL. Oficina de Estadística. San Gil, .2016.

Unida a las cifras anteriores es importante agregar las remisiones que se realizan de los pacientes adultos mayores desde el servicio de urgencias ya que, permite

identificar las enfermedades de mayor complejidad que afectan a la población de esta etapa del ciclo vital.

Gráfico 9. Remisiones de adultos mayores a otros centros de salud en el año 2016



Fuente: Elaboración propia.

Las remisiones realizadas en el año 2016 permiten identificar que los adultos mayores sufren de caídas en un total de 50 casos lo que se explica porque este grupo poblacional, acorde con estudios realizados, es más propenso a sufrir caídas por causas como debilidad muscular, alteraciones en su caminar y equilibrio, disminución de la visión, el uso de bastones, entre muchos otros.

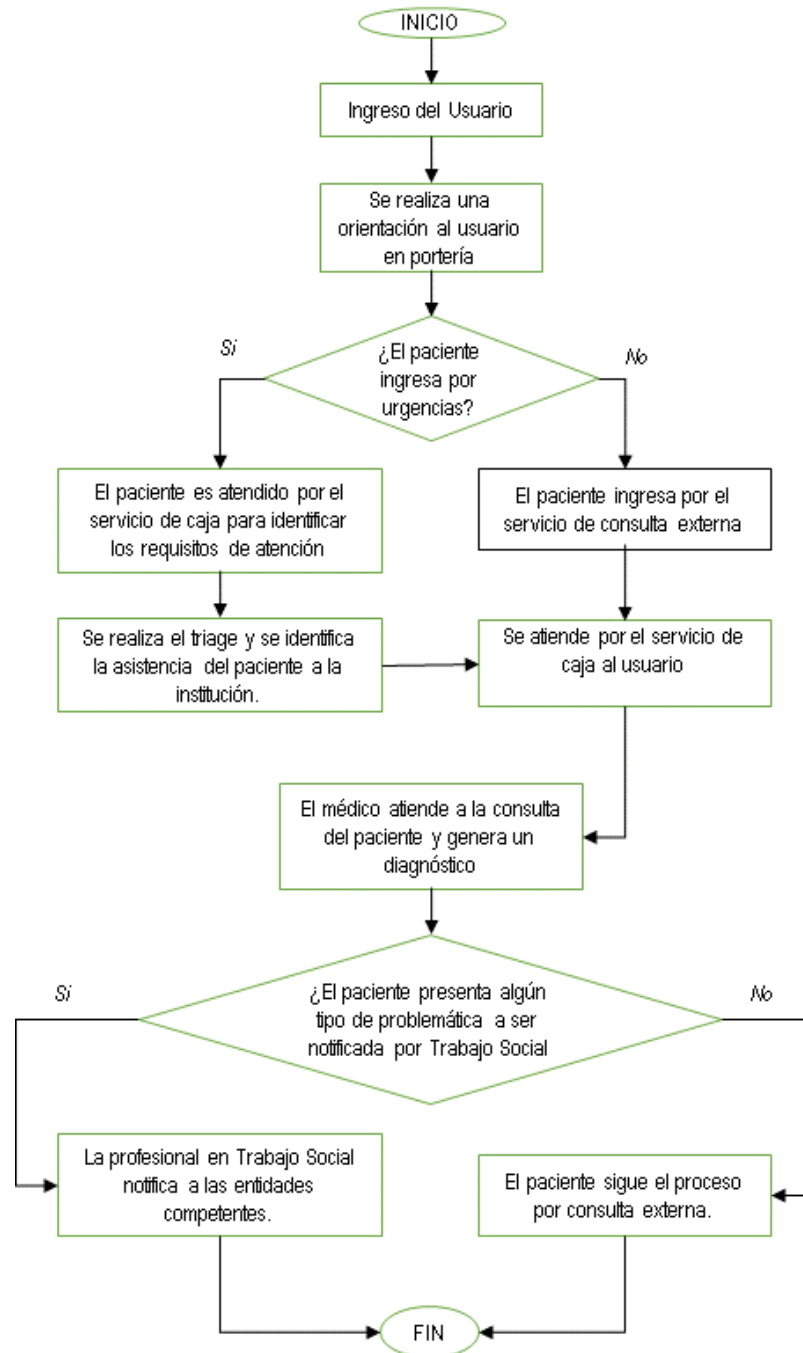
Un hecho a destacar es que mediante la asistencia al programa de riesgo cardiovascular se crea un grupo conformado por adultos mayores diagnosticados como hipertensos y diabéticos llamados “Amigos Dulces”, que cumple la función de generar una participación de los adultos mayores para controlar factores de riesgo de estas enfermedades del sistema cardiovascular. El grupo cuenta con dos objetivos. El primero, está dirigido a facilitar la práctica de la actividad física mediante un espacio deportivo, que los reúne cada ocho días para realizar ejercicios de

estiramiento en las instalaciones de la E.S.E; y el segundo, se orienta a controlar la presión arterial y el nivel de glucosa en los pacientes adultos mayores.

**4.1.4.2 Análisis de las rutas de atención de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad dirigidos hacia la población adulta mayor.** Para cumplir con la identificación y análisis de las rutas de atención en la E.S.E Hospital Regional de San Gil se contó con el apoyo del personal profesional en salud del Programa de Promoción y Prevención quienes indican que éstas no están debidamente documentadas. No obstante, las atenciones se realizan siguiendo lo estipulado en la Resolución 412 del año 2000.

Como respuesta a la anterior situación se procede a formular la “ruta” de ingreso del adulto mayor a la institución y se crea un diagrama de flujo sobre la ruta a seguir con la población adulta mayor que ingresa por los servicios de urgencias y consulta externa en la E.S.E. (Ver figura 6).

Figura 4. Ruta de ingreso del paciente a la institución



Fuente: HOSPITAL REGIONAL DE SAN GIL. Ajustado a Información sobre la ruta de atención para el usuario externo. Oficina de Control Interno. San Gil, 2017

**4.1.4.2 Participación en el Programa de riesgo cardiovascular.** En el desarrollo de la práctica social fue posible la asistencia de la profesional en formación a las citas de los adultos mayores; ésta fue guiada por un formato especial con el fin de establecer objetivos y metas a cumplir en cada cita.(Ver anexo) Igualmente, la asistencia a las citas permitió identificar problemáticas que influyen en la atención a los adultos mayores encontrando los siguientes resultados y que afectan su salud.

- Ausencia del concepto autocuidado como una acción importante del usuario para preservar su salud.
- La valoración cuenta con un tiempo de 20 minutos lo que limita ejecutar una orientación conformada por diferentes temáticas frente al cuidado de su salud.

La asistencia a las citas no se realizó durante un mes, a causa de cambios de personal en la institución. Esto no fue un obstáculo para la recolectar la información teniendo como resultado la información de 40 pacientes. Los adultos mayores que participaron de la asistencia en presencia de la estudiante presentaron tres casos de problemas que inciden en el cuidado de su salud.

Tabla 8. Casos identificados en la participación del programa de riesgo cardiovascular

<b>Caso</b>	<b>Nombre del paciente</b>	<b>Régimen en el SGSSS</b>	<b>Enfermedad</b>	<b>Situación</b>
Abandono Social	Rosalba Rodríguez Meza	Subsidiado	Hipertensión	La señora Rosalba no cuenta con capacidad de pago para un arriendo. Se encuentra viviendo en una invasión del municipio de san gil llamada: "Invasión Ragonessi"
Situación económica inestable	Roso Báez Briceño	Subsidiado	Hipertensión Diabetes	El paciente manifiesta vivir en el casco urbano del municipio de san gil pero, se encuentra en una situación que no le permite tener una alimentación saludable.
Abandono Social	María Ernestina Reyes	Subsidiado	Hipertensión Diabetes	La paciente manifiesta vivir en una casa de familia en la cual, ha vivido más de 30 años realizando oficios varios. Su presencia en la institución es

<b>Caso</b>	<b>Nombre del paciente</b>	<b>Régimen en el SGSSS</b>	<b>Enfermedad</b>	<b>Situación</b>
				cada dos meses, no cuenta con una condición apta para dirigirse de un lugar a otro evidenciado mediante encuentros en la institución desorientada y con un aspecto pálido.

Fuente: Elaboración propia.

Los anteriores casos fueron orientados por la trabajadora social de la institución, realizando una gestión con el Centro de Bienestar del Adulto Mayor en el municipio de san gil para recibir a los tres adultos mayores. También se adelantaron gestiones en la alcaldía del municipio para realizar las debidas investigaciones sobre las redes de apoyo de cada adulto mayor. Desde la intervención se realiza una investigación por medio de información ofrecida por cada adulto sobre su red familiar, no se logra ninguna comunicación con los familiares o amigos.

Teniendo en cuenta lo anterior, por parte de la institución se recomienda no involucrarse en los caso y gestionar por medio de los medios de comunicación institucionales.

La información recolectada durante el proceso permite identificar frente a la actitud de la población adulta mayor la asistencia y cumplimiento durante el horario establecido, que para el programa es de 7:00 de la mañana a 12:40 del mediodía y, de 1:20 de la tarde a 3:40 pm.

Durante las citas se evidencias tres casos de adultos mayores con problemáticas sobre, abandono social y, problemas económicos. Los individuos expresan su bajo interés para realizar los exámenes, le informan a la enfermera profesional

expresiones como: "...Mijita, cómo estoy? Hace más de cuatro años que ningún hijo me viene a visitar, no tengo plática para comprarme nada... (llanto)".\*

Los casos encontrados fueron intervenidos por el área de Trabajo Social mediante la gestión con las instituciones como: alcaldía municipal, hogar de bienestar del adulto mayor y, comisaria de familia sin obtener respuesta.

Teniendo en cuenta los resultados de la información recolectada y el seguimiento a los casos evidenciados por la institución, se realiza una reunión con los actores involucrados en la atención de los adultos mayores en el programa de riesgo cardiovascular, para socializar lo identificado durante la participación de la estudiante en las atenciones a los adultos mayores. El encuentro que se llevó a cabo permitió construir un árbol de problemas y al final, un árbol de objetivos que aportaron a la propuesta de intervención. Las personas participantes fueron:

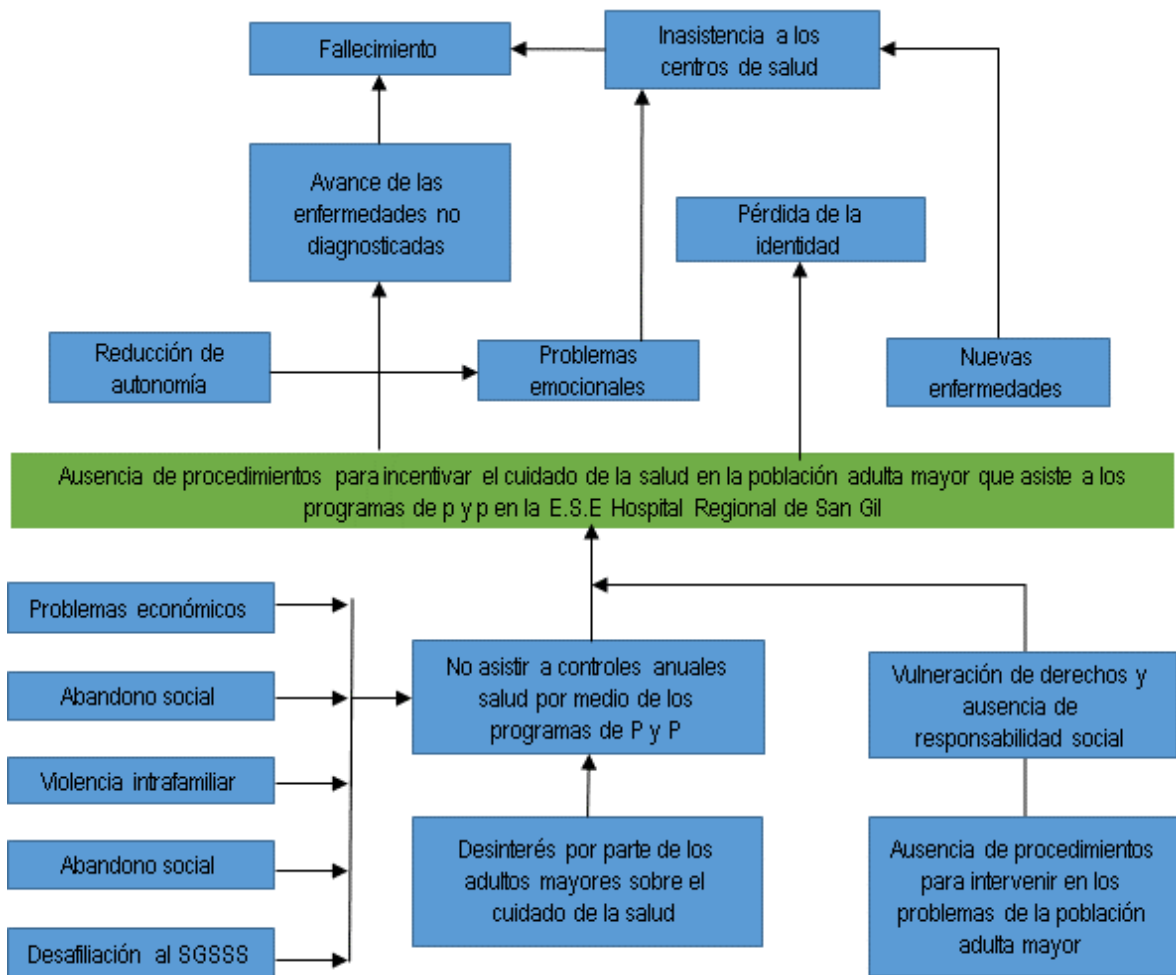
- Jefe de P y P
- Enfermera profesional del programa: riesgo cardiovascular
- Médico general de los programas de P y P
- Trabajadora Social
- Estudiante de Trabajo Social

Los resultados se muestran en la siguiente ilustración:

---

\*Testimonio de una paciente que informa a la enfermera su situación, la profesional en el área de la salud le indica que por el momento ella no le puede brindar ayuda económica pero que pase hablar con la Trabajadora Social, expresando: "Ella de pronto le colabora".

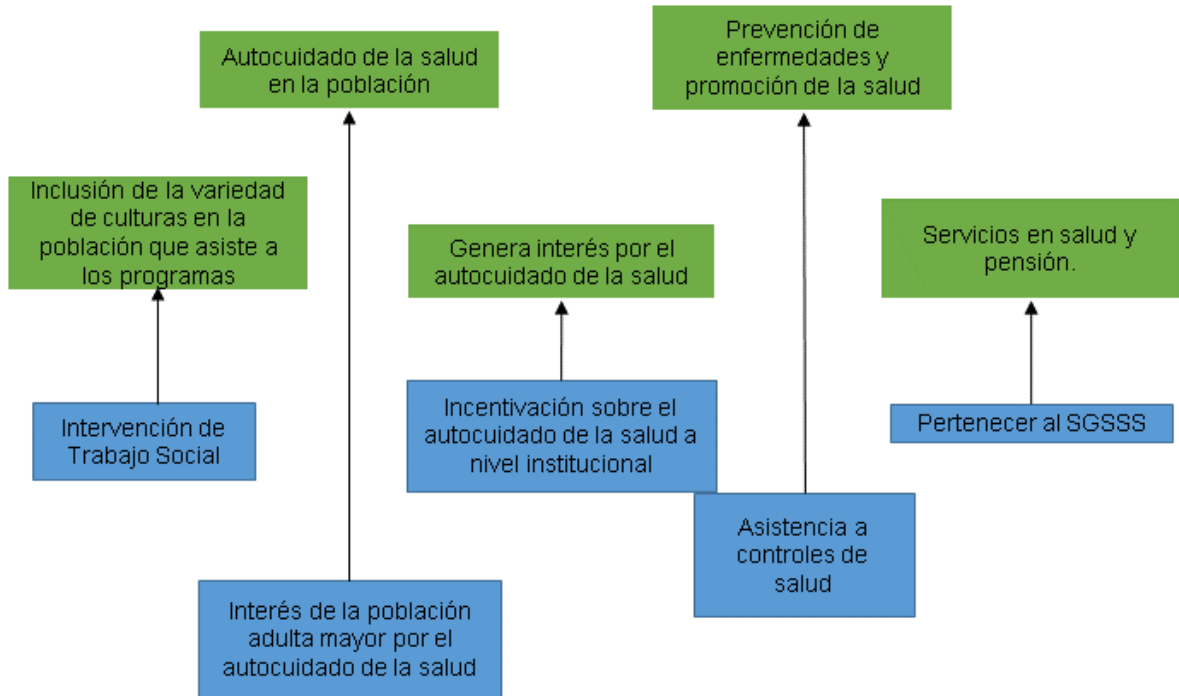
Figura 5. Árbol del problema



Fuente: Elaboración propia fundamentada en datos del programa de riesgo cardiovascular. 2016

Teniendo claridad sobre las causas y efectos del problema central se crean unas acciones que generan objetivos para dar paso a la creación de la estrategia.

Figura 6. Acciones y objetivos



Fuente: Elaboración propia fundamentada en datos del programa de riesgo cardiovascular. 2016

Las acciones necesitan de unos medios para mitigar las causas que producen el problema general. En el anterior gráfico, se identifican factores que influyen en la prestación de los servicios hacia la población adulta mayor teniendo en cuenta la percepción de los profesionales en el programa de riesgo cardiovascular, ya que, es importante contar con sus aportes para la creación de la estrategia que se desarrolló para incentivar el cuidado y autocuidado de la salud de esta población.

La estrategia desarrollada durante el proceso de intervención se enfoca en orientar a los adultos mayores sobre la importancia del autocuidado de su salud para prevenir las enfermedades y, a los pacientes que acuden al programa de riesgo cardiovascular se realiza la invitación para hacer parte del grupo institucional “Amigos dulces” con el fin de crear espacios que permitan educar estos grupos poblacionales sobre el autocuidado de la salud

Los adultos mayores nuevos que acudieron al grupo institucional fueron 8 durante la participación de la estudiante en el programa de riesgo cardiovascular, lo que refleja una asistencia baja a lo esperado. En vista de la baja asistencia, la profesional en enfermería y la estudiante de Trabajo Social presentan una propuesta a la gerencia de la E.S.E con el fin de contar con ayudas institucionales conformada de las siguientes peticiones:

- Dirigir recursos institucionales para la creación de un espacio deportivo, contando con un profesor en gimnasia para incentivar al ejercicio como autocuidado de la salud.
- Realizar campañas para la prevención del riesgo cardiovascular, incentivando la asistencia al programa de riesgo cardiovascular
- Crear una agenda de citas prioritarias para los adultos mayores

Las peticiones se realizaron mediante una reunión de presentación del grupo: “Amigos Dulces” hacia el gerente, siendo nuevo en la institución. La reunión fue fructífera en cuanto a la primera petición sobre el espacio para realizar deportes y, con la contratación de un profesor para realizar ejercicios en la institución.

Teniendo en cuenta que el espacio del grupo “Amigos dulces” permite educar a los adultos mayores sobre la importancia del cuidado y autocuidado de la salud se realiza acompañamiento a cada encuentro teniendo como guía la temática de la presión arterial y sus consecuencias en el organismos, la diabetes y sus consecuencias en el organismos, la estudiante de práctica diseña las guías temáticas pero, son desarrolladas por profesionales en el área de la salud ya que, los adultos mayores preguntaban durante las sesiones sobre aspectos médicos siendo importante resolverlos por el profesional idóneo.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos del árbol de problemas y, de la participación en las citas médicas, se da paso a la formulación de la estrategia: “Preservar la salud hoy, te permite disfrutar el mañana”,

## **5. ESTRATEGIA PARA EL MEJORAMIENTO DEL CUIDADO DE LA SALUD DEL ADULTO MAYOR: “PRESERVAR LA SALUD HOY, TE PERMITE DISFRUTAR DEL MAÑANA”\***

### **5.1 DESCRIPCIÓN**

La estrategia “Preservar la salud hoy, te permite disfrutar del mañana” ejecutada por el área de Trabajo Social está dirigida a brindarle al adulto mayor un espacio para incentivar al autocuidado de su salud por medio de un acompañamiento institucional.

La estrategia cuenta con la orientación de la política de vejez y envejecimiento creada por el Ministerio de Salud y Protección Social<sup>47</sup>, la cual maneja cuatro ejes estratégicos que permiten fortalecer el cuidado de la salud y, aportar hacia mejorar la atención no sólo de los adultos mayores sino, también de toda la población que presenta problemas al asistir a la institución y que actúan como obstáculos para mejorar la salud y la calidad de vida.

### **5.2 JUSTIFICACIÓN**

La E.S.E Hospital Regional de San Gil es una institución que se encuentra en un proceso de mejoramiento para cumplir con los estándares establecidos por el Ministerio de Salud. Dentro de éstos la educación al paciente es un pilar fundamental para el logro de las metas en salud que se proponen.

---

\* La estrategia fue creada con el fin de re direccionar la atención que se le brinda a la población adulta mayor, incluyendo al trabajador social para crear un proceso que permita intervenir en la realidad de los pacientes con el objetivo de mejorar su salud y calidad de vida. La presente estrategia es creada para el área de Trabajo Social pero, puede ser replicada en cualquier área de la institución ya que es un aporte que se hace desde la profesión hacia mejorar la atención de los usuarios.

<sup>47</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Política colombiana de envejecimiento humano y vejez. 2014 – 2024 [en línea]. Bogotá, Diciembre de 2014 [Citado 30 sep 2016]. Disponible en internet: <URL: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/POCEHV-2014-2024.pdf>>

Desde el área de Trabajo Social es posible diseñar y desarrollar estrategias que permitan mejorar el proceso de atención al adulto mayor con una perspectiva diferente, concibiéndolo como un individuo capaz, importante y merecedor de la atención preferencial en la institución.

### **5.3 OBJETIVO GENERAL**

Fomentar en los diferentes grupos de interés vinculados al Hospital Regional de San Gil la cultura del autocuidado de la salud de los adultos mayores mediante espacios institucionales que contribuyan al mejoramiento de los resultados de salud esperados.

### **5.4 FUNDAMENTOS DE LA ESTRATEGIA**

Dado que la población adulta mayor representa un segmento con características y problemas de salud particulares la estrategia que se plantea toma como pilares fundamentales lo propuesto a nivel nacional en cuanto a dos elementos fundamentales:

#### **Protección de los derechos humanos de la población mayor**

Los derechos humanos permiten observar a todo individuo como un ser igual, expresan una responsabilidad compartida entre diferentes actores sociales, incluido el Estado”<sup>48</sup>. Los derechos humanos en el Estado colombiano son jurídicamente respaldados por la constitución de 1991 la cual es explícita resaltando que “Colombia es un Estado social de derecho” pero, en áreas como la salud se encuentra una realidad cruda, que no da tiempo de exigir porque, la mayoría de las situaciones conflictivas que tiene que ver con la salud , hacen parte de historias

---

<sup>48</sup> NACIONES UNIDAS. Declaración internacional de derechos humanos. [En línea] 2016 [Octubre de 2016] Disponible en: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>

desgarradoras como enfermedades terminales que, por obvias razones deberían tener una prioridad, no sólo para los actores del sistema de Seguridad Social en Salud sino, debería ser una responsabilidad de todos.

Los derechos humanos, son una herramienta que tiene todo individuo para enfrentar su entorno, el que tanto a veces lo afecta. Es así como desde el área de la salud la intervención se realiza con énfasis en ciencia de la medicina cuyo accionar se centra en una “atención” dirigida hacia realizar un diagnóstico según las patologías de la persona pero, no se tiene el tiempo ni el espacio para indagar sobre las problemáticas que afectan al paciente.

**5.5.2 Protección social integral.** Permite focalizar esfuerzos en la búsqueda de equidad en la sociedad. En el área de la salud la población adulta mayor se ve inmersa en situaciones de discriminación y desigualdad en las atenciones prioritarias desconociéndose el derecho que tiene esta población. Es importante que profesionales en el área de la salud busquen mecanismos para incentivar al individuo para que preste atención a estos factores que le favorecen el acceso a la salud de una manera rápida ya que, los procesos para tener servicios en salud se caracterizan por tener una serie de requisitos que no permite una atención oportuna a la necesidad del paciente.

## **5.5 INFORMACIÓN PARA EDUCAR AL ADULTO MAYOR SOBRE EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD**

El elemento educativo para el desarrollo y fortalecimiento de prácticas de autocuidado en el adulto mayor juega un papel relevante al momento de diseñar estrategias para construir propuestas de intervención profesional de Trabajo Social. Sobre la premisa que *“las personas cuando envejecen no pierden su capacidad de aprender (como protagonista de su propia historia y de su propio crecimiento,*

*estimulando una actitud creativa, constructiva y de cambio*),<sup>49</sup> se presenta a continuación los ejes temáticos que aportan elementos teóricos y prácticos para la estrategia de autocuidado.

Tabla 9. Temáticas de la estrategia

<b>Tema</b>	<b>Componentes a desarrollar</b>	<b>Medio de difusión de la información</b>	<b>Responsable</b>
Importancia del autocuidado de la salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definición</li> <li>Importancia</li> </ul>	Presencial	Trabajo Social P y P
Estilos de vida saludable	<ul style="list-style-type: none"> <li>Actividad física</li> <li>Alimentación y nutrición saludable</li> </ul>	Presencial	Profesional en nutrición
Envejecimiento activo y saludable	<ul style="list-style-type: none"> <li>Autocuidado de la piel</li> <li>Autocuidado de los sentidos: vista y audición</li> <li>Autocuidado de la boca</li> <li>Autocuidado de los pies</li> <li>Autocuidado de la salud psíquica</li> </ul>	Presencial	Trabajo Social P y P Psicóloga
Emociones y control de emociones	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definición de emoción</li> <li>Control de emociones</li> </ul>	Presencial	Psicóloga
Sexualidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definición</li> <li>Factores que inciden en la salud</li> </ul>	Presencial	Piscología Trabajo Social
Accidentes de caídas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuando acudir al medico</li> <li>Cómo prevenirlas</li> </ul>	Folleto informativo	Piscología Trabajo Social
Controles médicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>La importancia de acudir al</li> </ul>	Folleto informativo	Piscología

<sup>49</sup> ESPINOZA, Zoila. & ORDÓÑEZ, Ydub. Autocuidado de la salud para el adulto mayor. Manual de información para profesionales.[En línea] Junio de 2003. [Enero 30 de 2016]. Disponible en: [http://datateca.unad.edu.co/contenidos/301138/Autocuidado\\_del\\_adulto\\_mayor.pdf](http://datateca.unad.edu.co/contenidos/301138/Autocuidado_del_adulto_mayor.pdf)

Tema	Componentes a desarrollar	Medio de difusión de la información	Responsable
	médico periódicamente		Trabajo Social

El desarrollo de la estrategia está a cargo de la profesional en Trabajo Social con el fin de visibilizar la profesión y de fomentar en los adultos mayores el cuidado y autocuidado de la salud. Su fundamentación teórica para el desarrollo de los temas, lo puede realizar mediante el artículo: “Autocuidado de la salud en el adulto mayor”<sup>50</sup>, el presente artículo permite conocer desde el proceso de envejecimiento hasta los temas expuestos en la anterior tabla que promueven al autocuidado de la salud por parte del adulto mayor, y, al cuidado de su salud por parte de la institución. Debido al desconocimiento por el área de Trabajo Social sobre las características sociodemográficas de la población es importante informar al área por medio de una infografía que le permita tener en cuenta características claves en el momento de intervenir casos referentes a la etapa de la vejez.(Ver Anexo).

No se establece un tiempo debido a que su ejecución se puede realizar durante un periodo ilimitado, sin embargo es importante establecer un plan piloto que permita identificar la acogida de los adultos mayores y el aporte de los profesionales en el área de la salud.

Cabe resaltar que durante la creación de la estrategia, se consulta con los médicos y profesionales de la institución para verificar la viabilidad frente al tiempo, siendo así queda establecido informar por medio escrito a cada profesional con una semana de anticipación para contar con su presencia, esto se refiere a los médicos especialistas como: ortopedista, médico internista, nutricionista y psicología.

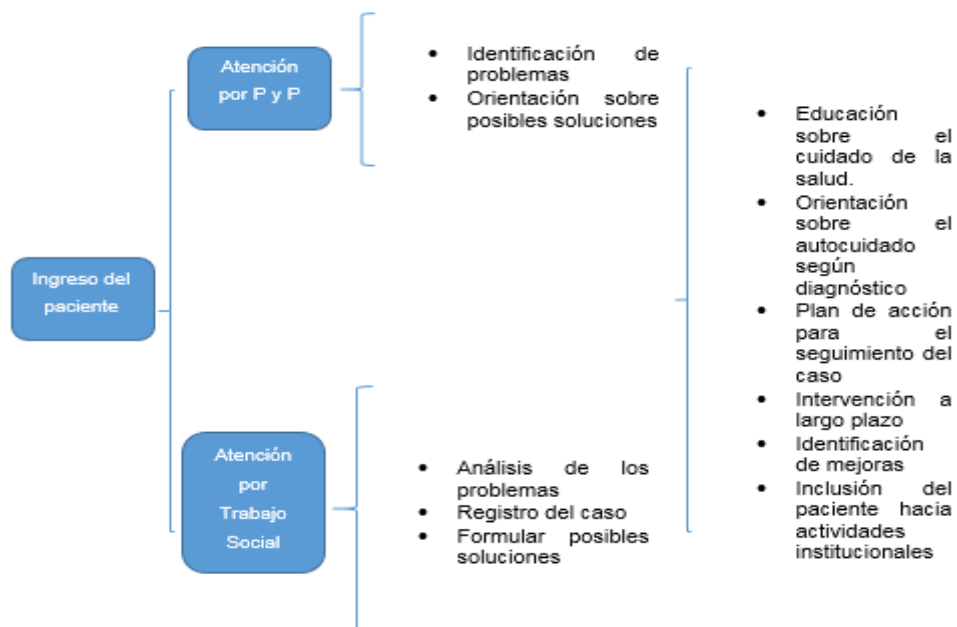
## 5.6 GUÍA PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA

<sup>50</sup> ESPINOZA, Zoila, Autocuidado de la salud en el adulto mayor. Manual de información para profesionales. [En línea]. Junio de 2003. Enero 31 de 2017]. Disponible en: [http://datateca.unad.edu.co/contenidos/301138/Autocuidado\\_del\\_adulto\\_mayor.pdf](http://datateca.unad.edu.co/contenidos/301138/Autocuidado_del_adulto_mayor.pdf)

La guía para la estrategia consta de dos partes, la primera se encuentra la ruta de atención creada por la estudiante de práctica con el fin de orientar la intervención de los profesionales frente a las diversas problemáticas que se presentan en la institución; la segunda plantea un espacio de educación al adulto mayor en la institución mediante la asistencia del grupo institucional “Amigos Dulces”.

### 5.6.1 Ruta de atención para el adulto mayor durante la intervención desde el área de Trabajo Social

Figura 7. Ruta de atención para el adulto mayor durante la intervención desde el área de Trabajo Social



La anterior ruta de atención se dirige hacia la atención en el programa para el riesgo cardiovascular y la oficina de Trabajo Social, con el fin de mejorar la salud del paciente mediante, la incentivación del autocuidado como método de prevención de enfermedades.

### 5.6.2. Atención promoción y prevención

**Identificación de problemas.** La identificación de problemas se puede realizar mediante una categorización, comenzando por indagar y analizar cuál de los problemas es el que más influye hacia el cuidado de la salud.

**5.6.3 Orientación sobre posibles soluciones.** Las posibles soluciones se presentan mediante una lluvia de ideas, realizada por el profesional y el paciente, cabe resaltar que la atención de cada paciente es de 20 minutos, lo que impide sobrepasarlo para esto, se puede acudir a una tarea del paciente, sobre analizar los siguientes puntos del problema:

- Causas
- Consecuencias
- Objetivos
- Soluciones

Los anteriores ítems son guiados por el profesional de salud con el fin de generar al adulto mayor un análisis de su situación para identificar los factores, el profesional del área de la salud debe tener en cuenta la condición del paciente y si cuenta con las capacidades cognitivas para realizar el análisis. Después de analizar la situación a solas, es importante contar con el apoyo de Trabajo Social, para desarrollar una intervención con un problema ya definido y desde los conocimientos de los profesionales en salud, tener opciones para la solución.

#### **5.6.4 Atención desde Trabajo Social**

**Análisis de los problemas.** El análisis de los problemas con el área de Trabajo Social es diferente ya que, se centra en aspectos desde la normatividad nacional e institucional que le permitan accionar acorde con el hospital, para esto es necesario explicar al adulto mayor y, a su acompañante la importancia de saber los derechos como ciudadanos, adultos mayores y usuarios de una institución como el Hospital, seguido a esto se realiza atención del caso y se brinda un apoyo profesional dependiendo el usuario y el problema.

Mediante el Manual de atención al usuario institucional, se pueden identificar los derechos de los usuarios y, mediante la política de envejecimiento y vejez de Colombia se puede identificar las acciones que se deben realizar frente a los diferentes casos que se presenten con la población adulta mayor.

**Registro del caso.** Teniendo en cuenta que la oficina de Trabajo Social no cuenta con un formato de atención al usuario, en especial hacia el usuario adulto mayor se crea dicho formato. (Ver Anexo).

#### **5.6.5 Seguimiento**

El seguimiento se realiza por parte del profesional en Trabajo Social quien tiene en su poder la historia realizada para el adulto mayor, es importante que en la institución se establezca un espacio para la atención de Trabajo Social por caso, que cuente con una agenda de citas para mantener un orden frente a la información y atención de usuarios para seguimiento.

La agenda que se menciona se realizaría para atender en la jornada de la tarde ya que, en la jornada de la mañana la demanda de usuarios es grande y no permite realizar atenciones a casos en la oficina de Trabajo Social.

El seguimiento hace parte del fortalecimiento para el cuidado de la salud de la población adulta mayor y mediante ella se pueden desarrollar temáticas propuestas en la tabla de la presente estrategia.

## 6. EVALUACIÓN

La práctica social en el área de la salud que se llevó a cabo permitió al estudiante el desarrollo de competencias profesionales fundamentadas en los conocimientos alcanzados a lo largo del proceso de formación académica. Fue importante la profundización de conocimientos frente a la metodología, ya que, en el proceso académico en el aula resulta comprensible los conceptos, métodos, metodologías, enfoques, técnicas de recolección de información y técnicas de intervención pero, en el entorno de la práctica se encuentra el estudiante en un mundo complejo, en el cual no por vacíos conceptuales se presenta esta situación si no, por ausencia de conocimientos en el proceso de práctica.

En el área de la salud el Trabajador Social se encuentra en un entorno donde la medicina prevalece por encima de las otras profesiones, se encuentran salarios bajos, responsabilidades que no tienen nada que ver con el quehacer profesional de un Trabajador Social pero, está en las manos de los futuros profesionales y los ya realizados generar ideas frente a cada campo de práctica que permitan visibilizar a la profesión, no con el fin de mejorar un salario o por el concepto de otro profesionales sino, por la pérdida de talento humano que se pueda generar realizando actividades que desfavorecen el avance de la profesión como se ha venido haciendo a través de la historia.

A nivel institucional la profesión de Trabajo Social cuenta con responsabilidades asistenciales, no maneja procedimientos o programas específicos. Las actividades van ligadas a intervenciones fugases que no le permiten al profesional intervenir por medio de un proceso que facilite mejorar la situación a la los usuarios más allá de unos formatos y notificaciones de rutina. El profesional de Trabajo Social cuenta con unas capacidades y conocimientos que le da herramientas para realizar propuestas dirigidas hacia diferentes áreas. Se resalta que en la E.S.E Hospital Regional de

San Gil se puede intervenir desde una perspectiva organizacional, generando aportes a mejorar las condiciones de quienes conforman el equipo humano encargado de la atención.

Durante el proceso de práctica social en la institución se cumplieron los objetivos y metas propuestas, se realizaron diferentes actividades imprevistas con la población sujeto de intervención las cuales dejan aprendizajes fructíferos sobre la población adulta mayor. Es claro que por el proceso de envejecimiento no se debe esperar a llegar a la etapa de la vejez para comenzar a trabajar por las poblaciones más vulnerables.

El área de Trabajo Social en el Hospital necesita de un apoyo en aras de mejorar los procesos de la institución, ya que la misma se encuentra en el proceso de acreditación en salud en el cual se concibe al paciente como el eje central de todo el modelo de atención y hace necesario la identificación de problemáticas propias de grupos poblacionales específicos.

Por otra parte, durante el proceso de atención directa a los usuarios que se llevó a cabo, fue posible la realización de acciones de educación frente a los diferentes problemas por los cuales los usuarios asistían a la oficina de Trabajo Social. Uno de los más frecuentes fue el proceso de portabilidad y afiliación al SGSSS de población extranjera. Durante el proceso de práctica se creó por parte de la estudiante un formato para registrar las atenciones de Trabajo Social y las actividades que se desarrollaban ya que, no existía una forma organizada de documentar el trabajo realizado dejando sin evidencia el quehacer profesional a nivel institucional.

La estudiante al principio del proceso contaba con un par idóneo que la instruía frente a los diferentes conocimientos en el área de la salud pero, por cuestiones de la institución se hizo un cambio de profesional, eliminándose el acompañamiento

profesional durante su práctica social, situación que dificultó en ocasiones el proceso a adelantar. El cambio generó desconcierto en la institución frente a los objetivos principales en el momento de llegada pero, el mismo también tuvo factores positivos porque incentivó hacia el mejoramiento de la profesión en la institución por medio de creación de una estrategia que complementa la atención que se le brinda actualmente a la población adulta mayor.

A pesar de las fallas presentadas por el modelo de atención propio del Hospital, las mismas no constituyeron impedimentos para sobresalir frente a los usuarios con una labor de abogacía hacia sus diferentes situaciones; siempre hubo disposición de escucha activa y de orientación que aportara para mejorar y solucionar sus problemas. Actualmente, el área de Trabajo Social se encuentra en separación del manejo de la oficina del Sistema Integral de Atención al Usuario lo que puede generar cambios positivos para la profesión a nivel institucional.

## 7. CONCLUSIONES

La intervención de Trabajo Social en la institución permitió visibilizar la profesión, debido al interés por mejorar la situación de los adultos mayores, quienes se encuentran en un estado de vulnerabilidad.

La E.S.E Hospital Regional de San Gil cuenta con procedimientos hacia la población adulta mayor que no permiten intervenir para cumplir un cambio en la realidad mejorando factores interno y externos que inciden en el mejoramiento de su salud.

El área de la salud para la profesión de Trabajo Social permite enriquecer sus conocimientos en lo teórico y en lo práctico, generando nuevos conocimientos y aportando hacia la formación de nuevos profesionales en el campo

La E.S.E Hospital Regional de San Gil al limitar las actividades el profesional en Trabajo Social no permite que se intervengan problemáticas a nivel interno y externo de la institución, lo que no promueve mejoras frente a factores como la atención.

El área de promoción de la salud y prevención de la enfermedad está compuesto por un potencial humano que se preocupa por realizar una atención humana que permite al adulto mayor confianza y seguridad, lo que permite espacios de diálogo para la educación sobre el cuidado de la salud y su importancia frente a la enfermedad que se le ha diagnosticado.

La E.S.E Hospital Regional de San Gil, aportó hacia la intervención de Trabajo Social mediante la prestación de sus instalaciones para diferentes actividades, aportó herramientas como cuadernos, lapiceros y espacios de compartir que permitieron evidenciar el compañerismo e interés del compartir como un momento de integración y relajación grupal.

Frente a todo el proceso se puede concluir que la intervención en caso y grupo permite al trabajador social identificar situaciones que no se pueden evidenciar en las citas médicas por los profesionales de salud, lo cual, aporta hacia un aporte para la intervención en la institución desde el área de Trabajo Social.

Mediante la intervención se pudo observar que el acompañamiento de las redes de apoyo familiares ayuda a mejorar el interés de los adultos mayores por el cuidado de su salud, evidenciándose en la asistencia al programa y al grupo institucional.

## **8. RECOMENDACIONES**

La E.S.E Hospital Regional de San Gil debe crear estrategias que mitiguen las problemáticas dirigidas hacia las poblaciones más vulnerables del municipio de San Gil, fortaleciendo la atención en la institución y siendo pionera en la región en innovación de servicios hospitalarios incluyentes.

Las rutas de atención en la institución deben incorporasen por medio de procedimientos y/o protocolos desde el área de Trabajo Social, lo que permite tener un abordaje de las situaciones que se presentan y contribuir a una solución que guíe al paciente después de su egreso de la institución.

Respeto a la institución es importante recomendar la socialización de los estándares de acreditación en salud ya que, en su contenido se presentan los requisitos de atención a los usuarios en toda la etapa del ciclo vital, lo que orienta sobre los derechos y deberes, atención prioritaria, procesos hacia suplir necesidades, y espacios de participación para educación sobre información institucional.

## BIBLIOGRAFÍA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Decreto 345 de 2010 Adulto Mayor. Bogotá.2010.

ALIAGA, Begoña. El concepto de salud y sus determinantes. Definición de la salud [en línea]. En: Publicaciones Didácticas No. 13, Mayo de 2011 [citado 13 ago 2016]. Disponible en internet: <URL: <http://www.seindor.com/publicaciones/didacticas.com/hemeroteca/articulo/013036/articulo-pdf>>

BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD. Glosario. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud [en línea]. Argentina, s.d. [Citado 13 ago 2016]. Disponible en Internet:<URL: [http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario\\_sp.pdf](http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf)>

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Análisis situacional en salud (ASIS), Colombia. 2015 [en línea]. Bogotá, 2016 [Citado 20 sep 2016]. Disponible en Internet: <URL:<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2015.pdf>>

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Población Pobre no Atendida. Bogotá, 2016.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Política colombiana de envejecimiento humano y vejez. 2014 – 2024 [en línea]. Bogotá, Diciembre de 2014 [Citado 30 sep 2016]. Disponible en internet: <URL: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/POCEHV-2014-2024.pdf>>

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 3997 (octubre 30), Por la cual se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Bogotá, 1996

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA. Título 2: De los derechos, las garantías y los deberes. Capítulo 2: De los derechos sociales, económicos y culturales. Artículo 49. Acto legislativo 2. 2009. [En línea]. [22 Enero de 2017] disponible en: (<http://www.constitucioncolombia.com/titulo-2/capitulo-2/articulo-49>)

CORREA, S. Adriana. El adulto mayor de la fundación Albeiro Vargas & Ángeles Custodios. Proyecto de grado. Bucaramanga, 2008, p.42.

ERIKSON, Eric. H. Infancia y sociedad. Doceava edición, Argentina: Lumen-Hormé. 1993, p. 240-243.

HOSPITAL REGIONAL DE SAN GIL. Oficina de Promoción y Prevención. San Gil, 2016

HOSPITAL REGIONAL DE SAN GIL. Sistema Integral de Atención al Usuario. San Gil, 2016

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Envejecimiento demográfico. Colombia 1985 - 2020. Dinámica demográfica y estructuras poblacionales. Bogotá, 2013.

MONTOYA, Soraya. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá, 2017.

NACIONES UNIDAS.2002.p185.





PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Decreto Reglamentario 2833 (octubre 9), por el cual se reglamenta la Ley 53 de 1977. En: Diario Oficial. Bogotá, No. 35.876, 1981.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Decreto 3039 de 2007. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, 2007. Con este decreto se adoptó el Plan Nacional de Salud Pública 2007.2010. Citado por: op. Cit, p.22

RODRÍGUEZ, Karen. Escuela de medicina y ciencias de la salud: Vejez y Envejecimiento. Grupo de investigación en actividad física y desarrollo humano. Universidad del Rosario, Escuela de Medicina. Bogotá. 2010.

TERRIS, Milton. El concepto de la salud. Madrid.2007

## ANEXOS

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p>Universidad Industrial de Santander</p> </div> <div style="text-align: center;">  </div> <div style="text-align: center;"> <p><b>Registro Participación en Programa de Riesgo Cardiovascular Práctica Social de Trabajo Social E.S.E Hospital Regional de San Gil</b></p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>Universidad Industrial de Santander</p> </div> <div style="text-align: center;">  </div> </div>	
1. Datos del paciente	1.1. Datos del acompañante:
Nombre: Edad: Sexo: E.P.S:	Nombre: Edad: Sexo: Vínculo con el paciente:
2. Razón de asistencia al programa (interés, presencia de malestares, remisiones, otros).	
3. Actitudes percibidas	
4. Problemas identificados	
5. Ruta de atención utilizada para solucionar los problemas del paciente.	
6. Identificación del autocuidado durante la atención.	
7. Aspectos positivos	8. Aspectos negativos
9. Conclusiones	

**FORMATO HISTORIA POR TRABAJO SOCIAL DE CASO  
HOSPITAL REGIONAL DE SAN GIL**

<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>	
<b>1. DATOS PERSONALES</b>			
Nombres:		Apellidos:	
Documento de identidad:		Edad:	
Sexo:		Teléfono:	
Lugar de residencia:		Dirección:	
<b>2. DATOS FAMILIARES Y VIVIENDA</b>			
2.1 Familiograma			
2.2. Análisis de la situación familiar			
_____			
_____			
_____			
_____			
2.3 Datos de vivienda			

---

---

---

---

---

---

---

---

2.4 Datos de LA situación económica del adulto mayor

---

---

---

---

---

---

---

---

2.5. Árbol de problemas

2.6 Árbol de objetivos

2.7 Propuesta de intervención

---

---

---



---



---



---

2.8 Plan de intervención

Metodología	Objetivos	Actividades	Resultados esperados	Responsables	Tiempo

2.9 Evaluación de la intervención frente a los objetivos propuestos

---



---



---



---



---

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE

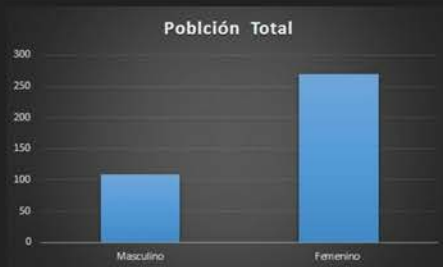
\_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROFESIONAL

# POBLACIÓN ADULTA MAYOR

## CARACTERÍSTICAS

### DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN



La población se compone por:  
71% Mujeres  
29% Hombres

# 381

ADULTOS ASISTEN AL PROGRAMA PARA EL RIESGO CARDIOVASCULAR



### ENFERMEDADES:

HIPERTENSIÓN  
DIABETES  
OBESIDAD  
DISLIPIDEMIA

INCENTIVAR EL AUTO-CUIDADO DE LA SALUD DESDE EL PACIENTE Y, EL CUIDADO DESDE LA INSTITUCIÓN

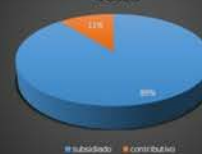


### AFILIACIÓN POR RÉGIMENES AL SGSSS

11% RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

89% RÉGIMEN SUBSIDIADO

Afiliación según el régimen en el SGSSS



¡APOYA EL CUIDADO DE SU SALUD!