

**OPTIMIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS EN LA CAJA DE
PREVISIÓN SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
“CAPRUIS”**

INDIRA YISETH PEÑA OBESO

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
BUCARAMANGA
2008**

**OPTIMIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIO DE LA CAJA DE
PREVISIÓN SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
“CAPRUIS”**

INDIRA YISETH PEÑA OBESO

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de
Trabajadora Social**

**Directora
EDITH RUEDA PALOMINO
TRABAJADORA SOCIAL**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
BUCARAMANGA
2008**

A mi amigo fiel e incondicional, DIOS, quien ha estado en todos los momentos importantes de mi vid.,

A mis padres, NINFA CAROLINA Y JOSÉ E., quienes a pesar de las adversidades, siempre estuvieron con su apoyo y amor.

a los autores de mi inspiración y dedicación, JULIAN CAMILO Y YEIMY NATHALY, quienes con su inocencia y amor incondicional.

Y al autor de un sueño realizado, DANIEL OSWALDO, quien con su sacrificio, motivación, apoyo incondicional y amor, logró dar brillo a un deseo. Gracias a ti inicié y culminé una etapa de mi vida.

Indira Yiseth Peña Obeso

AGRADECIMIENTOS

La autora expresa sus agradecimientos a:

Al Dr. Gonzalo Gómez Patiño, gerente de la Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander, por su colaboración y apoyo en el desarrollo de mi práctica profesional.

A los Docentes de la Escuela de Trabajo Social, por su orientación, formación y aporte para mi crecimiento profesional.

A mi orientadora, Edith Rueda Palomino, por sus aportes, colaboración, y dedicación, que fueron valiosos para el desarrollo y culminación del trabajo realizado en mi práctica profesional.

TITULO: OPTIMIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS EN LA CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER “CAPRUIS”¹

AUTORA: INDIRA YISETH PEÑA OBESO

PALABRAS CLAVE: Salud, Calidad de vida, Desarrollo a Escala Humana, Participación Social en Salud, Calidad de servicios.

RESUMEN

Optimización de la prestación de servicios en la Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander “CAPRUIS”, es la respuesta a las necesidades encontradas en “CAPRUIS”,

De acuerdo a la implementación de la matriz DOFA, se logró articular el objetivo estratégico y las acciones estratégicas que se formularon con el fin de alcanzar metas e indicadores, y así lograr cumplir con las necesidades encontradas. Siguiendo el proceso metodológico de intervención, se dio la primera etapa, mediante la ubicación institucional, haciendo reconocimiento del área organizacional, talento humano, prestación de servicios, razón social, historia institucional, ubicación profesional y funciones, necesidades latentes y revisión de práctica profesional anterior en trabajo social.

Continuando con la intervención se elaboró el diagnóstico y cruce de variables, donde se identificó las siguientes estrategias: implementación del sistema de información y atención al usuario, capacitación al personal interno de CAPRUIS y desarrollo de acciones estratégicas a la población discapacitada y adulta mayor. En estas se desarrollaron mediante procesos de participación social en salud, los cuales hicieron partícipes a los usuarios y personal de la caja, esta intervención se argumentó mediante el enfoque de Desarrollo a Escala Humana, teniendo en cuenta las necesidades y los satisfactores de ellas, siguiendo la intervención de sus actores.

Logrando finalmente, que la calidad de los servicios prestados, fueran más óptimos, mediante la elaboración e implementación de nuevos programas y sistemas estratégicos, beneficiando la entidad y las poblaciones intervenidas, mejorando su calidad de vida.

* Trabajo de Grado

** Escuela de Trabajo Social, título profesional Trabajo Social, Edith Rueda Palomino.

TITLE: OPTIMIZE THE PROVISION OF SERVICES IN THE CASE OF THE UNIVERSITY OF SOCIAL FORECAST FOR INDUSTRIAL SANTANDER "CAPRUIS"

AUTHOR: INDIRA YISETH PEÑA OBESO

KEY WORDS: Health, Quality of Life, Human Scale Development, Social Participation in Health, Quality of Service.

ABSTRACT

Optimizing the delivery of services to the Fund for Social Welfare of the Industrial University of Santander "CAPRUIS," is the answer to the needs encountered in "CAPRUIS"

According to the implementation of the matrix DOFA, was articulating the strategic goal and strategic actions that were made in order to achieve targets and indicators, and thus to meet the needs encountered. Following the methodological process of intervention, was the first stage, through the institutional location, making reconnaissance of the area organizational, human talent, provide services, company name, institutional history, location and professional functions, latent needs and review of previous work experience in social work.

Continuing with the intervention was developed diagnosis and crossing of variables, which identified the following strategies: implementation of the information system and customer services, staff training and development of internal CAPRUIS of strategic actions to the elderly and disabled population. In these processes were developed through public involvement in health, which did participate to users and staff of the box, this intervention is argument by the approach of development at Humana, taking into account the needs and satisfactores them, following the involvement of its players.

Delivering finally, that the quality of services provided, were more optimal, through the development and implementation of new programs and strategic systems, benefiting the institution and the people tapped by improving their quality of life.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	16
1. EL CONTEXTO DE LA SALUD Y LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SUS SERVICIOS	18
2. ESTATUTO NORMATIVO EN LA SALUD COMO GARANTIA EN LA CALIDAD DE VIDA	30
2.1 LEGISLACIÓN COLOMBIANA EN SALUD	34
3. CARACTERIZACIÓN DE LA CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE LA UINVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER "CAPRUIS"	55
3.1 LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS DE CAPRUIS	57
3.1.1 VISIÓN	57
3.1.2 MISIÓN	58
3.1.3 OBJETIVOS INSTITUCIONALES	58
3.1.4 VALORES INSTITUCIONALES	58
3.1.5 POLITICAS INSTITUCIONALES	60
3.1.6 PROGRAMAS, SERVICIOS Y ACTIVIDADES QUE PRESTA LA ORGANIZACIÓN Y LA POBLACIÓN A LA QUE VAN DIRIGIDOS	60

3.2 ESTRUCTURA ORGÁNICA DE CAPRUIS	70
3.3 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN USUARIA DE CAPRUIS	73
3.3.1 Perfil epidemiológico de los usuarios de CAPRUIS	80
3.4 ÁREA ESPECÍFICA Y PERFIL EN EL QUE SE ENMARCA LA PRÁCTICA PROFESIONAL	90
3.4.1 FUNCIONES ESPECÍFICAS DEL TRABAJADOR SOCIAL EN CAPRUIS	93
3.4.2 Perfil profesional del trabajador social en CAPRUIS	96
4. CARACTERIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA EN CAPRUIS	97
4.1 ANALISIS SITUACIONAL	98
4.2 ANALISIS MATRIZ DOFA	100
4.3 PLANEACIÓN	105
4.4 EJECUCIÓN	110
4.4.1 Cronograma de actividades	127
4.5 EVALUACIÓN DEL PROCESO DE PRÁCTICA DE “CAPRUIS”	128
5. CONCLUSIONES	129
6. RECOMENDACIONES	130
7. PROPUESTA PARTICIPACIÓN SOCIAL Y SIAU COMO GARANTÍA LA CALIDAD DEL SERVICIO EN LA CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER (CAPRUIS)	131
7.1 JUSTIFICACIÓN	132
7.2 OBJETIVO ESTRATÉGICO	134

7.3. PROCESO DE INTERVENCIÓN	134
7.4 BENEFICIARIOS Y ALIADOS ESTRATEGICOS PARA LA EJECUCIÓN DE LA PROPUESTA “PARTICIPACIÓN SOCIAL Y SIAU COMO GARANTIA EN LA CALIDAD DEL SERVICIO”	137
7.5 PLANEACION	138
7.6 EJECUCIÓN	139
7.7 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	146
7.8 PRESUPUESTO	147
BIBLIOGRAFIA	148
ANEXOS	152

LISTA DE CUADROS

	pág.
Cuadro 1. Significado de las dimensiones del modelo SERVQUAL	24
Cuadro 2. Cobertura de la seguridad social en salud en Colombia 2003, Comparada con 1997	38
Cuadro 3. Funciones del Trabajador Social en CAPRUIS	94
Cuadro 4. Matriz DOFA, análisis institucional	98
Cuadro 5. Planeación del proceso de intervención profesional, Objetivo y estrategias	105
Cuadro 6. Diagnóstico Final, del proceso de práctica año 2007	128
Cuadro 7: Planeación Estratégica de Intervención 1	138
Cuadro 8: Planeación Estratégica de Intervención 2	140
Cuadro 9: Planeación Estratégica de intervención 3	142
Cuadro 10: Planeación Estratégica de intervención 4	144
Cuadro 11. Cronograma de Actividades de la propuesta: “Participación Social y SIAU”	146
Cuadro 12. Presupuesto de propuesta “Participación Social y SIAU”	147

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Salud como respuesta a la satisfacción de necesidades	21
Figura 2: Evaluación del cliente sobre la calidad del servicio	25
Figura 3: Correlación entre calidad, participación y compromiso del usuario.	26
Figura 4: Flujograma del SIAU	49
Figura 5. Organigrama de la Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander.	70
Figura 6. Distribución poblacional por sexo y edad de CAPRUIS	81
Figura 7. Cualidades del Trabajador Social en CAPRUIS	96
Figura 8. Cruce de variables y estrategia emergente “FO”	100
Figura 9. Cruce de variables y estrategia emergente “FA”	101
Figura 10. Cruce de variables y estrategia emergente “DO”	102
Figura 11. Cruce de variables y estrategia emergente “DA”	103
Figura 12. Proceso de Intervención del SIAU, en CAPRUIS	136

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Datos cronológicos de Colombia en Salud	35
Tabla 2. Identificación del cargo y número de empleados de CAPRUIS	72
Tabla 3. Distribución Poblacional Por Sexo, Edad Y Afiliación Año 2006	82
Tabla 4. Análisis poblacional años 2006 y 2005	83
Tabla 5. Ingresos de usuarios años 2006 y 2005	83
Tabla 6. Retiro de usuarios años 2006 y 2005	84
Tabla 7. Usuarios pensionados año 2006	84
Tabla 8. Convenio RUSS años 2006 y 2005	85
Tabla 9. Resumen de la consulta asistencial por grupos de edad; diagnóstico principal, año 2006	86
Tabla 10. Resumen perfil epidemiológico, consulta inducida por grupos de edad-año 2006	86
Tabla 11. Veinticinco primeras causas de consulta asistencial en 2006	88
Tabla 12. Actividades de salud comparativo años 2006 y 2005	89
Tabla 13. Estado de salud de la población Adulta Mayor	121
Tabla 14. Estado de físico de la población Adulta Mayor	122
Tabla 15. Estado familiar de la población Adulta Mayor	122

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Folleto publicitario programa “Atrapando Estrellas”	153
Anexo B. Afiche publicitarios programa “Atrapando Estrellas”	155
Anexo C. Propuesta del concurso “Atrapando Estrellas”	156
Anexo D. Folletos del programa “Crecimiento y Desarrollo”	159
Anexo E. Folleto de Campaña “Educando con Amor”	160
Anexo F. Lectura reflexivas como “Sabia la extraterrestre”	165
Anexo G. Ficha de compromiso personal, del programa “De todo Corazón”	167
Anexo H. Propuesta del programa “Generando Luz”, actividades del Programa “Generando Luz”	169
Anexo I. Ficha de visita domiciliaria	183
Anexo G. Propuesta del Programa llamado “Recordando Mi Ayer”	184
Anexo K. Informe del Programa “Recordando Mí Ayer”	192
Anexo L. Listado de los participantes del programa “Recordando Mí Ayer”	194
Anexo M. Ficha de historia de vida, del programa “Recordando Mí Ayer”	195
Anexo N. Publicidad del Sistema de Información y Atención al Usuario.	197

INTRODUCCIÓN

“Todo desarrollo busca ampliar las potencialidades humanas y aumentar las libertades; también busca que la gente pueda desarrollar las capacidades que les permitan tomar decisiones y llevar una vida que consideren valiosa.”

Manfred Max-Neef

Para la realidad que enmarca a la sociedad actual, la salud es un eje fundamental que ha ido sufriendo modificaciones con el paso de los tiempos, es allí como la reforma del sector salud en Colombia, finalmente se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el cual proporciona un nuevo impulso a la participación social en salud, que se señala como elemento prioritario en la organización y control de las instituciones de este sistema (Constitución del 1991, ley 100 del 1993, Decreto 1757/1994). En este nuevo marco, la participación en salud se define como derecho y deber del individuo y se instituye una serie de mecanismos de uso individual, esto, tiene como fin la garantía de la calidad del servicio de la población usuario, buscando que esta misma participe en todos los programas formulados en las instituciones prestadoras de este servicio.

Para dar respuesta a este nuevo cambio en el sector salud, se presentó en el proceso de intervención profesional, la propuesta “Optimización de la prestación de los servicios de la Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander “CAPRUIS”, para garantizar la calidad de vida de sus usuarios, a través de la prevención y promoción de conductas saludables, llevando a cabo, acciones que permitan la participación activa, el bienestar y el trato humanizado de su población.

Para ello, en el presente trabajo se describe la experiencia de práctica en el área de salud, el cual es de ayuda en determinado momento en la formación de futuros Trabajadores sociales, pues, su contenido consta de: el capítulo primero,

conformado por el marco teórico, siendo soporte conceptual de la práctica, este se enfatiza en; el Desarrollo a Escala Humana, la salud, la calidad de vida, la calidad del servicio y la participación social en salud.

En el segundo capítulo, se enmarca el sustento legal; aquí se contextualiza la experiencia a nivel internacional, nacional y local en la salud, contemplando organismos como Las ONU, la OMS, CNSSS, EPS, IPS, PAB, PNS, entre otros. De allí, surge el capítulo tercero en el que se plasma la caracterización de la Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander (CAPRUIS), mirando sus lineamientos estratégicos, servicios, organigrama, caracterización de la población usuaria, perfil epidemiológico, área en que se enmarca la práctica profesional, funciones y perfil de Trabajo Social etc.

El capítulo cuarto aparece la caracterización de la experiencia, en esta se describe el desarrollo de la practica en CAPRUIS, articulando las siguientes etapas; análisis situacional, elaboración matriz DOFA, proceso de intervención; planeación, ejecución y evaluación, este último a nivel institucional y práctica profesional, seguimiento del docente, lo mencionado descrito con sus diversas debilidades y fortalezas. Para el capítulo quinto, se presenta las conclusiones dadas del desarrollo del proceso de intervención profesional y los logros obtenidos, luego aparece el capitulo sexto donde se manifiestan las recomendaciones finales de la practica.

Finalmente en el capitulo séptimo esta la propuesta ***"Participación Social y SIAU como Garantía en la Calidad del Servicio en la Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander (CAPRUIS)"***, en el que se busca dar continuidad a los procesos iniciados y que requiere tanto la institución como su población usuaria.

1. EL CONTEXTO DE LA SALUD Y LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SUS SERVICIOS

Desde sus orígenes, la salud como proceso ha venido cambiando a través de la historia, ha pasado por un sin número de percepciones culturales, que a través del tiempo se ha definido de acuerdo a las necesidades percibidas por la época, es por ello que el autor Álvaro Cardona, denota en su libro Ciencia y Salud – Enfermedad, como éste ha tomado diversas formas y sentidos, identificando tres paradigmas, los cuales han permitido el surgimiento y afianzamiento del concepto “Salud”:

***“Paradigma Mágico – Religioso o Espiritualista:** aquí es vista la salud como concepto de enfermedad, donde esta es explicada por la intervención de espíritus dañinos o de dioses molestos por alguna actitud no ajustada a la norma social por parte de quien enfermaba.*

***Paradigma Naturalista:** en este Hipócrates su más connotado representante, explica la salud como el equilibrio de los humores constitutivos del cuerpo y la enfermedad era el resultado de la alteración de esa homeóstasis, al mismo tiempo señalaba que el ambiente y las condiciones de vida tenían influencia sobre la salud.*

***Paradigma Experimentalista:** se consolida en el siglo XIX con la medicina científica y cuya fundamentación se centraba en la observación directa de la naturaleza y el conocimiento basado en la larga experiencia”²*

Su evolución muestra como la salud, es dinámico e histórico, pues cambia de acuerdo con la época, la cultura y con las condiciones de vida de la población. Se puede decir, que la idea de salud hoy día ha avanzado, es por eso que en su más reciente concepción es definida por la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y/o enfermedades”³. Más aún en 1992 un investigador

² CARDONA, Álvaro- Historia Ciencia y Salud – Enfermedad. Editor Zeus Asesores LTDA. Investigación y Asesoría en Salud. Medellín, 1995. Pág. 37 – 45.

³ WHO. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf Constitución de la Organización Mundial de la Salud, Geneva, 1946. Accesado el 6 de junio de 2007.

agregó a la definición de la OMS, la terminación: "y en armonía con el medio ambiente", ampliando así el concepto.

Este concepto, mira al ser humano de manera integral, pues se preocupa no solo por su estado físico (biológico), sino que también involucra su estado mental (psicológico) y social. Este último ha permitido que se dé una actitud consiente y realista de la salud, involucrándola como proceso social, que busca el bienestar del individuo en todas sus dimensiones (físicas, psíquicas y sociales), donde intrínsecamente está unida a la enfermedad.

Así mismo, la enfermedad es vista como el "resultado de cualquier alteración del bienestar del individuo como de la colectividad"⁴ involucrando de esta manera "una dimensión de lo social, donde la expresión en el individuo, ya sea física o mental, deriva de alguna manera del grado de satisfacción de sus necesidades básicas o primarias", es por ello, que la salud está orientada hacia la promoción y prevención de estilos de vida saludable, mediante la adecuado prestación de servicios, que garanticen al individuo y su círculo familiar, una calidad de vida acorde a sus necesidades.

En cuanto a la **calidad de vida** se requiere que esta sea vista en términos de bienestar, felicidad y satisfacción de las necesidades de las personas, para ello la Organización Mundial de la Salud, la define como "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno"⁵.

⁴ Tomado de Fred Manrique. Una aproximación al concepto de Salud y Enfermedad. Medellín Colombia, Recuperado el 23 de septiembre de 2008 en <http://www.rionegro.com.ar/arch200110/o30g01.htm>.

⁵ Tomado de Wikipedia, GNU. Calidad de Vida. Recuperado el 20 de septiembre de 2008. En http://es.wikipedia.org/wiki/calidad_de_vida

Entonces, para dar respuesta a esa calidad de vida, se requiere de profundizar en las necesidades y la forma de satisfacerlas, así se conllevará a mejorar dichas condiciones de vida.

Por tal razón, para Manfred Max–Neef en su teoría de **Desarrollo a Escala Humana**, clasifica las necesidades humanas en dos categorías, la existencial y la axiológica. En la primera se encuentran la subsistencia, protección, afecto entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad, las cuales pueden ser satisfechas mediante la segunda categoría, las cuales son formas de Ser, Tener, Hacer, y Estar de carácter individual o colectiva del ser humano. Según el autor estas necesidades no sólo son carencias sino también y simultáneamente potencialidades humanas.

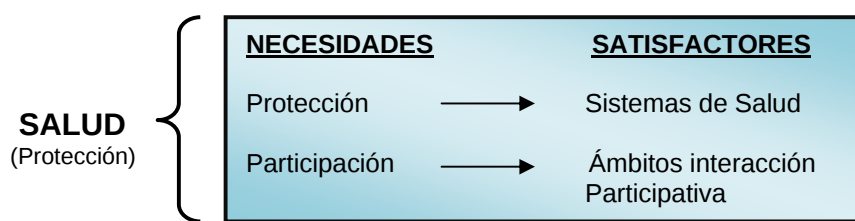
Estas necesidades y sus satisfactores pueden ser ordenados y desglosados de acuerdo a las situaciones que se presenten. Aquí por ejemplo para satisfacer la necesidad de **subsistencia**, se encuentran satisfactores como ser saludable física y mentalmente; para la de **protección**, se debe tener Sistemas de salud, seguridad social, legislación, derechos, etc.; y para la de **participación** se requiere de estar en ámbitos de interacción participativa, como asociaciones.

Así, para alcanzar una calidad de vida adecuada, se requiere de dar respuesta a las carestías de las poblaciones, en este caso a la satisfacción de sus necesidades, como lo son, la subsistencia, protección y participación en la salud. De esta manera, al intervenir en ellas se logra mejorar el estado físico, mental y social de las personas. Las cuales, demandan servicios en materia de salud (atención integral, promoción, prevención, calidad del servicio, etc.), refiriéndose al conjunto de prestaciones sociales, que el individuo requiere para garantizar el derecho a la salud. Aquí, la participación juega un papel fundamental, al momento de velar y ser veedor de los servicios brindados en la misma.

Por lo que se afirma, que la salud es un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos; tanto del individuo, las comunidades, los países y territorios del mundo. Ésta, visualiza a la persona como un ser biopsicosocial, y a su vez lo responsabiliza de ella, siendo un aspecto importantes para el desarrollo individual y colectivo. Por esto, la OMS afirma que “la salud nunca debe “darse” o “facilitarse” a la población. Por el contrario, se debe ayudar a la gente a participar consciente y activamente en el logro y la promoción de su propia salud”⁶. De esta manera, permite ver al ser humano como promotor de su desarrollo, al igual que el de su entorno sea local, regional y nacional, a su vez se facilita el desarrollo en cuanto a una salud democratizadora, donde se transforma a la persona-objeto en persona-sujeto del progreso.

También según Manfred Max-Neef, las necesidades pueden ser satisfechas a niveles diferentes y con distintas intensidades, así se trae a colación “en tres contextos: primero, en relación con uno mismo; en relación con el grupo social y en relación con el medio ambiente”⁷ de esta forma la salud da respuesta a la satisfacción de dichas necesidades humanas porque permite que el individuo sea participe de su desarrollo integral, convirtiendo a esta en un espacio donde se incluyan procesos de participación, donde se pueda brindar protección al ser humano a nivel mental, emocional y social. (ver figura 1)

Figura 1. Salud como respuesta a la satisfacción de necesidades



FUENTE: La autora, Bucaramanga 2008

⁶ Organización Mundial de la Salud. 1990a. La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria. Ginebra: OMS.

⁷ MAX-NEEF, Manfred. Desarrollo a Escala Humana: Una opción para el futuro. Centro de Alternativas de desarrollo, CEPUR, Fundación Dag Hammarskjold, Medellín (Colombia). 2003, P. 29

Los procesos de reforma del sector de la salud constituyen una oportunidad para promover la participación y el control ciudadano sobre el sistema de salud, pues esta se encuentra regido por los principios de democratización y equidad, mirándola como mecanismo de control social, y entendiéndola como la capacidad que tienen las personas de hacer valer su derecho de protección ante el sistema de salud. Planteando así, la necesidad de tener mecanismos de control en la misma.

Por tal razón, la existencia de mecanismos de evaluación del sistema de salud, es responsabilidad del Estado, y el ejercicio de esta función debe ser compartido con los ciudadanos. Según **Carmen Celedón y Marcela Noé** “la escasa participación ciudadana se explica también por una actitud conservadora y de temor frente a los cambios por parte de los actores del sector y por un contexto que no ha favorecido el desarrollo de una ciudadanía más activa. Entre los principales obstáculos para el desarrollo de la participación en el sector de la salud se mencionan los siguientes:

“A. La desigualdad en la distribución de los ingresos y de otras formas de poder que caracteriza a los países de la Región. Esto se traduce en una baja cohesión e integración social que debilita la credibilidad de las instituciones.

B. El incipiente reconocimiento de los derechos de las personas frente a los servicios públicos y la falta de instrumentos para hacerlos efectivos. Ello se debe, en parte, a que la participación es vista aún como una concesión por parte de la autoridad, más que como un derecho inherente a todo ciudadano. Por otra parte, el concepto de participación en la salud se limita generalmente a la intervención de los actores internos del sistema, dejando fuera al resto de la sociedad.

C. La escasa información sobre los derechos ciudadanos ante el sistema de salud y la ausencia de mecanismos que permitan hacerlos efectivos. Si bien existe vasta información en el sector de la salud, no está necesariamente disponible para los ciudadanos y en general no está orientada a facilitar el control del sistema por parte de los usuarios. Este escaso desarrollo de la información es, en parte, producto de una falta de organización de la ciudadanía y de los organismos de defensa de los consumidores. Sin embargo, es posible prever importantes cambios en esta materia con el desarrollo de una ciudadanía con expectativas crecientes ante los servicios de salud.

D. La precariedad con que los mecanismos de control existentes reconocen la diversidad social y recogen la opinión de las minorías o de los sectores más marginados. Los países de América Latina y el Caribe se caracterizan por ser sociedades segmentadas, en las cuales un amplio porcentaje de la población cuenta con escasos recursos, poca información y poca capacidad de elección. Incorporar a estos sectores requiere superar la visión paternalista con la que tradicionalmente se plantea el sector de la salud frente a la población.

E. El débil desarrollo de las organizaciones sociales que caracteriza a los países de América Latina y el Caribe. Por ello, en general, las políticas públicas, incluidas las políticas de participación, se construyen desde el Estado, más que por iniciativa de los ciudadanos. Muchas de las organizaciones existentes responden a políticas asistencialistas del Estado o a clientelismos y, por ende, no representan la diversidad social o cuentan con poca legitimidad de sus representantes”⁸.

Según las autoras se requiere que las personas ejerzan control en el sector salud, mediante el derecho a la participación, puesto que estos espacios están siendo intervenidos por agentes internos del sistema, mas no por aquellos a quienes están dirigidos sus servicios, en este caso, sus usuarios.

Por lo tanto, la participación democratizadora en el contexto de la salud, potencializa “La generación de la autodependencia, la cual, crea un protagonismo real de las personas en los distintos espacios y ámbitos; y puede impulsar a procesos de desarrollo en los cuales coexista la satisfacción de las necesidades”⁹

Para lo anterior, la mejor estrategia para alcanzar de forma racional que los servicios en salud sean de calidad, es logrando la participación de los usuarios en salud, facilitando la cooperación de todos. Permitiendo que lo enunciado se convierta en importancia para la prestación adecuada de los servicios y, de igual forma permite que la calidad de los mismos sean eficientes, tanto para el usuario como para la entidad prestadora, por ello, es necesario promover un espíritu democratizador que incentive a la población, convirtiéndola en actores innovadores y autogestionarios de la participación social en salud.

⁸Tomado por Celedón, Carmen y Noé, Marcela. Revista Panamericana de Salud Pública. Recuperado 18 de julio 2008. En <http://Users7/Revista Panamericana de Salud.Pública.mht>

⁹ Tomado por PEREZ, Roberto. Teoría de MAX-NEEF, Manfred. Desarrollo a Escala Humana: Una opción para el futuro. Recuperado el 23 de julio 2008. En http://F:\DESARROLLO HUMANO\Desarrollo a Escala Humana Una opción para el futuro- Monografias_.com.htm

Es importante, tener en cuenta que la calidad del servicio es prioritaria para mejorar la calidad de vida de la población entorno a su salud, para ello se trae colación el concepto de calidad de servicio según Parasuraman, en su modelo Servqual:

“El modelo SERVQUAL define la calidad del servicio como la diferencia entre las percepciones reales por parte de los clientes del servicio y las expectativas que sobre éste se habían formado previamente. De esta forma, un cliente valorará negativamente (positivamente) la calidad de un servicio en el que las percepciones que ha obtenido sean inferiores (superiores) a las expectativas que tenía. Por ello, las compañías de servicios en las que uno de sus objetivos es la diferenciación mediante un servicio de calidad, deben prestar especial interés al hecho de superar las expectativas de sus clientes.

Si la calidad de servicio es función de la diferencia entre percepciones y expectativas, tan importante será la gestión de unas como de otras. Para su mejor comprensión, Parasuraman, et al. Analizaron cuáles eran los principales condicionantes en la formación de las expectativas. Tras su análisis, concluyeron que estos condicionantes eran la comunicación boca-oído entre diferentes usuarios del servicio, las necesidades propias que desea satisfacer cada cliente con el servicio que va a recibir, las experiencias pasadas que pueda tener del mismo o similares servicios, y la comunicación externa que realiza la empresa proveedora del servicio, usualmente a través de publicidad o acciones promocionales (ver cuadro 1).

Parasuraman et al. Propusieron como dimensiones subyacentes integrantes del constructo calidad de servicio las dimensiones, expuestas en el cuadro 2, donde se presenta el significado de cada una de estas.”¹⁰

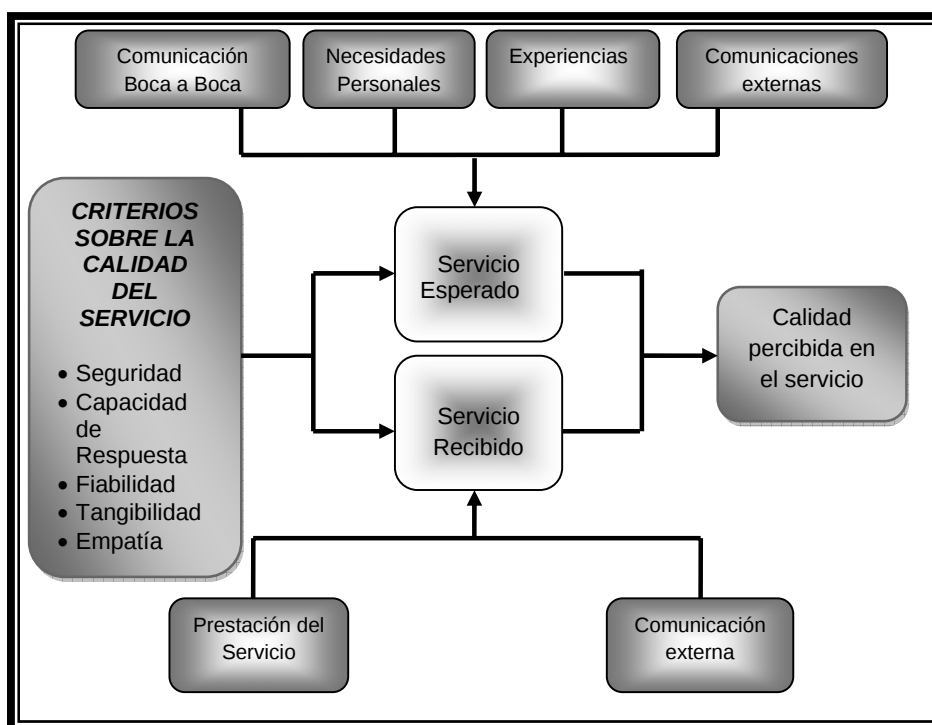
Cuadro 1: Significado de las dimensiones del modelo SERVQUAL

DIMENSIÓN	SIGNIFICADO
Elementos tangibles	Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, empleados y <u>materiales</u> de comunicación
Fiabilidad	Habilidad de prestar el servicio prometido de forma precisa
Capacidad de respuesta	Deseo de ayudar a los clientes y de servirles de forma rápida
Seguridad	Conocimiento del servicio prestado y cortesía de los empleados así como su habilidad para transmitir confianza al cliente
Empatía	Atención individualizada al cliente

¹⁰ Tomado de MENDOZA AQUINO, José Antonio. Recuperado 19 mayo 2008. En http://.F:\CALIDAD\Medición de la calidad del servicio - Monografías_com.htm.

Este proceso implica la transformación de la institucionalidad en salud generando una articulación más flexible y creativa con la comunidad. Esto a su vez, permite incrementar un nivel de vida acorde, donde el usuario sea actor en la satisfacción de sus necesidades, ya que entraría a participar en la calidad del servicio recibido, de igual manera que la intervención de las instituciones de la misma.

Figura 2: Evaluación del cliente sobre la calidad del servicio



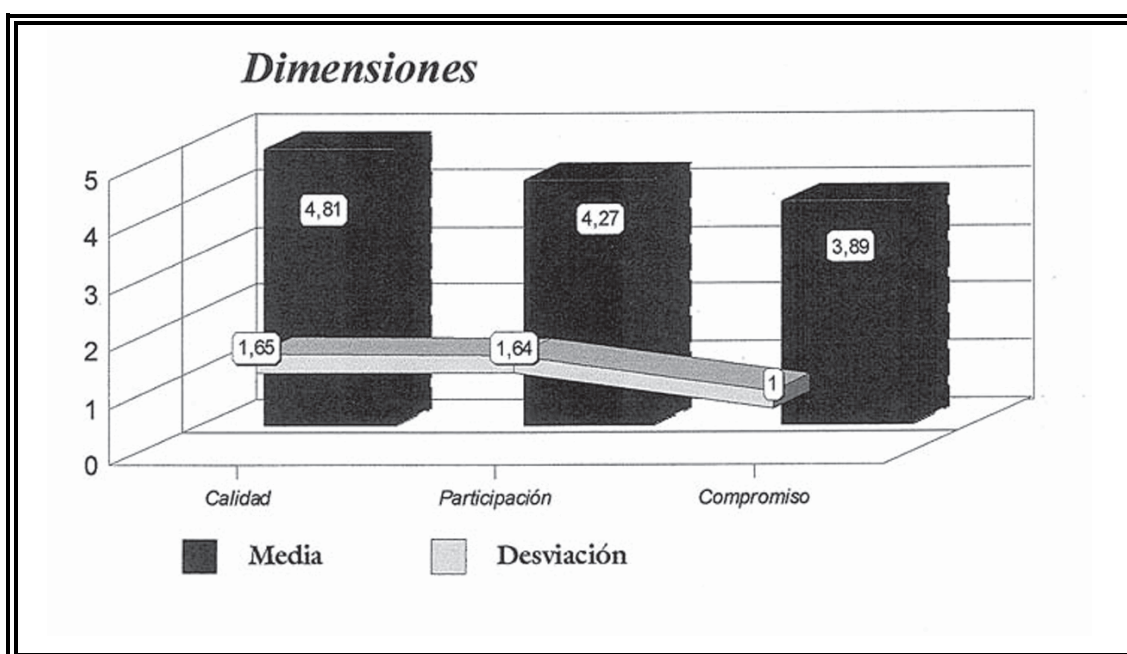
FUENTE: Tomado y adaptado de: Berry Leonard y A. Parasuraman (1991): Marketing Services: Competing Trough quality, The Free Press, New York, 1991. Recuperado 17 Febrero 2008. En http://www.arrodriguez_88@yahoo.com

Es necesario entonces, según el autor Parasuraman, tener en cuenta que la participación en salud es representada socialmente como la posibilidad de emitir opinión o «ser escuchado» por parte de las instituciones prestadoras de servicios, visualizando la calidad desde el actor individual o de comunidad organizada, en el planteamiento de las demandas al sistema; en la posibilidad de entregar información al sistema; en la posibilidad de ejecutar acciones (proyectos),

estableciendo un nexo entre institución y comunidad, y, por último, la posibilidad de ejercer control sobre el desempeño del sistema y la calidad del servicio en salud brindada a la población usuaria.

También, se visualiza la importancia de entrelazar la calidad-la participación- y el compromiso del usuario frente a la garantía de mejorar la calidad de los servicios en salud, mediante su intervención. Para ello, se presenta datos estadísticos de una investigación correlacional de Pearson, en Paraguay:

Figura 3: Correlación entre calidad, participación y compromiso del usuario.



FUENTE: Tomado de SALVADOR, Ferrer Carmen y HERNANDEZ, Vaquero Rubén. Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology - 2006, Vol. 40, Núm. 3 pp. 363-370. Participación y Compromiso en la Calidad de los Servicios Paraguayos. Universidad de Almería, España. Recuperado 22 febrero 2008. En http://F:\CALIDAD\Medición de la calidad del servicio - Monografias_com.htm.

Este estudio refleja que el cruce de estas tres variables, todas las dimensiones se relacionan significativamente. Ya que el clientes, centra su valoración en la calidad del servicio y las posibilidades que éste le brinda al intervenir, y viceversa. Del mismo modo, los resultados denotan que la calidad también genera alguna

repercusión en el interés del cliente, de comprometerse con los servicios, de forma recíproca. Según el estudio correlacional de Pearson, se observa que;

“A pesar de las similitudes existentes entre los ítems que componen el mismo constructo, cada uno influye de distinto modo en la percepción de calidad que el usuario se elabora. En el caso que nos ocupa parece que el nivel de calidad varía según las distintas posibilidades de participar que el servicio ofrece al cliente, dicho de otro modo, el cliente siente que la calidad del servicio aumenta si recoge de forma adecuada sus quejas y sugerencias y si, al mismo tiempo, valora bien su participación. Estos datos denotan que pese a que los clientes encuentren niveles de calidad en el servicio, ésta queda reducida a las actuaciones brindadas por el servicio que permiten la participación de los usuarios”¹¹.

Es necesario vincular la participación como necesidad del individuo (y no como necesidad del sistema). Esto es una participación relacionada con los derechos de las personas y los criterios de exigibilidad. Los derechos básicos son acceso a la salud, a un trato digno, a la información, a la oportunidad de la atención y a la calidad. Por consiguiente, para el desenvolvimiento de la participación en la temática salud, es necesaria la implementación de estrategias que faciliten la incorporación de procesos, que articulen criterios de intervención donde el eje prioritario sea el usuario. Para ello, se enuncian los siguientes ítems de Soledad Larraín Heiremans, psicóloga y consultora de **UNICEF**; los cuales permiten dar respuesta a la necesidad de participación, para satisfacer la salud como derecho inalienable e irrenunciable del ciudadano;

- ✓ *“Potenciar la participación ciudadana en las instancias colectivas, como diagnóstico y desarrollo del plan Comunal de Salud.*
- ✓ *Fortalecer las instancias de participación que existen en la comunidad.*
- ✓ *Ampliar el control del compromiso de gestión al control de la ciudadanía sobre la gestión de los consultorios. Esto significa lograr una coherencia entre las prioridades sanitarias establecidas en el Plan comunal, con información y conocimiento ciudadano, la carta de derechos y las metas de salud*

¹¹Tomado de SALVADOR, Ferrer Carmen y HERNANDEZ, Vaquero Rubén. Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology - 2006, Vol. 40, Núm. 3 pp. 367-368. Participación y Compromiso en la Calidad de los Servicios Paraguayos. Universidad de Almería, España

incorporadas al plan de gestión. Las quejas y la satisfacción de los usuarios deben ser indicadores del plan de gestión.

- ✓ *Considerar en la propuesta de participación la perspectiva de género"¹²*

En cuanto al ejercicio de la Participación Social en Salud, se debe tener en cuenta, que esta facilita la formación y acción permanente de las organización en las comunidades, estableciendo prioridades conforme a sus necesidades, con la finalidad de mejorar la calidad de vida, encontrar bienestar y fortalecer el tejido social, propiciando a su vez, que las personas se conviertan en protagonistas del desarrollo social y global de la comunidad, a través de las veeduría, encaminadas a la atención del usuario, de igual forma esto fomenta, el control social en salud que podrá ser ejercida por el ciudadano, la institución y comunidad en general; con el fin de vigilar la gestión pública y los resultados de la misma, la prestación de los servicios y la gestión financiera de las entidades e instituciones que hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Alternativamente es necesario determinar que la "Participación Social" es un concepto amplio, que hace referencia a los procesos sociales a través de los cuales los grupos, las organizaciones, las instituciones, los sectores es decir, todos los actores sociales intervienen en la identificación de problemas de salud u otros problemas afines y se unen en una alianza para diseñar, aprobar y poner en práctica las soluciones. Es así como en el sector salud en la actualidad, se involucrando a la población en la toma de decisiones, en el control de programas y servicios de salud, creando mecanismos efectivos para la participación de los mismos.

En otras palabras, al promover la participación social en salud, se debe perseguir como fin el establecimiento de formas de relación social, basadas en la necesidad de incluir a todos los actores sociales, habilitándolos para tomar parte e impulsar procesos que logren alcanzar el bienestar colectivo a través de la resolución de conflictos

¹² Tomado de LARRAÍN, Heiremans Soledad, psicóloga y consultora de UNICEF. Participación ciudadana y salud. Recuperado 24 de mayo 2008. En www.citizenparticipation.pdf.co

Por tal razón, este espacio de participación y construcción colectiva permite el desarrollo de nuevas ideas a través de la identificación de problemas, causas y soluciones, que se conviertan en herramienta gerencial que admita a las directivas, centrar sus decisiones en la búsqueda y logro de la satisfacción del usuario interno como externo. También sirve como pilar fundamental del sistema de la calidad, junto con los sistemas de control interno, auditoría y calidad del servicio.

Para ello, este tipo de consideraciones ha conducido a que se destaque el concepto de participación ciudadana vista como elemento fundamental para la construcción de formas modernas de Estado que esté basada en la democracia participativa, donde se indique que todo ciudadano está habilitado para intervenir en todos los tipos de decisiones que lo afecten (políticas, económicas, administrativas), pudiendo recurrir a diferentes formas de participación. Ese derecho es ejercido, bien sea individualmente o agrupado organizaciones que integren a un conjunto específico de miembros de la comunidad. Y de esta manera, se adopten modelos de ingerencia ciudadana y social que aporten herramientas en los procesos de gestión pública.

Por último, es válido mencionar que, ***“Solo un estilo de desarrollo orientado a la satisfacción de las necesidades humanas puede asumir el postergado desafío de hacer crecer a toda la persona y a todas las personas.”***¹³, y así mismo, hacer crecer su necesidad de participar en los procesos de la salud.

¹³ MAX-NEEF, Manfred. Op. cit., p. 92

2. ESTATUTO NORMATIVO EN LA SALUD COMO GARANTIA EN LA CALIDAD DE VIDA

En el marco general que justifica la experiencia, es necesario hacer referencia a algunas políticas que fundamentan la intervención en salud, la cual apunta a mejorar la calidad de vida de la población, mediante la satisfacción de sus necesidades y donde juega un papel importante las instituciones y su comunidad usuaria. Estos últimos, vistos como partícipes del mejoramiento de la calidad de los servicios, y por ende, de la calidad de vida de los colombianos. Basándose en acciones, orientadas a satisfacer las necesidades de protección y de participación social en salud, teniendo en cuenta, las realidades de las personas en las instituciones prestadoras de servicios, su perfil epidemiológico, y la influencia en los servicio de salud.

Para entrar en materia, se hace un acercamiento al contexto legal internacional en **Salud**; trayendo a colación la *Organización de las Naciones Unidas (ONU)*, la *Organización Mundial de la Salud (OMS)*; en el contexto nacional el *Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)*, a las *Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS)*, a la *Participación Social en Salud (PSS)*, a la *Garantía en la Calidad de los Servicios (GCS)*; y en el local, al antiguo *Plan de Atención Básica (PBA)*, ahora *Plan Nacional de Salud Pública (PNS) 2007-2010*, los cuales son pilares fundamentales en el proceso de intervención desde la práctica profesional en salud.

En el ámbito de la salud a nivel internacional, en el año de 1945 en San Francisco (California), por 51 países, al finalizar la Segunda Guerra Mundial, con la firma de la Carta de las Naciones Unidas, fue fundada La **ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU)**, asociación de Estados soberanos. Los cuales se

afilian voluntariamente a las Naciones Unidas para colaborar en pro de la paz mundial, promover la amistad entre todas las naciones y apoyar el progreso económico y social, facilitando la cooperación en asuntos como el *Derecho internacional*, la *paz y seguridad internacional*, el *desarrollo económico y social*, los asuntos humanitarios y los *derechos humanos*.

A si mismo los **Estados Miembros** y la **ONU**, se han comprometido en asegurar, el respeto universal y efectivo a los derechos y libertades fundamentales del hombre, es así como en estos derechos se menciona el derecho a la vida, en un nivel de vida adecuado, señalando para este la importancia de la salud, la asistencia médica y la seguridad social, también alude a la libre asociación pacífica de las personas, los siguientes artículos de la ***Declaración Universal de los Derechos Humanos***, ratifican lo mencionado:

“Artículo 3

Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona

Artículo 20

- 1. Toda persona tiene derecho a la libertad de reunión y de asociación pacíficas.*
- 2. Nadie podrá ser obligado a pertenecer a una asociación.*

Artículo 22

Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

Artículo 25

- 1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”¹⁴*

Reafirmando lo anterior, en el preámbulo de la ***Carta de las Naciones Unidas*** se manifiesta, que las razones de existencia de esta organización son:

¹⁴ Tomado de Naciones Unidas-Centro de Información. Recuperado el 24 de septiembre de 2008. En: <http://Naciones-unidas-centro-de-información>. México, Cuba y República Dominicana

- *“Preservar a la humanidad de la guerra.*
- *Reafirmar la fe en los derechos fundamentales del hombre.*
- *Crear condiciones bajo las cuales puedan mantenerse la justicia y el derecho internacional.*
- *Promover el progreso social”¹⁵.*

Por consiguiente, la ONU se fundamenta en **LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO** los cuales aparecen en la “Declaración del Milenio, adoptado por la Asamblea General y firmada por 192 países miembros de la ONU el 8 de septiembre de 2000 y en este sentido, en la Cumbre mundial de 2005 (14-16 de septiembre de 2005), donde los representantes de estos reafirmaron ocho objetivos a alcanzar para el año 2015.¹⁶ Sus metas son erradicar la pobreza y el hambre, mejorar la educación, la equidad de género y la sostenibilidad ambiental, incrementar la **salud** y fomentar una asociación mundial para el desarrollo, esto contribuye a satisfacer las necesidades de salud de la población y por ende mejora su calidad de vida.

Por otro lado, la existencia de **LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)**, como el organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud, a nivel mundial, se presenta como ente promotor de la salud, creado en 1948. Tal y como establece su Constitución, el objetivo de OMS “es que todos los pueblos puedan gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr”¹⁷. La Constitución de la OMS define “*la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”¹⁸. Este, fue establecido para lograr el nivel de salud más alto posible por medio de:

- *“La promoción de la cooperación técnica en materia de salud entre las naciones*

¹⁵ *Ibíd.*, p. 2

¹⁶ *Declaración final en la Cumbre de la ONU: un consenso mínimo* (en español). Deutsche Welle 17.09.2005 (2005). Consultado el 28/12/2007.

¹⁷ Tomado de Naciones Unidas-Centro de Información. Op. cit., p. 1

¹⁸ *Ibíd.*, p. 1.

- *La aplicación de programas para combatir y erradicar las enfermedades*
- *La mejora de la calidad de la vida*¹⁹

Es así como en la salud, es un determinante indispensable para alcanzar el estado de crecimiento y bienestar o, por el contrario, del equilibrio y/o enfermedad en las personas. Justamente el fortalecimiento de los sistema de salud, los que pueden aumentar la satisfacción de las necesidades y su capacidad de afrontar los cambios del desarrollo o crecimiento personal, y así responder a la calidad de vida de la población. Por lo tanto, los objetivos específicos de la OMS, apuntan también a asegurar un desarrollo humano a escala, midiendo las necesidades de acuerdo a las problemáticas en salud a nivel mundial, presentando para ello sus objetivos:

- *“Reducir el exceso de mortalidad, morbilidad y discapacidad con especial énfasis en las poblaciones pobres y marginadas*
- *Promover estilos de vida saludables y reducir los riesgos para la salud*
- *Desarrollar sistemas de salud más justos y eficaces que sean financieramente más equitativos”*

Según, datos estadísticos arrojados por la OMS indican las condiciones de salud de la población mundial, en la cual se implementan planes, programas, proyectos, leyes, políticas, etc., que respondan a la necesidad de mejorar las condiciones de vida de la población.

“Según las estimaciones del *Informe sobre la salud en el mundo 2004*, en 2002 murieron 57 millones de personas en todo el mundo: 33,5 millones por las causas agrupadas en categoría general «todas las enfermedades no transmisibles»; 18,3 por enfermedades transmisibles, afecciones maternas y perinatales, y trastornos nutricionales, y 5,2 millones por lesiones de causa externa.

Con el número de muertes, para el año 2004, se visualiza cuales son las condiciones de vida de la población, requiriendo atención en la prolongación de vida y sus circunstancias de subsistencia. Además, los más afectados son aquellas poblaciones vulnerables; discapacitada, adulta mayor, infantil, etc., siendo víctimas ineludibles de la insatisfacción de sus necesidades básicas, en este caso la salud. De esta manera, se analiza la morbilidad en la población adulta

¹⁹ *Ibíd.*, p. 1

mayor según los registros de la ONU, se evidencian como las enfermedades cardiovasculares son las primordiales causas de muerte, para ambos sexos. Y en la población infantil según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), con las ONU, arrojan datos estadísticos que indican que cada doce millones de infantes que nacen cada año, 400.000 mueren antes de su quinto cumpleaños, 270.000 antes de cumplir su primer año, y 180.000 durante su primer mes de vida. Múltiples causas de muerte en el mundo, en las que se suman los inadecuados sistemas de servicios en salud.

Para dar respuesta a las situaciones planteadas se requiere de atención en el tema relacionado a la salud, los cuales generen mayores posibilidades de vida de las poblaciones más vulnerables. En donde se garantice la calidad en la prestación de los servicios en salud, y en el que la participación de la población afectada contribuya a garantizar los derechos a la salud y por ende a la vida.

Estos datos y los anteriores, indican que el preocuparse por mantener el equilibrio y el desarrollo, es preocuparse por la salud, para ello el ser humano necesita intercambiar con el entorno, energía e información. Cada uno de los niveles del ser humano tiene sus propias necesidades, esto conviene tenerlos claros para así referirnos a las personas y a sus necesidades de acuerdo a lo que se requiera para satisfacerlas. No se puede vivir o existir de manera saludable, si no cubrimos mínimamente las necesidades, ya que estas tienen que ver con la salud y la existencia misma. Para esto, se requiere de implementar acciones que garanticen la calidad de vida, donde la población lidere procesos de participación social en salud.

2.1 LEGISLACIÓN COLOMBIANA EN SALUD

En el contexto nacional la organización institucional del sector salud colombiana, se delegó a la Superintendencia Nacional de la Salud, donde se estructuraron

nuevos escenario que abarcan programas de salud pública, para que hubiese una cobertura equitativa, aumentara la calidad de los servicios y se impulsaran vigorosamente los planes de promoción y prevención a fin de mejorar las condiciones de salud y la calidad de vida de todos los habitantes del país. Es por ello que la protección y la participación en la salud juegan un papel importante en el desarrollo de la salud.

Para llegar a la situación actual, es necesario traer a colación la historia de la salud colombiana y su evolución, para ello se presenta una breve reseña histórica, (Ver tabla 1)

Tabla 1: Datos cronológicos de Colombia en Salud

1819	Congreso de Angostura: “el sistema de gobierno más perfecto es el que comporta mayor cantidad de bienestar, seguridad social y estabilidad política”
1886	Constitución Granadina: higiene pública y privada como deber del Estado
1915	Ley 57: por medio de la cual se obliga a las empresas del país a otorgar asistencia médica y farmacéutica a los trabajadores.
1936	Reforma Constitucional : asistencia pública como deber del Estado
1945 / 1946	CAJANAL / ICSS
1987	Decreto 77: Por el cual el gobierno nacional asigna a los municipios responsabilidades en materia de salud, saneamiento ambiental y agua potable
1990	Ley 10: descentralización de los servicios
1991	Constitución Política de Colombia
1993	Ley 60: responsabilidades de la nación, el departamento y el municipio Ley 100: Sistema General de Seguridad Social Integral

Tomado de: JARAMILLO, Iván. EL FUTURO DE LA SALUD EN COLOMBIA. Ley 100 de 1993. FESCOL. FES. F.R.B. Fundación Corona. Colombia.1999.

Así, en diciembre de 1993 entra en vigencia la ley 100, la cual consagra el nuevo **SISTEMA DE GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL (SGSSS)**, la cual está definida como “*el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad*

*desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad*²⁰, esta ley, se ampara mediante los Arts. 48 y 49 de la **Constitución Política de Colombia**, en el que se enmarca el carácter obligatorio de la Seguridad Social como servicio público, regido bajo principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, donde el Estado direcciona, coordina y controla su prestación; aquí también se garantiza a la población ciudadana el derecho irrenunciable a la Seguridad Social, a su vez, se garantiza el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

El SGSSS *“tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad, para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten*²¹. Esto responde a las necesidades que diariamente presentan los seres humanos, como es el caso de la necesidad de protección, la cual es satisfecha fundamentalmente mediante la garantía de pertenecer a un sistema de seguridad social en salud.

Por otro lado, el SGSSS, establece tipos de afiliaciones que están determinados por la calidad y capacidad de pago del usuario, estos son: **Régimen Contributivo**; “este implica la contribución al sistema mediante un aporte mensual que es efectuado por la población que, se asume, tiene capacidad de pago, aquí se incluyen a las personas vinculadas mediante contrato de trabajo, los servidores públicos, pensionados, jubilados, trabajadores independientes, y empleadas domesticas²². También se encuentra, el **Régimen Subsidiado**; “exclusivo para

²⁰ Ley 100 de 1993. Decreta: Preámbulo. Título preliminar: Sistema de seguridad social integral.

²¹ *Ibíd.*, p. 1

²² MINISTERIO DE SALUD. El Derecho a la Seguridad Social; La esperanza para que la vida siga. Fascículo No.3 Santa Fe de Bogotá, 2000, p. 10

las personas que no tienen capacidad de pago o que se encuentran desempleadas, tanto en el área rural como en el área urbana”²³.

Además de los mencionados, se encuentra otro régimen especial, el **Régimen de Excepción**; son instituciones que se rigen por reglamentos y normativas especiales, que no se aplican a otras instituciones o poblaciones, ni a las incluidas en el SSSI, establecido en la Ley 100/93 en su art.234, “siendo el SGSSS aplicable para todos los ciudadanos colombianos y a los residentes en el territorio nacional, existiendo excepciones al Sistema en la cual se excluyen a: afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones del Magisterio (Educadores), Empleados de Ecopetrol, Fuerzas Militares de Colombia y Policía Nacional, Miembros del Congreso de la República, Miembros no remunerados de las Corporaciones Públicas, Trabajadores que al entrar en vigencia la ley 100/93 estén en concordato preventivo y obligatorio mientras dure el concordato”²⁴. También se debe reiterar, que estos regímenes de excepción deben sujetarse al amparo de la Constitución Política Nacional en materia de salud y servicios de atención, y a la protección de los derechos fundamentales de todas las personas.

Esto enmarca, al individuo como ciudadano, el cual, debe satisfacer la necesidad básica de protección, mediante la aplicación del derecho a la salud, como el pertenecer al **Sistema General de Seguridad Social en Salud**, avalando el derecho que tienen las personas y las comunidades de obtener una mejor calidad de vida. Es por ello, que estar afiliados en algún régimen, asegura la cobertura en salud y permite que todos los ciudadanos accedan a los servicios de la misma, respondiendo a la satisfacción de necesidad de protección en salud.

Para sustentar lo anterior, se presenta la forma como está distribuida la población en el régimen de salud colombiano, y su acceso a la misma; según la Fundación Corona y Fundación Santa Fe de Bogotá se detallan los resultados para el último

²³ Ibid., p. 14

²⁴ Ibid., p. 16

año disponible con base en la ECV 2003, la cual, permite analizar que el 62% de la población asegurada se distribuye en 35% en el régimen contributivo, 23% en el subsidiado, y 4% en sistemas especiales, quedando un 38% de población no asegurada. Más aun, para afirmar lo mencionado, se presenta la evolución de la cobertura del SGSSS entre 1997 y 2003, lo cual, evidencia un incremento en el régimen contributivo, especial y subsidiado, (ver cuadro 2).

Cuadro 2: Cobertura de la seguridad social en salud en Colombia 2003, comparada con 1997

2003			1997 ⁶	
Número de personas	Porcentaje		Número de personas	Porcentaje
Régimen Contributivo	15,425,723	35.3%	13,918,109	34.9%
Régimen Subsidiado	10,021,350	22.9%	7,845,602	19.7%
Régimen Especial	1,584,641	3.6%	1,020,507	2.6%
Vinculados	16,685,864	38.2%	17,058,206	42.8%
TOTAL	43,717,578	100.0%	39,842,424	100.0%

FUENTE: ECV, 2003. Seguimiento al sector salud Colombia, Así vamos en salud. Fundación Corona y Fundación Santa Fe de Bogotá. Elementos para la discusión de la reforma al sistema general de seguridad social en salud SGSSS. Bogotá. 2004, p. 9

En este sentido, el SGSSS ha traído una serie de transformaciones de fondo, entre las que vale la pena mencionar la universalidad como una meta indiscutible; la expresión concreta del principio de solidaridad, la búsqueda de la libre elección al interior del sistema, la destinación significativa de recursos al sector salud²⁵, y la exigibilidad de los derechos. El sistema de salud mostró un importante desarrollo hasta 1998 en sus metas de cobertura, consolidación de entidades especializadas y asignación de recursos.

²⁵ Los cálculos oficiales reportan que el gasto en salud se encuentra alrededor de 9% del PIB, y que este fue el sector con mayor crecimiento en el gasto durante los noventa. A juicio de los expertos, con estos recursos deberían obtenerse mejores resultados y esto debe ser un principio rector en la reforma que se adopte.

De igual forma la ley 100/93, también reestructuró la organización de las instituciones de salud, enmarcándola en dos grupos: EPS (Entidades Promotoras de Salud) e IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud). Es así como en las EPS, se encuentran las entidades responsables de la afiliación y del recaudo de las cotizaciones del afiliado. Su función básica es organizar y garantizar directa o indirectamente el cumplimiento del Plan Obligatorio de Salud.

Por otro lado, se encuentran las **IPS**, estas son instituciones responsables de prestar los servicios a los usuarios y afiliados, donde sus funciones se radican en “prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley. Estas, deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, a su vez, tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además, propenderán a la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios y evitando el abuso de posición dominante en el sistema”²⁶.

Estas IPS responderán a su vez, con la garantía del **Art. 198**. Sobre la Información a los Usuarios, así las “Instituciones Prestadoras de Salud deberán garantizar un adecuado sistema de información de sus servicios y atención a los usuarios, mediante la implementación de una línea telefónica abierta con atención permanente 24 horas”. Esto último, permite un control de los servicios y la calidad de los mismos, en salud.

También es de resaltar que el SGSSS, se encuentra enmarcado bajo propósitos que se basan en el nuevo modelo económico (neoliberal), y que pretende mejorar el sistema de seguridad social. Además, plantea 13 propósitos por los cuales se pretende lograr un sistema de seguridad social para todos, los cuales son:

1. *“Especialización de las instituciones públicas*
2. *Lograr la cobertura universal de servicios asistenciales*
3. *Crear el régimen subsidiado*
4. *Incorporar al sector privado*

²⁶ Ley 100 de 1993. Art. 185.

5. *Fomentar la competencia y la libre elección*
6. *Garantizar un plan integral de salud*
7. *Garantizar la prevención y la promoción*
8. *Garantizar la atención de riesgos catastróficos*
9. *Crear mecanismos de compensación y solidaridad*
10. *Crear mecanismos de control de costos*
11. *Reformar los hospitales*
12. *Manejo descentralizado de la salud pública y de los subsidios a la demanda*
13. *Redefinición del sistema de dirección y control*²⁷

Por lo anterior, se precisa resaltar que la **Reformar a los Hospitales**, consiste en habilitarlos como empresas para participar dentro de un esquema competitivo, que busca además, una autonomía administrativa y financiera que haga viable la aplicación de criterios gerenciales en los hospitales públicos. Donde la ley cree la figura de las Empresas Sociales del Estado (ESE) como establecimientos públicos descentralizados con un régimen privado de contratación.

Los propósitos mencionados y toda la ley 100/93, se fundamentan en sus principios, quienes se encuentran descritos en el artículo segundo del título preliminar de la ley, estos son; eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación, este último resalta la *“intervención de la comunidad en la organización, control y fiscalización a través del COPASO, composición de juntas directivas de las IPS, la creación de veedurías comunitarias, la creación de alianzas o asociaciones de usuarios, la promoción y constitución de las empresas solidarias de salud como EPS de tipo asociativo, la promoción de la participación comunitaria en todas las instancias de las entidades rectoras, promotoras y prestadoras”*²⁸, e aquí, la forma como se satisface la necesidad de participación, siendo estos espacios, ámbitos de interacción participativa para que la población,

²⁷ RESTREPO Botero, Darío. La Falacia Neoliberal: Crítica y alternativas. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. 2003

²⁸ Op. Cit., Ley 100 de 1993. Art. 2. Título preliminar

donde pueden defender su derecho a la protección de la salud y de la calidad en la prestación de sus servicios.

Más aun el **Consejo Económico y Social de Naciones Unidas** (Comité de derechos económicos, sociales y culturales) adoptó en el año 2000 un texto que reconocía la salud como "un derecho fundamental del ser humano, indispensable para el ejercicio de sus otros derechos". Teniendo esto en cuenta, junto con el principio de participación del SGSSS, afianzan que todo ciudadano debe intervenir en el mejoramiento del sistema de salud, la calidad del servicio, y a su vez responda, con la calidad de vida de sí mismo, siendo esto un derecho de todos.

Por lo tanto, la participación ciudadana, se ha venido estableciendo como fundamental para el mejoramiento del sistema de salud, más aun, en la actualidad y según la nueva **Constitución Política de Colombia** de 1991, se amplía las posibilidades del ejercicio por parte de los ciudadanos, comunidades y organizaciones en la gestión de la política social, estableciéndose transformaciones en el Estado y en el modelo de salud, como se había mencionado en el SGSSS, en la ley 100 del 1993, partiendo de los postulados constitucionales de universalidad, equidad, solidaridad, eficiencia y participación social, a través de la participación activa de los usuarios en el control de los servicios de salud y en calidad de afiliados.

Por lo tanto, la Participación Social en Salud, pasa a ser una de las principales herramientas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo en cuenta que ella significa la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones en salud. Por ello, se normatiza y según la ley está estimulará a los usuarios a intervenir en la organización y el control de la calidad en las instituciones de salud.

Por consiguiente, en 1994 se constituyó el **DECRETO 1757 DE 1994**, quien en su **Capítulo I y art. 1** decreta, que *"las personas naturales y jurídicas participarán a*

nivel ciudadano, comunitario, social e institucional, con el fin de ejercer sus derechos y deberes en salud, gestionar planes y programas, planificar, evaluar y dirigir su propio desarrollo en salud”²⁹. Y a su vez, según la Secretaria de Salud de Santander, dentro de los lineamientos del decreto se “organizan y establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de los servicios en salud”³⁰. Por tanto, las formas de participación en salud, son las siguientes;

“Artículo 2. Formas de participación en salud.

Para efectos del presente decreto, se definen las siguientes formas de participación en salud:

1. LA PARTICIPACION SOCIAL, es el proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, basada en los principios constitucionales de solidaridad, equidad y universalidad en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social.

La participación social comprende la participación ciudadana y comunitaria, así:

a. LA PARTICIPACION CIUDADANA, es el ejercicio de los deberes y derechos del individuo, para propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y aportar a la planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud.

b. LA PARTICIPACION COMUNITARIA, es el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud.

2. La participación en las Instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es la interacción de los usuarios con los servidores públicos y privados para la gestión, evaluación y mejoramiento en la prestación del servicio público de salud”³¹.

Con la Participación Social en Salud, se busca obtener el bienestar de la población colombiana, donde ella sea participe en los cambios sociales que se establezcan. Permitiendo lograr, la formación y acción permanente de los afiliados en el establecimiento de prioridades conforme a sus necesidades, teniendo como finalidad; mejorar la calidad de vida, encontrando bienestar, fortalecer el tejido

²⁹ Op. Cit., Ley 100 de 1993. Art. 1.

³⁰ República de Colombia. Ministerio de Salud. Decreto 1757 de agosto de 1994, Santa fe de Bogotá.

³¹ Op. Cit., Ley 100 de 1993. Art. 2

social, mantener el control en salud, todo esto ejercido por los ciudadanos y las instituciones prestadoras de servicio en salud que hacen parte del SGSSS.

Esto, enmarca a la **participación ciudadana en salud** en relación con los derechos y deberes de los usuarios, y los criterios de exigibilidad de los mismos. Siendo básicos para el acceso a los servicios en salud, y para asegurar; un trato digno, una información y atención clara y oportuna, y finalmente un servicio con calidad. Para ello, se nombran algunos de los derechos y deberes de los usuarios en salud, según la Secretaria de Salud de Santander, en su Guía Básica de Deberes y Derechos: **Deberes** esta el “procurar el cuidado de su salud y la de su comunidad”, siendo fundamental para el autocuidado de la salud. Y a sus principales **Derechos**; *los afiliados y beneficiarios tienen derecho a recibir atención en salud integral y de buena calidad dentro del plan obligatorio de salud, los usuarios tienen derecho de participar en la organización y control de las instituciones a través de asociaciones de usuarios, los usuarios tienen derecho a ser informados acerca de los servicios que ofrece su EPS, IPS, etc.*³².

Por otro lado, con la promulgación de la Ley 100 de 1993 y del Decreto 2174 de 1996 expedido por el Ministerio, derogado posteriormente por el **DECRETO 2309 DE 2002**, en el cual se reglamentó por primera vez, el **SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD (SOGC)** para las EPS e IPS, y se definió la Acreditación como un procedimiento sistemático, voluntario y periódico, orientado a demostrar el cumplimiento de estándares de calidad superiores a los requisitos mínimos de prestación de servicios de salud. En este decreto se dispone:

- “El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

³² Tomado de la Guía Básica De **Deberes Y Derechos** Del Ciudadano Que Le Otorga La **Ley 100**. Los **Usuarios** De Los Servicios De **Salud** Ante La Oficina Servicio De Atención. Recuperado 23 agosto de 2008. En <http://www.saludsantander.gov.co/comunidad.htm>

- *La Calidad de la Atención en Salud como "...la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario"*³³

En el último Decreto en mención se definieron como componentes del SOGC para las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud y Entidades Administradoras, los siguientes:

- *"La habilitación de IPS y EPS, que consiste en una evaluación externa, de carácter gubernamental y obligatoria, orientada a garantizar unas condiciones mínimas de seguridad, de manejo del riesgo y de dignidad para los usuarios.*
- *La Auditoría para el mejoramiento de la calidad. Los procesos de auditoría son obligatorios.*
- *La acreditación en salud como el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad.*
- *El sistema de información para los usuarios"*³⁴.

En el Sistema de información para los usuarios, permitirá estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector y orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes, así como de los niveles de calidad de las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada, para que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer sus derechos en el SGSSS.

Para los cambios, en el sistema de salud, se requiere de un usuario informado y capaz de reconocer la calidad, para garantizar el normal desarrollo del sistema. Por esto mismo, el sistema de información a usuarios que se desarrolle, debe ser una herramienta para la toma de decisiones en diferentes aspectos: "lograr un usuario informado que pueda seleccionar a sus prestadores o aseguradores con

³³Tomado del Sistema único de acreditación en salud. Recuperado 23 agosto de 2008. En <http://www.unydos.com/acreditacion/antecedentes.php>

³⁴ Ibíd., p. 2

base en calidad, que puede comparar instituciones y darles retroalimentación para su mejoramiento continuo, y analizar la situación de las instituciones para definir políticas. De esta manera, el sistema de información debe constituirse en un mecanismo de control público y responsabilidad social”³⁵.

Según lo mencionado, y de acuerdo a los diferentes mecanismos de participación, se hace énfasis en la “**Participación Ciudadana**” dentro de las instituciones en salud, mediante el cual, el **Decreto 1757 de 1994, en su Art. 3**, busca reglamentar el **Servicio de atención a los usuarios**, dentro de “*Las Empresas Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud sean públicas, privadas o mixtas, deberán establecer un servicio de atención a los afiliados y vinculados al Sistema General de Seguridad Social en Salud*”. Esto, según el **art. 4**, “*a través de las dependencias de participación social, para canalizar y resolver las peticiones e inquietudes en salud de los ciudadanos, y:*

Para el adecuado servicio de atención a la comunidad en salud, se deberá a través suyo:

- 1. Velar porque las instituciones prestatarias de servicios de salud, sean públicas, privadas o mixtas, establezcan los mecanismos de atención a sus usuarios y canalicen adecuadamente sus peticiones.*
- 2. Atender y canalizar las veedurías ciudadanas y comunitarias, que se presenten en salud, ante la institución y/o dependencia pertinente en la respectiva entidad territorial, sin perjuicio de los demás controles establecidos legalmente.*
- 3. Controlar la adecuada canalización y resolución de inquietudes y peticiones que realicen los ciudadanos en ejercicio de sus derechos y deberes, ante las empresas promotoras de salud.*
- 4. Exigir que las empresas promotoras de salud y las instituciones prestatarias de salud, entreguen información sistematizada periódicamente a las oficinas de atención a la comunidad o a quienes hagan sus veces, de los niveles departamentales, distritales y municipales.*
- 5. Garantizar que las empresas promotoras de salud y las instituciones prestadoras de los servicios de salud, tomen las medidas correctivas necesarias frente a la calidad de los servicios.*

³⁵ RIAÑO BARÓN, Gina magnolia. BUSTAMANTE G. Mauricio A. y JIMÉNEZ GUTIÉRREZ, José Ancízar. Proyecto: Evaluación y Ajuste de los Procesos, Estrategias y Organismos Encargados de la Operación del Sistema de Garantía de Calidad para las Instituciones de Prestación de Servicios, QUALIMED. República de Colombia, Ministerio de Salud. Programa de apoyo a la reforma de salud. Crédito bid 910/0c-co. Santa Fe de Bogotá, 2000. P. 2,3 y 4.

6. *Elaborar los consolidados de las inquietudes y demandas recibidas, indicando las instituciones y/o dependencias responsables de absolver dichas demandas y la solución que se le dio al caso, con el fin de retroalimentar el servicio de atención a la comunidad*³⁶.

Así se creó el **SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIOS (SIAU)**, mecanismo emanado del Decreto 1757/94, para que las Instituciones Prestadoras de Servicios Salud, garanticen:

1. *“Un sistema de información y atención a los usuarios a través de una atención personalizada que contará con una línea telefónica abierta con atención permanente de veinticuatro (24) horas y garantizarán, según los requerimientos de ese servicio, el recurso humano necesario para que atienda sistematica y canalice tales requerimientos.*
2. *Implantar articulado al sistema de información sectorial, un control de calidad del servicio, basado en el usuario*³⁷.

Teniendo como punto de partida en el **SIAU**, la información proporcionada por los usuarios en las peticiones (demandas, quejas, reclamos o sugerencias) que sobre la prestación del servicio formulen, certificando la adecuada y oportuna canalización de las inquietudes y peticiones, como de la calidad de los servicios recibidos en las instituciones de diverso nivel en el SGSSS. También el SIAU, se rige por las siguientes Estrategias Operativas: **1)** Atención de quejas, reclamos e inquietudes, **2)** Información y educación al usuario (de derechos y deberes del usuario), **3)** Conocer y mejorar el nivel de satisfacción de los usuarios, **4)** “Fortalecimiento de la Participación Social en Salud”. Estas son el fundamento del SIAU, pues son la base para el acercamiento entre institución y el usuario, los cuales entran a trabajar en equipo para un mismo fin... lograr un servicio de calidad, el cual mejore la calidad de vida de la población, y permita facilitar los procesos administrativos de las Instituciones Prestadoras de Servicio en Salud.

³⁶ Decreto 1757 de 1994, Art. 3

³⁷ *Ibíd.*, Art. 4.

De esta forma, es posible alcanzar un nivel de intervención ciudadana, que provee condiciones favorables para la promoción de la salud, y que de igual manera, proporcione mecanismos que logren la satisfacción de las necesidades humanas, siendo la protección una necesidad esencial, donde el satisfactor principal es la participación del usuario en el contexto de la salud, la cual permite, que el individuo alcance cierto bienestar tanto a nivel individual como colectivo. Es por ello, que el **SIAU**, establece estrategias que buscan mejorar el clima laboral y el clima de los usuarios, por lo tanto, este constituye una serie de beneficios que en últimas favorecen la Participación Social en la Salud. En este sentido, Xiomara Ramírez enuncia los siguientes beneficios:

- ✓ *“Crear espacios de interlocución entre usuarios, prestadores e institución.*
- ✓ *Proporciona bases para la creación de planes de mejoramiento de la calidad del servicio.*
- ✓ *Genera informes estadísticos de las quejas, reclamos, sugerencia, etc. a fin de detectar los puntos críticos de la atención, tomando medidas para el mejoramiento de los procesos.*
- ✓ *Conocer los distintos escenarios y formas de participación social en salud y la manera de involucrarse en ellos.*
- ✓ *Aprender un uso adecuado de los servicios y conocer las características y condiciones de la oferta.*
- ✓ *Dar a conocer, promover y divulgar los servicios que se prestan”³⁸.*

Esto permite que el usuario pueda participar en la adopción de decisiones que afecten su servicio, entorno a la salud, por otro lado, esto contribuye a instaurar nuevos mecanismos institucionales capaces de conciliar la heterogeneidad de necesidades del individuo, así como fomentar las funciones de todos los organismos del Estado y la sociedad civil, lo que propicia el desarrollo humano integral. De esta manera, el SIAU establece las siguientes funciones, las cuales, son fundamentos indispensables para la utilización y la puesta en marcha del respectivo servicio, que apunten a una profundización democrática:

- ✓ *“Participar en el plan de mejoramiento de servicios y el diseño de programas de orientación e información oportuna y permanente a los usuarios, a través,*

³⁸ RAMIREZ, Ochoa Xiomara. Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU): en la Empresa social del Estado San Rafael de Barrancabermeja. Bucaramanga, 2001, p.119-120. Trabajo de grado (Trabajo Social). Universidad Industrial de Santander. Facultad de Ciencias Humanas. Área Salud.

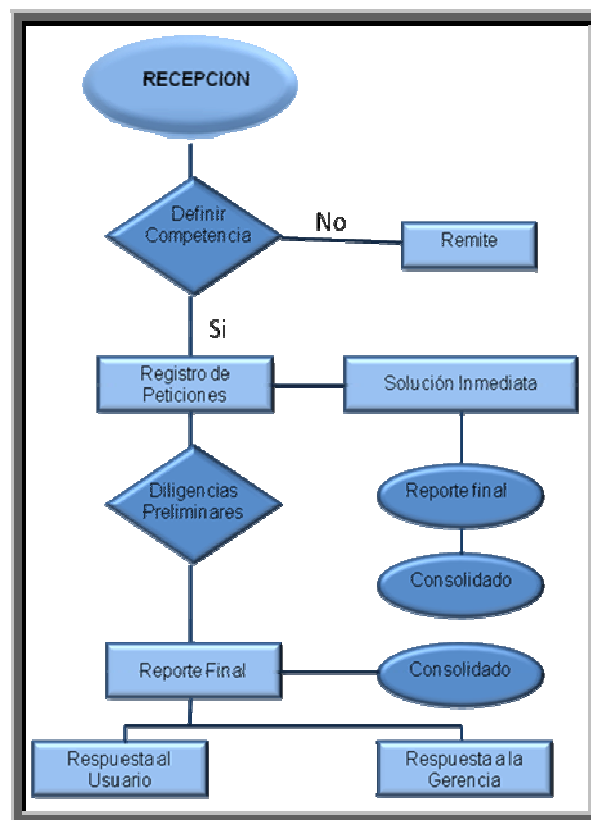
de la información que se suministra, relacionadas con el sistema de quejas y reclamos.

- ✓ *Orientar la mejor utilización de los servicios institucionales a los usuarios, mediante el suministro de información veraz y oportuna.*
- ✓ *Orientar a los usuarios en la consulta sobre los servicios orientados, su ubicación, horarios de atención y portafolio del servicio.*
- ✓ *Efectuar control a las solicitudes y reclamos de los usuarios, con el fin de prestar un oportuno y adecuado servicio.*
- ✓ *Atender en forma personalizada a los usuarios, garantizando la oportuna canalización y resolución de las peticiones.*
- ✓ *Operativizar los diferentes medios de comunicación que permitan un análisis cualitativo de las necesidades del usuario a través de encuesta, sondeos, buzón de sugerencias.*
- ✓ *Implementar políticas y estrategias del mejoramiento del clima organizacional e institucional.*
- ✓ *Diseñar y desarrollar estrategias orientadas hacia la humanización de los servicios al desarrollo de herramientas de protección de los derechos y deberes derivados de la afiliación al sistema, portafolio de servicios, nuevas concepciones en la relación paciente – prestador.*
- ✓ *Recepcionar, clasificar, procesar, sistematizar, analizar e informar con criterio cualitativo y cuantitativo la información proveniente del usuario, grupo o comunidad que alimentan el proceso de toma de decisiones.*
- ✓ *Desarrollar estrategias tendientes a garantizar el cumplimiento de las decisiones acordadas a partir de la información del SIAU, por los niveles superiores.*
- ✓ *Consolidar el servicio de atención a la comunidad a través de acciones concertadas que favorezcan su participación activa en el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud³⁹.*

El SIAU, debe intervenir liberando todas las acciones mediante estrategias de participación social en salud, donde la atención del usuario permite garantizar la prestación de los servicios, la calidad de los mismos, de igual forma sustente el cambio en la institución y en las personas, y sirva como medio de expresión de las necesidades de los usuarios. Además, este se encuentra ubicado dentro de la estructura orgánica de las Empresas Sociales del Estado (ESE) y de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS); donde la operatividad del servicio de atención se da a través de las estrategias dadas por el Ministerio de Salud, las cuales se pasan a mencionar: Atención de quejas, reclamos e inquietudes; Información y educación al usuario; Conocer y mejorar el nivel de satisfacción del usuario; Fortalecimiento de la participación social en salud, (ver figura 4);

³⁹ *Ibíd.*, p. 120-122.

Figura 4: Flujograma del SIAU



FUENTE: iniciativa, propuesta por la autora, teniendo Presente el Modelo del Ministerio de Salud. 2007

Estas estrategias en la operatividad del SIAU, permiten dar respuesta a las necesidades que el usuario presenta ante las Instituciones Prestadoras de Servicios en Salud, para lo cual se recibe, tramita y controla las solicitudes de quejas y reclamos de los usuarios, siendo éste el actor fundamental para la garantía de un servicio con calidad, que le brinde mejorar su condición en salud, y por ende su calidad de vida.

Otro punto importante a señalar del SIAU, es, el cómo se conforma este Sistema de Información y Atención al Usuario, para ello, se pasa a especificar su estructura funcional estipulada por el Ministerio en Salud, la cual asesora el funcionamiento del mismo:

“el SIAU, estará ubicado dentro de la estructura orgánica de la ESE o la IPS, dependiendo preferiblemente de la Dirección; si en la IPS, existe una dependencia que preste servicios similares, a los propuestos por este, está asumirá dichas funciones; las ESE podrán a través de la Junta Directiva mediante acuerdo crear el cargo y asignar los recursos para su funcionamiento, y las IPS lo podrán hacer mediante la intervención del Alcalde, el Secretario o Director de Salud; en un momento dado, se podrán contratar o delegar en un funcionario de carácter técnico el cumplimiento de las funciones del SIAU, que éste en capacidad de acoger y concretar propuestas con los usuarios, haciendo con ello realidad el acercamiento entre institución y comunidad; el SIAU, deberá estar conformado mínimo por un profesional del área de las Ciencias Sociales y una secretaria; dentro de los recursos debe contar con: una oficina de fácil acceso para los usuarios, línea telefónica mínimo de 8 horas diarias de atención, implementos de oficina, material bibliográfico (Constitución Nacional, Ley 100 del 93, Ley 60, Decretos reglamentarios, Acuerdos del Consejo Nacional de SGSSS, Lineamientos sobre políticas de Participación Social en Salud, etc.)”⁴⁰.

Por otro lado a nivel local, en cuestión de salud, se estableció en el año de 1996 la **Resolución 4288**, donde se estipuló, como sustento legal en salud **EL PLAN DE ATENCION BASICA (PAB)**, está definida según el **Art. 3** como el *“conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos, de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad”⁴¹*, este a pesar de afianzar características como gratuidad, estatalidad, territorialidad, complementariedad y obligatoriedad, valga aclarar que, aquí se responsabilizaba al Estado de garantizar la prestación de acciones de PAB a toda la población como derecho, independiente de su estado de afiliación o vinculación al SGSSS, en el año 2007, se implantó el **DECRETO 3039 /07**, en el cual se rige el nuevo **PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA 2007-2010**, este tiene la “función de proveer de manera integral, las acciones de salud individuales y colectivas con la participación responsable de todos los sectores de la sociedad, que mejoren las condiciones de salud de la población”⁴². Donde su propósito “es definir la política pública en salud que garantice las

⁴⁰Tomado de MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Recuperado el 20 de agosto de 2007. En www.minproteccionsocial.gov.co.

⁴¹ Plan de Atención Básica, PAB. Resolución 4288 de 1996. Recuperado 20 septiembre de 2007. En: http://www.col.ops-oms.org/sivigila/2004/bdo9_04%20.htm. P. 1.

⁴² Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, PNSP. Resolución. Recuperado 22 de septiembre 2008. En: http://www.col.ops-oms.org/sivigila/2004/bdo9_04%20.htm. P. 2

condiciones para mejorar la salud de la población Colombiana, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad, promoviendo condiciones y estilos de vida saludables, previniendo y superando los riesgos para la salud, y recuperando o minimizando el daño, entendiendo la salud como un derecho esencial individual, colectivo y comunitario logrado en función de las condiciones de salud, bienestar y **calidad de vida**, mediante acciones sectoriales e intersectoriales⁴³. Para el logro de dichos propósitos se establecieron las siguientes líneas de política, en donde:

“El Ministerio de la Protección Social, como principal responsable y gestor de las acciones dirigidas a mejorar las condiciones de salud en la población, define las siguientes líneas para el desarrollo de la política en salud:

- La promoción de la salud y la calidad de vida.
- La prevención de los riesgos.
- La recuperación y superación de los daños en la salud.
- La vigilancia en salud y gestión del conocimiento.
- La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública⁴⁴.

Como punto de intervención en la práctica profesional se ubica, la línea de promoción de la salud y **calidad de vida**, definiendo esta última como *“la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Supone la satisfacción mínima aceptable del complejo de necesidades y satisfactores en las dimensiones individual, familiar y comunitaria en los ámbitos locales, regionales y nacionales⁴⁵”*. Además, se asume *“la promoción de la salud y la calidad de vida como una dimensión del trabajo de*

⁴³ Ibíd., p. 2

⁴⁴ Ibíd., p. 6

⁴⁵ Ibíd., p. 6

salud que ubica su centro en la noción de salud, en su sentido positivo como bienestar y calidad de vida, que se articula y se combina con la acción preventiva. La promoción de la salud y la calidad de vida integra las acciones individuales y colectivas encaminadas a hacer que los individuos y las colectividades estén en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud”⁴⁶, esto respondiendo a la calidad de vida de la población, la cual tiene por “objetivo fomentar las capacidades y generar en los individuos y las comunidades las oportunidades para que sean capaces de identificar y satisfacer sus necesidades en salud, cambiar o adaptarse al medio ambiente, asumir estilos de vida que reduzcan su vulnerabilidad, y **participar en el control social** para la mejoría de las condiciones del entorno con el fin de **facilitar el desarrollo de una cultura de la salud con calidad de vida** y el desarrollo de la autonomía individual y colectiva”.⁴⁷ De esta manera, se logra la participación social en salud de la población ciudadana. Teniendo en cuenta, que los principios regidos por el PNSP son: la Universalidad, la equidad, la calidad, la eficiencia, la responsabilidad, el respeto por la diversidad cultural y étnica, la intersectorialidad y la **Participación Social**, en esta última se deberá promover la vinculación efectiva de la población para garantizar que las prioridades en salud y bienestar territorial, respondan a las necesidades sentidas de los grupos sociales. Es aquí donde juega un papel fundamental las políticas públicas las cuales son una herramienta fundamental para el mejoramiento de la calidad de vida de la poblaciones, más aún, aquellas vulnerables. Es por ello que para la intervención en la práctica profesional se tomo como punto de apoyo la **POLÍTICA PÚBLICA DE DISCAPACIDAD**, la cual tiene como objetivo capacitar a 60 cuidadores de discapacitados severos en el manejo del paciente, el manejo del estrés y en hábitos saludables. Esta se encuentra bajo el marco de la Política Pública Municipal de atención a la discapacidad, de la Secretaría de Desarrollo Territorial y Bienestar Social, el cual será ejecutado a través de la Fundación Para la Rehabilitación Integral Julio H. Calonge y la

⁴⁶ Ibíd., p. 7

⁴⁷ Ibíd., p. 7

Corporación Regional de Rehabilitación del Valle. También, se tuvo en cuenta la **POLITICA PÚBLICA COCORNA** "por medio de la cual se fijan **POLÍTICAS PÚBLICAS PARA EL DESARROLLO INTEGRAL, SOSTENIBLE Y EQUITATIVO DE LA NIÑEZ, LA ADOLESCENCIA, LA JUVENTUD Y LA FAMILIA**", en esta última se encuentra la población **ADULTA MAYOR**. Acorde con los lineamientos de los convenios internacionales suscritos por Colombia, que identifique las realidades de la niñez, la adolescencia, la juventud y la familia, de vigencia a sus derechos, responsabilidades y satisfaga sus necesidades. Según el **Acuerdo 05 de 2007**,

"Serán objetivos de la Política de Niñez, Adolescencia, Juventud y Familia, entre otros:

6. Promover en la familia, los jóvenes y la comunidad el reconocimiento de las diferentes etapas del proceso vital, la imagen social de los niños adolescentes y viejos, los fundamentos para una adecuada relación de familia.

*7. Fomentar iniciativas pedagógicas para la formación de derechos humanos y resolución pacífica de conflictos para niños, adolescentes y **ancianos** en los ámbitos de educación formal y no formal en los centros comunitarios y de asistencia social.*

8. Fortalecer las actividades lúdicas recreativas en todos los grupos de edades, en busca del crecimiento personal de una convivencia pacífica"⁴⁸.

Entre los grupos de edades integrados en esta política se encuentran de 31 a 59 años Adulto y de 60 años en adelante Adulto Mayor, esto permita una calidad de vida integra, a aquellas poblaciones vulnerables, donde la participación social en salud sea un punto fundamental en su intervención.

Además, se establece la obligatoriedad del cumplimiento de la participación social en salud y de su implementación a: la Nación, las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades obligadas a compensar, las

⁴⁸Tomado de Acuerdo 05 de 2007 de Política Pública de Cocorna. Recuperado el 23 de septiembre de 2008. En: http://cocorna-antioquia.gov.co/apc-aa/files/.../acuerdo_No_05_POLITICA_PUBLICA_COCORNA.pdf

entidades responsables de los regímenes especiales y de excepción y los prestadores de servicios de salud.

También dentro de las entidades especiales y de excepción como en las IPS, del SGSSS, se rige el **DECRETO 404 DE 28 FEBRERO DEL 1996**, “por el cual se autoriza a unas entidades del sector público, para continuar prestando servicios de salud como entidades adaptadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud”⁴⁹; en los términos del Capítulo II del Decreto 1890 de 1995, en su **Art. 13**. Demarcado en artículo 236 de la Ley 100 de 1993, donde autoriza a las Cajas, Fondos, Entidades y dependencias de sector público, mediante la publicación de un listado, en el cual aparece señalada la ***Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander (CAPRUIS), con domicilio en la ciudad de Bucaramanga***. Finalmente, a partir de la **LEY 647 del 28 de febrero de 2007**, se facultó a las Universidades Estatales para organizar, dirigir y poner en funcionamiento su propio Sistema de Seguridad Social en Salud. Por lo tanto, ésta debe adoptar formas de participación social en salud, por parte de sus afiliados, donde se adopte el modelo de Sistema de Información y Atención al Usuario, decretada por el SGSSS, en donde su aplicación utilizada como herramienta administrativa en la toma de decisiones, además, sirva de pilar básico del sistema de garantía en la calidad del servicio en salud, apuntando de esta manera a mejorar la calidad de vida de la población, logrando así su participación activa en la satisfacción de necesidades en salud, y contribuyan de igual forma en su propio desarrollo y bienestar. **“TODO ACTOR...ADORNASU PROPIA REALIDAD”**

⁴⁹ FORERO DE SAADE, María Teresa, Ministra de Salud. Decreto 404 de 1996.

3. CARACTERIZACIÓN DE LA CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER “CAPRUIS”

Según información tomada de la Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander “CAPRUIS”, ésta es una entidad de previsión social y prestadora de servicios de salud, sin ánimo de lucro, creada mediante Acuerdos No. 017 de 1970 del Consejo Superior Universitario y Acuerdo 150 de 1970 del Consejo Directivo de la Universidad Industrial de Santander, como un Fondo Delegatario de la UIS, con patrimonio y rentas propias, representado judicial y extrajudicial por su Gerente. Tiene Personería Jurídica según Resolución No. 0211 de 26 de Noviembre de 1970 de la gobernación de Santander. Inicialmente y de acuerdo con los Estatutos, el objeto de CAPRUIS era dar cumplimiento, como delegataria de la Universidad, a las disposiciones que por concepto de las prestaciones sociales se reconocieran, o se pactaran, en favor de los empleados y trabajadores de la misma Universidad o de CAPRUIS.

En 1995 la Universidad Industrial de Santander asumió el trámite para el reconocimiento y pago de las pensiones; de esta manera CAPRUIS se dedica exclusivamente a la seguridad social en salud de los servidores y pensionados de la Universidad y CAPRUIS.

El Congreso de la República expidió la Ley 647 de 2001, que facultó a las universidades Estatales u Oficiales, para que en uso de la autonomía universitaria organicen un sistema propio de salud para sus funcionarios y pensionados.

El Consejo Superior de la Universidad Industrial de Santander mediante el acuerdo 024 de 2001, autorizó a CAPRUIS como entidad delegataria de la

Universidad, para administrar su propio Sistema de Seguridad Social en Salud, y dependiente de ella.

El Reglamento Prestación de Servicios de CAPRUIS, se encuentra contenido en el Acuerdo 010 del 31 de Agosto de 2005 de la Junta Directiva de CAPRUIS y ratificado por el Rector de la Universidad Industrial de Santander según Resolución 975 del 22 de Septiembre de 2005.

Las rentas de CAPRUIS, se dan por:

- Aportes mensuales obligatorios para salud, de los empleados y pensionados de la Universidad Industrial de Santander y de CAPRUIS, con destino a la financiación del Plan Obligatorio en Salud.
- Los aportes mensuales adicionales solidarios, de los empleados y pensionados de la Universidad Industrial de Santander y CAPRUIS, con destino a la financiación del Plan Adicional de Beneficios en Salud.
- El producto de utilidades provenientes de las inversiones que haga la entidad con fines de rentabilidad, o de cualquier servicio o servicios remunerados que establezca.

En CAPRUIS, se administra mediante dos fondos:

- Fondo Común, que se constituye en un fondo de liquidez, constituido con los excedentes de funcionamiento que se generan en cada vigencia.
- Fondo de Reserva, creado mediante Acuerdo 070 del 1970 del Consejo Superior, con un incremento en los aportes mensuales de la salud a cargo de las partes, distribuidas de la siguiente manera:
 - Dos (2) puntos porcentuales mensuales sobre la nómina de sueldos y pensiones ordinarias de los empleados y jubilados de la UIS afiliados a CAPRUIS, que asumirá la misma de sus rentas propias.

- Un (1) punto porcentual mensual sobre el valor de la nómina de sueldos y pensiones ordinarias de los empleados y jubilados de la UIS afiliados a CAPRUIS, con cargo a la Universidad Industrial de Santander.
- Medio (0.5) puntos porcentual mensual que será asumido por los afiliados cotizantes a CAPRUIS.

CAPRUIS se encuentra ubicada dentro de la Universidad de Industrial de Santander en la carrera 27 con calle 9 Ciudadela Universitaria de Bucaramanga - Apartado Aéreo 2718, y con página web: www.capruis.gov.co, este cuenta con consultorios; médicos, odontológicos, laboratorio, sala de audiovisuales, terapia ocupacional, nutrición, epidemiología, farmacia, enfermería. Oficinas Administrativas; Gerencia, sala de juntas y audiovisuales, información, Trabajo Social, Sistemas, Almacenamiento, Contabilidad, etc. La cual funciona bajo la representante legal y gerencial del Dr. Gonzalo Gómez Patiño.

3.1 LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS DE “CAPRUIS”

3.1.1 VISIÓN:

“**CAPRUIS** para el año 2010 se proyectará como una institución líder dentro del Sistema Universitario de Seguridad Social en Salud, resultado de un trabajo estratégico, atención humanizada, fortalecimiento y mejoramiento continuo de la calidad del servicio médico asistencial y odontológico, y del fortalecimiento de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad realizados a nuestra población usuaria”.

3.1.2 MISIÓN:

“**CAPRUIS** es una entidad perteneciente al Sistema universitario de Seguridad Social en Salud, que presta servicios médicos asistenciales y odontológicos al

personal vinculado y pensionado de la Universidad Industrial de Santander y de CAPRUIS y su grupo familiar, en forma directa y a través de convenios a nivel local y nacional.

La Caja busca el mejoramiento de la calidad de vida de sus usuarios a través de la promoción de conductas saludables y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los afiliados enfermos, a quienes atiende fundamentados en principios de respeto, tolerancia, solidaridad, innovación y trato humanizado”.

3.1.3 OBJETIVO INSTITUCIONAL:

“Prestar los servicios médico asistencial y odontológicos, y desarrollar programas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, con el propósito de satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios, a través de un servicio con calidad”.

3.1.4 VALORES INSTITUCIONALES:

Sus fundamentos filosóficos se encaminan hacia:

Lealtad: fidelidad con los principios, normas, valores y compromisos adquiridos consigo mismo y con los compañeros, eligiendo los medios que conduzcan a mantenerlos firmes a través del tiempo.

Respeto: actitud de comprensión consigo mismo, compañeros, usuarios, familiares e institucional, que permitan entender su actuación y mantener cordura y tolerancia frente a ellos.

Confianza: credibilidad que se tiene en las personas, seguridad en el otro y en sí mismo, obrando conforme a Criterios Éticos definidos en busca de logros específicos, personales o comunes.

Tolerancia: comprensión y respeto a los demás, s sus ideas y sentimientos, logrando vivir con la diferencia de criterios y la diversidad cultural.

Solidaridad: colaboración, entrega, apoyo y servicio constante a los compañeros y usuarios en todo tipo de necesidades, buscando que logren los objetivos y el bien común.

Compromiso y Responsabilidad: actitud de llevar a cabo las obligaciones adquiridas en la Entidad, reflejada en los resultados y en el servicio al cliente.

Trato Humanizado: calidez, empatía y amabilidad en la atención y trato a los usuarios y compañeros.

Dinamismo: motivación y dedicación en la realización de las actividades institucionales.

Innovación y Creatividad: capacidad de invención, en todas las tareas de trabajo, que lleven a la búsqueda permanente de retos y a la formulación de estrategias innovadoras, que conduzcan a la solución adecuada de problemas y toma de decisiones.

Puntualidad: cumplimiento cabal de los horarios para la realización de las labores corporativas y en la atención a los usuarios, de acuerdo con los plazos de tiempo que se fijan para la ejecución de cada tarea.

3.1.5 POLITICA DE CALIDAD DE CAPRUIS:

“Garantizar oportunamente la prestación de los servicios médico-asistenciales y odontológicos, desarrollo de los programas de prevención y promoción en términos de eficiencia, eficacia y trato humanizado, a través del mejoramiento continuo de la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios”.

3.1.6 PROGRAMAS, SERVICIOS Y ACTIVIDADES QUE PRESTA LA ORGANIZACIÓN Y LA POBLACIÓN A LA QUE VAN DIRIGIDOS:

***SERVICIOS:**

CAPRUIS presta servicios de Seguridad Social en Salud a los servidores activos y pensionados de la Universidad Industrial de Santander y de CAPRUIS, así como a su grupo familiar.

Tiene sede y domicilio en Bucaramanga, ubicada en los predios de la Universidad Industrial de Santander, prestando los servicios de Seguridad Social en Salud del **Nivel I** en forma directa en las instalaciones de CAPRUIS: Medicina General, Medicina Interna, Ginecobstetricia, Pediatría, Odontología, Fisioterapia, Nutrición, Trabajo Social (cumple con la orientación en todas las inquietudes sobre los procesos de afiliación, retiro y actividades socio afectivas) y Programas de Promoción y Prevención. Las demás especialidades se prestan con médicos adscritos a la Caja.

En Niveles II, III y IV, CAPRUIS presta los servicios a través de la red de prestadores de servicios, integradas por las clínicas de la ciudad y el Hospital Universitario de Santander a nivel local.

A nivel Nacional, se presta los servicios por medio de la Red Universitaria de Servicios de Salud (R.U.S.S) conformada por las Cajas o entidades de seguridad social en salud de las Universidades Oficiales de País.

Se presta atención inmediata de urgencias a través de las clínicas de la ciudad, y el Hospital universitario de Santander a nivel local, para lo cual el usuario debe presentar el carnet de afiliado de CAPRUIS. En las ciudades donde no exista Red de Prestadores con los cuales la Caja tenga contrato o convenio, se reconocerá al afiliado bajo la modalidad de reembolso el servicio médico-asistencial prestado. También se reconocen los reembolsos cuando CAPRUIS autorice previamente una atención específica y que no fuese posible prestar a través de la red de servicios propia.

Servicios específicos:

Urgencias: CAPRUIS atenderá en la ciudad sede y en las ciudades o municipios del territorio Nacional diferentes al de su sede, a sus cotizantes y beneficiarios en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con las cuales tenga suscrito convenio.

Hospitalización y Cirugía: El cotizante o beneficiario ingresará a una Institución Prestadora de Servicios de Salud adscrita para recibir tratamiento médico y/o quirúrgico con una duración superior a veinticuatro horas. En caso contrario se considerará atención ambulatoria, salvo en los casos de urgencia.

Farmacia: CAPRUIS utilizará la denominación común internacional (Nombre Genérico) en la prescripción y dispensación de medicamentos, de acuerdo con el listado básico definido por el Comité de Farmacia y Terapéutica de la entidad.

Consulta en Planta

Medicina Familiar: CAPRUIS presta servicios contenidos en el Plan de Beneficios en Salud directamente, a través de su personal de planta, en las instalaciones propias de la entidad.

Medicina Especializada: Además en su propia sede atiende consultas de Ginecología, Pediatría, NeuroPediatría, Medicina Interna, donde se recibe al paciente por consulta directa, interconsulta o en caso de requerir evaluación especializada urgente.

Odontología: CAPRUIS presta el servicio de Odontología en planta.

Fisioterapia: CAPRUIS ofrece a sus afiliados bajo la modalidad de sesiones el servicio de fisioterapia, previamente remitidos por el Profesional Médico tratante.

Nutrición: Se presta atención nutricional y dietética tendiente a mejorar conductas alimentarias en el estilo de vida de los afiliados, así como las acciones dirigidas a la detección de alteraciones del crecimiento y desarrollo en la población infantil.

Enfermería: Ofrece su servicio en procedimientos básicos y pequeña cirugía.

Trabajo Social: Le orienta en todas sus inquietudes sobre los procesos de afiliación, retiro y actividades socioafectivas.

Portafolio de Especialidades: CAPRUIS cuenta con un staff de reconocidos profesionales médicos adscritos, en las diferentes áreas de la salud para atender a sus afiliados.

***PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN:**

Los Programas de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad que se desarrollan en CAPRUIS, tiene como propósito, lograr un diagnóstico precoz de patologías, fomentar hábitos saludables y contribuir a mejorar la calidad de vida de los afiliados a la caja. De igual forma se da cumplimiento a las normas técnicas y guías de atención establecidas en la resolución 412 de 2000 y Resolución 3384 de 2000 y demás normas vigentes.

La puesta en práctica de la protección específica como un componente de actividades tendientes a evitar la presencia de la enfermedad, y la detección temprana, facilitan el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las diferentes patologías de la población usuaria. La promoción es una integración de acciones que favorecen más allá de la ausencia de la enfermedad, mejores condiciones de la salud física, psíquica y social del usuario.

Entre los programas de promoción y prevención realizados por CAPRUIS se encuentran:

Programa de Crecimiento y Desarrollo

Objetivo:

Disminuir las tasas de Morbi-Mortalidad por causas evitables mediante la prevención e identificación oportuna de los problemas que afectan a los niños y niñas hasta los 12 años.

Ofrecer educación individual y orientación a los padres y madres sobre el cuidado de los niños y niñas y la trascendencia de la salud integral para potencializar sus posibilidades.

Población Objeto:

- Niños y niñas desde su nacimiento, hasta los 12 años de edad.

Programa de Vacunación a Enfermedades Inmunoprevenibles

Objetivo:

Eliminar, erradicar y controlar las Enfermedades Inmunoprevenibles, con el fin de disminuir las tasas de Morbi-Mortalidad causadas por estas enfermedades en la población menor de 5 años.

Población Objeto:

- Niños y niñas de 0 a 5 años de edad.

Programa de Detección de Alteraciones de la Agudeza Visual

Objetivo:

Detectar tempranamente las alteraciones de la agudeza visual (baja visión, visión subnormal) y ceguera en la población, a través de la toma de la agudeza visual.

Población Objeto:

- Niños y niñas de 4 años de edad
- Adolescentes entre 11 y 16 años de edad
- Adultos mayores de 45 años de edad
- Cada 5 años, mayores a 50 años de edad.

Programa de Salud Oral

Objetivo:

- Disminuir los factores de riesgo más importantes para la aparición de caries y enfermedad periodontal en toda la población.

Población Objeto:

- Dirigido a toda la población.

Programa de Atención Integral a la Mujer Gestante

Objetivo: Comprende:

Mujer en estado de embarazo: Vigilar la evolución del proceso de gestación, de tal forma que sea posible prevenir y controlar factores de riesgo biosicosociales, detectando tempranamente las complicaciones del embarazo.

Parto: Disminuir los riesgos de enfermedad y muerte de la mujer y del producto del embarazo y optimizar el pronóstico de los mismos a través de la oportuna y adecuada atención al parto.

Recién nacido: Apoyar, conducir o inducir el proceso de adaptación a la vida extrauterina, mediante la detección, prevención y control de los problemas en forma temprana, con el fin de lograr un recién nacido sano, reducir secuelas discapacitantes en la niñez y las altas tasas de Morbi-Mortalidad tanto neonatal como infantil.

Población Objeto:

- Mujeres en edad fértil, de 15 a 49 años de edad.
- Mujeres embarazadas

Programa de Prevención de Cáncer de Cérvix

Objetivo:

Identificar oportunamente lesiones preneoplásicas y neoplásicas del cuello uterino, orientar a las mujeres afectadas hacia los servicios de diagnóstico definitivo y definir de manera adecuada y oportuna, el tratamiento tendiente a incrementar las posibilidades de curación y el tiempo de sobrevida

Población Objeto:

- Mujeres entre 25 y 69 años de edad, y menores de 25 años con vida sexual activa.

Programa de Prevención de Cáncer de Próstata

Objetivo:

Detectar tempranamente el cáncer de próstata, proporcionando acciones oportunas de diagnóstico y el adecuado tratamiento de la enfermedad.

Población Objeto:

- Hombres mayores de 45 años de edad.

Programa de Prevención de Cáncer de Seno

Objetivo:

Detectar tempranamente el cáncer de seno, proporcionando acciones oportunas de diagnóstico y el adecuado tratamiento de la enfermedad.

Población Objeto:

- Mujeres mayores de 50 años y menores de 50 con factores de riesgo.

Programa de Planificación familiar para hombres y mujeres.

Objetivo:

Brindar a hombres, mujeres y parejas en edad fértil la información, educación y métodos necesarios para dar respuesta a sus derechos reproductivos y ampliar la opciones anticonceptivas apropiadas para sus necesidades y preferencias, así como contribuir a la disminución de gestaciones no deseadas.

Población Objeto:

- Mujeres entre 15 y 49 años de edad
- Hombres entre 30 y 70 años de edad

Programa de Prevención de Riesgo Cardiovascular

Objetivo:

Detectar oportunamente alteraciones cardiovasculares en la población con factores de riesgo cardiovascular como Hipertensión, Dislipidemias y Diabetes.

Población Objeto:

- Personas mayores de 15 años de edad.

Programa de Detección de Alteraciones del Adulto

Objetivo:

- Detectar oportunamente la presencia de enfermedades crónicas en el adulto mayor de 45 años, incluye enfermedades cardiovasculares, enfermedades del metabolismo, enfermedades neoplásicas, enfermedades crónicas del pulmón, enfermedades neurológicas, enfermedades musculo-esqueléticas y osteo-articulares.

Población Objeto:

- Personas mayores de 45 años de edad

***PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA**

- Objetivo:

Prestar los servicios médico asistenciales en su domicilio, a los usuarios que por diferentes causas no puedan acercarse a las instalaciones de CAPRUIS

- Criterios establecidos para la realización del programa:

Usuarios de edad mayor o igual a 85 años, con alto riesgo sociosanitario:
Dependencia para la de ambulación, aislamiento familiar y social o presencia
de trastornos psiquiátricos.

Usuarios con enfermedad crónica invalidante de cualquier edad, que se les
imposibilite la asistencia a la sede de CAPRUIS.

Usuarios de cualquier edad con patología en fase terminal.

Usuarios con episodio convaleciente de su patología, que tienen limitado su
desplazamiento a la sede de CAPRUIS

***OTROS PROGRAMAS**

CAPRUIS realiza además de los programas preventivos, otras actividades y
programas especiales orientados a mejorar el bienestar de los usuarios como son:

Actividades de relajación (yoga), las cuales se desarrollan en las instalaciones
de la entidad, a elección directa de los usuarios interesados.

Vacaciones recreativas para la población infantil, realizadas en conjunto con la
Universidad.

Dentro de CAPRUIS, rige una cultura institucional estipulada mediante el “**Código de Gobierno y de Ética CAPRUIS**”, la cual, se constituye en una herramienta de trabajo orientadora, donde se detalla la cultura institucional incluyendo sus valores, principios, que se deben practicar al interior de la entidad, los cuales guiarán el comportamiento de los servidores públicos que hacen parte de la misma; logrando una gestión interinstitucional transparente y productiva hacia todos los actores participantes del Sistema de Seguridad Social en Salud Universitario.

Según la plataforma estratégica de **CAPRUIS** y la práctica profesional en salud, desde la escuela de Trabajo Social, la relación existente entre ellas, radicada en las acciones encaminadas en lograr mejorar la calidad de vida y hábitos saludables, buscando con esto el mejoramiento continuo de la calidad del servicio médico-asistencial, y el fortalecimiento de los programas de promoción de la salud

y prevención de la enfermedad para sus usuarios, de igual forma la práctica estuvo encaminada en la optimización de la prestación de los servicios, los cuales respondieron con la misión y la visión de la entidad. Trabajando, con la promoción de conductas saludables y la prevención, rehabilitación de los afiliados enfermos mediante el trato humanizado principio rector de la práctica y de CAPRUIS. Es así, como se orientaron acciones que respondieron a las necesidades que presenta la población en salud y el personal de CAPRUIS.

El trabajo realizado en conjunto con la profesional de Trabajo Social, donde la practicante por formación, facilidad de acceso a las familias, a los domicilios, al entorno social, a otros profesionales (trabajo interdisciplinario) etc., se encaminó en la intervención y participación activa del análisis de las distintas problemáticas que se atienden a diario, desde los equipos de trabajo. Es por ello, que el trabajo realizado, priorizó a las poblaciones más vulnerables, con el propósito de satisfacer sus necesidades y expectativas, a través de un servicio con calidad, también se abordó la población administrativa, atendiendo las solicitudes de la entidad para con esta.

Para lo mencionado, se implementaron métodos relacionados con las situaciones encontradas, como por ejemplo; trabajos de caso, grupo o comunidad, interviniendo en cada uno de ellos de acuerdo al caso, ellos son; enfermos físicos como mental y su lazo familiar, menores con familias desestructuradas o conflictivas, familias de enfermos, ancianos sin soporte familiar, adultos con problemática social asociada a su patología, etc. Todos ellos y demás poblaciones relacionadas con la entidad, requirieron procesos psico-sociales, (en el ámbito mental, familiar y social), esto contestando a las exigencias requeridas en la Caja de Previsión.

Finalmente la correlación existente entre la plataforma estratégica de CAPRUIS y la Escuela de Trabajo Social, es... que ambas tienen como fin intervenir en

procesos que obstaculicen el desarrollo humano de poblaciones específicas para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las mismas, para ello en Trabajo Social forma profesionales concebidos como seres íntegros, preparados científica-axiológica-estética- y políticamente para conocer las problemáticas sociales, recontextualizar sus saberes y los de la Ciencias Sociales, esto para intervenir en las realidades encontradas, como es el caso de entidades como CAPRUIS.

3.2 ESTRUCTURA ORGANICA DE CAPRUIS:

Su estructura es aprobada por el Acuerdo No. 005 de 2000 de la Junta Directiva de CAPRUIS, y se encuentra conformada así:

Figura 5. Organigrama de la Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander.



FUENTE: CAPRUIS, 2007

ORGANO DE DIRECCION

JUNTA DIRECTIVA

Composición de la Junta:

El Rector de la UIS, o su delegado.

Dos (2) representantes de la Universidad y sus suplentes, nombrados por el Rector.

Dos (2) representantes del sector docente de la Universidad, y sus suplentes, todos elegidos por el profesorado de la UIS.

Dos (2) representantes del sector administrativo, y sus suplentes, todos elegidos por los empleados administrativos de la UIS.

ORGANOS DE ADMINISTRACION

Gerente de CAPRUIS

COMITES ESPECIALES

Comité de Historias Clínicas:

- ⇒ El Gerente-Coordinador médico
- ⇒ El Jefe de Grupo Odontológico
- ⇒ La Enfermera profesional al servicio de la Institución.
- ⇒ El Funcionario encargado del archivo
- ⇒ El Asesor de Control Interno, como apoyo administrativo del mismo.

Comité de Vigilancia Epidemiológica y de Infecciones Nosocomiales:

- ⇒ El Gerente-Coordinador médico
- ⇒ El Jefe de Grupo Odontológico
- ⇒ Un Médico Especialista en Medicina Interna de planta.
- ⇒ La Enfermera Profesional al servicio de la Institución
- ⇒ El Coordinador de Fisioterapia

Comité Técnico Científico de Farmacia y Terapéutica: creado mediante

Resolución No. 130 del 04 de Octubre de 2000, como un grupo interdisciplinario consultor del equipo de salud, que recopila los conocimientos clínicos y farmacológicos relacionados con los medicamentos y otros insumos.

Tabla 2. Identificación del cargo y número de empleados de CAPRUIS

IDENTIFICACIÓN DEL CARGO				
No. DE CARGOS	NOMBRE DE LA DEPENDENCIA	DENOMINACIÓN DEL EMPLEO	NIVEL	JEFE INMEDIATO
1	Gerencia- grupo médico asistencial	Gerente coordinador médico	Directivo	Junta directiva
5	Grupo médico asistencial	Médico especialista	Profesional	Gerente- Coordinador Médico
9	Grupo médico asistencial	Médico general	Profesional	GCM
2	Planta global, donde se ubique el empleo	Técnico	Técnico	Quien ejerza la supervisión directa
1	Grupo médico asistencial	Auxiliar de droguería	Auxiliar	QESD
2	Planta global, donde se ubique el empleo	Técnico	Técnico	QESD
1	Planta global, donde se ubique el empleo	Almacenista auxiliar	Técnico	QESD
1	Control interno	Asesor control interno	Asesor	GCM
1	Grupo odontológico	Enfermera	Profesional	GCM
2	Grupo administrativo y financiero	Jefe de grupo	Profesional	GCM
2	Grupo odontológico	Jefe de grupo	Profesional	GCM
6	Grupo odontológico	Odontólogo	Profesional	GCM
1	Grupo médico asistencial	Nutricionista dietista	Profesional	GCM
1	Planta global, donde se ubique el empleo	Profesional universitario	Profesional	Quien ejerza la supervisión directa
1	grupo médico asistencial	Terapista	Profesional	GCM
1	grupo médico asistencial	Trabajador social	Profesional	GCM
2	planta global, donde se ubique el empleo	Secretaria ejecutiva	Auxiliar	QESD
2	planta global, donde se ubique el empleo	Secretaria ejecutiva	Auxiliar	QESD
1	planta global, donde se ubique el empleo	Secretario (a)	Auxiliar	QESD
4	planta global, donde se ubique el empleo	Auxiliar administrativo	Auxiliar	QESD
2	Grupo odontológico	Auxiliar de consultorio odontológico	Auxiliar	Jefe grupo odontológico
1	Grupo administrativo y financiero	Auxiliar de información en salud	Auxiliar	QESD
1	Grupo médico asistencial	Auxiliar de enfermería	Auxiliar	QESD
1	Planta global, donde se ubique el empleo	Auxiliar	Auxiliar	QESD
2	Planta global, donde se ubique el empleo	Auxiliar de servicios generales	Auxiliar	QESD

FUENTE: La autora. Bucaramanga, 2007.

A su vez, se rige dentro de la entidad, **El Código de Gobierno Y De Ética de CAPRUIS** el cual ha sido diseñado con el propósito de que cada empleado conozca su contenido y sea líder de la implementación eficaz del mismo, para que pueda ubicarse y saber cuál es su papel dentro de la organización, constituyéndose en una herramienta de gran utilidad para la correcta administración de esta institución.

3.3 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN USUARIA DE CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER “CAPRUIS”

La información que se presenta a continuación fue tomada del Reglamento de la Prestación de Servicios de CAPRUIS. Esta Caja presta servicios de Seguridad Social en Salud a los servidores activos y pensionados de la Universidad Industrial de Santander y de CAPRUIS, así como a su grupo familiar, siendo esta entidad del Régimen de Excepción, sus afiliados cuentan con características especiales, ellas son:

Características generales de la población de CAPRUIS:

- ♦ Son afiliados a CAPRUIS, en primer lugar el personal de la Universidad Industrial de Santander o de CAPRUIS, vinculados a la institución mediante relación estatutaria o reglamentaria (empleado público) o mediante contrato de trabajo (trabajador oficial).
- ♦ Son también afiliados a CAPRUIS, los pensionados de la UIS o de CAPRUIS; y quién adquiera el derecho a la pensión, estando al servicio de una de las

mencionadas Entidades mediante relación reglamentaria o estatutaria (como empleado público) o a través de relación contractual (como trabajador oficial).

- ♦ A su vez, son afiliados beneficiarios aquellos que conforman el grupo familiar, en este caso:
 1. El cónyuge o compañero (a) permanente.
 2. Los hijos menores de dieciocho (18) años y que dependan económicamente del afiliado cotizante.
 3. Los hijos de cualquier edad si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del afiliado cotizante.
 4. Los hijos entre los 18 y 25 años estudiando, regularmente matriculados en programas aprobados y registrados por el Gobierno Nacional, que dependan económicamente del afiliado.
 5. Los hijos del cónyuge o compañero (a) permanentes que se acojan a los anteriores requisitos.
 6. En caso de falta de cónyuge ó compañero (a) y de hijos, los padres del afiliado cotizantes que no tengan derecho a otro servicio de salud, no estén pensionados y dependan económicamente de éste.

Población identificada dentro de sector administrativo: profesores, directivos y empleados de planta física. Además, se atiende a los afiliados por medio de Convenio RUSS (Red Universitaria de Servicios de Salud), entendida como el conjunto de entidades de salud de las Universidades Públicas acogidas a la Ley 647 de 2001, donde se les presta los servicios médico-asistenciales a los afiliados cotizantes y sus beneficiarios que se encuentran fuera de la ciudad sede de la Universidad a la que pertenece, estos a su vez, reciben un plan de atención básico (el POS).

Según el libro de *INFORME 2007 de CAPRUIS*, el número total de usuarios para el año 2007, es de 3.058, representados en 1.372 cotizantes y 1.686 beneficiarios, entre estos se cuenta con 500 jubilados. Esta población tiene un nivel de estratificación entre 3 y 6, los cuales cuentan con condiciones de vida favorable, en su mayoría.

Características población objetivo: es este caso fueron aquellos usuarios en condiciones de vulnerabilidad, como: discapacitados y adulto mayores, por otro lado se desarrollaron procesos con el personal de CAPRUIS, donde cada acción estratégica se implemento acorde a las necesidades presentadas. Para ello se pasa a especificar cada una de ellas;

En primer lugar está la población “**ADULTA MAYOR**” se abordó, pues según los datos arrojados en los estudios realizados por la anterior practicante de Trabajo Social, estas requieren de atención:

De 26 visitas domiciliarias realizadas a personas mayores de 80 años se clasificaron en tres grupos teniendo en cuenta un rango de 5, obteniéndose los siguientes resultados: el 62% de los adultos mayores de 80 años están entre 80 y 84 años de edad, correspondiendo a 16 personas; y el 38% restante están repartidos entre 85 y 89 años con un 19% correspondiente a 5 personas; y el restante 19% lo representan 5 personas de 90 a 94 años. Según estos datos, concuerdan con los arrojados por el “**Informe 2006 de CAPRUIS**”, en el cual según lo vigente para el 2006, se destaco que el 40% de los usuarios son mayores de 50 años (1.300 personas) y el 53% de estos superan los 60 años de edad, lo cual, al igual que en la vigencia anterior, se traduce en una alta incidencia de enfermedades crónico-degenerativas, condicionando una importante demanda de servicios médico-asistenciales, de la cual como es lógico se derivaran altos costos en la prestación de los mismos.

También se encontró que la mayoría de ellos son pensionados de CAPRUIS, en un 85%, correspondiente a 22 personas entre hombres y mujeres; mientras que el 15% restante son amas de casa, correspondiente a 4 personas visitadas, estos datos permiten deducir que la población adulta mayor, cuenta con tiempo libre, el cual no es ocupado por ninguna actividad que le permita su esparcimiento y distracción, esto conlleva a que estas personas no se ejerciten, se sientan aisladas por su círculo familiar, se encuentren solos en sus casas, afectando así su estado físico, mental y emocional, a su vez, su relación familiar.

Los adultos mayores de 80 años, en su gran mayoría tienen apoyo familiar, el 38% de ellos, es decir 10 personas, aseguran vivir en un óptimo ambiente familiar; el 35% de los adultos mayores dicen tener un apoyo familiar "OK" (hace referencia a "bueno"), lo cual corresponde a 9 personas; mientras que un 19% dice no tener ningún apoyo familiar, lo cual corresponde a 5 personas que se sienten solos y en ocasiones deprimidos por ello. El 8% restante es decir dos personas, dicen tener apoyo de su nieta y esposa respectivamente. Es por ello, que se encaminaron acciones que dieran solución a dichas situaciones.

Es así como se focalizaron dos grupos de la población adulta mayor, la primera los que se encuentran entre 80 y 94 años de edad, los cuales cuentan con mayor tiempo disponible, quienes requieren de apoyo institucional por carencia de espacios de esparcimiento. Y el segundo grupo focalizado, fueron aquellos adultos que necesitan fortalecer sus redes de apoyo familiar. El número de la población intervenida, hace un total de 35 personas, distribuidas así; 12 adultos entre 80 y 90 años, carentes de espacios de esparcimiento, y el grupo de 25 adultos, carentes de lazos familiares sólidos.

Esto reitera finalmente, los datos arrojados por el "Informe del año 2006 de CAPRUIS", en donde analiza estadísticamente que la Caja de Previsión Social de la UIS, cuenta con una población longeva, en un 70%, requiriendo de cuidados y mayor atención.

La segunda población objetivo es la “**DISCAPACITADA**”, ellos como afiliados vulnerables en CAPRUIS requieren servicios óptimos de rehabilitación integral, es decir, buscar la recuperación tanto física del individuo, como la rehabilitación laboral y la emocional, esto, para lograr su efectiva participación e inserción social. Es por ello, que según el análisis que se realizó a los datos estadísticos arrojados del estudio realizado por la anterior estudiante en práctica (Trabajo Social), se encontró con la siguiente realidad:

Las 32 personas discapacitadas visitadas se clasificaron en cuatro grupos teniendo en cuenta un rango de 15, obteniéndose los siguientes resultados: el 16% de ellas están entre 1 y 15 años, es decir 5 personas entre las cuales hay un niño de 3 años; el 40% están en edades entre 16 y 30 años, correspondiendo a 13 personas; el 38% de los discapacitados visitados están entre los 31 y 45 años, es decir, 12 personas y el 6% restante corresponde a 2 personas una de 47 años y otra de 55 años. Estas cifras, dan a conocer que la población discapacitada se encuentra en edad productiva, esto quiere decir, que sus destrezas y habilidades pueden ser puestas en beneficio propio y familiar.

Esto llevó a analizar la ocupación del tiempo, para lo cual se presenta la siguiente información; en las visitas domiciliarias realizadas a los discapacitados se encontró que en un 34%, es decir 11 personas, son estudiantes, de los cuales, una joven de 21 años estudia en la UIS; un 16% se dedica a oficios del hogar, esto corresponde a 5 personas; el 19% de los discapacitados clasificado como otros se ocupan en: arreglos, hacer traperos y canastas, vender Bonice, reciclar, a las artes y a labores de vigilancia, ellos son seis personas; mientras que el 31% de los discapacitados no tiene ninguna ocupación. Esto permitió, analizar que la población discapacitada requiere de actividades que permitan su desenvolvimiento y además entren en el ámbito laboral, para de esta forma lograr su inclusión social. Con esta población en el año 2005 se llevó a cabo cursos en la elaboración de artículos de aseo y productos químicos de limpieza. Para CAPRUIS, es de gran

interés la intervención a esta población, pues en la actualidad no se llevan procesos de atención a la misma. Es por ello que se aprovecho la información suministrada para dar respuesta a problemáticas surgidas de esta. A su vez, fue de gran importancia su situación económica, la cual arrojo, que dicha población dependen económicamente de algún miembro de la familia, en este caso de los padres, esto genera dependencia y restricción a sus necesidades, debido a sus condiciones de discapacidad, la cual se hace mayor al no realizar actividades tanto físicas como mentales que ejerciten sus capacidades y habilidades, permitiendo así, mejorar las posibilidades laborales que respondan a su desarrollo y bienestar, y su inclusión en la sociedad.

En un 100% los discapacitados visitados, son dependientes económicamente, de ambos padres, de uno de ellos, de la pensión de su padre fallecido, de los abuelos o hermanos. El 37% correspondiente a 12 personas dependen del padre; el 21% es decir 7 personas dependen de ambos padres, el 16% o sea 5 personas dependen de la pensión de su padre fallecido, mientras que un porcentaje igual de 13% respectivamente correspondiente a 4 personas cada uno dependen de su madre, y en otros casos del abuelo o sus hermanos.

Uno de los beneficios encontrados, es que el 91% de las personas discapacitadas visitadas cuentan con apoyo familiar, en un 69% correspondiente a 22 personas lo consideran OK (quiere decir, "bueno"), mientras que el 22% es decir 7 personas lo perciben como óptimo ambiente familiar. Sólo el 9%, es decir 3 personas dicen presentar conflictos por cuestiones económicas o conflictos con los hermanos. Esta última cifra con lleva a da incluir a las familias en los procesos que se lleven a cabo con la población en estudio.

Finalmente, los datos obtenidos en cuanto a la edad, la ocupación del tiempo, dependencia económica y apoyo familiar, arrojo la necesidad de trabajar las destrezas y habilidades de la población discapacitada, esto permitiéndole desarrollar las mismas para se utilizadas luego como herramienta para responder

a las necesidades de ocupación y dependencia económica, ya que ellos oscilan en edades que facilitan el proceso a seguir.

La tercera población abordada, se refiere al “**PERSONAL INTERNO**” de CAPRUIS, la cual presenta la necesidad de implementar acciones estratégicas que permitan incorporar conocimientos necesarios sobre, temas específicos de interés para la Caja, en esta caso El Reglamento de Prestación de Servicios.

Esta población se destaca por ser, ingeniosa y participativa en los eventos sociales; ya que en actividades lúdicas realizadas por la entidad, el número de asistencia y de intervención es mayoritaria. Su trabajo dentro de la caja es bastante tedioso, sus ocupaciones son de tiempo completo. Consta de personal médico- asistencial y odontólogo; esto hace referencia a médicos, enfermeras, fisioterapeutas, y odontólogos. Como del personal administrativo y financiero; ingenieros, secretarias, encargados del oficios varios; (limpieza, atención cafetería, y asistencia técnica) y seguridad (celaduría); almacenes, bodega y archivadores, etc.

El número total de esta es de 80 personas, de las cuales 70 serán la población a intervenir, la restante pertenece a gerencia, control interno, contaduría y trabajo social los cuales por motivo de conocimiento del Reglamento quedan excluidos del trabajo a realizar.

Otras poblaciones intervenidas: por otro lado, en el área de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, se atendieron poblaciones infantiles y paciente con muy alto riesgo cardiovascular; la primera, se trabajo mediante el programa “CRECIMIENTO Y DESARROLLO”, en esta se atendió la población entre el primer mes de nacimiento hasta los 12 años de edad, asistiendo en un promedio de 12 niños y niñas semanales, en un promedio total de 192 niños y niñas atendidos en el semestre, a su vez esta atención permite, según CAPRUIS, la importancia de la detección temprana de la enfermedad, seguimiento, evaluación y recuperación de la población infantil usuaria de la entidad. En cuanto

a la segunda población, mayores de edad con alto riesgo cardiovascular, mediante el programa “DE TODO CORAZÓN”; esta población son aquellos mayores de 50 años, bajo control de factores de riesgo en: Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, Dislipidemia. Se busca promover cambios terapéuticos en el estilo de vida, básicamente en las áreas de: ejercicio programado aeróbicos, control del tabaquismo, control de la dieta, etc., se atendieron un promedio de 5 personas por día, esto hace un promedio total 160 pacientes por semestre. Además, este programa se realiza con la intervención del Grupo interdisciplinario, conformado por; enfermería, nutrición, fisioterapia, Trabajo social, médico Deportólogo y psicólogo.

Finalmente se intervino en el área administrativa, con la población usuaria en general que requerían: de información y atención de quejas, reclamos, peticiones e inquietudes, a su vez, se realizaban afiliaciones y desafiliaciones a CAPRUIS, cambios de condición de beneficiario a cotizante, atención a usuarios de convenio RUSS, entrega de carnet, reporte a clínicas sobre la condición de los usuarios, multifiliaciones y revisión de FOSYGA, entre otras.

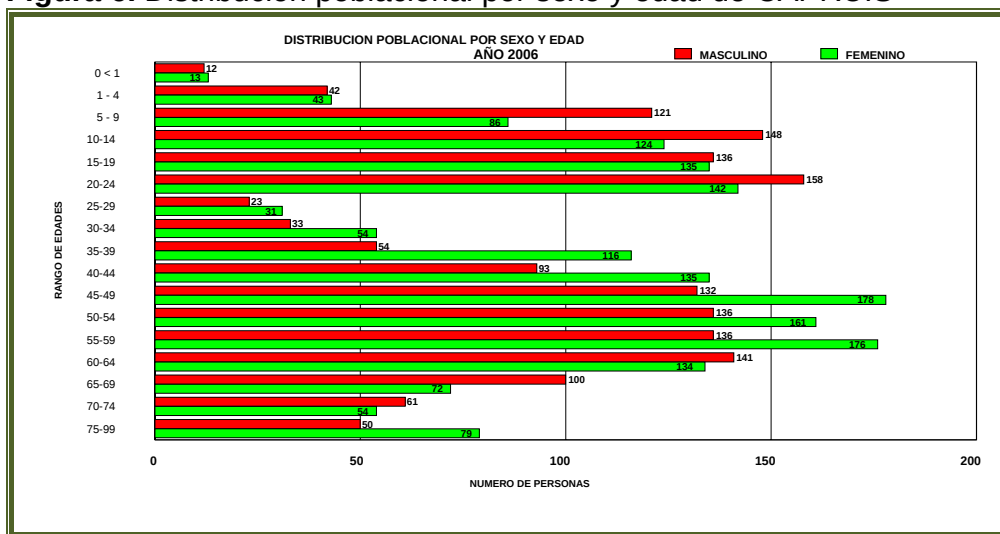
3.3.1 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS USUARIOS DE CAPRUIS:

El perfil epidemiológico de la población usuaria de CAPRUIS, se presenta de acuerdo con la clasificación de la información en Consulta asistencial y consulta inducida, haciendo énfasis en los Programa de Promoción y Prevención de la enfermedad, permitiendo continuar con el análisis, los registros y la información tienen como base la Codificación Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE-10), y está de acuerdo con la lista de la Organización Panamericana de la Salud (OPS-298), a su vez la información aquí obtenida fue facilitada por el “Informe 2006 de CAPRUIS”

Entrando en el tema, en el año 2006, la población afiliada a CAPRUIS se mantuvo relativamente estable con un ligero aumento del 2.4%, es decir, con 3.255 usuarios; se evidencia que la población menor de un año se duplicó con respecto al 2005, contando con 25 usuarios en este rango de edad; así mismo, una condición que se mantiene es el envejecimiento acelerado, el cual, registró un incremento significativo en la población mayor de 60 años, quien pasó de 601 usuarios en el 2005 a 691 en el 2006, registrándose un crecimiento del 15%.

En la pirámide poblacional de CAPRUIS, se identifican dos poblaciones bien definidas: la primera, ubicada en las personas menores de 25 años, caracterizada por una base angosta (baja natalidad); la segunda población, presenta una pirámide en forma de rombo, acorde con el aumento de la edad promedio y representada en mayor proporción en el grupo de 50 a 60 años (Ver figura 6));

Figura 6. Distribución poblacional por sexo y edad de CAPRUIS



FUENTE: CAPRUIS, 2007

Según la pirámide poblacional de CAPRUIS, al cierre de la vigencia 2006, se puede destacar que el 40% de los usuarios son mayores de 50 años (1.300 personas) y el 53% de estos superan los 60 años de edad, lo cual, al igual que en

la vigencia anterior, se traduce en una alta incidencia de enfermedades crónico-degenerativas, condicionando una importante demanda de servicios médico-asistenciales, de la cual como es lógico se derivaran altos costos en la prestación de los mismos.

Tabla 3. Distribución Poblacional Por Sexo, Edad Y Afiliación Año 2006

EDAD	COTIZANTES		TOTAL COTIZANTES	BENEFICIARIOS		TOTAL BENEFICIARIOS	TOTAL USUARIOS	% PARTICIP
AÑOS	M	F		M	F			
0-1	0	0	0	12	13	25	25	0.8
1-4	0	0	0	42	43	85	85	2.6
5 - 9	0	0	0	121	86	207	207	6.4
10 – 14	1	1	2	147	123	270	272	8.4
15 – 19	0	1	1	136	134	270	271	8.3
20 – 24	10	3	13	148	139	287	300	9.2
25 – 29	12	7	19	11	24	35	54	1.7
30 - 34	29	16	45	4	38	42	87	2.7
35 - 39	46	21	67	8	41	49	116	3.5
40 - 44	86	69	155	7	66	73	228	7.0
45 - 49	116	116	232	16	62	78	310	9.5
50 - 54	119	80	199	17	81	98	297	9.1
55 - 59	127	101	228	9	75	84	312	9.6
60 – 64	130	79	209	11	55	66	275	8.4
65 – 69	95	36	131	5	36	41	172	5.3
70 – 74	55	21	76	6	33	39	115	3.5
75 – 120	47	34	81	3	45	48	129	4.0
TOTAL	873	585	1.458	703	1.094	1.797	3.255	100%

FUENTE: CAPRUIS, 2007

Para reafirmar lo mencionado en la tabla anterior, se analiza en la tabla 4, la población del año 2006 y 2005;

Tabla 4. Análisis poblacional años 2006 y 2005

CONCEPTO	AÑO 2006	COMPARATIVO RELATIVO		AÑO 2005
		#	%	
COTIZANTES	1.458	51	3.6%	1.407
BENEFICIARIOS	1.797	25	1.4%	1.772
TOTAL USUARIOS	3.255	76	2.4%	3.179

FUENTE: CAPRUIS, AÑO 2007

Al cierre del año 2006, se registró un total de afiliados de 3.255 personas (1.458 cotizantes y 1.797 beneficiarios); que comparados con el año 2005, presenta un incremento del 2.4% en el total de usuarios, destacándose el aumento del 3.6% en los afiliados cotizantes.

Novedades en la población usuaria.

Ingreso de usuarios. En el año 2006, ingresaron a CAPRUIS 175 personas (entre cotizantes y beneficiarios), con un incremento del 96.6% con respecto al año 2005. De este comportamiento cabe resaltar el aumento de nuevos cotizantes a CAPRUIS en el 81% (30 personas). (Ver tabla 5).

Tabla 5. Ingresos de usuarios años 2006 y 2005

TIPO DE NOVEDAD	AÑO 2006	(%) COMPARATIVO RELATIVO	AÑO 2005
NUEVOS COTIZANTES	67	81%	37
NACIMIENTOS	28	86,6%	15
CÓNYUGES	16	(51,5%)	33
HIJOS	56	2700	2
PADRES	4	100%	2
SUSTITUCIÓN PENSION	4		
TOTAL INGRESOS	175	96.6%	89

FUENTE: CAPRUIS, AÑO 2007

Retiro de usuarios. Por concepto de retiro de usuarios, se registraron 99 personas, lo cual obedece en su mayoría al retiro de beneficiarios, de acuerdo con los requisitos de afiliación establecidos. (Ver Tabla 6).

Tabla 6. Retiro de usuarios años 2006 y 2005

TIPO DE NOVEDAD	COTIZANTES	BENEFICIARIOS
HIJOS QUE CUMPLIERON 25 AÑOS		37
CÓNYUGES		24
PADRES		4
AFILIADOS COTIZANTES (Por Renuncias, Destitución)	9	11

FALLECIMIENTOS	11	3
SUBTOTAL	20	79
TOTAL	99	

FUENTE: CAPRUIS, AÑO 2007

Afiliados pensionados. En cuanto a los afiliados pensionados, en el año 2006 se registró un total de 606 personas, con un aumento del 5.4% con respecto al año 2005 (575 personas). Es de resaltar que, los afiliados pensionados constituyen el 41.5% del total de afiliados cotizantes de CAPRUIS; de los cuales los más representativos son los pensionados directamente por la Universidad Industrial de Santander (72.1%), y en segundo orden los pensionados por la Administradora de Pensiones del Seguro Social (25.6%). En menor proporción se encuentran los pensionados por fondos privados de pensiones. (Ver tabla 7).

Tabla 7. Usuarios pensionados año 2006

ENTIDAD	PENSIONADOS AÑO 2006	% DE PARTICIP	% COMPARATIVO RELATIVO	PENSIONADOS AÑO 2005	% DE PARTICIP
UIS	437	72.1%	1.4%	431	74,9
ISS	155	25.6%	13%	137	23,9
AFP PROTECCIÓN	2	0.3%	-	2	0,3
SANTANDER	1	0.2%	-	1	0,2
ISS COMUNEROS	3	0.5%	-	3	0,5
EN TRÁMITE	8	1.3%	700%	1	0,2
TOTAL	606	100%	5.4%	575	100%

FUENTE: CAPRUIS, AÑO 2007

Tabla 8. Convenio RUSS años 2006 y 2005

UNIVERSIDAD	USUARIOS REMITIDOS A OTRAS UNIVERSIDADES			USUARIOS ADMITIDOS DE OTRAS UNIVERSIDADES		
	2006	% COMPARACIÓN RELATIVA	2005	2006	% COMPARACIÓN	2005

					RELATIVA	
NACIONAL	120	25	96	97	98	49
ANTIOQUIA	8	(50)	16	8	33.3	6
CARTAGENA	13	(27.7)	18	7	(12.5)	8
VALLE	19	(13.6)	22	6	-	6
ATLÁNTICO	1	-	1	4	-	4
CÓRDOBA	-	-	2	-	-	6
TUNJA	3	200	1	12	9.09	11
CAUCA	-	-	1	15	(6.2)	16
SANTAMARTA	20	100	10	-	-	-
TOTAL	184	10.2%	167	149	40.5%	106

FUENTE: CAPRUIS, AÑO 2007

Red Universitaria de Servicios de Salud-RUSS.

El convenio a nivel de la RUSS, tiene por objeto la prestación de servicios médico-asistenciales a los usuarios que se hallen fuera de la ciudad sede de la Universidad a la que pertenecen. En el año 2006 se remitieron de CAPRUIS a otras universidades 184 personas, con un incremento del 10.2% con respecto al año inmediatamente anterior. Por otra parte, fueron admitidos provenientes de otras universidades un total de 149 personas, hecho que comparado con el año 2005, registró un aumento del 40.5%. (Ver Tabla 8).

Según los indicadores de consultas realizadas, total de diagnósticos realizados, índice de uso/año, índice diagnósticos por consulta, razón de consulta hombre/mujer, e índice de diagnósticos por paciente, se diagnostica y se verifica el total de demanda de servicios médico-asistenciales e inducidos, estos arrojan el análisis del perfil epidemiológico de CAPRUIS, los cuales destacaron para el año 2006, en cuanto a consulta asistencial los siguientes resultados:

Tabla 9. Resumen de la consulta asistencial por grupos de edad; diagnóstico principal, año 2006

INDICADOR	Edad (Años)						
	Todos	< 1	1-4	5-14	15-44	45-59	60 ó +
Toda la población							
Total hombres afiliados	1576	12	42	269	497	404	352
Total mujeres afiliadas	1679	13	43	210	559	515	339
Total †	3255	25	85	479	1056	919	691
Sólo para la consulta asistencial							
Total de consultas realizadas en 2006	9242	138	494	1381	3146	2738	1345
Total de diagnósticos realizados en 2006 *	9242	138	494	1381	3146	2738	1345
Número de pacientes que consultaron	2558	34	92	413	870	744	480
Índice de uso-año	0.79	1.26	1.11	0.86	0.83	0.81	0.691
Razón de consulta Mujer /Hombre	1.45	1.19	0.83	0.77	1.74	2.00	1.255
Índice de consultas por paciente	3.61	4.06	5.37	3.34	3.61	3.68	2.800

Tabla 10. Resumen perfil epidemiológico, consulta inducida por grupos de edad-año 2006

INDICADOR	Edad (Años)						
	Todos	< 1	1-4	5-14	15-44	45-59	60 ó +
Toda la población							
Total hombres afiliados	1576	12	42	269	497	404	352
Total mujeres afiliadas	1679	13	43	210	559	515	339
Total †	3255	25	85	479	1056	919	691
Sólo para consulta asistencial							
Total consultas realizadas en 2006*	9839	165	330	520	2039	3530	3255
Total de diagnósticos realizados en 2006 *	17164	195	428	706	3156	6529	6150
Número de pacientes que consultaron *	2208	33	82	233	602	730	590
Índice de uso-año	0.68	1.22	1.99	0.48	0.57	0.79	0.85
Índice de diagnósticos por consulta	1.74	1.18	1.30	1.36	1.55	1.85	1.89
Razón de consulta Mujer /Hombre	1.61	1.44	0.86	0.88	2.21	1.85	1.39
Índice de diagnósticos por paciente	7.77	5.91	9.22	3.03	5.24	8.94	10.42
Índice de consultas por paciente	4.46	5.00	4.02	2.23	3.39	4.84	5.52

FUENTE: CAPRUIS, 2006

La consulta asistencial constituyó el 49.5% del total de actividades realizadas en las instalaciones de CAPRUIS y correspondió a 9.402 actividades asistenciales, generadas a 2.476 usuarios, en la que Medicina Familiar registró la mayor demanda de este tipo de consulta con un 64%; seguido de Pediatría con 14%, Ginecología y Obstetricia con el 9.6%.

El índice de uso/año alcanzó para el total de la población, un registro de 0.81 consultas, lo que evidencia que para el año 2006 el total de la población no acudió a consultas asistenciales. Para el grupo de personas menores de un año y de 1 a 4 años, se registro un índice mayor a uno (1), indicador que permite demostrar la importancia de la detección temprana de la enfermedad, seguimiento, evaluación y recuperación de la población infantil usuaria de la entidad.

El índice de diagnósticos por pacientes generado en la consulta asistencial fue de 3.6, comparativamente similar al año anterior. De igual manera, el índice por paciente fue de 3.6 considerando el diagnóstico principal, valor que se mantuvo igual al registro del año anterior.

La morbilidad para el año 2006 evidencia que, el consolidado de registros para la consulta inducida y para la consulta asistencial, considera dentro de las cinco (5) primeras causas de consulta a la hipertensión esencial, los trastornos endocrinos y metabólicos, las enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo, las enfermedades de vías respiratorias altas y la obesidad. Al evaluar las veinticinco (25) primeras causas de morbilidad para todos los grupos de edad, se refleja un proceso de transición epidemiológico más consolidado hacia las enfermedades crónicas no transmisibles; sin embargo, aún incide la participación de las enfermedades infecciosas y transmisibles presentes, aunque en bajo porcentaje.

Específicamente para cada grupo de edad, el comportamiento de la morbilidad varía, pero está acorde con el fenómeno de transición epidemiológica incompleta inicialmente; este se evidencia en el grupo de menores de 1 año a 14 años en el que las Enfermedades Infecciosas de la Piel y de las Vías Respiratorias son las principales causas de consulta; para el grupo de 15 a 44 años persisten las causas, pero la dorsopatías ocupan los primeros lugares de consulta. En el grupo de 45 a 59 años, las dorsopatías son la primera causa de consulta pero persisten las Enfermedades Infecciosas de la Piel, Alteraciones de Tejidos Blandos y

aquellas relacionadas con el Sistema Respiratorio. Para el grupo de mayores de 60 años, este fenómeno se modificó sustancialmente, debido a que las enfermedades crónicas como la Hipertensión y Trastornos Menopáusicos corresponden al 25% de la consulta asistencial.

El comportamiento de la morbilidad para la consulta asistencial, está dado con base en el registro de las 25 primeras causas de consulta asistencial (Ver tabla 11), de forma similar al año anterior, a excepción del registro de diagnósticos con problemas de espalda, ver tabla a continuación;

Con variaciones menores en el orden de lista de morbilidad, debidas primordialmente al género, se puede afirmar que en CAPRUIS, el perfil epidemiológico de hombres y mujeres es relativamente homogéneo. Cabe señalar que son hallazgos similares de los perfiles epidemiológicos de años anteriores.

Tabla 11. Veinticinco primeras causas de consulta asistencial en 2006 (morbilidad principalmente), para toda la población (lista ops-298); con base en 9.242 diagnósticos realizados en 9.242 consultas. Toda la población

	Lista OPS-298	Nombre Morbilidad	2006	% Comparativo	2005
1.	167	Enf. Agudas de vías respiratorias superiores	656	(15,8)	779
2.	199	Enf. de la piel y del tejido subcutáneo	561	(13,2)	646
3.	166	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	441	(10,2)	491
4.	172	Enf. de la nariz y de los senos nasales	403	(13,0)	463
5.	206	Otras Dorsopatias	369	(17,3)	446
6.	270	Hallazgos anormales clínicos	369	8,2	341
7.	298	Contacto por otras razones	359	40,2	256
8.	207	Transt. de los tejidos blandos	274	(27,7)	379
9.	231	Otros Trastornos Menopáusicos	258	(20,1)	323
10.	290	Contacto para investigación y exámenes	240	(6,3)	256
11.	41	Enf. Virales	220	18,9	185
12.	5	Diarrea y gastroenteritis origen infeccioso	219	(16,1)	261
13.	185	Enfermedades esófago, estómago y duodeno	202	(16,5)	242
14.	192	Enf. De los intestinos y del peritoneo	174	(22,7)	225
15.	53	Helmintiasis	165	96,4	84
16.	142	Enf. Del oído y de la apófisis mastoides	162	(21,4)	206
17.	184	Gastritis y duodenitis	162	(26,4)	220
18.	217	Enf. Del sistema Urinario	153	0,7	152
19.	42	Micosis	152	(22,8)	197
20.	111	Transt. Endocrinos, metabólicos, nutricionales	151	(39,8)	251
21.	176	Asma	145	64,8	88
22.	125	Migraña y otros Sind.cefalea	144	(23,4)	188
23.	166	Laringitis y traqueitis aguda	144	(5,3)	152
24.	267	Dolor abdominal y pélvico	134	(29,5)	190
25.	198	Infecc. De la piel y tej. subcutáneo	125	92,3	65

FUENTE: CAPRUIS, 2007

Al analizar la morbilidad según el género, el comportamiento es similar al año pasado, para el grupo de mujeres la consulta asistencial evidencia la prevalencia de infecciones respiratorias superiores, enfermedades de la piel y tejido subcutáneo, seguido de trastornos menopáusicos, faringitis y amigdalitis aguda y dorsopatías. Por su parte, en los hombres, las cinco (5) primeras causas de consulta corresponden a: Infecciones de las vías respiratorias superiores, enfermedades de la piel y tejido subcutáneo, enfermedades de la nariz y senos paranasales, faringitis y amigdalitis aguda y otras dorsopatías.

De otro lado, se contrató el servicio profesional de un Médico Deportólogo de tres (3) horas/día, para la prescripción de la actividad física, en pacientes con factores de riesgo cardiovascular, detectados dentro del programa de promoción y prevención denominado “DE TODO CORAZÓN”. (Ver Tabla 12).

Tabla 12. Actividades de salud comparativo años 2006 y 2005

CONCEPTO	AÑO 2006	% COMPARATIVO RELATIVO	AÑO 2005
MEDICINA GENERAL	9.678	(0.2)	9.702
MEDICINA INTERNA	3.167	(3.1)	3.269
GINECOLOGÍA	2.381	0.9	2.358
PEDIATRÍA	2.364	(9.2)	2.605
TOTAL CONSULTA MÉDICA EN PLANTA	17.590	(2)	17.934
REMISIONES A ESPECIALISTAS	11.644	9.3	10.648
TOTAL CONSULTA MÉDICA	29.234	2.3	28.582
CONSULTA URGENCIAS EN CLÍNICA	230	30	177
No. DE FÓRMULAS MÉDICAS	36.819	5	35.054
FÓRMULAS POR USUARIO	12	1	11,87
VALOR POR FORMULA	\$58.391	6.7	\$54.718
No. DE INCAPACIDADES MÉDICOS PLANTA	478	15.4	414
No. DE INCAPACIDADES MÉDICOS ADSCRITOS	283	20.4	235
TOTAL No. DE INCAPACIDADES	761	17.2	649
TOTAL No. DE DÍAS INCAPACITADOS	4.567	16.2	3.929
TOTAL HOSPITALIZACIONES	425	(0.2)	426

FUENTE: CAPRUIS, 2007

De acuerdo con lo registrado en la tabla anterior, en la vigencia 2006, el total de consulta médica presentó un incremento del 2.3% con respecto al año inmediatamente anterior, lo cual obedece principalmente al aumento de las remisiones a especialistas en el 9.3%, a pesar de la disminución de la consulta médica en planta (2%).

En conclusión, el perfil epidemiológico de CAPRUIS, es clásico de una población en transición, en sus etapas iniciales, donde las acciones dirigidas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, son determinantes del futuro nivel de salud de la población usuaria.

3.4 ÁREA ESPECÍFICA EN QUE SE ENMARCA LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL:

En el inicio de la profesión de Trabajo Social estuvo ligada al área de la salud, donde se orientaba hacia la filantropía y el asistencialismo, estas acciones con magníficas intenciones, pero con resultados, ya que no se daba participación a la población en planes y programas dirigidos a ellos. Por ello las nuevas leyes llevan al Trabajador Social a gestionar y liderar nuevos procesos en los planes, programas y proyectos que van dirigidos a la población demandante y oferente (instituciones), ubicados en la salud, donde puede desempeñar diversas funciones dependiendo del área específica en la cual laboren. Es así como el “Trabajador Social avanza desde su origen hospitalarios; con las políticas de salud en el país, hoy logra un posicionamiento en la amplitud y complejidad de espacios que brinda el Sistema General de Seguridad Social en Salud, como profesional en áreas especializadas, dentro de los planes de beneficios que ella contempla: POS (Plan Obligatorio de Salud), PAB (Plan de Atención Básica), POSS (Plan Obligatorio en Salud del Régimen Subsidiado), POA (Plan Operativo Anual del PAB), Planes

Complementarios; ATEP (Accidentes de Tránsito y Enfermedades Profesionales), riesgos catastróficos y accidentes de tránsito; en las EPS (Empresas Promotoras de Salud) , IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud), ESE (Empresas Sociales del Estado), ARS (Administradoras del Régimen Subsidiados), etc.”⁵⁰.

Estos espacios, ofrece a los Trabajadores Sociales la oportunidad de diseñar, planear, ejecutar y liderar programas y proyectos que propendan por el mejoramiento de las personas, comunidades e instituciones, donde propicie el aumento del nivel y calidad de vida de las mismas, a través de la prestación de servicios adecuados, oportuno, eficiente y de calidad ofrecido con respeto, equidad y calidez humana.

Dentro de los cambios gubernamentales que se han presentado, a partir de la Ley 100 de 1993, se vienen tejiendo cambios estructurales y organizacionales en el campo de la salud, como ya se mencionó, los cuales exigen ampliar los horizontes cognitivos y aplicativos en el rol y perfil profesional, de esta manera el profesional en Trabajo Social, requiere de ciertas características que respondan a este desarrollo social y humano que se viene dando, en el área de salud. Para ello, se requiere de un Trabajador Social, según Uva Falla Ramírez, que tenga:

- **“Conocimiento social:** en aspectos curriculares básicos, código de ética profesional; Leyes; Decretos; Declaraciones; Constitución; procesos de desarrollo en salud-enfermedad y otro contexto determinante; Legislación en salud y el proceso de educación y dinámica de grupos sociales; Psicología evolutiva y social; actualización en salud, problemáticas sociales e incidencia en la salud; las ciencias formales y los medios para preservar, mantener y recuperar la salud integral, etc.

⁵⁰ GONZALEZ ANDRADE, Esperanza. Documento: Trabajo Social en Salud. Universidad Industrial de Santander, Escuela de Trabajo social, 1998. P. 4-5.

- **Capacidades:** en trabajos uní, inter y transdisciplinario; diseño de proyectos, procesos de gestión, planeación, organización coordinación de programas sociales; sensibilización y movilización de la población; gestión en procesos educativos; manejar y resolver conflictos; sistematización del trabajo para retroalimentar la profesión en la salud; Análisis prospectivo, etc.
- **Destrezas y Habilidades:** eficacia, perceptivo-inductivo, intelectual, analítico, percepción-emisión de información, conceptuar-contextualizar y síntesis, diagnostica, interviene, retroalimenta e identifica; todo aspecto social, político, jurídico, cultural...en la salud; identifica políticas; maneja técnicas en caso, grupo, comunidad, de comunicación y educación social, de investigación (observación y entrevista, entre otras), sistematización de producción (escrita), etc.
- **Actitudes:** asimila, tiene compromiso social, sensibilidad, creatividad, empatía, credibilidad, responsabilidad, autonomía, solidaridad, apego políticas institucionales, no sobrepasa el dominio, conocimiento y control de sí mismo, espíritu de servicio, critico, objetivo, justo, respeta la dignidad humana, expresión oral acorde con la población atendida, respeta decisiones de las personas en la solución de problemas.
- **Funciones:** es investigador, asistencialista, administrador, educador en promoción y prevención, rehabilitador, atiende directamente, mediador y conciliador, orientador, etc.”⁵¹.

Como análisis general, se puede decir que el Trabajador Social es un ente integrador de las necesidades a responder tanto a poblaciones usuarias, instituciones del área de la salud. Resaltando, que cuando se habla de un ente

⁵¹⁵¹ FALLA RAMIREZ, Uva. Trabajadora Social, Docente investigadora Programa de Trabajo Social. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca. 2006, p. 83-90

integrador, es porque de acuerdo al contexto y a la población a la cual va dirigida la profesión, se requiere de conocimiento, capacidades, destrezas y habilidades, actitudes y funciones que respondan a dichas necesidades. El Trabajo social busca conocer y actualizarse de los cambios diarios del quehacer profesional y social. El trabajador social es una profesión adaptativa al medio, las circunstancias, las poblaciones, contexto como en este caso: La salud.

3.4.1 FUNCIONES ESPECÍFICAS DEL TRABAJADOR SOCIAL EN CAPRUIS

“La profesión del trabajo social promueve el cambio social, la solución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación de las personas para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales, el trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los derechos humanos y la justicia social son fundamentales para el trabajo social.”

*Federación Internacional
de Trabajo Social (FITS)*

Para enfatizar en el rol que tiene el Trabajador Social dentro de CAPRUIS, se señala que el profesional se encuentra ubicado tanto en el **campo administrativo**; en el cual se encarga de las afiliaciones y desafiliaciones de los usuarios y base de datos de los mismos, como en el **campo médico-asistencial**; en este se encarga de actividades de promoción, prevención, educación, organización, ejecución y tratamiento de los aspectos socio-familiares a nivel grupal e individual de los usuarios.

Se describir las funciones del Trabajador Social en CAPRUIS:

Cuadro 3: Funciones del Trabajador Social en CAPRUIS

CAMPO	FUNCION	DESCRIPCIÓN
ADMINISTRATIVO	<u>ADMINISTRADOR:</u> • Regula • Organiza • Controla • Coordina	Responsable de los procedimientos de afiliación de cotizantes, beneficiarios y retiro de usuarios, conforme a las normas legales vigentes.
		Cambio de condición de afiliados directo a pensionado.
		Coordinación de convenios RUSS (Red Universitaria de Servicios en salud), manteniendo actualizada la información de usuarios que tiene derecho a recibir servicios, y apertura de servicios dentro y fuera de la institución (y ciudad).
		Actualización de base de datos
		Control de la población beneficiaria mayor de 18 años en etapa educativa y mayores de 25 años.
		Tramita suspensión temporal del servicio a usuarios que lo soliciten.
		Control del periodo de protección laboral de los usuarios que se retiran de la institución
		Pasa informe mensual a las clínicas en medio físico, el listado de afiliados y beneficiarios de CAPRUIS
		Lleva control y registro en el sistema, acerca de las órdenes de exámenes por concepto de posesión del personal de la universidad.
		Asignar códigos individuales a los usuarios de la Red Universitaria de Servicios en Salud.
MEDICO-ASISTENCIAL	<u>ASESOR</u>	Crea y mantiene canales efectivos de comunicación entre directivos, funcionarios, instituciones y usuarios.
		Consultas sociales, familiares e individuales y ejecuta su respectivo proceder ante situación presentada, además, diagnóstica y lleva tratamiento social cuando el caso lo requiere.
		Realiza visitas domiciliarias a los pacientes hospitalizados y brinda asistencia social.
		Realiza visitas domiciliarias a los usuarios, en conjunto con el personal médico y paramédico (Trabajo interdisciplinario).
		Incentiva la reorganización de los grupos de participación social, en los sistemas de información al usuario.
		Apoyar la iniciativa de la población usuaria entorno a la creación de programas que respondan a una realidad sentida.
	<u>EDUCADOR</u>	Conforma grupos de pacientes con patologías compartidas y desarrolla con ellos programas socio-educativos.
		Orientación y terapia familiar de acuerdo a tratamientos y según lo requiera.
		Realiza talleres lúdico-reflexivos con las poblaciones que lo requieran.
		Elabora y ejecuta programas de promoción y prevención con estudiantes de práctica en Trabajo Social, para población discapacitada y adulta mayor.

		Elabora artículos sobre medicina preventiva para el boletín institucional.
		Participa y atiende los programas de Crecimiento y desarrollo (programa preventivo para niños y niñas) y De Todo Corazón (programa de riesgos cardiovasculares)
		Profundiza sobre situaciones problemáticas dentro del entorno familiar e individual del usuario
		Realiza estudio sobre caracterización de la población usuaria de CAPRUIS, a través, de las estudiantes de práctica de Trabajo Social.
	<u>INVESTIGADOR</u>	
	<u>ORIENTADOR</u>	Orienta a los usuarios acerca de programas de promoción y prevención que realiza la entidad.

FUENTE: la autora. Bucaramanga, 2007

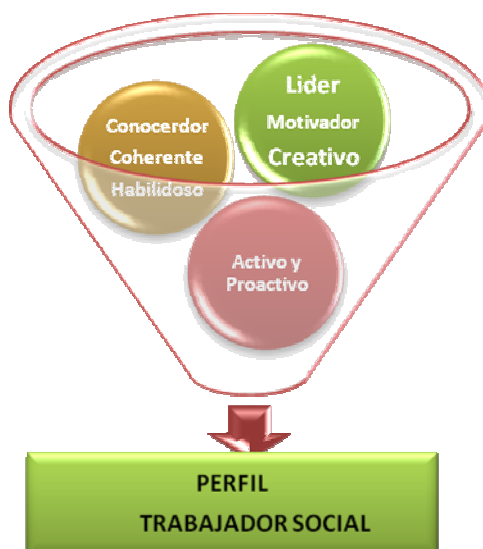
Vale la pena profundizar en la función de administrador y educador. Para ello se menciona que el Trabajador social en el ámbito de administrador se caracteriza por regular, organizar, controlar y coordinar eficientemente las operaciones referentes al servicio en salud; también lidera programas y servicios sociales lo que implica: programar, organizar, coordinar, dirigir, y controlar. Así mismo, informa y orienta a los usuarios, autoriza servicios, atiende a los afiliados y vinculados e implementa el sistema de información y finalmente reporta periódicamente su gestión. En cuanto al ser **educador**, en la promoción y prevención, se puede encontrar la promoción social de la salud constituida por las acciones encaminadas al bienestar de la población afiliada. Por último vale la pena aclarar, que el campo asistencial, se fundamenta en un sistema organizado de auxilio, consejo, educación al usuario; también se puede decir que se refiere a las acciones dirigidas a proveer a las personas afectadas por contingencias (emergencias) de apoyo social para satisfacer de manera inmediata sus necesidades apremiantes.

Finalmente estas funciones buscan, ejecutar acciones encaminadas a que los grupos de la población usuaria de CAPRUIS, logren mejorar su calidad de vida, donde se maneja bajo uno de los principios rectores de la institución el “trato humanizado”, así se busca la concientización del valor y la dignidad de la persona como tal.

3.4.2 PERFIL PROFESIONAL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN CAPRUIS

El Trabajador social ubicado en la Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander “CAPRUIS”, requiere de ciertas cualidades que den respuesta a las necesidades que presenta la población usuaria, ya que sus afiliados son en su mayoría profesionales, pensionados, trabajadores, población vulnerable como: discapacitada, niños y niñas, mujeres embarazadas, adulta mayor, etc. Esto genera exigencias para el profesional, ya que su población es variada y cada una de ellas exige tanto un nivel cognitivo como conductual, que sea acorde a las situaciones que se requiera intervenir. Para ello se presentan a continuación algunas de las cualidades que debe presentar un Trabajador Social en CAPRUIS:

Figura 7. Cualidades del Trabajador Social en CAPRUIS



FUENTE: La autora. Bucaramanga, 2008

Para ello, se requiere de un Trabajador Social que se apasione por el tema de la salud, espacio que demanda mayor cuidado, pues se trabaja con la vida de las personas, de aquellas que requieren a diario de los servicios en salud.

4. CARACTERIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL EN LA CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER “CAPRUIS”

En el proceso de práctica de Trabajo Social en el área de Salud, permitió articular el conocimiento aprendido en la academia, con el ejercicio práctico, a su vez, se logro el desarrollo de habilidades que contribuyeron en el perfil profesional, los cuales estuvieron enmarcados bajo principios de confiabilidad, respeto, solidaridad, integralidad, corresponsabilidad, transparencia e indispensable la confidencialidad.

Para el segundo periodo académico del año 2007, se dio la segunda practica en La Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander “CAPRUIS”, institución caracterizada por su objetivo institucional, el cual tienen como propósito el satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios, a través de un servicio con calidad, bajo valores institucionales como el trato Humanizado, innovación y creatividad, estos a su vez, implementados en su política de calidad, el cual requiere del desarrollo de programas de prevención y promoción en términos de eficiencia, eficacia, al igual que del trato humanizado, esto buscando la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios. Lo mencionado proporcionaron las bases fundamentales para el desarrollo de la práctica profesional de Trabajo Social, de igual forma, posibilitaron el desarrollo de acciones que permitieron implementar nuevos procesos de atención a la población, y mejorar la calidad de vida de sus afiliados, aportando conocimientos, para el desarrollo a nivel humano y social de la misma.

Es por ello, que para el proceso de intervención de la práctica profesional, se llevo a cabo las siguientes etapas: **Ubicación institucional**, aquí se llevo a cabo el reconocimiento del área organizacional, del talento humano, la prestación de servicios, su razón social, su historia institucional, la ubicación profesional de Trabajo Social, y sus funciones dentro del campo de la salud. La siguiente etapa

del proceso fue la **Planeación**, se desarrollo a partir de la elaboración del diagnostico inicial, mediante la implementación de la matriz DOFA, en el cual se construyó el plan de acción, mediante en desenvolvimiento de acciones estratégicas. A continuación de se llevo a cabo el proceso de **Ejecución**, en este se puso en práctica los conocimientos adquiridos en la academia, los cuales sirvieron en el momento de implementar herramientas, técnicas, metodologías y estrategias aprendidas. Finalmente se realizó la Evaluación del proceso, mediante la elaboración del diagnostico final, la cual fue de retroalimentación para los resultados obtenidos.

4.1 ANALISIS SITUACIONAL

Para conocer las condiciones de la institución se aplico el instrumento de análisis, descrito como “Matriz DOFA”, el cual permitió realizar un estudio de las fortalezas y debilidades internas de CAPRUIS, también de las oportunidades y amenazas que el medio social, político, económico, cultural, y en general pueden influir en la institución. Esto dio paso a establecer unos objetivos y un plan de acción, los cuales responden a lo encontrado. A continuación se presenta el Diagnóstico realizado:

Cuadro 4. Matriz DOFA, análisis institucional

MATRIZ DOFA			
FACTORES EXTERNOS	FACTORES INTERNOS		FACTORES EXTERNOS
AMENAZAS	DEBILIDADES	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
1. Sanción del Estado frente a la no implementación de estrategias de participación de los usuarios	1. Carece de un sistema de información y atención para el usuario.	1. Cuentan con valores institucionales como: La innovación, creatividad y trato humanizado.	1. Existencia de una cultura de uso de información por parte de los usuarios.

2. Fragilidad de sociedad civil para la continuidad en los procesos de participación 3. Falta de empalme en los proyectos gubernamentales y continuidad a los mismos. 4. Cambios socioeconómicos 5. del contexto colombiano frente a los procesos del TLC. 6. Crecimiento y decrecimiento de la tasa de intereses en el mercado. 7. Existencia de multifiliaciones por parte de usuarios a EPS, pues el mercado es competente.	2. Falta de metodologías adecuadas que permitan formalmente el ejercicio participativo e incluyente. 3. Carece de estrategias participativas que involucren al usuario en el mejoramiento de la calidad del servicio. 4. Falta de un sistema de archivo la cual se pondere la materialidad y frecuencia de las quejas, peticiones y negaciones del servicio. 5. Carece de oficina exclusiva de Información y Atención al Usuario 6. Sobrecarga de funciones y responsabilidades para control interno, para tender quejas y demandas de usuarios. 7. Restricción de procesos por déficit económica en la institución. 8. Falta de equipos y tecnología no actualizadas dentro de todas las dependencias. 9. Procesos inconclusos en las poblaciones adulto mayor y discapacitados (visitas domiciliarias). 10. No cumplimiento de horarios por parte del personal médico.	2. Existencia de políticas de calidad. 3. Capacidad del personal para diseñar y ejecutar proyectos concertados. 4. Nivel educativo de las personas que son usuarias de la institución. 5. Dinamismo, compromiso y responsabilidad en el equipo interdisciplinario de CAPRUIS. 6. Alta gerencia proactiva*, prospectivo 7. Existencia de experiencia de prácticas de la estudiante de Trabajo Social. 8. Realización de Encuestas que evalúen el servicio al cliente para todas las dependencias de CAPRUIS. 9. Visión sistémica de CAPRUIS y su Gerencia 10. Reconocimiento de CAPRUIS a nivel regional y nacional. 11. Proyectos formulados para la puesta en marcha	2. Nuevas tendencias en administración de entidades. 3. Existencia de programa de apoyo a la reforma de salud, del Ministerio de Salud. 4. Existencia del Sistema de Garantía de Calidad. 5. El mercado y sus cambios exigen a las instituciones cambios innovadores; entre ellos el TLC. 6. Existencia de programas y políticas del Estado e instituciones privadas que permiten el trabajo con poblaciones adulto mayor y discapacitados.
--	---	---	--

FUENTE: La autora. Bucaramanga, 2007 *Concepto referido al desarrollo consciente de proyectos creativos Y audaces para la generación de mejores oportunidades.

Se realizó el cruce de variables, del cual surgieron las estrategias y sus acciones, las que facilitaron el proceso de intervención en las situaciones encontradas, y

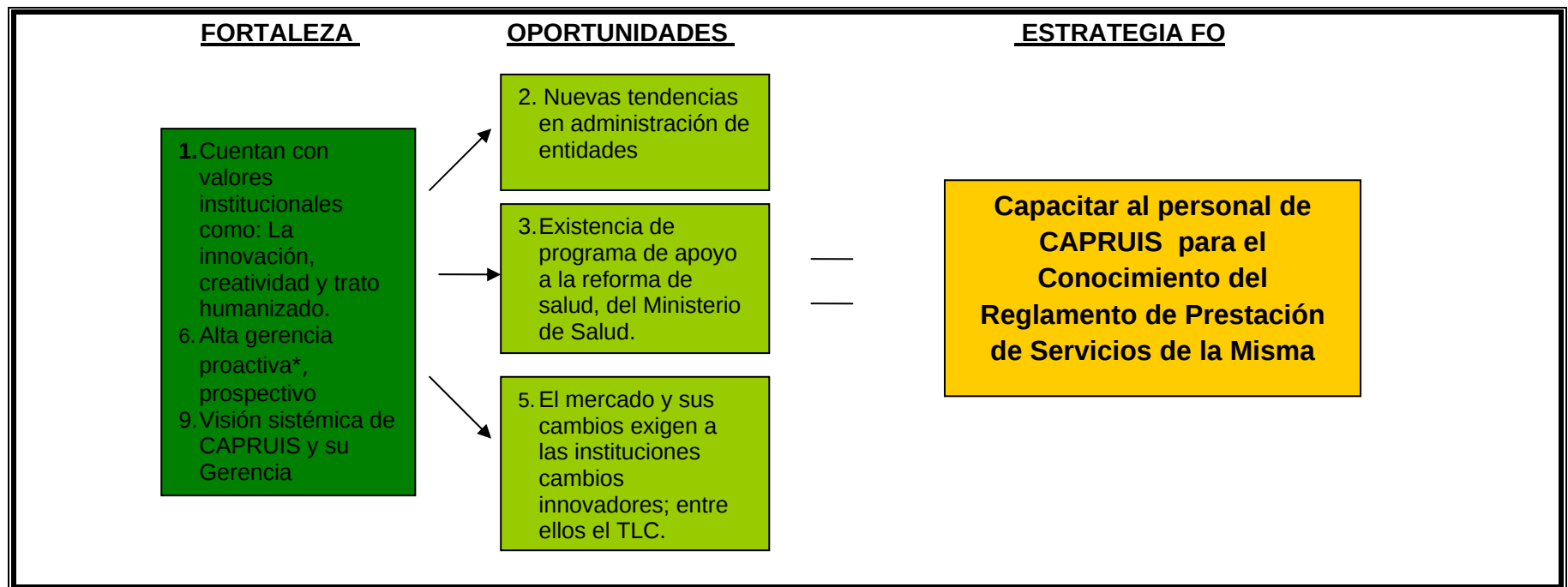
respondieron a las exigencias que se presentaron. A continuación se presenta el análisis de la Matriz DOFA y estrategias emergentes:

ANALISIS MATRIZ DOFA

ANALISIS MATRIZ DOFA

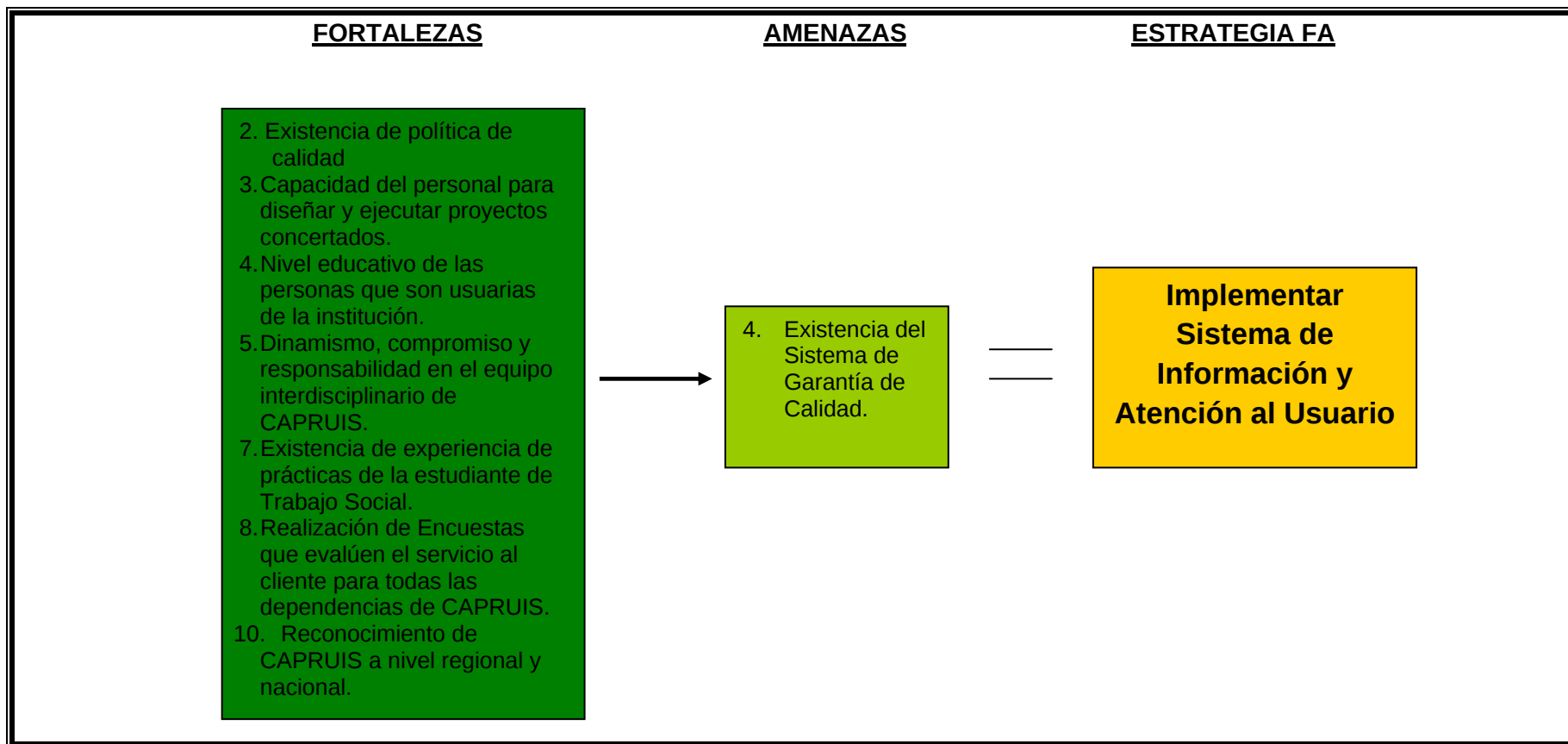
4.2

Figura 8. Cruce de variables y estrategia emergente “FO”



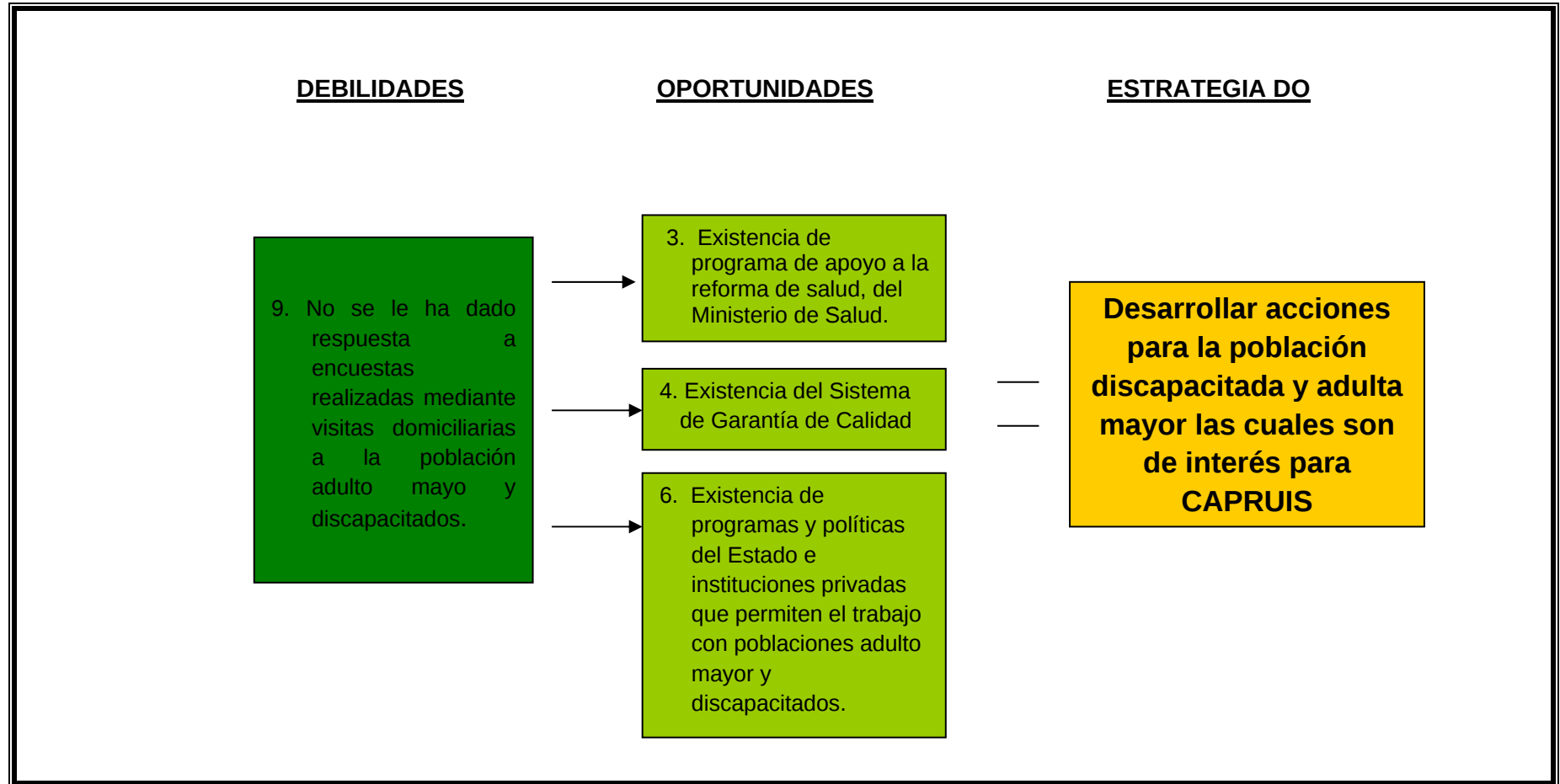
FUENTE: La autora. Bucaramanga, 2007

Figura 9. Cruce de variables y estrategia emergente “FA”



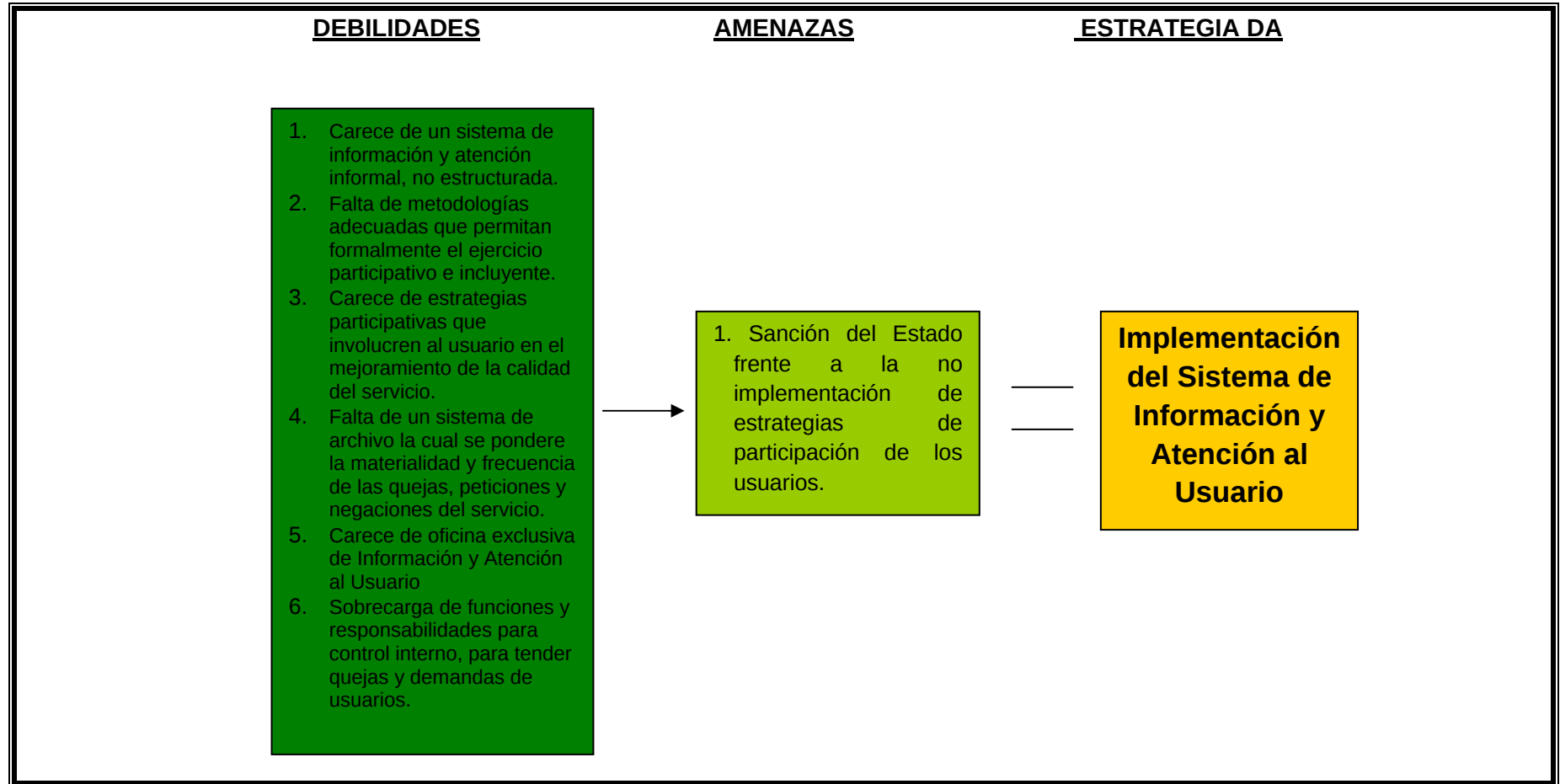
FUENTE: La autora. Bucaramanga, 2007

Figura 10. Cruce de variables y estrategia emergente “DO”



FUENTE: La autora. Bucaramanga, 2007

Figura 11. Cruce de variables y estrategia emergente “DA”



FUENTE: La autora. Bucaramanga, 2007

En el análisis de la Matriz DOFA, se encontró la necesidad de desarrollar procesos para mejorar la calidad de la prestación de los servicios, ya que este es un punto clave, para responder a los objetivos institucionales, y con ello, se apunta a la humanización de los servicios, logrando mejorar la calidad de vida de la población, mediante un trato humanizado. Para ello se identificaron tres (3) estrategias, las cuales sirvieron de respuesta al objetivo estratégico emergente, y a las necesidades encontradas dentro de CAPRUIS. Las estrategias son las siguientes:

1. Implementación del Sistema de Información y Atención al Usuario “SIAU”
2. Capacitar al personal de CAPRUIS, para el conocimiento del Reglamento de Prestación de Servicios de la Misma
3. Desarrollar acciones para la población discapacitada y adulta mayor las cuales son de interés para CAPRUIS.

Se desarrollaron por medio de acciones estratégicas que ayudaron a cumplir cada una de las estrategias, las cuales permitieron el logro del objetivo final, “Optimizar la prestación de los servicios de la Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander”.

4.3 PLANEACIÓN

PLAN ESTRATEGICO DE ACCIÓN:

OPTIMIZACION DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Cuadro 5. Planeación del proceso de intervención profesional, objetivo y estrategias

OBJETIVO ESTRATEGICO: Optimizar la prestación de los servicio de La Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander “CAPRUIS” , para garantizar la calidad de vida de los usuarios, a través de la prevención y la promoción de conductas saludables, a su vez se lleven a cabo, acciones que permitan la participación activa, el bienestar y el trato humanizado de su población afiliada, Bucaramanga, 2007				
ESTRATEGIA 1: Implementar Sistema de Información y Atención al Usuario				
ACCIONES ESTRATEGICAS	METAS	INDICADORES DE LOGRO	INDICADORES DE GESTIÓN	AVANCE DE PROCESO Y PROPOSITOS
Presentar la propuesta de Implementación del SIAU, mediante exposición a gerencia, para la aprobación de la misma.	Para la cuarta semana del mes de enero del 2008 se espera la aprobación de la propuesta del SIAU.	Elaboración y firma de acta de resolución.	Realización de reunión con gerencia	Se presento la propuesta, se aprobó y se delego la elaboración de la Resolución a al Asesor de Control Interno. La cual dará paso a la formalidad y legalidad del SIAU en la entidad CAPRUIS.
Informar al personal, la población usuaria	Para la última semana de enero, la primera y segunda	Reunión realizada,	Entrega de informe de reunión	Se dio paso a formalizar el SIAU, con los

(interna y externa) de CAPRUIS, mediante: boletín de información y circular informativa.	semana del mes de febrero del 2008 se habrán llevado acabo una reunión informativa Se estarán entregando los boletines de información y las circulares.	boletines y circulares entregados	# de boletines entregados/ # total de boletines entregados # de circulares entregados/ # total de circulares entregados	empleados, después de estipular quien se ocupara de atender el Sistema de Información y Atención al Usuario, de ubicarlo y de colocar la línea correspondiente al mismo. Además, se hará más intensiva la publicidad para el SIAU. Los boletines y circulares no fueron entregados por falta de información específica como ubicación del SIAU y línea telefónica.
Recepción de información inquietudes y peticiones de los usuarios	Para la segunda y tercera semana del mes de febrero del 2008 se habrá entregado el primer informe de resultados, y cada quince días se entregará reporte de lo realizado.	Entrega del primer informe de resultados y entrega de informe del mes de febrero.	Elaboración documento escrito	Entrega del primer informe por la persona encargada de la atención del SIAU. Realizándose mensualmente o de acuerdo como sea estipulado en la Resolución.

ESTRATEGIA Nº 2: Capacitar al personal de CAPRUIS para el conocimiento del Reglamento de Prestación de Servicios de la misma

ACCIONES ESTRATÉGICAS	METAS	INDICADOR DE LOGRO	INDICADOR DE GESTIÓN	AVANCE DE PROCESO Y PROPOSITOS
Sensibilizar al personal, para la implementación de programa.	Para la primera semana de febrero del año 2008 se habrá realizado una capacitación con el personal para la información de programa.	Reunión informativa coordinada y realizada por la Trabajadora Social en práctica.	# asistentes a la capacitación realizada / total de convocados X 100	Se llevo a cabo la divulgación del concurso, además se inicio la publicidad del mismo, al igual que se dio por escrito los pasos del concurso al personal de CAPRUIS
Realizar concurso "Atrapando estrellas", para conocer el Reglamento de Prestación de Servicios de CAPRUIS.	Para la tercera semana del mes de febrero de 2007 se habrá desarrollado el concurso.	Actividades de realizadas y coordinadas por la Trabajadora Social en práctica.	# de actividades desarrolladas/ # de actividades programadas	La entrega de publicidad y la publicada en sitios estratégicos fue de gran estimulación para el personal de CAPRUIS. Además, se divulgo las estrategias de etapas del concurso. El número e actividades fueron llevados a cabo.
Efectuar clausura del concurso y entrega de premios de ganadores, mediante reunión	En la tercera semana de febrero de 2007 se habrá clausurado el concurso, entregado premios.	Mayoría de participantes al eventos	# de convocados / # de asistente.	Se gestionó los premios de ganadores, más no se pudo llevar a cabo el concurso. Este fue aplazado por motivos de reforma del Reglamento de Prestación de Servicios de CAPRUIS.

Realizar informe sobre los resultados obtenidos del concurso.	En la cuarta semana de febrero de 2007 se habrá entregado informe de resultados	Informe escrito de resultados obtenidos del personal participante.	# de participantes / # de asistente.	Lo llevará acabo la Trabajadora Social de planta y la nueva practicante.
Apoyar las diferentes actividades satélites como: 1. Programa de crecimiento y desarrollo 2. Atención y retroalimentación en el programa “de todo corazón” 3. Atención en el área administrativa.	En el mes de febrero de 2008 se habrá realizado: 1. Folletos del programa de crecimiento y desarrollo por etapas, plegables de maltrato intrafamiliar e implementado diapositivas interactivas para el programa C.D. 2. Charlas reflexivas en el programa elaborado “Apoyo De Todo Corazón” en cada sección establecida por el médico general. 3. Actividades de asesoría e información a la población en general que la requiera.	Informe de Actividades coordinadas y realizadas por la Trabajadora Social en práctica	Total actividades realizadas / total actividades programadas X 100	Entrega informe de cada actividad realizada: 1. Los folletos son de gran ayuda para el programa ya que brinda mayor claridad del mismo, además se tiene en cuenta al niño o niña e incurre en su enseñanza. 2. Sirvieron de apoyo y refuerzo en el concepto de autocuidado al usuario que se encuentra en el programa. 3. Se dio respuesta a cada situación presentada en el área administrativa.

ESTRATEGIA 3: Desarrollar acciones para la población discapacitada y adulta mayor las cuales son de interés para CAPRUIS

ACCIONES ESTRATEGICAS	METAS	INDICADOR DE LOGRO	INDICADOR DE GESTION	AVANCE DE PROCESO Y PROPOSITOS
Generar espacios de esparcimiento para la población discapacitada y adulta mayor para la ocupación del tiempo libre.	Para la cuarta semana del mes de febrero se habrá realizado reunión, taller reflexivo, salidas lúdico-recreativas y visitas domiciliarias a los grupos poblacionales.	Realización de actividades a los grupos poblacionales	# de usuarios asistentes/ # total de convocados	El número de asistentes fue de un 20%, de las actividades realizadas. Más aún para la población discapacitada, surgió la necesidad de crear un grupo de redes productivas, dejándose como punto tentativo a realizar. Se creó el programa de "Recordando mí ayer" y el programa "Generando luz"
Implementar la estrategia del buen trato en el ambiente familiar de la población discapacitada y adulta mayor	Como mínimo a la tercera semana del mes de febrero se habrá realizado las visitas domiciliarias programadas a las personas pertenecientes a grupos conformados.	Realización de visitas domiciliarias, informe de visitas y de resultados obtenidos de las mismas.	Total de visitas realizadas / total de visitas programadas X 100	El total de visitas realizadas cobijaron el 98% en total de lo programado. Se llevó a cabo con éxito la implementación de la estrategia del buen trato con las familias y el usuario.

FUENTE: la autora. Bucaramanga, 2007

4.4 EJECUCIÓN

PROCESO METODOLOGICO

Para lograr el objetivo estratégico, se desarrollaron acciones estratégicas, donde fueron designadas herramientas y técnicas metodológicas para el proceso de intervención.

Es así como en el periodo comprendido entre agosto del 2007 y marzo del 2008, se ejecutaron acciones de atención, prevención y promoción de la salud y la participación de los afiliados de La Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander, utilizando diversas metodologías educativas como talleres reflexivos, charlas reflexivas, talleres lúdico-recreativos, terapia familiar, folletos, programas, técnicas de participación, etc. Esto con el interés de llegar a toda la población, hacerla participe del mejoramiento de la prestación de los servicios y así, apuntar a mejorar su calidad de vida de los mismos. Para ello se busco lograr los objetivos plasmados, es por ello que se llevo, a cabo el proceso que se presenta a continuación, los cuales se desarrollaron por estrategias:

ESTRATEGIA 1: “IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO, SIAU”, se dio prioridad, pues CAPRUIS no contaba con una forma de participación social de los usuarios en salud, la cual es regida por el SGSSS, siendo necesario su ejecución, pues la ley establece su importancia en la creación de espacios de intervención de los afiliados en el sistema de salud. Para ello se realizaron acciones estratégicas, tales como;

En primer lugar se procedió a presentar la propuesta de Implementación del Sistema de Información y Atención al Usuario, mediante la exposición de la misma a; Gerencia, Control Interno y Trabajo Social, permitiendo dar a conocer las ventajas y desventajas de su implementación, teniendo como resultado la aprobación por parte de Gerente, de la puesta en marcha del mismo. Más aun, se

comprometió a elaborar la resolución, así se, legalizaría el inicio del sistema, la elaboración de éste se delegó al Asesor de Control Interno, quien por motivos laborales no pudo elaborar y entregar el documento, afectando la realización y continuidad del mismo, pues la segunda acción, era la de informar al personal interno, a la población usuaria (interna y externa) de CAPRUIS, ésta a través de boletines informativos y circular informativa, siendo elaboradas más no entregadas, debido a que no se realizó y legalizó la resolución.

A pesar de los imprevistos, desde la oficina de Trabajo Social se inicio el proceso de recepción de la información, inquietudes, reclamos y peticiones de los afiliados, dándole su respectivo procedimiento, más no se llevó control de archivo de las mismas, pues no se podía realizar por motivos mencionados. Todos estos imprevistos generaron la no continuidad de las acciones estratégicas siguientes, pues este proceso se desarrollo por fases consecutivas y al no tener el inicio sólido... su futuro era incierto. En cuanto a la publicidad (ver anexo 14), la información a dar a la población, los Formatos de quejas y reclamos, Formato de consolidado de quejas y reclamos mensuales y Formato de Seguimiento institucional e Instructivo de diligenciamiento del formato de registro de peticiones, quedaron elaborados para su implementación, donde con ayuda de herramientas tecnológicas como el programa de Excel, servirán de instrumentos que llevarán el registro, archivo y evaluación del proceso SIAU.

Aun falta estipular quien se ocupará de atender el Sistema de Información y Atención al Usuario, de ubicarlo y de colocar la línea correspondiente al mismo, también especificar el horario de atención, esto hace necesario el trabajo conjunto con los ingenieros de sistemas, quienes participarán en la elaboración de la herramientas tecnológicas de fácil acceso (Excel), y herramientas de evaluación para fortalecer los procesos internos de la caja.

Esto conlleva a que en el futuro se generen propuestas que apoyen la consolidación y fortalecimiento del Sistema de información y Atención al Usuario

dentro de CAPRUIS, para dar continuidad al sistema y sea herramienta administrativa en la toma de decisiones, esto, con la participación social en salud por parte de los usuarios, cumpliendo con el Decreto 1757 de 1994, el cual reglamentó la forma como se organizan y establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, respondiendo así, al art. 369 de la Constitución Política de 1991; estableciendo los deberes y derechos de las personas usuarios de servicios, formas de participación en la gestión y fiscalización de las entidades estatales que presten servicios, en este caso de salud, garantizando la calidad en la prestación de los mismos.

ESTRATEGIA 2: “CAPACITAR AL PERSONAL DE CAPRUIS, PARA EL CONOCIMIENTO DEL REGLAMENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LA MISMA”

Aquí se llevaron a cabo las acciones estratégicas, siguientes;

- 1. Sensibilizar al personal:** para la implementación del concurso con el personal, se requirió de fases: en la primera fase se llevo a cabo la elaboración de materiales necesarios para la realización de concurso, para ello se hicieron; folletos, afiches publicitarios, estrella tic, buzón de sorpresas, listado de preguntas del concurso y listado del personal participante (ver anexo 1, 2) incentivando con ello, el inicio de algo nuevo en la entidad, al igual que se enviaron mensajes interno por computador sobre la publicidad del mismo. A su vez, para conseguir mayor auge y participación se divulgó verbalmente con pistas sobre la novedad en CAPRUIS, generando intriga y emoción en el personal, además, se publicó una cartelera en la que se presentó partes esenciales del Reglamento, estas sirvieron para consultar en caso de caso de preguntas espontaneas por parte de la Trabajadora Social, de esta forma ganar puntos en el concurso.

Luego, se elaboraron los mensajes que serían enviados por diferentes vías “sorpresas”, como el computador y notas estrellas, para esto se hicieron “Estrella Tic” en la que se encontraba un mensaje o un acertijo, llevándolos a consultar el Reglamento, para la acumulación de estrellas, osea ,puntos. Se hizo un buzón de sorpresas, con mensajes ocultos, folletos con; sopa de letras, rompecabezas y juegos. La segunda fase fue la reunión de información sobre el concurso, éste era el punto final de la etapa de sencibilización, realizandose en una semana esta fase. Alcanzando así, el primer objetivo, que era lograr el interes y la participación con entusiasmo de la población. En la reunión se dio a conocer los objetivos y el procedimiento del concurso. Esto incentivó aun más a la personal. Para mayor detalle en el anexo 3 se presenta la propuesta del concurso, al igual los pasos a seguir en el mismo.

2. **Realizar el concurso “Atrapando Estrellas”:** Para dar inicio al concurso se debía tener el Reglamento de Prestación de Servicios de CAPRUIS, este era el pilar del Concurso, en él, el personal se apoyaría, para dar respuesta al concurso y los pasos a seguir. Pero por motivo de reforma del mismo imposibilitó la continuación del concurso, es así como se daría continuidad con la estudiante en práctica que llegará el siguiente semestre. Por lo tanto las acciones que acontinuacion se presentan son los pasos a seguir para quien continuo el proceso.
3. **Efectuar clausura:** en este espacio, se realizaría la entrega de los premios, para el primer, segundo y tercer puesto de quienes participaron más y obtuvieron mayor número de estrellas. Para efectos de evaluar los resultados obtenidos, se debería hacer al final de la clausura del concurso “Atrapando estrellas”. Haciendo la respectiva reflexión y la dinamica “diálogo de saberes”, para analizar si se logró el objetivo inicial. Además, se entregaría la premiación y se daría un refrigerio como momento de compartir.

4. **Entrega de Informe final:** según la reflexión y el análisis del proceso se realizaría la evaluación por parte del personal y de la estudiante en practica encargada, luego se elaboraría el informe por escrito dando los resultados obtenidos del concurso y se haría entrega de estos a Gerencia.
5. **Otras acciones;** denominadas **“Apoyo a las diferentes actividades en el área administrativa”:** Esta fue otra acción estrategica ejecutada en el área administrativa, la cual se encamino a trabajar con:
- a) Intervención en el programa “CRECIMIENTO Y DESARROLLO”: lo efectuado en este espacio fue intervenir en la detección temprana de la enfermedad, seguimiento, evaluación y recuperación de la población infantil usuaria de la entidad. Para el desarrollo del programa, la estudiante en practica se encargo de intervenir los días martes y miercoles, atendiendo 12 niños y niñas semanales, siendo en promedio 192 niños y niñas en el semestre. Como apoyo en el programa se elaboraron folletos que indicaran la etapa de crecimiento de los niños por edades, en el cual se especificaba al padre o madre asistente a la consulta, en que etapa se encontra su hijo y cuales son los comportamientos sociales y familiares dados por el infante (ver anexo 4). Con este se logró que cada padre y madre de familia obtuvieran conocimiento de las conductas y comportamientos dados por sus hijos.

Tambien se implementó el uso de sistemas de computo en el que se efectuó, diapositivas interactivas y ludico-recreativas esto, con el fin de que los niños tambien aprendieran como era su etapa de crecimiento y lo que necesitaban para su desarrollo, esta estrategia se respaldo mediante bases educativas, en el cual la educación en la salud, fue de generar proceso de concientización, reflexión, participación tanto de las y los niños, encaminados a fortalecer los lazos del desarrollo y crecimiento en la familia, comprometiendolos con su salud a través del cambio de conocimientos, actitudes, valores y prácticas saludables., esto mediante el diálogo reflexivo. Además, se elaboró la

campaña “Educando con amor” (ver anexo 5), en la cual se realizó charlas reflexivas, sobre el maltrato infantil e intrafamiliar y se entregaron plegables, en donde se daban pautas para una educación con amor.

Estas estrategias lograron un impacto en los padres de familia de los niñ@s, pues se estimuló y creó un ambiente de responsabilidad y mayor asistencia al programa, al igual que la puntualidad al mismo. En los niños se mostró interés por aprender mediante el juego, observando sobre como ellos crecían y se desarrollan, llevando los conocimientos aprendidos a su círculo familiar (esto expresado por los padres y madres de los niñ@s). Así se logró implementar una nueva estrategia en el programa, las cuales se continuaron implementando.

b) Intervención en el Programa “DE TODO CORAZÓN”: el programa tuvo como objetivo ofrecer a los pacientes con alto riesgo cardiovascular, un manejo integral que sea intensivo, tanto a nivel farmacéutico como no farmacéutico, mediante diversas estrategias aplicadas por el equipo interdisciplinario en la entidad, con el fin de disminuir la morbilidad y mortalidad resultantes de la Enfermedad Cardiovascular, como ya se menciona se realiza un trabajo en equipo, en el cual el Trabajador Social cumple con la función es educar en cuanto a estilos de vida saludable, control y seguimiento de las metas establecidas por cada profesional, vincular a la familia en el proceso para fortalecer la intervención y el logro de las mismas. A su vez, que este se comprometa a cumplir con lo establecido para la siguiente sección. Para ello se implementó estrategias como educación en salud, diálogo reflexivo, diapositivas interactivas-lúdico-reflexivas, lectura reflexiva como “sabía la extraterrestre” (ver anexo 6) y ficha de compromiso personal (ver anexo 7).

Además se implementó la estrategia del “AUTOCUIDADO”, mediante diapositivas, haciendo reflexiones en cuanto; Evidencia el derecho de cada

persona a mantener un control sobre su propio patrón de vida, esto implica recibir información que clarifique como realizar un plan de vida óptimo, mi salud...no es responsabilidad de terceros, se requiere de una fase de interdependencia para lograr mi estabilidad y la fuente de salud, es el bienestar y la vitalidad.

Todo lo mencionado, más el bombardeo de mensajes como: *"Cuando escuchas con amor los mensajes de tu cuerpo, lo nutres con los alimentos que necesita, lo mantienes en forma y lo amas, no creo que contribuyas a crear enfermedades. Como todo lo demás en la vida, nuestro cuerpo es un reflejo de nuestros pensamientos y creencia más intimas. Tu cuerpo siempre te está hablando; dedica un tiempo a escucharlo. Todas las células responden a cada pensamiento que tienes y cada palabra que dices."* Adaptado de Ama tu cuerpo. Louise L. Hay, lograron un mayor índice de asistencia al área de Trabajo Social, mayor honestidad en los procesos a realizar con ellos, interes en seguir y esforzarse en el trabajo con su salud.

Tambien se empoderó al paciente de su propia salud, haciendo de ellos personas con conocimiento de los factores negativos que aceleran los problemas de salud y los factores positivos que estimulan una vida sana, es así como se llevaban al finalizar en cada sección un mensaje que decia; *"Sé que el poder más importante está en mi mente y en mi voluntad, ese poder me da la oportunidad de ayudarme. Por eso de hoy en adelante no me permitiré...hacerme daño"*. Por otro lado, se llenaba una ficha, con ella, se ratificaba un compromiso personal que el paciente hacia consigo mismo y con quien lo intervenia (en este caso la estudiante en práctica), además, se hacia lectura reflexiva titulada "Sabia la estraterrestre".

c) Atención en el área Administrativa: se llevó acabo en la oficina de trabajo social, con la población usuaria en general, que requerían: de información y

atención de quejas, reclamos, peticiones e inquietudes, a su vez, se realizaban afiliaciones y desafiliaciones a CAPRUIS, cambios de condición de beneficiario a cotizante, atención a usuarios de convenio RUSS, entrega de carnet, reporte a clínicas sobre la condición de los usuarios, multifiliaciones y revisión de FOSYGA, entre otras.

ESTRATEGIA 3 “DESARROLLAR ACCIONES PARA LA POBLACIÓN DISCAPACITADA Y ADULTA MAYOR”, ya que esta población es de interés para CAPRUIS, se crearon espacios de esparcimiento para la ocupación del tiempo libre y se implementó la estrategia del Buen Trato, para ello se presentaron dos propuestas para las dos poblaciones: Discapacitados y Adulto mayor, este último se dividió en dos grupos focales; el primero, mayores de 80 años (el cual luego se expandió a mayores de 60 años) con disponibilidad de tiempo, y el segundo grupo focal, el de visitas domiciliarias y apoyo familiar. A continuación se especificarán las acciones estratégicas, que se trabajaron conjuntamente, ya que estas se implementaron para toda la población a intervenir.

- | | | |
|---|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Generar espacios de esparcimiento e 2. Implementar la estrategia del Buen Trato en el ámbito familiar | { | <p><i>Población Discapacitada</i></p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p><i>Población Adulta Mayor</i></p> |
|---|---|--|

a) **Población Discapacitada:** en esta población por los datos estadísticos arrojados, se propuso y se aprobó por gerencia la creación del programa “Generando Luz” (ver anexo 8), donde este tuvo su origen en la primera reunión lúdico- reflexiva realizada con la población, teniendo como fin indagar los intereses individuales y grupales, para que de acuerdo a las necesidades encontradas surgiera la satisfacción de dichas necesidades, de esta forma la participación de ellos era fundamental para el desenvolvimiento del programa a seguir, pues la respuesta saldría de ellos, y así resultó, pues a partir de la reunión reflexiva tuvo como resultado la

generación de nuevas ideas para implementar para los mismos. En la reunión se llevó a cabo la dinámica “diálogo de saberes”, en la misma, se intercalaron dinámicas, con temas alusivos a:

- ♦ Relación y unión familiar
- ♦ Sueños y deseos
- ♦ Visión de futuro (prospectiva)

A la reunión asistieron 8 personas de 20 invitadas. Por otro lado, con respecto a los resultados de esta, fueron:

Factores Positivos:

- ♦ Generó la propuesta de convocar más y nuevamente a la población restante para darle continuidad al programa.
- ♦ Causó interés y deseos de continuar el programa, tanto a padres como a los niños especiales.
- ♦ Salió a relucir el talento que tienen los niños especiales para generar nuevos procesos, como la generación de red orientadas a procesos productivos (unir talentos para generar una microempresa)
- ♦ Interés por el trabajo con la terapeuta ocupacional, para los niños más pequeños, también para los mayorcitos.
- ♦ Interés en que el programa se desarrolle una vez por semana. Expresando que el día viernes por la mañana sería adecuado su realización.

Factores Negativos:

El número de asistentes no fue el planeado, de 20 niños especiales invitados, solo asistieron 5, y 20 acompañantes de los cuales solo asistieron 3. En total asistieron 8 personas.

Las observaciones dadas al programa por parte de los asistentes, fueron las siguientes:

- ♦ Uno de los limitantes para el desarrollo del programa es el transporte para las actividades.
- ♦ El compromiso de la nueva estudiante en práctica esta, en llamar a la población asistida para comunicarles como se continuará la trabajo

Al igual el grupo familiar asistió a las reuniones reflexivas, logrando así el compromiso de apoyar y acompañar a los niños grandes en su proceso. Se desarrollo dinámicas de unión y lazo familiar, así se detectó el trato dato hacia los hijos y viceversa, reforzando el tema de la unión familiar, esto quebranto sentimientos, pero logro afianzar lazos familiares.

En cuanto el programa “*Generando Luz*”, se implementaron estrategias de juego con actividades físico-deportivas con implemento para personas con discapacidades, las cuales se tuvo en cuenta los deportes terapéuticos, recreativos y competitivos según el caso, esto con la intensión de desarrollar habilidades y destrezas para que en el futuro se puedan generar cursos que permitan a la población ingreso económicos mediante el impulso de proyectos productivos, donde logren generar su propia microempresa (idea surgida de ellos).

Dentro del trabajo en el programa, las dinámicas son un instrumento acto para esta población, pues son un medio estratégico para la enseñanza y educación en temas de interés, por ello se hizo un cronograma de actividades en donde se especifica el trabajo con dinámicas (ver anexo 8). Así mismo, se propuso que este trabajo fuera coordinado junto a una terapeuta, la cual atendiera a cada persona de acuerdo a las necesidades requeridas, y sirviera de apoyo en la realización de dinámicas.

También se tocó el tema de Proyecto de Vida, aquí surgió el tema de la microempresa (mencionado anteriormente). También en el programa se plantearon dos salidas lúdicas recreativas, pero por falta de tiempo en la práctica y por motivo de reemplazo de la Trabajadora Social (por vacaciones), se detuvo las salidas, pero se recomendó la continuidad del programa a la siguiente estudiante en práctica.

Población Adulto Mayor: para el trabajo con esta población se llevo a cabo la focalización de dos grupos; con ***el primer grupo;*** denominado población ***“Mayores de 80 años, Grupo focalizado”***, se asistió a visitas domiciliarias, las cuales fueron un total de 25, con ellas se tenía como meta *“Lograr generar conductas saludables y un espacio armónico para el adulto mayor, mediante terapia familiar a la red de apoyo familiar”*, implementando la estrategia del Buen trato y manejo de terapia familiar. Para las visitas, se utilizó el medio telefónico, luego se confirmaba con una hora de anticipo, esto logró garantizar el éxito de las visitas, las cuales se cumplieron el 100% de ellas, esto dio paso a la programación de visitas por zonas, organizando el trabajo.

En las visitas se tuvieron 3 variables de estudiar; “Estado Físico” de la vivienda, “Estado Familiar” y “Estado de salud” del paciente (Ver anexo 9). Se detectó a nivel general; casos de atención sanitaria las cuales son factores promotores de enfermedades y difícil recuperación para la población adulta, también se encontró de adultos viviendo solos en condiciones de enfermedad, falta de apoyo y conflictos familiares, poco estímulo para la realización de deportes, poco acompañamiento para el mismo, de la falta de inspección en la toma de medicamentos, condiciones físicas poco saludables estas evidenciaron aquellos factores negativos para su salud.

Para cada situación encontrada, se dio respuesta oportuna, logrando; el compromiso de los familiares en la puntualidad en la toma de medicamentos, la visita de la trabajadora social en casos de sanidad, citas oportunas de control para pacientes con cuidados médicos, y entrega de informe con los resultados de las visitas en el cual especificaba las condiciones de cada paciente, para ello a continuación se presenta la información encontrada;

Tabla 13. Estado de salud de la población Adulta Mayor

Calificativo	Número	Porcentaje
Favorable	12	50
Medianamente Favorable	10	42
Poco Favorable	2	8
Total	24	100

FUENTE: La autora. Bucaramanga, 2007.

Según los resultados arrojados, la población adulta mayor cuenta con un estado de salud favorable, en ella se resaltó los cuidados que tienen con su ejercicio físico, seguimiento en sus medicamentos y alimentación adecuada, estas condiciones se difieren de acuerdo al 50% de la población visitada, la cual presenta los medios necesarios para que su calidad de vida sea apropiada. Por otro lado aparece, que en un 42%, se encuentran en estado medianamente favorable, esto por motivo de falta de cuidados en el consumo de medicamentos en su mayoría. Finalmente el 8% de esta cuenta con un estado poco favorable, esto se debe al olvido de consumo de medicamentos, falta de ejercicio físico, poco cuidado en su dieta alimenticia y consumo de grasas, harinas que afectan su estado de salud.

Tabla 14. Estado físico de la población Adulta Mayor

Calificativo	Número	Porcentaje
Favorable	18	75%
Medianamente Favorable	4	17%
Poco Favorable	2	8%
Total	24	100%

FUENTE: La autora. Bucaramanga, 2007.

En cuanto al estado físico, se refiere a las condiciones materiales y espacio físico de convivencia, para ello en un 75% de la población cuenta con condiciones físicas adecuadas; habitación cómoda, acorde a sus necesidades físicas, útiles necesarios de aseo, limpieza, cuidados en su aspecto físico, etc. Para el 17% de la población carecen de espacios propios, pues son compartidos por nietos e hijos, los útiles de aseo de igual forma son compartidos, también la limpieza de la casa. Por último, el 8%, viven en condiciones inadecuadas o poco favorables, pues a pesar de que tienen vivienda propia, esta se encuentra en condiciones de desaseo, cuentan con animales que realizan sus necesidades dentro de la casa y no son aseados, existe maleza en lo que anteriormente era el jardín y conservan habitaciones con muebles viejos y llenos de insectos.

Tabla 15. Estado familiar de la población Adulta Mayor

Calificativo	Número	Porcentaje
Favorable	13	54%
Medianamente Favorable	8	33%
Poco Favorable	3	13%
Total	24	100%

FUENTE: La autora. Bucaramanga, 2007.

Para el estado familiar se detectó, que en un 54%, la población vive con su círculo familiar primario, hijos y nietos, esto permite que tengan lazos de apoyo en su estado emocional, ayudando en su ciclo vital. El 33%, vive con algún miembro de la familia, y la falta de ver frecuentemente a sus demás familiares afectan en su estado emocional, pero el 13% de esta población cuentan con lazos familiares disfuncionales, pues se han alejado de la casa con conflictos no resueltos, esto hace que la población vivan en algunos casos “solos”.

Finalmente estas visitas tuvieron un impacto en cuanto a la intervención de Trabajo Social, pues se respondió con las necesidades presentadas, dando seguimiento a las familias con falencias y el brindar asesoría en el consumo de alimentos con la nutricionista en los programas, se realizaron terapias familiares, y se asesoró en el tema de aseo y precaución en el cuidado de mascotas en casa, entre otras acciones.

Con ***el segundo grupo;*** denominado ***“Adultos Mayores población activa con tiempo disponible”***, se propuso e inició el proceso de ejecución del programa llamado ***“Recordando Mi Ayer”*** (ver anexo 10), a estos se convocaron, mediante llamadas telefónicas, cartas de invitación y carteleros publicadas en lugares estratégicos de CAPRUIS, luego se hizo inicialmente una reunión reflexiva, donde se estimuló a los adultos a recordar las experiencias vividas y sentidas de su; infancia, adolescencia y madures, esto para encontrar detalles que recordaran sobre momentos de felicidad que nos sirvieran de ayuda y apoyo, para implementarlas como acciones estrategias que luego se convertirían en actividades de esparcimiento, generados por ellos mismos, esto sería la base en la realización del programa.

Esta experiencia tenía como meta ***“Lograr conformar un grupo de apoyo con la población adulta mayor, que se estimule y se afiance mediante***

programas lúdico-recreativos, generados por los mismos". Este tuvo un carácter participativo, pues en todo el proceso la población fue actor de cada actividad. También en la reunión se realizaron dinámicas de reflexión con temas alusivos a: el tren de la vida, Bombas con sentimientos, mi historia de vida: momentos agradables de mi infancia, mi adolescencia, mi adultez

La reunión se llevó a cabo en La Perla "UIS", en las horas de la tarde (3:00 a 5:00 p.m.). Finalmente se realizaron compromisos, que afianzarán la continuidad del programa y la reflexión del mismo, sirviendo de multiplicadores con su experiencia a otros de su edad y a su círculo familiar. En cuanto a los resultados obtenidos del *"Programa Recordando Mí Ayer"*, se presentan a continuación (aparecen en el informe del programa, al igual que el listado de la población y la ficha de historia de vida ver anexo 11, 12 y 13)

Factores Positivos:

- ♦ Se acordó convocar nuevamente a la población restante para darle continuidad al programa.
- ♦ Causó interés y deseos de continuar el programa, en los asistentes.
- ♦ Los asistentes participaron dinámicamente.
- ♦ Interés por el trabajo que se quiere tener con ellos.
- ♦ Narraron su propia historia, algunos con nostalgia, otros con respeto, otros con alegría, otros con orgullo, otros con dolor, etc. Pero todos con deseos de ser escuchados.
- ♦ Interés en que el programa se desarrolle una vez por mes.
- ♦ Expresaron que el día jueves por la mañana sería adecuada su realización.
- ♦ Enunciaron su preocupación por la no continuidad del programa, pues comunicaron la necesidad de ser escuchados y tomados en cuenta.

- ♦ Generaron la idea, de que este espacio fuera para diversas actividades, como: Charlas de salud, en cuanto a las necesidades propias. Paseos lúdicos. Jornadas de conferencias en estilos de vida saludable. etc.

Factores Negativos:

- ♦ El número de asistentes no fue el planeado, de 25 invitados, solo asistieron 8.

Aun que el número de asistentes no afectó el proceso del programa, ya que los asistentes fueron multiplicadores de la experiencia y en la actualidad existen 25 personas activas. Finalmente, este espacio logró las metas propuestas, ya que se consolidó el grupo de apoyo con la población adulta, generando en cada reunión nuevas actividades, y programas que consolidaran al grupo.

Finalmente, y como resumen, los logros obtenidos en la “CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER”

- Se logró, la generación de procesos de Participación Social en Salud, ya que todos los programas surgieron de las necesidades y la participación de las poblaciones trabajadas.
- Inicio en la implementación del Sistema de Información y Atención al Usuario dentro de la Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander
- Generación de nuevos programas: “Recordando mí ayer”, para la población Adulta Mayor y “Generando Luz”, para la población discapacitada de la Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander.
- Elaboración e inicio del proceso de ejecución del Concurso “Atrapando Estrellas”, permitiendo que el personal, conozca el Reglamento de Prestación de Servicios de CAPRUIS.

- Implementación de la estrategia del Buen Trato en las terapias familiares en las visitas domiciliarias.
- Realización de 25 visitas domiciliarias al primer grupo focalizado de la población Adulta Mayor.
- Apoyo en el área administrativa, oficina de Trabajo Social, atención al público en general; afiliaciones, desafiliaciones, atención de caso y compromisos administrativos en general.
- Implementación de técnicas pedagógicas para la implementación en programas como “Crecimiento y desarrollo” y “Apoyo de Todo Corazón”. Técnicas pedagógicas como: diapositivas interactivas con el tema de “Etapas en la niñez”, plegables para el tema de “Maltrato familiar” y diapositivas interactivas con el tema de “Autocuidado”.
- Empoderamiento de nuevos programas por parte de la población usuaria.

4.4.1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Cuadro 8: Cronograma de actividades del proceso de ejecución, segundo periodo del año 2007

OBJETIVO ESTRATEGICO: Optimizar la prestación de los servicio de La Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander “CAPRUIS” , para garantizar la calidad de vida de los usuarios, a través de la prevención y la promoción de conductas saludables, a su vez se lleven a cabo, acciones que permitan la participación activa, el bienestar y el trato humanizado de su población afiliada, Bucaramanga, 2007									
ESTRATEGIAS	ACCIONES ESTRATEGICAS	PROGRAMACIÓN DE CALENDARIO							
		SEM. 1	SEM. 2	SEM. 3	SEM. 4	SEM. 1	SEM. 2	SEM. 3	SEM. 4
Implementar Sistema de Información y Atención al Usuario “SIAU”	Presentar la propuesta de Implementación del SIAU								
	Informar al personal, la población usuaria CAPRUIS								
	Recepción de información inquietudes y peticiones de los usuarios								
Capacitar al personal de CAPRUIS para el conocimiento del Reglamento de Prestación de Servicios de la misma	Sensibilizar al personal								
	Realizar concurso “Atrapando estrellas								
	Efectuar clausura del concurso								
	Realizar informe resultados obtenidos del concurso.								
	Apoyar las diferentes actividades satélites								
Desarrollar acciones para la población discapacitada y adulta mayor las cuales son interés para CAPRUIS	Generar espacios de esparcimiento: población discapacitada y adulta mayor								
	Implementar la estrategia del buen trato en el ambiente familiar de la población discapacitada y adulta mayor								

FUENTE: La autora. Bucaramanga, 2007

4.5. EVALUACIÓN DEL PROCESO DE PRÁCTICA DE “CAPRUIS”

Este proceso se llevó a cabo mediante la elaboración del diagnóstico final, en el cual se analizó las debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas encontradas tanto a nivel institucional como en el estudiante de práctica profesional en Trabajo Social dentro de la Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander. (Ver cuadro 9)

Cuadro 6. Diagnóstico Final, del proceso de práctica año 2007

DEBILIDADES		OPORTUNIDADES	
INSTITUCIONAL	ESTUDIANTE	INSTITUCIONAL	ESTUDIANTE
En el proceso de implementación al SIAU, falta claridad en su legalización.	El poco tiempo para realizar proceso integrales	Tendencia de las instituciones en buscar mejorar la calidad de los servicios	- Apoyo de gerencia y todo el personal - Autonomía en los procesos de práctica. - Confiabilidad en las capacidades del estudiante en práctica. - Reconocimiento de las labores realizadas.
FORTALEZAS		AMENAZAS	
INSTITUCIONAL	ESTUDIANTE	INSTITUCIONAL	ESTUDIANTE
- Reconocimiento de la Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander. - Grupo de profesionales idóneos y equipo interdisciplinario de trabajo proactivos - Reconocimiento del Reglamento de prestación de servicios interno - Abiertos a los cambios - Programas claves para la población vulnerable - Existencia de política de calidad.	- Conocimiento adquirido en la academia y fundamentales en escuela de Trabajo Social - Acompañamiento, asesoría continua de la Directora de práctica - Reunión con la directora de práctica para revisión y evaluación del proceso - Habilidades y destrezas de la estudiante en la práctica profesional	- Escaso tiempo para responder a las solicitudes y aprobación de propuestas, lo cual evita el retraso el trabajo a realizar - Carencia de programas de fácil acceso en el sistema informático.	Escaso el tiempo de práctica

FUENTE: La autora. Bucaramanga, 2007

5. CONCLUSIONES

Los procesos desarrollados en la práctica profesional fueron de enriquecimiento bilateral, pues queda la satisfacción de realizar un trabajo que aporto y sigue aportando, una luz de esperanza para aquellas poblaciones que normalmente son olvidadas por sus las instituciones, la sociedad y en ocasiones por su entorno familiar. Para la Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander, se pudo iniciar el proceso del SIAU, punto clave en la responsabilidad que esta tiene con la participación de sus usuarios, más aun, cuando los procesos de garantía de la calidad del servicio son fiscalizados por la Superintendencia y por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, (SOGC).

Todo esto logro el objetivo estratégico de la práctica, mas la falta de tiempo, lo mucho por hacer y los imprevistos de última hora no permitieron desarrollar a plenitud los procesos, pero, se les dieron continuidad con la practicante que retomo los programas, y los frutos que han arrojado son da gran satisfacción.

El aportar en la Optimización de los servicios de CAPRUIS, permitió desarrollar procesos de participación social en salud, logrando que de las necesidades, deseos, anhelos y esfuerzos de las personas surgiera un trabajo conjunto y provechoso. Al igual que contribuyera en gran parte a mejorar la calidad de vida de los usuarios, pues en cada actividad se desarrollaron diversas estrategias que profundizaron el interior de cada persona y recordaron las experiencias vividas que fomentaron en algún momento de la vida alegrías y felicidades, los cuales fueron el motor para iniciar actividades que surgieran de ellos. Y que a su vez, generaran conductas saludables a través de la promoción y prevención, implementando planes y programas de acción que permitieran la participación activa, el bienestar y el trato humanizado para sus usuarios.

6. RECOMENDACIONES

Se recomienda dar continuidad a los procesos, entablados con la población adulta mayor y discapacitada, al igual que la implementación de estrategias lúdico-recreativas en los programas de crecimiento y desarrollo.

Darles afianzamiento al Sistema de Información y Atención al Usuario en CAPRUIS, ya que esta herramienta administrativa, puede arrojar sugerencias, información que permita el mejoramiento continuo en la calidad de los servicios, al igual respondería con los objetivos institucionales.

No permitir que limitantes como los programas informativos de la empresa, generen retraso en los trabajos realizados por las practicantes de Trabajo Social, ya que esta es una herramienta indispensables para el desarrollo idóneo y oportuno de los trabajos a emprender dentro de la institución.

Seguir brindando el apoyo, responsabilidad, autonomía, liderazgo, respeto y reconocimiento del rol profesional del estudiante en práctica, ya que estos desarrollan seguridad, creatividad y deseos de trabajar con tenacidad dentro de la Caja, además, del buen trato y respeto dado por el personal, los cuales dan ese toque de especial de la práctica.

En general, la practica dentro de la Caja de Previsión Social, genera en el estudiante en práctica, una experiencia enriquecedora, educativa y formativa en el diario vivir y en su continuo aprendizaje.

7. PROPUESTA:

“PARTICIPACIÓN SOCIAL Y SIAU EN MIRAS A GARANTIZAR LA CALIDAD DEL SERVICIO EN LA CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER (CAPRUIS)”

INTRODUCCIÓN

En Colombia actualmente existe una cierta unanimidad en que el atributo que contribuye, fundamentalmente, a determinar la posición de la empresa en el largo plazo, es la opinión de los clientes sobre el producto o servicio que reciben. Resulta obvio, que, para que los clientes formen una opinión positiva, la empresa debe satisfacer sobradamente todas sus necesidades y expectativas. Esto sea definido como calidad del servicio, y para ello, se requiere que el usuario de dichos servicios participe activamente en la toma de las decisiones de estas entidades, como es el caso de aquellas prestadoras de servicios en salud, ya que esto garantizará la satisfacción a las necesidades de dicha población. Aquí “la calidad del servicio se convierte en un elemento estratégico que confiere una ventaja diferenciadora y perdurable en el tiempo a aquellas que tratan de alcanzarla”⁵².

Es preciso manifestar que ***“Todo desarrollo busca ampliar las potencialidades humanas y aumentar las libertades; también busca que la gente pueda desarrollar las capacidades que les permitan tomar decisiones y llevar una vida que consideren valiosa.”***, es por esto necesario que las personas sean

⁵²Tomado de MENDOZA AQUINO, José Antonio. Recuperado 20 mayo 2008: "Gestión de la calidad del servicio", 5campus.com, Control de Gestión. En: <<http://www.5campus.com/leccion/calidadserv>>

actores de su propio desarrollo, ¿Cómo?... participando. Por consiguiente, es necesario implementar estrategias que refuercen los sistemas de participación existentes en las entidades prestadoras de servicio en salud, que a su vez, apoyen la intervención de los usuarios (como actores), y donde se dé el desarrollo de sus potencialidades, para que de esta forma sean partícipes en la toma de decisiones, y en la garantía de la calidad de los servicios brindados para sí mismos. Por ello, resulta importante implementar estrategias, que den respuesta a la necesidad de la participación en las entidades prestadoras de servicio en salud, ya que es un espacio de vital interés para mejorar la calidad de vida de la población y, a su vez, es un satisfactor primordial para la necesidad de protección. Por lo tanto, se requiere de la implementación de una propuesta de intervención profesional en Trabajo social que dé respuesta a las necesidades planteadas, en este caso, de escenarios de participación social en la salud.

Lo anterior, pretende adecuar estrategias que permitan la consolidación y el fortalecimiento del Sistema de Información y Atención al Usuario de la Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander (CAPRUIS), el cual es el inicio de procesos que garanticen la calidad de los servicios y la participación activa de la población sujeto, la satisfacción de necesidades y el desarrollo unánime de las partes beneficiarias, en este caso, CAPRUIS y sus usuarios.

7.1 JUSTIFICACIÓN

En Colombia según las normas establecidas, se prioriza la importancia de mejorar la calidad de vida de la población, para ello el Sistema de Seguridad Social Integral manifiesta en su art.1 “que tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener una la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que

la afecten”⁵³. A su vez, en esta se formulan los principios que la rigen, entre los cuales se encuentra el de la **PARTICIPACIÓN**, vista como “la intervención de la comunidad a través de los beneficiarios de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto”⁵⁴. Lo mencionado, trae como fin resaltar que en la legislación colombiana se afirma el valor intrínseco que tiene la persona-ciudadano- en participar en la satisfacción de sus necesidades, como en este caso se menciona, en mantener un bienestar que le asegure mejorar su estado humano. Para ello, el usuario dentro de las instituciones prestadoras de servicios en salud, cumplen un rol indispensable, ya que en este él entra como actor participe en los proceso de toma de decisiones que repercuten en su vida, en este caso, la garantía de la calidad de los servicios en salud, más un cuando es él, el principal beneficiario de dichos servicios.

Es por ello que, la presente propuesta busca dar respuesta a la necesidad de lograr estos procesos de participación social en salud, para mejorar la calidad de los servicios en La Caja de Presión Social de la Universidad Industrial de Santander es indispensable (CAPRUIS), lo cual logre apuntar en mejorar la calidad de vida de su población usuaria, ya que para esta institución prestadora de servicios en salud, es indispensable (como lo menciona en sus principios) el trato humanizado a su población, y como mejor se logra ese trato...pues logrando la intervención de la misma población beneficiaria de dichos servicios. Para ello, el **Consolidar y Fortalecer El Sistema de Información y Atención al Usuario en CAPRUIS**, será un escalón fundamental en la garantía de un servicio con calidad y una participación social activa de los usuarios, y su vez, estos intervengan en la satisfacción de sus necesidades.

⁵³ Sistema de seguridad Social Integral .Ley 100 de 1993. Título preliminar Sistema de Seguridad Social Integral. Capítulo I. Principios generales. Bogotá. 2004. Recuperado el 28 abril 2008. En www.ley100_93_HTM.htm.

⁵⁴ *Ibíd.*, p. 22

Por otro lado, desde la perspectiva de la participación social, el impulso y desarrollo se verá directamente beneficiado, en la medida en que tome en cuenta la existencia de un sistema integral (trabajo conjunto entre usuarios e institución, CAPRUIS) de salud previo y actual y, principalmente, en la medida en que en su conformación tomen parte los procesos organizativos de participación social como lo es, en este caso el "SIAU". Así, el usuario será ***“un actor social que se defina en relación con sus intereses, y por su capacidad para afectar la realidad y lograr su objetivo, de allí que existen tantos actores como intereses sociales en un conjunto social dado”***. Logrando una transformación social y cultural, cuyo resultado es la “Cultura Participativa” en las instituciones prestadoras de servicio en salud.

7.2 OBJETIVO ESTRATEGICO

Consolidar y fortalecer el Sistema de Información y Atención al Usuario de la Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander, mediante el desarrollo de acciones estratégicas, que contribuyan a garantizar la calidad de los servicio, la participación social en salud y la calidad de vida de los usuarios, Bucaramanga (Santander), año 2008.

7.3 PROCESO DE INTERVENCIÓN

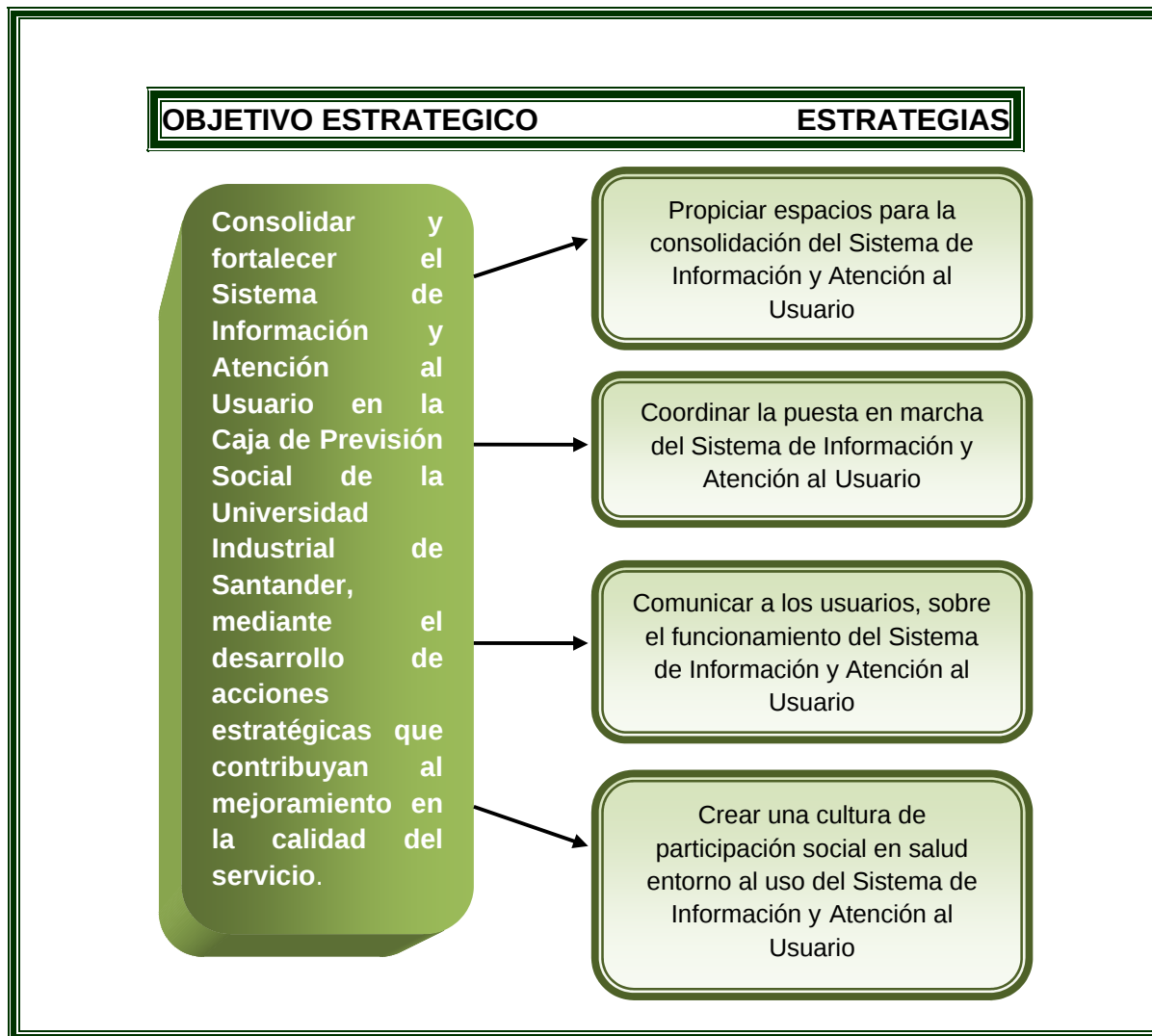
Para dar respuesta al objetivo estratégico, es necesario llevar acabo procesos que permitan el desenvolvimiento de la misma, y que faciliten la intervención profesional de la Trabajadora Social. Este se realizará mediante procesos educativos, permitiendo la enseñanza continua, tanto para usuarios, como para la población en general (en esta caso CAPRUIS). Para ello, se precisa la aplicación de estrategias que desarrollen la Consolidación y Fortalecimiento del

Sistema de Información y Atención al Usuario, mediante la participación social de los mismos, y a su vez, contribuya a mejorar la calidad de los servicios y la satisfacción de las necesidades de la población usuario.

Para el proceso de intervención de Trabajo Social en la propuesta, se implementaran estrategias que se relacionan entre sí, y que dan respuesta al objetivo estratégico. A continuación se especifican (ver tabla 1):

- ✓ **Estrategia 1:** Busca propiciar espacios para la consolidación del Sistema de Información y Atención al Usuario
- ✓ **Estrategia 2:** En este se pretende coordinar la puesta en marcha del Sistema de Información y Atención al Usuario
- ✓ **Estrategia 3:** Esta etapa se centra en informar a la población usuaria mediante mecanismos de comunicación, sobre el funcionamiento del Sistema de Información y Atención al Usuario
- ✓ **Estrategia 4:** Finalmente se requiere crear una cultura de Participación Social en Salud, para fortalecer el Sistema de Información y Atención al Usuario

Figura 12. Proceso de Intervención en El Sistema De Información y Atención al Usuario (SIAU) en CAPRUIS.



FUENTE: La autora. Bucaramanga. 2008

7.4 BENEFICIARIOS Y ALIADOS ESTRATEGICOS PARA LA EJECUCIÓN DE LA PROPUESTA “PARTICIPACIÓN SOCIAL Y SIAU EN MIRAS A LA CALIDAD DEL SERVICIO”

PÚBLICO OBJETIVO: Usuarios internos y externos de la Caja de Previsión de la Universidad Industrial de Santander

BENEFICIARIAS DIRECTOS: afiliados empleados y pensionados de la Universidad Industrial de Santander y de la Caja de Previsión de la Universidad Industrial de Santander.

BENEFICIARIOS INDIRECTOS: Junta Directiva (Órgano Directivo), Gerencia, Control Interno, y tres (3) grupos como son:

- ♦ Grupo Médico Asistencial; campo intervención de Trabajo Social (interdisciplinario)
- ♦ Grupo Odontológico.
- ♦ Grupo Administrativo y Financiero; campo intervención de Trabajo Social (interdisciplinario).

Y convenio con Redes Universitarias en Sistema de Salud (RUSS)

ALIADOS ESTRATÉGICOS: Junta Directiva y personal en general de la Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander.

PLAN ESTRATEGICO DE ACCIÓN

Plan Estratégico de Intervención 1: Espacios de consolidación para el SIAU

Cuadro 7: Planeación Estratégica de Intervención

OBJETIVO ESTRATEGICO: Consolidar y fortalecer el Sistema de Información y Atención al Usuario de la Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander, mediante el desarrollo de acciones estratégicas que contribuyan al mejoramiento en la calidad del servicio			
ESTRATEGIA 1: Propiciar espacios para la consolidación del Sistema de Información y Atención al Usuario en la Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander.			
ACCIONES ESTRATEGICAS	TAREAS	METAS	INDICADORES
Tramitar la aprobación de la Resolución que legalice la existencia del SIAU en CAPRUIS.	1. Realizar reuniones con Gerencia y Control Interno. 2. Delegar responsabilidades y compromisos con el Comité Administrativo.	Aprobación de la Resolución para la implementación del mismo en el SIAU.	Aprobación acta de Resolución.
Ejecutar la Resolución para el respectivo proceso del SIAU en CAPRUIS.	1. Establecer calendario de entrega de compromisos adquiridos. 2. Elaborar cronograma de actividades para la ejecución de la resolución del proceso SIAU.	Cumplimiento de la Resolución para el respectivo proceso del SIAU.	Entrega de informe de cumplimiento de la Resolución del respectivo proceso del SIAU.

FUENTE: la autora. Bucaramanga: 2008

7.6 EJECUCIÓN

PROCESO METODOLOGICO

Para la ejecución de esta estrategia es importante precisar, que para alcanzar cierto grado de responsabilidad y compromiso a nivel institucional, se requiere de acciones que permitan el logro de metas que consoliden y fortalezcan el Sistema de Información y Atención al Usuarios en CAPRUIS. Para ello, se debe realizar un trabajo conjunto con la intervención de Gerencia, Control Interno y Trabajo Social, los cuales, son el punto clave para iniciar el proceso a seguir. Por lo tanto, se requiere de la aprobación y el trámite de la Resolución, la cual, es un documento de legalización que facilita la puesta en marcha del SAU.

Esto se llevará a cabo, mediante reuniones reflexivas, donde se delegaran responsabilidades y compromisos, al igual que los calendarios y cronogramas de planeación de cada actividad a realizar en el Sistema de Información y Atención al Usuario. Dichas reuniones tienen como fin, lograr el empoderamiento de Gerencia, control interno y el personal de la Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander, esto para facilitar el proceso de intervención de la Trabajadora Social y el desarrollo de la propuesta.

Plan Estratégico de Intervención 2: Coordinación del SIAU

Cuadro 8: Planeación Estratégica de Intervención

OBJETIVO ESTRATEGICO: Consolidar y fortalecer el Sistema de Información y Atención al Usuario de la Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander, mediante el desarrollo de acciones estratégicas que contribuyan al mejoramiento en la calidad del servicio			
ESTRATEGIA 2: Coordinar la puesta en marcha del Sistema de Información y Atención al Usuario en CAPRUIS.			
ACCIONES ESTRATEGICAS	TAREAS	METAS	INDICADORES
Adecuar el espacio delegado para el desarrollo del Sistema de Información y Atención al Usuario en CAPRUIS.	1. Gestionar recursos físicos y humanos para la oficina del SIAU. 2. Orientar la elaboración de herramientas tecnológicas de fácil acceso (Excel), para sistematizar la información adquirida.	Espacio adecuado para el funcionamiento del SIAU.	Entrega del inventario de la oficina para el SIAU
Realizar el marco legal del Sistema de Información y Atención al Usuario en CAPRUIS	1. Buscar material bibliográfico. 2. Sistematizar la información encontrada. 3. Publicar el material	Marco legal del SIAU	Aprobación por parte de Gerencia del marco legal del SIAU.
Ejecutar las estrategias operativas del Sistema de Información y Atención al Usuario en CAPRUIS.	1. Atender quejas, reclamos, e inquietudes. 2. Informar y educar al usuario. 3. Conocer y mejorar el nivel de satisfacción de los usuarios. 4. Fortalecer de la participación social en salud.	Participación social en salud de los usuarios en el SIAU	Entrega mensual de informe de consolidación del SIAU.

FUENTE: la autora. Bucaramanga: 2008

Esta estrategia tiene como fin, coordinar la puesta en marcha del SIAU, éste requiere de un trabajo que involucre a la participación social de los usuarios de

CAPRUIS, quienes demandan de un espacio reconocido, donde se ejecute el proceso de intervención de la Trabajadora Social. Por lo tanto, se realizarán acciones que conlleven a la adecuación del espacio físico para iniciar el servicio que brindará este. También se realizará el Marco Legal que legalice la existencia del SIAU, este servirá de base fundamental para la población que no tenga claro sobre el mismo, y su vez, será mecanismo que facilite el acceso de todos los usuarios y personal general de CAPRUIS. Teniendo como base lo mencionado, se dará los primeros servicios del Sistema de Información a los usuarios, en cuanto a las estrategias operativas del mismo (Atender quejas, reclamos, e inquietudes; informar y educar; conocer y mejorar el nivel de satisfacción y fortalecer la participación social en salud de los usuarios).

El desarrollo de esta estrategia tiene como fin impulsar el modelo SIAU, fortaleciendo la intervención de la población usuaria y la toma de decisiones en el área administrativa, siendo ésta, una herramienta fundamental en el mejoramiento de la calidad del servicio, pues aquí, se detectan fortalezas y debilidades, oportunidades y amenazas que existen dentro y fuera de CAPRUIS.

Plan Estratégico de Intervención 3.

Cuadro 9: Planeación de Estratégica de intervención

OBJETIVO ESTRATEGICO: Consolidar y fortalecer el Sistema de Información y Atención al Usuario de la Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander, mediante el desarrollo de acciones estratégicas que contribuyan al mejoramiento en la calidad del servicio			
ESTRATEGIA 3: Comunicar a los usuarios, sobre el funcionamiento del Sistema de Información y Atención al Usuario en La Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander.			
ACCIONES ESTRATEGICAS	TAREAS	METAS	INDICADORES
Convocar a los usuarios de La Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander para informar sobre el Sistema de Información y Atención al Usuario.	1. Realizar cartas de invitación y publicación en el Boletín informativo.	Asistencia de los usuarios internos y externos de CAPRUIS.	# De usuarios participantes / # de usuarios convocados.
Proporcionar información general sobre el Sistema de Información y Atención al Usuario en CAPRUIS.	1. Efectuar charlas informativas, educativas y reflexivas para dar a conocer el SIAU a usuarios de CAPRUIS.	Información sobre existencia del SIAU.	# De participantes usuarios CAPRUIS/ # actividades programadas.

FUENTE: la autora. Bucaramanga: 2008

De forma conjunta con la estrategia plasmada, se seguirá comunicando a la población usuaria, sobre el funcionamiento del SIAU, requiriendo el fortalecer los medios de comunicación existentes. En este sentido, las acciones estratégicas que se tendrán en cuenta, para la ejecución del mismo, se centrará en dos elementos fundamentales, los cuales son: proporcionar información acerca de la importancia del SIAU y convocar a la población usuaria de CAPRUIS. Esto, con el fin de propiciar la participación de los usuarios en las diferentes actividades, que faciliten mejorar la calidad del servicio, de esta Institución.

Así mismo, la comunicación en salud toma importancia, pues esta se visualiza como proceso social que tiene en cuenta a las personas pertenecientes a una sociedad caracterizada por una estructura socio – económica determinada, una cultura específica, portadora de todos los valores, creencias y tradiciones, donde se vislumbra que, ***“Toda la buena voluntad e intención filosófica pierde sentido si no hay comunicación con el usuario”*** , es por ello, que la comunicación debe ser vista como aquel medio efectivo, que da a conocer el sentido de la participación de los usuario en salud, así se informara a la población usuaria sobre el proceso del SIAU y permitirá una estrecha relación con la entidad y los servicios que se les brinda.

Plan Estratégico de Intervención 4.

Cuadro 9: Planeación Estratégica de intervención

OBJETIVO ESTRATEGICO: Consolidar y fortalecer el Sistema de Información y Atención al Usuario de la Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander, mediante el desarrollo de acciones estratégicas que contribuyan al mejoramiento en la calidad del servicio			
ESTRATEGIA 4: Crear una cultura de participación social en salud entorno al uso del Sistema de Información y Atención al Usuario en CAPRUIS.			
ACCIONES ESTRATEGICAS	TAREAS	METAS	INDICADORES
Promocionar la importancia de la participación en los diferentes servicios que ofrece el Sistema de Información y Atención al Usuario en CAPRUIS.	1. Desarrollar campañas de sensibilización sobre la importancia de la participación en el SIAU.	Lograr la participación de los usuarios en las actividades	# de participantes/ # de campañas realizadas.

FUENTE: la autora. Bucaramanga: 2008

En última instancia se buscará que la participación social quede establecida como un rasgo cultural, es decir, como fundamento de las formas de relación, creación y reproducción de la sociedad en el ámbito de la salud, estableciéndose en los usuarios de CAPRUIS, siendo apropiada por estos, como actores sociales, de una manera "normal" de relacionarse dentro de la institución. Que vislumbre de esta manera el eventual logro de una transformación social y cultural dentro de la misma, cuya síntesis sea el surgimiento de una Cultura Participativa, liderada por el SIAU. Esto, implica la concurrencia de actores sociales, relacionados en espacios de convergencia y habilitados para el desarrollo de procesos que

conduzcan a la satisfacción de necesidades que los usuario presente, y que estos sean participe en la solución de los mismos.

El logro de esta Cultura Participativa, se conseguirá a través de, campañas de sensibilización, cuyo objetivo sea la toma de consciencia por parte del usuario, lo que conllevará, al mejoramiento de la calidad de los servicios. Además, de conseguir el desarrollo de procesos participativos que preserven la salud y la vida, como responsabilidad fundamental de todos. Es así que, ***“el fortalecimiento de la población organizada, es una condición necesaria para que se pueda expresar este tipo de participación, que logre el mejoramiento de la calidad de vida, como fin último del ser humano”*** Alcanzando así, que el Sistema de Información y Atención al Usuario, sea un espacio donde el usuario participe en la toma de decisiones y permita el trabajo continuo entre las entidades y los mismos, lo que alcanzará perfeccionar el SIAU.

7.7 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Cuadro 11. Cronograma de Actividades de la propuesta: “Participación Social y SIAU”

OBJETIVO ESTRATEGICO: Consolidar y fortalecer el Sistema de Información y Atención al Usuario en CAPRUIS mediante el desarrollo de acciones estratégicas que contribuyan al mejoramiento en la calidad del servicio la participación social en salud y la calidad de vida de los usuarios										
ESTRATEGIAS	ACCIONES ESTRATÉGICAS	MESES EJECUCIÓN								
		Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9
PROPICIAR ESPACIOS PARA LA CONSOLIDACIÓN DEL SIAU	Tramitar Resolución									
	Ejecución Resolución									
COORDINAR LA PUESTA EN MARCHA DEL SIAU	Adecuar espacio SIAU									
	Realizar Marco Legal SIAU									
	Ejecutar estrategias operativas del SIAU									
COMUNICAR A LOS USUARIOS, SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DEL SIAU	Convocar a usuarios									
	Proporcionar información sobre SIAU									
CREAR UNA CULTURA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD ENTORNO AL SIAU	Promocionar la importancia de la participación en el SIAU									

FUENTE: la autora .Bucaramanga. 2008

7.8 PRESUPUESTO

Cuadro 12: Presupuesto por mes de la propuesta: “Participación Social y SIAU”

COSTOS POR ACTIVIDAD						
COMPONENTES Y ACTIVIDADES	RECURSO MATERIAL MATERIALES E INSUMOS		RECURSO TECNICO MAQUINA Y EQUIPO		RECURSO HUMANO MANO DE OBRA	
	TIPO	VALOR	TIPO	VALOR	TIPO	VALOR
<u>CONSOLIDACIÓN:</u>						
Tramitar Resolución: Reuniones	Papelería	\$10.000	Préstamo Portátil	disponible	Trabajadora Social (Tiempo completo) Salario mensual	\$1.600.000
Ejecución Resolución Calendario	Papelería	\$10.000			Trabajadora Social (Tiempo completo)	
<u>COORDINAR:</u>						
Adecuar espacio SIAU Gestión recursos	Papelería	\$50.000			Trabajadora Social	
Realizar Marco Legal SIAU Material bibliográfico Publicación cartillas	Papelería Papelería	\$50.000 \$250.000			Comunicador social	
Ejecutar estrategias operativa Herramientas tecnológicas	Papelería	\$200.000	Programa Excel	disponible	(disponible) Ingeniero Sistemas	
<u>COMUNICAR:</u>						
Convocar a usuarios Cartas	Papelería	\$200.000			Trabajadora Social	
Proporcionar información Publicidad Boletines informativos	Papelería Papelería	\$50.000 \$150.000			(disponible) Comunicador social	
<u>CULTURA PARTICIPACION:</u>						
Promocionar participación Campañas	Papelería Fotocopias Volantes	\$25.000 \$50.000 \$50.000	Alquiler proyector acetatos	\$40.000	Trabajadora social Comunicador social (disponible)	
TOTAL:		\$1.095.000		\$40.000		\$1.600.000
VALOR TOTAL:						\$2.735.000

BIBLIOGRAFÍA

BLANCO, Jorge; MAYA José. Fundamentos de Salud Pública. Tomo I. Medellín, Colombia. Corporación para investigaciones biológicas. 1997. p. 1.

BLANCO RESTREPO Jorge Humberto, MAYA MEJIA José María. Fundamentos De Salud Pública. Medellín: Corporación para la Investigación Biológica CIB.

CARDONA, Álvaro- Historia Ciencia y Salud – Enfermedad. Editor Zeus Asesores LTDA. Investigación y Asesoría en Salud. Medellín, 1995. Pág. 37 – 45.

CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA. Título II De Los Derechos, Las Garantías y Los Deberes. Capítulo II De Los Derechos Sociales, Económicos y Culturales

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL), con tabulaciones de United Nations. World Population Prospects, the 2006 Revision Database.

DANE. Registro de Estadísticas Vitales / Defunciones de 2004. Recuperado 22 de agosto de 2008. En www.datosestadisticos.com

Declaración final en la Cumbre de la ONU: un consenso mínimo (en español). Deutsche Welle 17.09.2005 (2005). Consultado el 28/12/2007.

Decreto 1757 de 1994, Art. 3

ECV, 2003. Seguimiento al sector salud Colombia, Así vamos en salud. Fundación Corona y Fundación Santa Fe de Bogotá. Elementos para la discusión de la reforma al sistema general de seguridad social en salud SGSSS. Bogotá. 2004, p. 8

FORERO DE SAADE, María Teresa, Ministra de Salud. Decreto 404 de 1996.

INFORME SOBRE LA SALUD EN EL MUNDO 2004, ONU. Informe sobre la salud en el mundo 2007. Un Porvenir Más Seguro. Protección de la Salud Pública Mundial Siglo XXI

LEY 100 de 1993. Decreta: Preámbulo. Título preliminar: Sistema de seguridad social integral.

MAX-NEEF, Manfred. Desarrollo a Escala Humana: Una opción para el futuro. Centro de Alternativas de desarrollo, CEPAUR, Fundación Dag Hammarskjöld, Medellín (Colombia). 2003, P. 29

MINISTERIO DE SALUD. El Derecho a la Seguridad Social; La esperanza para que la vida siga. Fascículo No.3 Santa Fe de Bogotá, 2000, p. 10

MINISTERIO DE SALUD. Política de Participación Social en Salud. Santafé de Bogotá, enero de 1997, p. 2.

OPS, 2007; Ministerio de Salud de Costa Rica, 2008.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 1990a. La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria. Ginebra: OMS.

PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA, PAB. Resolución 4288 de 1996. Recuperado 20 sept. de 2007. En: http://www.col.ops-oms.org/sivigila/2004/bdo9_04%20.htm. P. 1.

PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA 2007-2010, PNSP. Resolución. Recuperado 22 de septiembre 2008. En: http://www.col.ops-oms.org/sivigila/2004/bdo9_04%20.htm. P. 2

RAMIREZ, Ochoa Xiomara. Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU): en la Empresa social del Estado San Rafael de Barrancabermeja. Bucaramanga, 2001, p.119-120. Trabajo de grado (Trabajo Social). Universidad Industrial de Santander. Facultad de Ciencias Humanas. Área Salud.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Decreto 1757 de agosto de 1994, Santa fe de Bogotá.

RESTREPO Botero, Darío. La Falacia Neoliberal: Critica y alternativas. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. 2003

RIÑO BARÓN, Gina magnolia. BUSTAMENTE G. Mauricio A. y JIMÉNEZ GUTIÉRREZ, José Ancízar. Proyecto: Evaluación y Ajuste de los Procesos, Estrategias y Organismos Encargados de la Operación del Sistema de Garantía de Calidad para las Instituciones de Prestación de Servicios, QUALIMED. República de Colombia, Ministerio de Salud. Programa de apoyo a la reforma de salud. Crédito bid 910/0c-co. Santa Fe de Bogotá, 2000. P. 2,3 y 4.

WHO. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf .Constitución de la Organización Mundial de la Salud, Geneva, 1946. Accesado el 6 de junio de 2007.

WED- BIBLIOGRAFÍA:

Tomado y adaptado de: BERRY Leonard y A. PARASURAMAN (1991): Marketing Services: Competing Trough quality, The Free Press, New York, 1991. Recuperado 17 Febrero 2008. En http://www.arrodriguez_88@yahoo.com

Tomado por CELEDÓN, Carmen y Noé, Marcela. Revista Panamericana de Salud Pública. Recuperado 18 de julio 2008. En [http://Users7/Revista Panamericana de Salud.Pública.mht](http://Users7/RevistaPanamericana.de.Salud.Pública.mht)

Tomado de FRED Manrique. Una aproximación al concepto de Salud y Enfermedad. Medellín Colombia. Recuperado el 23 de septiembre de 2008 en <http://www.rionegro.com.ar/arch200110/o30g01.htm>.

Tomado de: JARAMILLO, Iván. EL FUTURO DE LA SALUD EN COLOMBIA. Ley 100 de 1993. FESCOL. FES. F.R.B. Fundación Corona. Colombia.1999.

Tomado de La Guía Básica De Deberes Y Derechos Del Ciudadano Que Le Otorga La Ley 100. Los Usuarios De Los Servicios De Salud Ante La Oficina Servicio De Atención. Recuperado 23 agosto de 2008. En <http://www.saludsantander.gov.co/comunidad.htm>

Tomado de LARRAÍN, Heiremans Soledad, psicóloga y consultora de UNICEF. Participación ciudadana y salud. Recuperado 24 de mayo 2008. En www.citizenparticipation.pdf.co

Tomado de MENDOZA AQUINO, José Antonio. Recuperado 19 mayo 2008. En http://F:\CALIDAD\Medición de la calidad del servicio - Monografias_com.htm.

Tomado de MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Recuperado el 20 de agosto de 2007. En www.minproteccionsocial.gov.co.

Tomado de NACIONES UNIDAS-CENTRO DE INFORMACIÓN. Recuperado el 24 de septiembre de 2008. En: <http://Naciones.unidas-centro.de.información>. México, Cuba y República Dominicana

Tomado por PEREZ, Roberto. Teoría de MAX-NEEF, Manfred. Desarrollo a Escala Humana: Una opción para el futuro. Recuperado el 23 de julio 2008. En http://F:\DESARROLLO HUMANO\Desarrollo a Escala Humana Una opción para el futuro- Monografias_com.htm

Tomado de SALVADOR, Ferrer Carmen y HERNANDEZ, Vaquero Rubén. Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology - 2006, Vol. 40, Núm. 3 pp. 363-370. Participación y Compromiso en la Calidad de los Servicios Paraguayos. Universidad de Almería, España. Recuperado 22 febrero 2008. En http://.F:\CALIDAD\Medición de la calidad del servicio - Monografias_com.htm.

Tomado de SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN EN SALUD. Recuperado 23 agosto de 2008. En <http://www.unydos.com/acreditacion/antecedentes.php>

Tomado de WIKIPEDIA, GNU. Calidad de Vida. Recuperado el 20 de septiembre de 2008. En http://es.wikipedia.org/wiki/calidad_de_vida

ANEXOS

ANEXOS

Anexo A. Folleto publicitario programa “Atrapando Estrellas”

Publicidad 1.



TEN CERCA EL
REGLAMENTO DE
PRESTACIÓN DE
SERVICIOS...
PORQUE EN
CUALQUIER
MOMENTO TE
LLEGARÁN
PREGUNTAS, ESTRELLAS TIC
Y MÁS
SORPRESAS PARA
RESOLVER

**"ATRAPANDO
ESTRELLAS"**

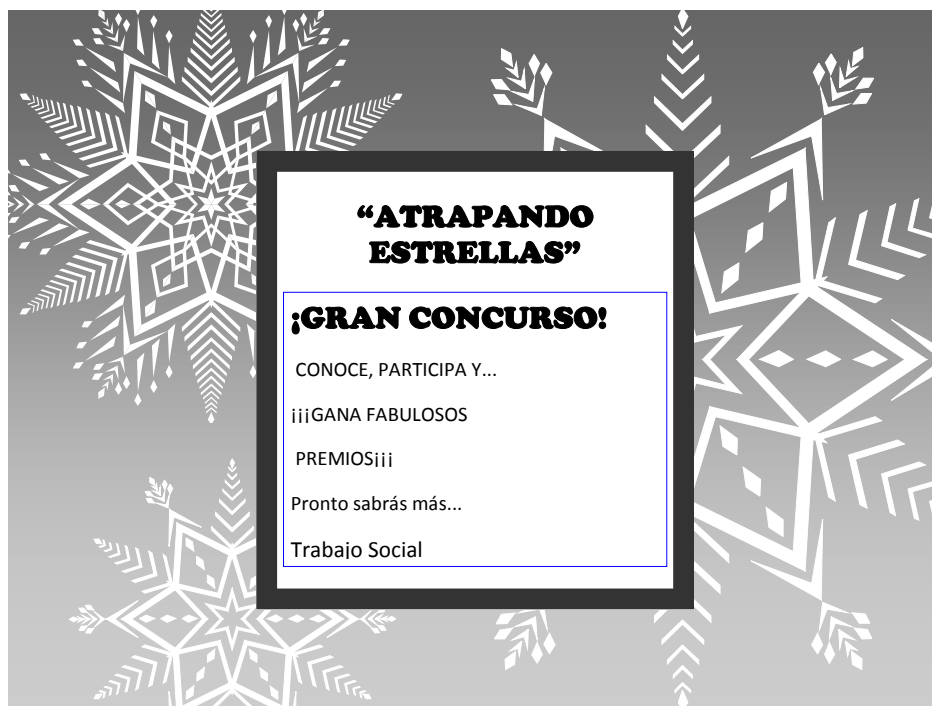
***Acumula puntos y obtendrás...
¡¡¡ fabulosos premios!!!***

PERSONAL ESTRELLA DE “CAPRUIS”

**EN ESTE CONCURSO, PODRÁS
GANAR PARTICIPANDO Y
ACUMULANDO PUNTOS**

**ECHALE UN... AL
REGLAMENTO DE PRESTACIÓN
DE SERVICIOS “CAPRUIS”... Y
GANA**

Publicidad 2.



ANEXO B.

CONCURSO "ATRAPANDO ESTRELLAS"

!!!GRANDES PREMIOS!!!

PARTICIPA, CONOCE

**SOLO DEBES CONOCER EL...
"REGLAMENTO DE PRESTACIÓN DE
SERVICIOS DE CAPRUIS"
Y OBTENDRÁS...**

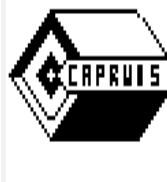
!!!FABULOSAS SORPRESAS!!!

TE INVITA GERENCIA Y TRABAJO SOCIAL

CONCURSO *"ATRAPANDO ESTRELLAS"*



INDIRA YISETH PEÑA OBESO
PRACTICA PROFESIONAL
TRABAJ SOCIAL
2008



CONCURSO

"ATRAPANDO ESTRELLAS"

Trabajo Social

OBJETIVO:

Conocer el Reglamento de Prestación de Servicios, por parte del personal de CAPRUIS, año 2008.

ALCANCE:

Aplicable para el personal de CAPRUIS, tanto administrativo como al médico-asistencial. Es responsable Trabajo Social.

PARTICIPAN:

Grupo administrativo y financiero, control interno, grupo médico asistencial. Es responsable Trabajo Social

DESCRIPCIÓN:

Se llevará a cabo mediante los siguientes pasos:

- 1) Se hará entrega del Reglamento de Prestación de Servicios de CAPRUIS, al personal en general, el cual le tendrá de base y guía durante el transcurso del concurso.
- 2) Se llevará a cabo una reunión informativa, en la cual se explicará el procedimiento del concurso; su dinámica, su premiación, su clausura, etc.
- 3) Se publicará una cartelera la cual presentará partes esenciales del Reglamento, las cuales servirán de pistas, para consultas en caso de preguntas espontaneas por parte de la Trabajadora Social.
- 4) El Reglamento de Prestación de Servicios deberá ser consultado constantemente ya que en cualquier momento se enviarán mensajes por diferentes vías "sorpresas", como el computador, nota estrella, etc.
- 5) Diariamente, se entregará en cada oficina una Estrella Tic; la cual tendrá en su interior una pregunta, o un acertijo, el cual llevará a consultar el Reglamento. La persona que lo responda más rápido y correcto, deberá acercarse a la oficina de Trabajo Social, la cual tabulará la respuesta

correcta y se le informará al participante el número de estrellitas acumuladas.

- 6) La acumulación de estrella, mediante las diferentes vías del concurso serán acumulables para premios sorpresas.
- 7) Se entregará un folleto con sopa de letras, un rompecabezas y un juego del ahorcado. Este tendrá como fin recrear la mente, para luego servir de puntos acumulables. Después de llenarlo deberá presentarlo en la Oficina de Trabajo Social, el cual tendrá un premio sorpresa, posteriormente deberá pasar por el Buzón de Detalles, el cual estará ubicado en la entrada de la oficina de Trabajo Social.
- 8) El Buzón de Detalles, tendrá una sorpresa (un caramelo, un barrilete, una galleta, etc.), adicional a la sorpresa encontrará un mensaje alusivo al Reglamento, mientras más de ellos tenga, más puntos acumula.
- 9) Este procedimiento se llevará a cabo durante una semana.
- 10) A la semana siguiente se llevará a cabo el conteo de puntos acumulados para fines de la premiación a la persona que más haya participado.
- 11) Para efectos de evaluar el trabajo realizado, se hará al final la clausura del concurso "Atrapando estrellas". Allí se hará una reflexión y diálogo de saberes, para analizar si se logró el objetivo inicial y a su vez si se logro generar la necesidad de la consulta del mismo.
- 12) Se entregará la premiación y se dará un refrigerio como momento de compartir.
- 13) La Trabajadora Social encargada realizará el informe de resultados, e informará los resultados obtenidos del concurso a gerencia.

Anexo D. Folletos del programa "Crecimiento y Desarrollo"

CRECIMIENTO Y DESARROLLO



ENTRE LOS CINCO Y LOS SIETE AÑOS

Necesita de una cálida llegada del colegio y la oportunidad de hablar después de un día de clases.

El colegio puede proporcionarle la sensación de saber hacer algo, aunque sea pausado en algunas cosas.

Necesita comprobar que puede llevar libremente a sus amigos a casa y que sus padres los aceptan.

Darle la oportunidad para sus actividades creadoras con sus amigos, esto estimula su creatividad y socialización.

Necesita juegos en grupos espontáneos y sencillos.

Jamas callar ante cualquier pregunta de los niños y niñas.

Buen momento para explicar como nacen los bebes, en forma clara y sencilla.

CAMPAÑA “EDUCANDO CON AMOR”
TRABAJO SOCIAL

¡¡¡RECUERDA!!!



UN CONCEJO CON...
...AMOR

Muchas veces es necesario que los padres orienten o corrijan al niño o niña, pero hay que saber cómo hacerlo para que produzca cambios positivos en su conducta. Cuando se corrige a un niño o niña hay que ser claros: es conveniente explicarle el por qué; no se le debe pegar o insultar porque ello constituye maltrato físico y psicológico.

❖ Cuando el niño o niña se porta mal es mejor que los padres se calmen primero antes de intentar corregirlo. Una vez calmados pueden hablar con el niño o niña. No debe corregirse a un niño o niña cuando el adulto está con ira

Un ambiente de irritación y violencia familiar es perjudicial para el desarrollo psicosocial infantil

❖ Las peleas, las discusiones, los gritos y las tensiones de los adultos son percibidas incluso por el bebé. El miedo, la inseguridad y la tensión, que estos hechos causan alteran el desarrollo psicosocial del niño o niña.

❖ Las discusiones violentas y agresivas entre adultos hacen que los niños se sientan culpables de ellas y experimenten una sensación de angustia. Los niños imaginan que sus padres se pelean por lo que ellos han hecho.

❖ La violencia verbal también afecta al desarrollo infantil. Hay que evitar agredirlos verbalmente, criticarles sólo los errores, compararlos despectivamente, ridiculizarlos, hacer comentarios hirientes sobre el niño o niña pequeño.

❖ El criticar constantemente al niño o niña, el exigirle más de lo que puede hacer, el destacar lo negativo de forma reiterada le lleva poco a poco a pensar que lo hace todo mal, a no quererse a sí mismo, a no tratar de superarse, a tener una baja autoestima.

❖ El vivir en un ambiente de tensión prolongada aumenta las posibilidades de que el niño o niña se enferme y desarrolle problemas psicosomáticos como asma, trastornos del sueño y del apetito. Muchas enfermedades infantiles tienen un origen psicológico.

❖ Por el contrario, si el niño o niña vive en un ambiente relajado, cariñoso, con un clima positivo y donde existe humor para acoger lo bueno de la vida, tiene más posibilidades de desarrollarse física y psíquicamente sano.

❖ Aun en las familias que padecen estrés y que viven en condiciones de pobreza, se reduce el riesgo de déficit en el desarrollo psicosocial del niño o niña cuando en la familia hay un clima de respeto y armonía, una buena estima de cada miembro, se confía en cada persona y en su responsabilidad, y se tienen buenas relaciones interpersonales en cantidad y calidad con amigos y miembros de la comunidad.

El maltrato físico y psicológico daña el desarrollo del niño o niña

❖ El maltrato físico y psicológico al niño o niña constituye un alto riesgo para su desarrollo psicosocial y puede dejarle secuelas para el resto de su vida. El maltrato físico, los golpes reiterados dejan en el niño o niña cicatrices invisibles que pueden durar toda la vida.

❖ Los niños maltratados verbal o físicamente presentan déficit en el desarrollo psicomotor, alteraciones del estado nutricional y se enferman más, son más inseguros y les cuesta más adaptarse al medio social que los rodea, ya sea en el jardín infantil, la escuela, el grupo de amigos.

❖ El castigo físico tiene consecuencias muy negativas; los niños castigados físicamente frecuentemente tienden a ser:

- ♦ Temerosos e inhibidos.
- ♦ Dependientes.
- ♦ Poco creativos.
- ♦ Irritables.
- ♦ Agresivos y mentirosos.
- ♦ Sentir que son rechazados.
- ♦ Desarrollar sentimientos y deseos de venganza.
- ♦ Tener mala autoimagen.

❖ Además el castigo físico sólo logra frenar o inhibir la conducta negativa durante un rato, mientras dura el dolor del golpe y el temor a un nuevo castigo.

❖ El castigo físico no permite desarrollar conductas positivas, responsabilidad o interés por aprender o superar la conducta errada.

❖ Si se castiga con golpes a los hermanos mayores, el más pequeño siente como si lo castigaran a él y podría sufrir las mismas consecuencias emocionales negativas que los castigados sufren.

❖ No hay ninguna razón que justifique castigar a un niño o niña con golpes. Existen otras formas de disciplina, no violentas, que son mucho más efectivas y adecuadas para educar a un hijo.

¡MIREMOS OTRAS OPCIONES PARA EDUCARLOS!



Enseña con tu amor
!!Eso, es importante para él!!

Una familia feliz...
...no es una utopía.



**PROGRAMA:
CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

**Realizado por: Indira Peña
Estudiante de Práctica
Trabajo Social
2007**



**Tomado de: Cartilla Desarrollo Psicosocial
De los niños y las niñas
2a. Edición
Julio de 2004, Colombia**

Anexo F. Lectura reflexivas como “Sabia la extraterrestre”

SABIA “La Extraterrestre”

Un señor llamado Pedro se encontró un día cualquiera con Sabia, una cálida extraterrestre que había encontrado en la tierra, un sitio para conocer y luego entregar las más sabias orientaciones a los seres humanos, para que impulsaran toda la energía para un mejor vivir.

Sabia dice: Pedro estoy muy sorprendida ante el concepto que impera en este planeta. Aquí los humanos parecen tener la mentalidad de Enfermedad y no de salud.

Pedro dice: Sabia y tú, ¿qué entiendes por mentalidad de Enfermedad?

Sabia responde: Yo estoy acostumbrada a un enfoque de prevenir la Enfermedad, en mi planeta una persona le paga a su médico para que lo mantenga sano y si cae enfermo deja de pagarle hasta que el médico lo cure. En cambio aquí en la tierra la gente cuenta de antemano con Enfermarse. Siempre se programan mentalmente para empeorarse, y además difícilmente recobran su salud porque no creen en sí mismos y sólo quieren usar tratamiento y drogas. Esa forma de pensar sobre la salud es equivocada.

Pedro, la salud de ustedes está directamente relacionada con el uso que hacen de la mente. Quienes tienen un pensamiento positivo de sí mismo, pueden esperar lo mejor y todos sus actos los llevan a conservar la salud y a ser optimistas frente a la vida, pero muchas personas dicen cosas como: “Noto que me estoy resfriando, mañana seguramente me pondré peor y tendré tos, tendré fiebre, no podré trabajar y me darán como mínimo 3 días de incapacidad”, y naturalmente lo que estas personas aseguran se cumple, cuando la gente quiere empeorar nunca se decepciona a sí misma.

Pedro: Sabia, ¿entonces qué debemos hacer para no venos afectados por las Enfermedades?

Sabia: Pedro, así como hay gente pesimista con su salud también hay gente positiva que no se deja enfermar. Los terrícolas si quieren, pueden ser sanos, porque la salud es una elección, está en muchas ocasiones en nuestras manos. La salud es el capital más importante, porque la ausencia de salud representa el final de la vida. ¿Que quieres decir con eso de elección?

Sabia: Ustedes consumen cosas que cualquiera puede ver que son tóxicas, y las consumen en grandes cantidades, como: tabaco, alcohol, comidas grasas, conservantes, fármacos, ente otras tratas a sus cuerpos como si ignoraran que esos comportamientos autodestructivos son perjudiciales. Sin embargo, saben que son venenos y no importan las advertencias que escuchan una y otra vez. Por eso digo que la salud es una elección porque cada uno está en capacidad de decidir a su favor.

Reflexión: Recuerde el cuerpo humano es una creación perfecta. Un cuerpo que funcione correctamente puede arreglárselas solo, siempre que su dueño le ayude a conservarlo.

Es necesario vigilar los alimentos se que consumen, realizar ejercicio físico, controlar el funcionamiento de su corazón, vigilar su capacidad pulmonar, su resistencia, llevar una vida en armonía, a que se propongan metas alcanzables que les permitan disfrutar de su familia, de su trabajo, de su tiempo, de las relaciones humanas gratas y fecundas con los demás, así pues, si tenemos la voluntad de vivir podemos hacer de la salud e principal motivo de nuestro actuar.

Anexo G. Ficha de compromiso personal, del programa “De todo Corazón”

FICHA DE COMPROMISO

NOMBRE: _____

FECHA: _____

COMPROMISO No. _____

COMPROMISO PERSONAL

Hoy me comprometo con mi salud a:

Evaluación personal para siguiente sesión:

ALEGRE

TRISTE

INSERTIDUMBRE

AUTOREFLEXION

1. ¿Cuáles son las costumbres que quisiera lograr y no he conseguido?
Con relación a:

Mi apariencia física _____
Mi salud _____
Mi familia _____
Mi trabajo _____

2. ¿Identifique cuáles son las razones por las cuales no ha podido lograr lo que se ha propuesto?

3. ¿Podría responsabilizarse de las cosas que desea lograr? Escriba sus razones

4. Escriba en orden de importancia las cosas que quiera cambiar:

Anexo H. Propuesta del programa “Generando Luz”

GENERANDO LUZ



**INDIRA YISETH PEÑA OBESO
PRACTICA PROFESIONAL
TRABAJO SOCIAL
2007**

MARCO LEGAL

“En las personas con discapacidad este derecho significa la posibilidad de acceder de manera eficiente y oportuna a los servicios de salud y rehabilitación, sin ningún tipo de discriminación por motivo de la discapacidad”

“Los Estados deben asegurar la prestación de atención médica eficaz para las personas con discapacidad.”

“Los Estados deben asegurar la prestación de servicios de rehabilitación para las personas con discapacidad a fin de que logren alcanzar y mantener un nivel óptimo de autonomía y movilidad”.

“Los Estados deben velar por el establecimiento y la prestación de servicios de apoyo a las personas con discapacidad, incluidos los recursos auxiliares, a fin de ayudarles a aumentar su nivel de autonomía en la vida cotidiana y a ejercer sus derechos.”

Normas Uniformes ONU

Todos los seres humanos tenemos derecho a gozar de un buen estado físico y mental, es decir de un entorno que nos procure bienestar e independencia para desarrollar todas nuestras capacidades de manera digna e integral.

De esta manera, se deben proveer servicios de calidad para prevenir las causas que generan o aumentan la discapacidad.

También deben proveerse servicios óptimos de rehabilitación integral, es decir, aquellos que buscan la recuperación tanto física del individuo, como la rehabilitación laboral, emocional de la persona con discapacidad para su efectiva participación e inserción social.

Es importante tener en cuenta que la persona con discapacidad tiene derecho a recibir toda la información sobre su estado de salud y decidir sobre los tratamientos e intervenciones que se le puedan practicar, y gozar de la privacidad de la información sobre su salud y rehabilitación en las mismas condiciones que los demás ciudadanos.

¿Cómo se ofrece este servicio en Colombia?

A partir de la Constitución de 1991 y de la Ley 100 de 1993 se creó en Colombia el Sistema General de Seguridad Social y Salud. Con este Sistema, se busca lograr un servicio de salud más solidario y equitativo entre todos los ciudadanos, y que los que

tienen mayores ingresos, subsidien a los menos favorecidos.

ACTIVIDADES FISICO-DEPORTIVAS CON IMPLEMENTO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES

1.- INTRODUCCIÓN

2.- CONCEPTOS DE DEFICIENCIA, DISCAPACIDAD Y MINUSVALIA

3.- CLASIFICACIÓN DE LAS MINUSVALIAS

4.- CLASIFICACIÓN DE DEPORTES PARA MINUSVÁLIDOS

4.1.- LA REHABILITACIÓN

4.2.- DEPORTE TERAPEÚTICO

4.3.- EL DEPORTE RECREATIVO

4.4.- EL DEPORTE DE COMPETICIÓN.

4.5.- EL DEPORTE DE RIESGO Y AVENTURA

1.- INTRODUCCIÓN.

En los últimos años han ido en aumento una preocupación por parte de las diferentes sociedades para integrar en su seno a personas con diferentes discapacidades.

Este interés por integrar a estas personas con discapacidades puede tener diferentes fines; Humanitario, Político, etc.

Lo que si es cierto es que esta integración constituye un derecho reconocido en las diferentes constituciones de los países democráticos y así mismo en la carta de Derechos Humanos de la O.N.U. El derecho es la igualdad de oportunidades.

En cuanto al deporte la integración también es reciente. Anteriormente esta práctica se había despreciado.

Hoy en día los niveles técnicos, tácticos de dedicación de empleos de nuevas tecnologías, etc del deporte con personas discapacitadas en similar al deporte de los llamados normales despertando igualmente un espectáculo deportivo.

2.- CONCEPTOS DE DEFICIENCIA, DISCAPACIDAD Y MINUSVALIA.

Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) define...

Deficiencia como "perdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica."

Discapacidad " es la restricción debida a una deficiencia de la capacidad para realizar una actividad en la forma considerada normal"

Minusvalía " Situación desventajosa para un individuo como consecuencia de una deficiencia o discapacidad"

3.- CLASIFICACIÓN DE LAS MINUSVALIAS

3.1.- En función del tipo de **anormalidad o excepcionalidad**.

1.- **Psíquicos**: Auditivos

2.- **Sensoriales**: Visuales

3.- **Físicos**:

3.1.- Minusvalía por **problemas** especiales **de salud**. Cardiopatías, diabetes, epilepsia, tuberculosis.

3.2.- Por **alteraciones motóricas**:

- anomalías congénitas o adquiridas. Ej. Amputaciones

- anomalías derivadas de enfermedades. Ej. Distrofia muscular, artritis.

- Parálisis neurológica. Ej. Monoplejía, paraplejía, tetraplejía

3.2 Según el **momento de aparición**

Origen hereditario Anomalías metabólicas

1. Origen prenatal cromosómicas

No hereditarias o congénitas:

- 1.- Por factores orgánicos (enfermedades, infección)
- 2.- Factores mecánicos (golpe)
- 3.- Factores químicos (toma de fármacos)
- 4.- Factores físicos (radiaciones)
- 5.- Factores biológicos (vacunas)
- 6.- Por factores psíquicos (shock emocional)
- 7) Prematuridad (parto prematuro)

2. *Origen perinatal*

Trauma obstétrico (trauma relacionado con el parto)

Avitaminosis

Carencias

Carencias culturales, etc.

3.- *Origen postnatal* Factores endógenos:

- tipo endocrino
- por alergias, etc.
- Traumatismo: - Amputaciones
- Parálisis, etc.

4.- CLASIFICACIÓN DE DEPORTES PARA MINUSVÁLIDOS

Lo primero que hay que decir es que con las personas minusválidas debido a su discapacidad no pueden practicar deporte en la misma manera y competir en las mismas condiciones que las personas normales.

Se ha creado por tanto una categoría o modalidades que se conoce como " deporte adaptado ", " deporte especial " o " deporte para minusválidos "

Si la actividad física para las personas normales es muy importante para las personas minusválidas es vital, esto es debido porque necesitan potenciar al máximo sus zonas dañadas para así compensar sus zonas dañadas para así compensar sus deficiencias y poder desenvolverse lo mejor posible.

Según José Antonio García de Mirgo es su libro " Actividades Fisico-deportivas para minusválidos ", el deporte para estas personas se clasifica en 5 fases.

4.1.- LA REHABILITACIÓN

Es la primera fase de la actividad física adaptada. Su objetivo es dotar a la persona de la movilidad suficiente para que pueda adaptarse a su entorno y llevar una vida lo mas normal posible.

Si la deficiencia es de tipo motor la rehabilitación se basa en ejercicios de fisioterapia y en ejercicios correctivos. Si la deficiencia es de tipo psíquico se trata de concienciar a las personas de sus posibilidades y de contribuir a una correcta integración social.

Si la deficiencia es psicomotor habría que hacer entonces un trabajo mas complejo aún que incluiría por ejemplo: - Intentar compensar la falta de coordinación

- Elaborar un correcto esquema corporal.

El trabajo es normalmente individualizado, se lleva a cabo por personal sanitario y tiene pocas posibilidades lúdicas y recreativas.

4.2.- DEPORTE TERAPEÚTICO

Es la segunda fase del deporte adaptado. Su objetivo es perfeccionar aquellas cualidades que se han ido desarrollando en la fase anterior mediante juegos y deportes adaptados a la minusvalía. Es decir se objetivo es valerse en la vida cotidiana.

Aquí existe una mayor autonomía. También es importante la coordinación del personal sanitario y especialista. Se trata de actividades pocas o nada competitivas.

La elección de un deporte u otro depende de una serie de factores:

- Tipo de minusvalía

- Motivación que tenga una persona u otra

- Medios materiales que se tengan
- Etc.

Alguno de los **deportes terapéuticos** más destacados:

- Atletismo terapéutico - Natación terapéutico
- Balonmano en silla de ruedas - Fútbol en silla de ruedas
- Slalom en silla de ruedas - Bolos
- Juegos con paracaídas - Dardos
- Lanzamiento de saquitos de arena - Mini golf
- Gallina ciega en silla de ruedas - Diferentes juegos con pelota
- Boccia (especie de petanca)

4.3.- EL DEPORTE RECREATIVO

Se caracteriza porque el objetivo fundamental es recreativo o la diversión. En segundo orden puede tener objetivo de integración, relación social, sentirse útil.

Ya no va dirigido por personal sanitario.

Actividades posibles:

- Carrera de orientación - Gymkana
- Danzas en silla de rueda - Billar
- Freesbe - Malabares
- Indiacá - Cometa
- Pesca - Bolos
- Bandy (especie de hockey hielo pero – Petanca sin hielo y en silla de ruedas)
- Juegos populares o tradicionales - Aeróbic y jymjazz

4.4.- EL DEPORTE DE COMPETICIÓN.

Se caracteriza por la superación de si mismo y la búsqueda de resultados competitivos.

Este deporte contribuye al desarrollo personal del minusválido a través de sus logros, la mejora de sus marcas, la mayor autonomía, etc.

Un requisito previo a la competición es la valoración y clasificación funcional de la minusvalía.

El objetivo de esto es determinar el potencial físico de la persona y clasificarla de manera que compilan entre sí personas con parecidas minusvalías.

Alguno de los deportes de competición que tienen mayor demanda y suscitan mayor interés entre los minusválidos son los siguientes.

- Atletismo - Fútbol
- Baloncesto en silla de ruedas - Halterofilia
- Ciclismo - Natación
- Esgrima - Tiro con arco
- Tiro olímpico - Voleibol
- Tenis en silla de
- Tenis sobre mesa

4.5.- EL DEPORTE DE RIESGO Y AVENTURA

Las razones que pueden llevar a una persona practicar estos deportes son diversas:

- Gusto por experimentar nuevas sensaciones
- Porque le guste el riesgo y la aventura o por este tipo de sensación
- Para superarse
- Como medio catártico

Hay **cinco grupos** dentro de esta categoría:

A.- Deportes de montaña: Esquí, escalada

B.- Deportes Campestres. Camping, senderismo, equitación, silla de montaña

C.- Deportes Acuáticos. Vela, piragüismo, windsurf, rafting, esquí náutico, submarinismo

D.- Deportes con Motor. Motonáutica, deportes aéreos con motor

E.- Deportes de Riesgo. Puenting, a la delta

Aquí se tendrán en cuenta los deportes terapéuticos, recreativos y competitivos según el caso.

ACTIVIDADES A REALIZAR

JUEGOS PARA DISCAPACITADO

LOS SIAMESES CON BALÓN

Desarrollo:

A) Material: Tantas pelotas como grupos haya.

B) Terreno: Cualquiera.

C) Organización: En equipos de 6, 8 ó 10 niños.

D) Realización: Consiste en realizar un recorrido de relevos por parejas llevando la pelota por la frente, los dos con las caderas..., siendo el equipo ganador el que antes finalice el recorrido sin trampas. Si se cae, se vuelve a comenzar donde se cayó.

Aspectos del desarrollo que estimula:

A) PS: Equilibrio, velocidad, esquema corporal, coordinación dinámica general.

B) I: Normas, capacidad de establecer estrategias.

C) S: Relación entre iguales, cooperación, interacción grupal.

D) A: Diversión, placer, autoestima, confianza.

Variantes: - Utilizar pelotas de distintos tamaños y texturas.

EN EL AIRE

Desarrollo:

- A) Material: Una pelota por persona.
- B) Terreno: Cualquiera.
- C) Organización: Individualmente o por parejas repartidos por el espacio.
- D) Realización: Mantener una pelota en el aire sin cogerla, golpeándola con la mano, con el dorso, con las rodillas, la cabeza... También puede hacerse por parejas, quietos o desplazándose (equilibrio estático o dinámico).

Aspectos del desarrollo que estimula:

- A) PS: Equilibrio, coordinación dinámica general, percepción visual, coordinación, motricidad.
- B) I: Concentración, reflejos, orden.
- C) S: Normas.
- D) A: Diversión.

Variantes: - Que el profesor marque el ritmo o la parte del cuerpo con el que tienen que golpear la pelota.

EL ESPEJO

Desarrollo:

- A) Material: Ninguno.
- B) Terreno: Cualquiera.
- C) Organización: Por parejas.
- D) Realización: Uno de los dos va tomando diferentes posiciones de equilibrio estático que el otro debe reproducir sin caerse. Cambio de roles.

Aspectos del desarrollo que estimula:

- A) PS: Equilibrio, coordinación dinámica general, motricidad gruesa.
- B) I: Concentración, reflejos, imitación, creatividad.
- C) S: Normas, relación entre iguales, sentimiento de pertenencia al grupo.
- D) A: Diversión, placer, descarga de tensión, confianza en el grupo.

Variantes: - El "espejo inverso": se trata de hacer lo mismo pero poniendo la posición contraria o invertida

BUSCANDO LA COLA

Desarrollo:

- A) Material: Ninguno.
- B) Terreno: Cualquiera.
- C) Organización: En filas de 8-10 personas.
- D) Realización: La mano izquierda sobre el hombro izquierdo del compañero de delante y con la mano derecha se le alarga al pie derecho. El que va en cabeza trata de alcanzar al compañero del final. Entre todos forman el círculo.

Aspectos del desarrollo que estimula:

- A) PS: Lateralidad, equilibrio, esquema corporal, coordinación general.
- B) I: Conceptos espaciales, imitación.
- C) S: Relación entre iguales, cooperación, interacción grupal.
- D) A: Diversión, placer, autoestima, confianza en las capacidades y en los compañeros.

Variantes: - Cambiar de manos y piernas para trabajar ambas lateralidades.

TRAS, TRES, TRIS...

Desarrollo:

- A) Material: Ninguno.
- B) Terreno: Cualquiera.
- C) Organización: Por parejas.
- D) Realización: Tras una profunda inspiración y dentro de la misma espiración tratar de pronunciar un trabalenguas como: *"Pablito clavó un clavito, ¿qué clavito clavó Pablito?"*, *"El perro de Roque no tiene rabo porque Ramón Ramírez se lo ha cortado"*, *"El cielo está enladrillado, ¿quién lo desenladrillará?, el desenladrillados que desenladrille buen desenladrillador será"*, *"Tres triste tigres trillaban trigo en un trigal"...*

Aspectos del desarrollo que estimula:

- A) PS: Respiración, coordinación.
- B) I: Coordinación verbal.
- C) S: Relación entre iguales, interacción grupal.
- D) A: Autoestima, confianza en las posibilidades de uno mismo, diversión, placer.

Variantes: - Escenificar e imitar el trabalenguas o cantarlo.

DE NARIZ A NARIZ

Desarrollo:

- A) Material: Un trozo de papel fino y suave por cada grupo.

B) Terreno: Cualquiera.

C) Organización: Los jugadores se colocan en círculo con un trozo de papel.

D) Realización: Uno de los jugadores se coloca el papel contra su nariz y lo sostiene por aspiración y sin ayuda de la mano. Entonces acerca frontalmente su cara al de al lado para que este, aspirando por la nariz mientras el 1º deja de hacerlo, se haga con el papel para que pueda pasarlo a su vez a otro jugador.

Aspectos del desarrollo que estimula:

A) PS: Respiración, capacidad pulmonar, coordinación.

B) I: Conceptos espaciales y temporales.

C) S: Relación entre iguales, interacción grupal.

D) A: Autoestima, mucha confianza en los miembros del grupo.

Variantes: - Se puede pasar de boca a boca con un naipe.

INFORME

PROGRAMA “GENERANDO LUZ”

ACTIVIDAD: Taller Lúdico-recreativo

FECHA ACTIVIDAD: 20 de febrero de 2008

RESPONSABLE: Indira Peña

Estudiante de práctica Trabajo Social

OBJETIVO DE ACTIVIDAD	POBLACIÓN OBJETIVO	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD	RESULTADOS OBTENIDOS
Informar acerca del nuevo programa “Generando Luz”, mediante la realización de recreación dirigida.	Población discapacitada	Se llevó a cabo en La Perla, en las horas de la tarde (3:00 a 5:00 p.m.). Se intercalaron dinámicas, con temas alusivos a: ♦ Relación y unión familiar ♦ Sueños y deseos ♦ Visión de futuro (prospectiva) Las dinámicas fueron dirigidas por el Recreacionista Oscar Javier Serrano en compañía de la Trabajadora Social en práctica. Se realizó un intermedio donde se compartió un refrigerio. Y finalmente se realizaron compromisos.	Los resultados fueron: Factores Positivos: ♦ Se acordó convocar nuevamente a la población restante para darle continuidad al programa. ♦ Causó interés y deseos de continuarlo, tanto a padres como a los niños especiales. ♦ Se descubrió el talento que tienen los niños especiales para generar nuevos procesos, como la generación de red orientadas a procesos productivos (unir talentos para generar una microempresa) ♦ Interés por el trabajo con la terapia ocupacional, para los niños más pequeños, también para los mayorcitos. ♦ Interés en que el programa se desarrolle una vez por semana. Donde expresaron que el día viernes por la mañana sería adecuado

			su realización. Factores Negativos: ♦ El número de asistentes no fue el planeado, de 20 niños especiales invitados, solo asistieron 5, y 20 acompañantes de los cuales solo asistieron 3. En total asistieron 8 personas.
OBSERVACIONES	♦ Expresan que una de las limitantes para el desarrollo del programa es el transporte, ya que para las actividades se dificultaría costearlo y, además, el acompañar a sus hijos sería difícil por motivo de ocupaciones y tiempo. ♦ El compromiso asumido esta en llamar a la población asistida para comunicarles como se continuará el trabajo, ó si no se continuará. ♦ Otro compromiso esta en, si se le da continuidad al programa...se llamaría a la población restante no asistida para que también entren a participar del mismo.		

Anexo I. Ficha de visita domiciliaria

FICHA
VISITAS DOMICILIARIAS

ACTIVIDAD:

FECHA:

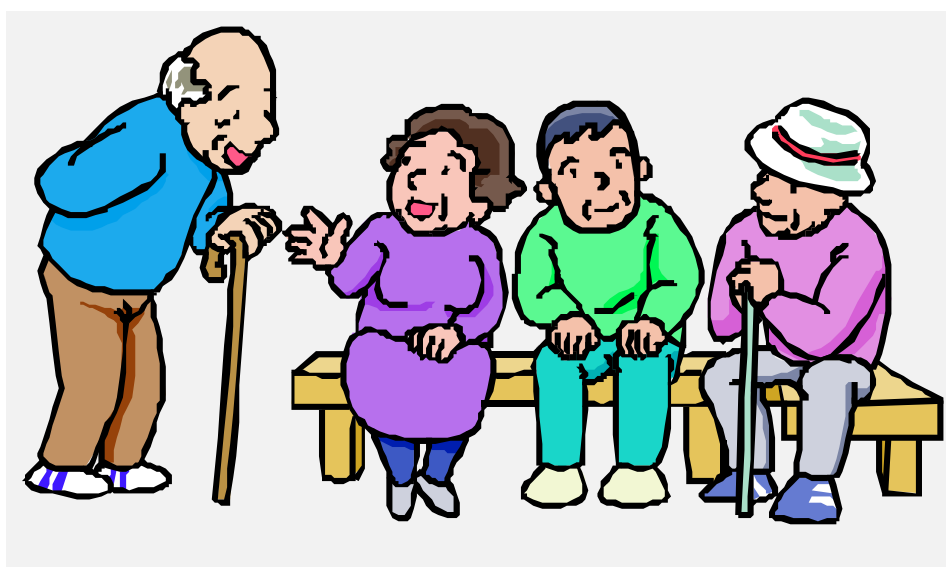
USUARIO:

RESPONSABLE:

DETALLES			
ESTADO FISICO	ESTADO FAMILIAR	ESTADO SALUD	OBSERVACION

Anexo J. Propuesta del Programa llamado “Recordando Mi Ayer”

**“UNIÓN FAMILIAR... APOYO FUNDAMENTAL”
PROPUESTA ADULTO MAYOR
RECORDANDO MÍ AYER**



**EN LA EXPERIENCIA Y LA SABIDURIA...
ESTA LA RESPUESTA QUE NECESITAMOS
PARA RECREAR EL FUTURO**

**INDIRA YISETH PEÑA
TRABAJO SOCIAL
2007**

INTRODUCCIÓN

En Colombia la población adulta mayor cuenta con un nivel de atención mínimo, en cuanto al manejo de programas que ocupen su tiempo libre, y que permitan a su vez espacios de esparcimiento y recreación, los cuales fomenten con ello, estilos de vida saludable, acorde a su edad. Para dar respuesta a las necesidades que se presenta en la atención a la población adulta mayor, en la instancia de Trabajo Social de CAPRUIS, se pretende brindar un espacio donde se realicen actividades que permitan el esparcimiento y la generación de programas que ofrezcan mejores oportunidades tanto lúdicas como dinámicas para dicha población.

BREVE DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN:

Dentro del grupo poblacional que atiende CAPRUIS, se encuentra la población adulta mayor, la cual fue estudiada por la estudiante de práctica de Trabajo Social, mediante visitas domiciliarias, dejando un informe cuantitativa, a través de la tabulación de datos estadísticos realizados, estos se encuentran analizados así:

- ❖ Clasificación por sexo
- ❖ Clasificación por edad
- ❖ Clasificación por ocupación
- ❖ Composición familiar por convivencia
- ❖ Clasificación por vivienda
- ❖ Dependencia económica
- ❖ Apoyo familiar
- ❖ Medicamentos

Se observó en el estudio realizado que la población oscila entre los 80 y 94 años; que el sexo masculina es mayor en número que el femenino; que se encuentra entre 80 y 84 más población, los que se tienen entre 85 a 94 son en cantidad iguales; en cuanto a la ocupación laboral se notó que el 85% de la población son pensionados y que su ocupación del tiempo libre es nula, ósea, no se encuentran realizando actividades para su bienestar físico, emocional y psicológico, lo cual afecta no solo a su círculo familiar, sino que también así mismos, generando actitudes negativas frente a su círculo familiar, tales como: depresión, mal genio, soledad, etc. Por este motivo se ve necesario la implementación de programas que permitan el esparcimiento y la ocupación del tiempo libre, así se logrará un ambiente familiar idóneo para el adulto mayor y su círculo (familiar y social)

También se observó que el 35% de la población adulto mayor se encuentra que su composición familiar por convivencia es conformada por su cónyuge, hijos, nietos o sobrinos lo cual indica que el tipo de familia es extensa; el 23 % vive solamente

en compañía del cónyuge, el 15% vive en compañía de hijos, el 8% viven solos y el 19% restante corresponde a convivencia con otros familiares como: con nieta, sobrina, hija su yerno y nieto, familia amiga, en hogar para ancianos.

En cuanto a la vivienda el 64% no propietarios, el restante esta en arriendo y el restante viven en hogar para ancianos. Su dependencia económica esta así: el 69% son pensionados, el 19% viven de la pensión del esposo, el 8% de la pensión y de los hijos y el 4% de los hijos.

Otro punto a detenerse es el apoyo familiar como aspecto positivo para el 38% de la población adulto mayor, pues cuentan con un optimo ambiente familiar, el 35% con apoyo OK, ósea bueno, el 19% por el contrario se encuentran sin apoyo familiar, generando esta situación interrogantes en cuanto a su estado físico, emocional (expresan sentimiento de depresión), y psicológico (depresión), otros cuentan con nietas y esposa solamente, ósea, que su círculo familiar es pequeño, faltaría analizar su red de apoyo social como se encuentra.

Finalmente en la toma de medicamentos arroja que el 85% si lo toma, mientras que el 19% restante no toman sus medicamentos, los cuales corresponden a hombres, esto último requiere la ayuda y el apoyo del círculo familiar y la red de apoyo social (amigos, conocidos, etc.).

POBLACIÓN OBJETIVO:

En este caso se trabajará con la población adulto mayor, los cuales se encuentran entre 80 y 94 años de edad y población Adulta mayor con tiempo disponible, que requieran de apoyo institucional por carencia de espacios de esparcimiento y debilidad en la red de apoyo familiar. Esta población son aquellos pertenecientes al grupo focal, tomados del estudio cuantitativo realizado por la estudiante de práctica de Trabajo Social anterior. Tomándolos como muestra para prueba piloto, la cual permitirá evaluar los resultados quienes darán paso a la cobertura de población o por el contrario culminarlo.

Teniendo en cuenta también, que los datos arrojados por el Informe del año 2006 CAPRUIS cuenta con una población longeva, en un 70%, requiriendo de cuidados y mayor atención.

JUSTIFICACIÓN:

Se requiere de la atención a la población adulto mayor, ya que esta población aparte de ser mayoría en CAPRUIS, requiere de mayores cuidados y de atención por ser una población vulnerable.

Como se acaba de mencionar CAPRUIS, cuenta con un gran número de población longeva, la cual amerita cuidado y prevención de las enfermedades, y la morbilidad prematura de dicha población.

El trabajar con la población adulta mayor, en programas acordes a sus necesidades y estimular su mente, mediante el trabajo de Historia de Vida, hará que su sistema nervioso no pierda el ejercitamiento necesario, para la memoria y el ejercicio físico hará que su movilidad muscular articular sea más acorde a sus necesidades básicas, entre otros beneficios.

Así se logrará mejorar el estilo de vida de la población adulta mayor, mejorando el servicio brindado y generando nuevos programas para ellos.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Generar espacios de esparcimiento en la población adulto mayor para la ocupación del tiempo libre e implementando la estrategia del buen trato en su ambiente familiar mediante el trabajo de grupos focales.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ❖ Convocar a la población adulta mayor para dar a conocer el programa a desarrollar mediante invitaciones escritas y llamadas de confirmación.
- ❖ Sensibilizar a la población adulta mayor en la importancia de su participación en la elaboración de programas para su esparcimiento y ocupación del tiempo libre mediante talleres reflexivos e implementación de la técnica Historia de vida.
- ❖ Crear conjuntamente programas de actividades o planes, a través de la actividad “reviviendo mi historia”.
- ❖ Crear grupo de apoyo mediante encuentros acordados con el profesional de Trabajo Social y el grupo de adultos mayores.

REFERENTE TEORICO

LA VEJEZ

A partir de las visitas domiciliarias realizadas por la anterior practicante, se toma el siguiente sustento teórico:

El envejecimiento conlleva a una serie de cambios a nivel físico: cardiovascular, respiratorio, metabólico, músculo esquelético, motriz, etc. Que reduce la capacidad, esfuerzo y la resistencia el estrés físico de los mayores, reduciéndose así mismo su autonomía y calidad de vida y su habilidad y capacidad de aprendizaje motor.

La actividad física se reduce con la edad y constituye un indicador de salud. La reducción del repertorio motriz, junto a la entidad de los reflejos y descenso del tono muscular en reposo, entre otros factores, provocan descoordinación y torpes motriz. La inmovilidad e inactividad es el mejor agravante del envejecimiento y la incapacidad de tal forma que, lo que deja de realizarse, fruto del envejecimiento pronto será imposible de realizar.

El ejercicio físico tiene incidencia específica sobre los sistemas que acusan la involución retrasando la misma de forma considerable, previniendo enfermedades y contribuyendo a mantener la independencia motora y sus beneficios sociales, afectivos y económicos.

Se define el envejecer como un proceso dinámico, gradual, natural, e inevitable, proceso en el que se dan cambios a escala biológico, corporal, psicológico y social. Transcurre en el tiempo y está delimitado por este.

En el desarrollo de la monografía a los envejecientes se llaman adultos mayores, es decir, a los que cursan por el proceso del envejecimiento y que cronológicamente pueden ubicarse entre los 55/60 años (entroncando con lo que se llama la edad media de la vida) y los 79/80 años. A partir de los 80 años tomamos la vejez y por tanto llamamos viejos a los que transitan.

Los gerontólogos Norteamérica los llaman a estas etapas como la de los viejos-jóvenes y los viejos-viejos.

Criterios para decir que una persona es vieja:

- ❖ **Criterio cronológico:** edad en años, relacionado con el retiro o jubilación obligatoria.

❖ **Criterio físico:** se tiene en cuenta los cambios físicos producidos en la persona, como cambios en la postura, forma de caminar, facciones, color de pelo, capacidad visual y auditiva, disminución en la capacidad de almacenamiento de la memoria que afecta a los tres tipos de memoria (acorto, mediano, y largo plazo) de forma directa, sueño alterado... etc. Todo esto relacionado a la alteración en forma notable de las actividades cotidianas.

❖ **Criterio social:** según el papel o el rol que desempeña en la sociedad.

Todos estos criterios son relativos, pues dependen de muchos factores y principalmente del espíritu de cada persona.

Entre los factores que aceleran el envejecimiento están:

- ❖ Alimentación excesiva
- ❖ Stress
- ❖ Hipertensión
- ❖ Tabaquismo y alcoholismo
- ❖ Obesidad
- ❖ Soledad, poca participación socio laboral
- ❖ Sedentarismo. Poca actividad física.

Cambios estructurales o modificaciones biológicas:

Estas influyen grandemente en la personalidad o modificaciones de los individuos que pertenecen a la etapa de adulto mayor, estas son:

- ❖ Cambio de apariencia
- ❖ Modificaciones del sistema piloso: calvicie y canosidad
- ❖ Las glándulas sudoríparas se atrofian, obstaculizando el normal proceso sudorización, tolerando menos el calor.
- ❖ Al tener circulación periférica con menor regulación, tolera menos el frío.
- ❖ Se presentan alteraciones en la motricidad, aumentando la grasa y disminuyendo la fuerza, movimiento lento, mayor fatigación, recuperación lenta, etc.
- ❖ Osteoporosis.
- ❖ Aumento de las cifosis fisiológica.
- ❖ Disminución de las capacidades respiratorias.
- ❖ Al disminuir actividad, el cuerpo necesita menos nutrientes, pero como los hábitos alimenticios no cambian, suelen aumentar de peso.
- ❖ Cambios de los porcentajes corporales, aumento del porcentaje de grasa, disminución de masa muscular, disminución de la cantidad de agua.
- ❖ Se sabe que con la edad se reduce la capacidad contráctil del músculo cardíaco, por lo que no toleran las frecuencias cardíacas altas.

- ❖ Metabólicamente hay alteraciones relacionadas con la edad, como la tolerancia a los niveles de glucosa que es menor: la actividad tiroidea puede estar disminuida lo que hace que la persona mayor tolere menos las alteraciones de la temperatura.
- ❖ Se presenta un cambio en el tejido colágeno que hace que los tendones y ligamentos aumenten su dureza o rigidez, por lo tanto se es más propenso a lesiones asociadas al esfuerzo excesivo.
- ❖ Pérdida de peso celular, con disminución de mielina y del número de neuronas, el tiempo de reacción y regulación motoras se hacen más lentas lo que hace que sean menos coordinados.
- ❖ Hay mayor incidencia en enfermedades cardíacas.
- ❖ La frecuencia cardíaca máxima y el consumo de oxígeno declinan, la cual es más rápida su declinación por la inactividad o el abandono del entrenamiento.

Las personas de edad presentan varios problemas a resolver:

- ❖ **Biológico:** enfermedades crónicas y proceso involución.
- ❖ **Financiero:** problema del mejor aprovechamiento vital (como administrar el tiempo que queda de vida)
- ❖ **Fisiológico:** angustia de muerte y el que pasara después de la muerte.
- ❖ **Relaciones sociales:** el aislamiento familiar, pérdida de relaciones activas sociales
- ❖ **Sexual:** disminución o pérdida del deseo sexual.
- ❖ **Lúdico:** aquí los individuos no saben cómo ocupar el tiempo libre que antes ocupaban con el trabajo, no saben cómo recrearse, ni que actividades físicas realizar, o cuáles son las adecuadas para su edad.

Factores que retardan el envejecimiento:

- ❖ Sueño tranquilo
- ❖ Ejercicio corporal continuo
- ❖ Buena nutrición
- ❖ Participación social activa y laboral, si es el caso.
- ❖ Autocuidado del adulto mayor.
- ❖ Al escuchar bien podrá comunicarse bien
- ❖ Reconocer los trastornos del ánimo y cognitivos
- ❖ Sexualidad

Beneficios de realizar actividades físicas

- ❖ Frena el atrofio muscular

- ❖ Favorece la movilidad articular
- ❖ Evita la descalcificación ósea
- ❖ Hace mas efectiva la contracción cardiaca
- ❖ Disminuye el peligro de infarto
- ❖ Refuerza el sistema nervioso
- ❖ Frena las insuficiencias hormonales
- ❖ Evita la obesidad
- ❖ Conserva agiles y atentos los sentidos
- ❖ Aumenta la capacidad respiratoria y la oxigenación de la sangre
- ❖ Reduce el riesgo de formación de coágulos, de trombosis, de embolias, etc.
- ❖ Aumenta la eliminación de colesterol y disminuye el riesgo de hipertensión.

Recomendaciones:

“No se aislé de sus seres queridos, ni de la sociedad”

El adulto mayor tiene la dificultad para establecer nuevas amistades y encontrar personas de su edad. De esta manera, se van generando ciertas situaciones de aislamiento y soledad a medida en que las personas envejecen.

Al mismo tiempo, el adulto mayor adquiere otros roles, como el cambio de padres a abuelos, de esposo (a) a viudo (a), de trabajador (a) a jubilado (a). Etc.

Todos estos factores influyen para el aislamiento social, que se define como la soledad experimentada por un individuo que percibe la situación como impuesta por los demás y como un estado negativo o amenazante.

La soledad es la percepción de un contacto humano insuficiente y puede provenir del aislamiento social, que puede ser consecuencia de la falta de satisfacción de una persona mayor con su propio cuerpo, originada por la pérdida de movilidad o por incapacidad para funcionar.

En general, los problemas físicos, como los cambios en el aspecto, la incontinencia y otros factores, son determinantes para que las personas puedan establecer una imagen corporal y un autoconcepto positivo.

Es importante que el adulto mayor busque nuevas formas de relacionarse y que la familia lo estimule a ello, para evitar el aislamiento social, que puede conducir a un rápido deterioro de las habilidades interpersonales. A su vez, la red primordial de apoyo, es el círculo familiar, quien servirá de ayuda en su etapa y en el desenvolvimiento diario del adulto mayor (este debe ser tenido en cuenta para trabajo

Anexo K. Informe del Programa “Recordando Mí Ayer”

INFORME PROGRAMA “RECORDANDO MÍ AYER”

ACTIVIDAD: Taller reflexivo

FECHA ACTIVIDAD: 07 de febrero de 2008

RESPONSABLE: Indira Peña

Estudiante de práctica Trabajo Social

OBJETIVO DE ACTIVIDAD	POBLACIÓN OBJETIVO	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD	RESULTADOS OBTENIDOS
Informar acerca del nuevo programa “Recordando mí ayer”, mediante la realización de recreación de Taller Reflexivo, del cual surgirá ideas para la población	Población Adulta Mayor	Se llevó a cabo en La Perla, en las horas de la tarde (3:00 a 5:00 p.m.). Se intercalaron dinámicas, con temas alusivos a: ♦ Reflexión: El tren de la vida ♦ Dinámica: Bombas con sentimientos ♦ Mi historia de vida ♦ Momentos agradables ♦ Mi infancia ♦ Mi adolescencia ♦ Mi adultez ♦ Necesidades ♦ Dinámicas ♦ Las dinámicas fueron dirigidas por la Trabajadora Social en práctica. Finalmente se realizaron compromisos.	Los resultados fueron: Factores Positivos: ♦ Se acordó convocar nuevamente a la población restante para darle continuidad al programa. ♦ Causó interés y deseos de continuarlo, a los asistentes. ♦ Los asistentes participaron dinámicamente ♦ Interés por el trabajo que se quiere tener con ellos, expresaron alegría por tenerlos en cuenta para actividades. ♦ Narraron su propia historia, algunos con nostalgia, otros con respeto, otros con alegría, otros con orgullo, otros con dolor, etc. Pero todos con deseo de ser escuchados.

			♦ Interés en que el programa se desarrolle una vez por mes. ♦ Donde expresaron que el día jueves por la mañana sería adecuado su realización. ♦ Expresaron su preocupación por la no continuidad del programa, pues expresaron la necesidad de ser escuchados y tomados en cuenta. ♦ Expresaron que este espacio fuera par a diversas actividades, como: Charlas de salud, en cuanto a las necesidades propias. Paseos lúdicos. Jornadas de conferencias en estilos de vida saludable. etc. Factores Negativos: ♦ El número de asistentes no fue el planeado, de 16 invitados, solo asistieron 8.
OBSERVACIONES	♦ Se pide tener en cuenta las sugerencias dadas por la misma población en cuanto a las actividades a futuro, las ya mencionadas. ♦ Expresaron agradecimiento e interés por continuar. ♦ Piden se les invite a más población pues es un espacio de esparcimiento y de escucha para ellos. ♦ Expresaron el agrado de ser escuchados, pues en ocasiones en caso no lo son. ♦ Se comprometió llamar para comunicarles sobre la siguiente reunión, donde piden se les envíe invitaciones escritas para no ser olvidados, ni el día, ni la hora.		

Anexo L. Listado de los participantes del programa “Recordando Mí Ayer”

**LISTADO DE POBLACIÓN ADULTA MAYOR (ASOPUIS), PROGRAMA RECORDANDO MI
AYER**

HERMINIA ARAQUE MARIN

GABRIEL ARIAS GELVEZ

MARGARITA BORRERO DE ORTIZ

JOSE VICENTE COLMENARES SEPULVEDA

JUAN DE DIOS GUZMAN SILVA

ISTMENIA CAZALLAS DE GUTIERREZ

JOSE OBDULIO MEZA MALDONADO

JAIRO PRADA ESPARZA

HECTOR MORENO LOPEZ

RAIMUNDO OCHOA RODRIGUEZ

RAFAEL PINILLOS

RAFAEL REYES JAIMES

HIGINIO RUIZ TARAZONA

GILBERTO TORRES RUEDA

WALDINA VARGAS DE TARAZONA

Anexo M. Ficha de historia de vida, del programa “Recordando Mí Ayer”

**FICHA HISTORIA DE VIDA
“RECORDANDO MI AYER”**

Nombre: _____

Código: _____

Fecha: _____

Objetivo: Esta actividad permitirá el espacio adecuado para devolver el tiempo, y observar lo que a transcurrido en mi vida. Miraremos todo lo que yo he vivido, tanto positivo como negativo, lo cual me ha permitido adquirir experiencia, conocimiento, sabiduría, entendimiento y mucho más....

El espacio a continuación me permitirá devolverme en el tiempo y escribir todo cuanto quiero recordar (esto me ayudará a descubrir que viví y quiero seguir viviendo):

Y en mi Infancia:

Y en mi adolescencia:

Y en mi adultez

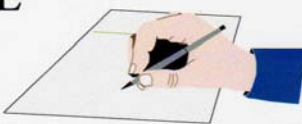
Anexo N. Publicidad del Sistema de Información y Atención al Usuario



**Servicio de
Información y
Atención al
Usuario**



EL S. I. A. U. es una propuesta de participación ciudadana que pretende integrar al usuario con las entidades que prestan Servicios de Salud en la búsqueda del bienestar común.

ACERQUESE		QUEJESE
INFORME		SOLICITE
SUGIERA		EXIJA
PROPONGA		PARTICIPE

C O M P R O M E T A S E



**ESTA EN SUS MANOS,
AYUDENOS A MEJORAR**

