

**INTERVENCION PROFESIONAL CON POBLACIÓN VÍCTIMA DE  
ACCIDENTE DE TRÁNSITO EN SERVICLINICOS DROMEDICA CLINICA LA  
MERCED**

**SILVIA MILENA MUÑOZ LIZCANO**



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL  
BUCARAMANGA  
2010**

**INTERVENCIÓN PROFESIONAL CON POBLACIÓN VÍCTIMA DE  
ACCIDENTE DE TRÁNSITO EN SERVICLINICOS DROMEDICA CLINICA LA  
MERCED**

**SILVIA MILENA MUÑOZ LIZCANO**

**Trabajo de grado para optar al título de  
Trabajadora Social**

**Supervisora:**

**MATILDE MUÑOZ LASPRILLA  
TRABAJADORA SOCIAL**

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

**2010**

## **AGRADECIMIENTOS**

*A Dios, por haberme dado la oportunidad de ser profesional, la sabiduría y perseverancia para salir adelante y la experiencia adquirida en este proyecto.*

*A mis padres Cecilia Lizcano y José Muñoz por su amor, apoyo y esfuerzo. A ellos les debo todo lo que soy.*

*A mi tío Juan Lizcano porque representó un gran apoyo para mi familia y para mí en momentos difíciles, aportando en el logro de mis meta.*

*A todos los profesores de la Escuela de Trabajo Social especialmente a la profesora Adriana Vega que con su paciencia y sabiduría fue la luz que me guio en este proceso profesional*

*A mis hermanas Marian Lizeth y Sonia Rocio y a mi sobrina Silvia Catalina quienes con su amor, comprensión y compañía han sido un apoyo en los momentos más importantes de mi vida.*

*A mis amigos Christian Marcelo Osorio Kelly Ojeda y a mis compañeros con quienes siempre encontré apoyo, una amistad y sobre todo un gran aporte a mi vida profesional.*

## **DEDICATORIA**

*Este logro se lo dedico a todas aquellas personas que han estado desde el principio en este camino tan importante de mi vida, quienes con su amor me ayudaron a superar todos los obstáculos y dificultades presentados.*

*SILVIA MUÑOZ LIZCANO*

## CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	1
1. REFERENTE TEORICO	3
1.1 EL HOMBRE COMO UN SUBSISTEMA EN LAS ORGANIZACIONES SOCIALES	3
1.2 DETERMINANTES DE LA SALUD Y SU RELACIÓN CON ACCIDENTES DE TRÁNSITO	6
2. CONTEXTO GENERAL Y ESPECÍFICO EN EL CUAL SE INSERTA LA EXPERIENCIA	18
2.1 ACCIDENTES A NIVEL REGIONAL Y LOCAL	24
2.2 ATENCIÓN EN RIESGOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO DE ACUERDO AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL EN COLOMBIA	27
2.3 EL ADULTO MAYOR, VÍCTIMA DE ACCIDENTES	33
3. SERVICLÍNICOS DROMÉDICA CLÍNICA LA MERCED	35
3.1 PLATAFORMA ESTRATÉGICA	36
3.2 SERVICIOS	39
3.3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE LA INSTITUCIÓN	43
3.4 DESCRIPCIÓN DEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN QUE INGRESA A SERVICLÍNICOS DROMÉDICA CLÍNICA LA MERCED.	48
4. CARACTERIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA	60
4.2 OBJETIVO DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL	67
4.3 PRIORIZACIÓN DE ESTRATEGIAS.	67
4.4 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	68
5. EJECUCIÓN	77
5.1 EJECUCION PLAN OPERATIVO DE TRABAJO 1	77
5.2 EJECUCION DEL PLAN OPERATIVO 2	79
5.3 EJECUCION DE PLAN OPERATIVO 3	86
6. EVALUACION GENERAL DEL PROCESO DE PRÁCTICAS	89

6.1 ANÁLISIS DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN CON VÍCTIMAS DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO	92
6.2 APORTES AL DESEMPEÑO DEL ROL PROFESIONAL	96
7. CONCLUSIONES	98
8. RECOMENDACIONES	99
9. PROPUESTA PARA EL FORTALECIMIENTO PSICOSOCIAL Y ADOPCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN EL ADULTO MAYOR ACCIDENTADO.	101
9.1 OBJETIVOS ESTRATEGICOS:	102
9.3 PROCESO DE INTERVENCION	103
BIBLIOGRAFIA	110
ANEXOS	113

## LISTA DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
Figura 1. Organigrama Dromédica S.A	44

## LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Tasa de accidentalidad por cada 1000 habitantes, Colombia 2004 al 2008	18
Cuadro 2. Entidades de salud contratantes de servicios médicos en Serviclínicos Dromédica S.A	47
Cuadro 3. Población que ingresa a Dromédica S.A	48
Cuadro 4. Matriz dofa Serviclínicos Dromédica S.A	64
Cuadro 5. Priorización de Estrategias	68
Cuadro 6. Estrategias de Intervención Profesional	69
Cuadro 7. Plan Operativo de Trabajo 1	72
Cuadro 8. Plan Operativo de Trabajo 2	74
Cuadro 9. Plan Operativo de Trabajo 3	75
Cuadro 10. Ejecución Plan Operativo 1	77
Cuadro 11. Orientación individual de núcleo familiar sobre estilos de vida saludables, autocuidado y dinámica sobre el tránsito (juego)	80
Cuadro 12. Ejecución Plan Operativo 2	81
5.3 EJECUCION DE PLAN OPERATIVO 3	86
Cuadro 13. Ejecución Plan Operativo 3	87
Cuadro 14. Fase I	104
Cuadro 15. Fase II	106
Cuadro 16. Fase III	108

## LISTA DE GRÁFICAS

	<b>Pág.</b>
Gráfica 1. Causas probables de los accidentes de tránsito 2007	19
Gráfica 2. Causas probables de los accidentes de tránsito según el factor al que se le atribuye	21
Gráfica 3. Edad de los conductores involucrados según gravedad	22
Gráfica 4. Gravedad de los accidentes con muertos por género y edad	23
Gráfica 5. Gravedad de los accidentes con heridos por género y edad	23
Gráfica 6. Condición usuario víctima de accidente.	24
Gráfica 7. Población que ingresa a la institución por género víctima de accidente de tránsito	49
Gráfica 7. Nivel de Escolaridad de Población Objeto	50
Gráfica 8. Ocupación Laboral	51
Gráfica 9. Nivel socioeconómico	52
Gráfica 10. Seguridad Social	53
Gráfica 11. Estado en el que ingresa población víctima de accidente de tránsito a Dromédica S.A.	55
Gráfica 12. Departamento de Santander y zonas aledañas	56
Gráfica 13. Causas de accidentes de tránsito en horas del día	57
Gráfica 14. Causas de accidentes de tránsito en horas de la noche	57
Gráfica 15. Medidas Preventivas de Seguridad Vial	58

## LISTA DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
Tabla 1. Tasas de morbilidad y mortalidad por municipios en Santander	25
Tabla 2. Tasas por área metropolitana	27

## LISTA DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
Anexo A. Afiches de Prevención Vial.	113
Anexo B. Juego “El Tránsito”	118
Anexo C. Encuesta de Satisfacción al Usuario	119
Anexo D. Folletos de estilos de vida saludables	121

## RESUMEN

**TITULO:** INTERVENCIÓN PROFESIONAL CON POBLACION VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO EN SERVICLINICOS DROMEDICA CLINICA LA MERCED\*

**AUTORES:** SILVIA MILENA MUÑOZ LIZCANO\*\*

**PALABRAS CLAVES:** UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER, TRABAJO SOCIAL SALUD, ACCIDENTES DE TRANSITO, VICTIMAS DE ACCIDENTES DE TRANSITO

### DESCRIPCION

Los accidentes de tránsito se presentan como eventos no intencionales ocasionando lesiones, muertes, daños y pérdidas materiales, económicas y ambientales en el cual se encuentra comprometida la vida humana. Dichos eventos son causados en mayoría por el factor humano el cual involucra patrones de conductas riesgosas que influyen directamente en la salud de los individuos. Estos factores que determinan la salud son variados haciendo referencia a aspectos biológicos, genéticos, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, educativos, sanitarios y religiosos.

El proyecto de intervención profesional con población que ingresa a Serviclínicos Dromédica Clínica la Merced por accidente de tránsito, pretende fortalecer procesos de recuperación de la salud que promuevan la participación y apropiación de hábitos saludables con el fin de mejorar la calidad de vida de los usuarios.

Las metodologías implementadas en el proceso de intervención profesional son Metodología de Trabajo Social Individual (caso) y Metodología de trabajo Social Grupo, las cuales se fundamentaron en la transformación, modificación y potencializarían de conductas en relación con la problemática presentada en el cual se reconocen sucesos particulares que influyen positiva o negativamente en los individuos. Además del fortalecimiento de redes de apoyo conformadas por núcleo familiar el cual realizó el acompañamiento con el paciente en el proceso de recuperación.

---

\* Proyecto de grado

\*\*Facultad de Ciencias Humanas, Escuela de Trabajo Social. Director. MATILDE MUÑOZ LASPRILLA

## ABSTRACT

**TITLE:** PROFESSIONAL INTERVENTION WITH POPULATION VICTIMS OF TRAFFIC ACCIDENTS IN SERVICLINICOS DROMEDICA CLINICA LA MERCED\*.

**AUTHORS:** SILVIA MILENA MUÑOZ LIZCANO\*\*

**KEY WORDS:** INDUSTRIAL UNIVERSITY OF SANTANDER, SOCIAL WORK, HEALTH TRAFFIC ACCIDENTS, VICTIMS OF TRAFFIC ACCIDENTS

### DESCRIPTION

The traffic accidents appear as unintentional events, causing material, economic and environmental injuries, deaths, damages and losses in which it is jeopardize the human life. These events are caused in majority by the human factor which involves patterns of risky conducts that influence directly in the health of the individuals. These factors that determine the state of the health are varied and make reference to biological, genetic, personal, familiar, social, environmental, nutritional, economic, labor, cultural, educative, sanitary and religious aspects.

The project of professional intervention with population that enters to Serviclínicos Dromédica "Clinic la Merced" by traffic accident, tries to fortify processes of recovery of the health that promote the participation and appropriation of healthful habits with the purpose of improving the quality of life of the users.

The methodologies implemented in the process of professional intervention are Methodology of Individual Social Work (case) and Methodology of Social work Group, which were based on the transformation, modification and strengthening of conducts in relation to the problematic one presented recognizing particular events that influence positively or negatively in the individuals, fortifying networks of support conformed by familiar nucleus. All these processes were made with the purpose of reducing re-enter of patients to centers of health by traffic accidents.

---

\* Grade project

\*\* Faculty of Human Sciences, School of Social Work. Director. MATILDE MUÑOZ LASPRILLA

## INTRODUCCION

El hombre es un ser social por naturaleza inmerso en una organización entendida como sistema social, ésta establece relaciones de causa efecto de las acciones que ejercen sobre ella y sus resultados<sup>1</sup> en la que existe una retroalimentación donde influyen factores internos y externos, es decir, aspectos psicosociales y socioculturales (fisiología y psicología humana, la comunidad, la familia, la cultura, el medio ambiente, etc.). Por tanto, el individuo genera patrones de conductas asumidas como estilos de vida propios que pueden ser perjudiciales o favorables para la salud.

En este contexto, el Estado como estructura de poder, brinda apoyo a la población a partir de políticas públicas que atienden la salud de la misma, especialmente a la más vulnerada, garantizando protección y atención en salud. Por esta razón, el Estado delega responsabilidades a Empresas Promotoras de Salud EPS y estas adquieren convenios con IPS de los regímenes contributivo, subsidiado y vinculado, encargadas de prestar directamente el servicio de salud.

Con base en lo anterior, SERVICLÍNICOS DROMEDICAS CLINICA LA MERCED, surge con el fin de prestar servicio de salud a población vulnerable en la que se incluye población que ha sido víctimas de accidentes, generalmente de tránsito ya que la institución es especialista en politraumatismo. Sin embargo, para el logro de una calidad en la prestación de servicios, es necesario contar con personal capacitado y habilitado para el desarrollo de procesos con la población que ingresa a la clínica.

Acorde con lo anterior, el profesional de Trabajo Social se inserta, a partir de una amplia gama de conocimientos desarrollando estrategias de intervención

---

<sup>1</sup> OSORIO QUICENO, Mariluz; DUQUE, Diana Patricia; JARAMILLO NARANJO, Cesar. UN SISTEMA SOCIAL A TRAVES DEL ENFOQUE DE SISTEMAS. Scientia Et Technia, agosto, año/vol. XIII, número 035. Universidad Tecnológica de Pereira. Pereira, Collombia. 2007

profesional frente problemas psicosociales presentados en pacientes víctimas de accidentes de tránsito, brindando a los mismos servicios de atención, promoción, protección y recuperación de la salud, buscando alternativas para el fortalecimiento de la salud en los que la familia presenta un papel fundamental como red de apoyo.

## 1. REFERENTE TEORICO

### 1.1 EL SER HUMANO COMO UN SUBSISTEMA EN LAS ORGANIZACIONES SOCIALES

El hombre es un pilar fundamental en las organizaciones pues éstas son producto de la interacción de dos o más elementos que se integran en búsqueda de objetivos comunes. Por esto, es preciso tener en cuenta que en las organizaciones los factores internos y externos tienen un papel importante en su dinámica configurándolas como sistema el cual es entendido según Idalberto Chiavenato como<sup>2</sup>:

“un conjunto de elementos dinámicamente relacionados, esto es la interacción, que desarrollan una actividad para alcanzar un objetivo o propósito, operando sobre datos/energía/materia, tomados del medio ambiente que circunda el sistema, en una referencia de tiempo dada para proporcionar información/energía/materia, resultado de los procesos internos de la operación del sistema”

Desde el punto de vista social, existe una retroalimentación del sistema producto de la relación que establece el individuo con el mismo, intercambiando influencias que dependen del medio en el que se encuentran y de los objetivos y propósitos que persigue, por cuanto el actuar del ser humano es estimulado por la posición que tiene en éste.

Con base en lo anterior, la cultura ha sido producto de interacción, interrelación, significados e influencias que el hombre le ha atribuido a su entorno social, ambiental, familiar, entre otros, desarrollando procesos psicosociales, formando un sistema en el que los significados se dan a partir de la experiencia, y así mismo se convierten más adelante en normas de

---

<sup>2</sup> Chiavenato, Idalberto. Administración de Recursos Humanos. ed. Santa fé de Bogotá: MC Graw Hill, 1994.

conductas acogidos por los individuos. Si existe un cambio positivo o negativo en la cultura, estos afectan interpretaciones provocando modificaciones de normas ya establecidas ante la experiencia vivida.

Para (CLIFFORD GEERTZ<sup>3</sup> , American Antrhopologist, vol 59, 1957) la cultura es la trama de significados en función de la cual los seres humanos interpretan su existencia y experiencia, así mismo como conducen sus acciones.

De igual manera, el hombre vive en una constante adaptación a cambios internos (fisiológicos) y externos (medio ambiente) en la búsqueda de sus logros u objetivos, afectando el funcionamiento de capacidades que provocan desequilibrio o alteraciones negativas en la **salud**, definida como “un proceso, una realidad cambiante que está intrínsecamente unida a la enfermedad y supera el aspecto biológico, involucrando lo psíquico y lo social, es decir, el hombre integral”<sup>4</sup>. En este sentido, el concepto de bienestar se incorpora tanto al individuo como en la sociedad, constituyéndose un abordaje más integral en el que la salud es entendida como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.<sup>5</sup> Por consiguiente, mantener un estado de salud óptimo, permite al hombre el desarrollo y logro de actividades que satisfacen las necesidades del individuo en su entorno.

Sin embargo, la salud se ve amenazada por la enfermedad. Esta “resulta de cualquier alteración del bienestar que afecte al individuo como a la colectividad”<sup>6</sup>. En este sentido, el hombre busca la solución ante la amenaza a partir de patrones implícitos y explícitos insertos en la **cultura**, reflejados en normas de comportamiento y sistemas de creencias legitimizadas por quienes

---

<sup>3</sup> CHIAVENATO. Op. Cit.

<sup>4</sup> BLANCO. Op. cit. , p 2

<sup>5</sup> OMS. Salud y Bienestar Social. Asociación Canadiense de Salud Pública. Carta de Ottawa para la promoción de la salud, 1986.

<sup>6</sup> Tomado de Fred Manrique. Una aproximación al concepto de Salud y Enfermedad. Medellín Colombia Recuperado el 3 de octubre del 2009 en <http://www.rionegro.com.ar/arch100110/o30g01.htm>.

la conforman. Por esta razón, es necesario tener en cuenta tres modelos de prácticas culturales que se han utilizado a través del tiempo cuando aparece la alarma que amenaza la salud:<sup>7</sup>

- a) **El modelo aborigen:** conciben la enfermedad como daño inferido mágicamente o por invasión de espíritus del mal. La etiología puede referirse a la envidia, a la ruptura de un Tabú o prohibición ética, o a un simple daño moral. El diagnóstico se logra por adivinación o a través de la observación del brillo de los ojos, el color de la orina, etcétera. El tratamiento y la prevención se basan en hierbas, amuletos, ritos y el agente de salud es el brujo, el hechicero, el curandero o la matrona. La formación del personal se logra por tradición oral del maestro a discípulo. El efector del sistema de salud es la casa del agente de salud, es decir, del brujo o curandero. El ejercicio de la profesión está asociado a prácticas o a creencias religiosas y/o mágicas. El status del agente de salud es de alto poder: puede curar pero, además, dañar la salud. El enfermo y su familia son miembros activos en el tratamiento; en algunas sociedades participan con rogativas todos sus miembros, ya sea para lograr la recuperación o para producir mayor incidencia del mal sobre el cuerpo enfermo de acuerdo con el grado de amistad o enemistad que los sigue.
- b) **El modelo científico:** Concibe la enfermedad como una ruptura del equilibrio psicosomático-social. La etiología se da en la relación hombre-ambiente-agente. El diagnóstico es el resultado de la investigación (análisis de sangre, orina, materias fecales, radiografías, exámenes físicos, etc.). el tratamiento y la prevención son consecuencia de una acción racional a nivel sintomático o etiológico. El agente de salud es el equipo de salud y los efectores hospitales, clínicas, centros de salud, consultorios médicos, maternidades, etc. El ejercicio del papel profesional está legalizado y cuenta con prestigio, especialmente el de médico. El enfermo y su familia asumen

---

<sup>7</sup> KISNERMAN, Natalio. Salud pública y Trabajo social. Cultura y Salud. Humanitas edición 2. Buenos Aires. 1978. 239 p.

por lo general un papel pasivo, desconociendo en gran parte toda la acción patológica y terapéutica.

- c) **El modelo popular:** Participa de los dos modelos anteriores. Si bien algunos autores lo consideran exclusivamente patrimonio de la clase baja, señalamos que es común a cualquier clase social. Implica dos tipos de comportamientos o respuestas frente a la enfermedad, algo así como una división de lealtades al concurrir al médico curandero, o bien con la concurrencia al curanderismo casero o a la automedicación.

## **1.2 DETERMINANTES DE LA SALUD Y SU RELACIÓN CON ACCIDENTES DE TRÁNSITO**

La salud del ser humano depende de muchos factores a nivel individual y del entorno del cual el hombre hace parte, constituyéndose en un elemento de gran importancia no sólo por el bienestar directo que representa para las personas sino también por su incidencia en la construcción del capital humano. Por lo anterior, el factor social es un agente elemental dentro del concepto de salud, incorporándose como elemento fundamental para el bienestar de los individuos, junto con los factores, físico y mental, tradicionalmente considerados.

En este contexto, es importante tener en cuenta la existencia de aspectos que influyen en el proceso salud-enfermedad de los individuos y que están directamente relacionadas con las conductas que los mismos asumen ante la aparición de este fenómeno. Estos aspectos se conocen como **determinantes de la salud**, los cuales según M. Lalonde 1974 (ex Ministro de la salud en Canadá) giran alrededor de cuatro variables:<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup>SALLERAS SANMARTÍ, Luis. EDUCACIÓN SANITARIA: Principios, Métodos y Aplicaciones. Edición Diaz de Santos. Editorial Norma. P. 11-29

- La biología humana (genética, envejecimiento);
- El medio ambiente (contaminación física, química, biológica, psicosocial, y sociocultural),
- El estilo de vida (conductas de salud);
- El sistema de asistencia sanitaria.

Dentro de los factores que influyen en el estilo de vida están implícitos aspectos psicosociales y socioculturales contraproducentes para la salud: violencia, promiscuidad sexual, estrés, competitividad, conducta insana, consumo de sustancias psicoactivas, drogas institucionalizadas como el alcohol y el tabaco y falta de ejercicio físico.

De acuerdo con lo anterior, es necesario tener en cuenta que los factores que determinan la salud son variados y no se pueden limitar a una sola dimensión, allí se enmarcan todo lo que está relacionado con los aspectos biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios, y religiosos.

En cuanto a los aspectos personales, éstos hacen referencia al estilo de vida del que cada individuo dispone y en el que influyen aspectos como el sexo, la edad, la condición de vida y el contexto económico, social, laboral, cultural y familiar. De igual manera, estos agentes dependen directamente de componentes como el clima, los ingresos económicos, la educación, los valores, el lugar de residencia.

Los estilos de vida, según las Organización Mundial de la Salud, **OMS** son “Una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales-individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida

socioeconómicas y ambientales”.<sup>9</sup> Por tanto, provienen de determinados valores, que a su vez, se plasman en normas y que influye considerablemente en la salud de los individuos dando a lugar a enfermedades o en para el caso del presente trabajo a eventos catastróficos como los accidentes.

En países occidentales desarrollados y también países latinoamericanos como el nuestro, las enfermedades predominantes que tienen mucho que ver con los determinantes, particularmente con estilos de vida de las personas y de las condiciones en las que viven están asociadas con enfermedades crónicas y los accidentes diversa índole destacándose los accidentes de tránsito.

Los accidentes, suelen presentarse de diversas maneras, afectando directa o indirectamente la población. Por tanto, según sean las circunstancias en la que se presenta el accidente se clasifican de diferentes maneras: accidentes catastróficos que son ocasionados por el entorno o medio ambiente, accidentes de tipo laboral que se presentan en horario de trabajo, accidente doméstico cuando la persona se encuentra en su hogar, accidente escolar que se da cuando el individuo está en horario de estudio y **accidente de tránsito**. Este último según el Programa Internacional de Estadísticas Básicas (**PIEB**) “es el evento no intencional en el que se ocasionan lesiones o muertes de personas o daños a la propiedad, en vías abiertas al tránsito público, y en el cual está comprometido por lo menos un vehículo a motor en transporte”, atentando con el bienestar integral de las personas, ocasionando daños o lesiones físicas y psicológicas que pueden llegar a ser irreversibles.

Sin embargo, el accidente de tránsito se presenta más por la imprudencia e irresponsabilidad de las personas ya que éstas tienden a adoptar una actitud despreocupada y confiada en el espacio público, que por la infraestructura de las vías y de las condiciones de los medios de transporte.

---

<sup>9</sup> Glosario de Promoción de la Salud: Sección I: Lista de términos básicos- Organización Mundial de la salud pag.27.<http://www.munivaldivia.cl/servicorp/salud/promoción.html>.

Conforme a lo anterior, los comportamientos más frecuentes que se presentan como determinantes del estilo de vida que influyen en accidentes de tránsito son:

- \* Consumo de sustancias tóxicas: tabaco, alcohol y otras drogas.
- \* Sueño acumulado.
- \* Distracción al volante.
- \* Mala alimentación.
- \* Relaciones interpersonales.

Estas actuaciones resultan importantes y decisivas en la producción de sucesos que afectan la salud y que se traducen en acciones incontrolables e impredecibles como los accidentes.

En este sentido, el hombre asume formas de conducta de acuerdo a sus percepciones y la valoración de su entorno; dichas conductas cuando tienen un efecto negativo resultan nocivas para la salud las cuales son conocidas normalmente como **conductas de riesgo**. Estas conductas suelen acompañarse de **factores de riesgo** que son “condiciones sociales económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones en el individuo”<sup>10</sup>. Un ejemplo que se relaciona con esta problemática en la actualidad es la mezcla fatal del consumo de sustancias psicoactivas o alcohol, con la conducción de vehículos acarreando consecuencias fatales.

Otros conceptos complementarios en relación a factores determinantes de la salud y estilos de vida son: las condiciones de vida y la calidad de vida.

Es importante reconocer que no existe un estilo de vida idóneo al que puedan adscribirse todas las personas, puesto que se encuentra otro factor importante que influye directamente en los estilos de vida de las personas y su entorno; este factor se conoce como **condición de vida** y hace referencia al “entorno

---

<sup>10</sup> *Ibíd.*, p 29

cotidiano de las personas, donde éstas viven, actúan y trabajan. Estas condiciones de vida son producto de las circunstancias sociales y económicas, y del entorno físico, todo lo cual puede ejercer impacto en la salud, estando en gran medida fuera del control inmediato del individuo”<sup>11</sup>.

Las conductas de los individuos señalan la “evaluación subjetiva, con dimensiones tanto positivas como negativas arraigadas en un contexto cultural, social y ambiental”<sup>12</sup>, formando **calidad de vida** reafirmando la posición del hombre ante la vida dentro de un sistema de valores y creencias.

Sin embargo, para obtener una calidad de vida óptima es necesario implementar **Conductas Orientadas Hacia la Salud**, según la **O.M.S** se podrían definir como “cualquier actividad de una persona, con independencia de su estado de salud real o percibido, encaminada a promover, proteger o mantener la salud, tanto si dicha conducta es o no objetivamente efectiva para conseguir ese fin”<sup>13</sup>.

Las prácticas orientadas hacia el restablecimiento de la salud cuando ésta se ve afectada por enfermedades o eventos que inhiben su buen funcionamiento requieren del fortalecimiento de comportamientos por parte del individuo como de los que influyen en él.

Dichos comportamientos son de carácter preventivo, en los que se controla e incluso disminuye el riesgo. En este sentido, la **prevención** ocupa un lugar destacado por cuanto “abarca medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también, a detener su avance y atenuar consecuencias una vez establecida”<sup>14</sup>. Siendo la prevención no sólo un asunto del individuo, sino también de sus gobernantes, el Sistema de Protección Colombiano, establece y regula a partir

---

<sup>11</sup> *Ibíd.*, p 27

<sup>12</sup> *Ibíd.*, p 29

<sup>13</sup> *Ibíd.* p. 30

<sup>14</sup> *Ibíd.*, p 13

de la Política Pública un conjunto de acciones encaminadas a enfrentar situaciones problemáticas que se presentan en la sociedad donde el Estado dirige dichas acciones en pro de la resolución que aqueja la esfera social.

De acuerdo a los problemas de salud que se presentan en el país, surge la **salud pública**, que según la **OMS**, “se basa en la comprensión global de las formas en que los estilos de vida y las condiciones de vida determinan el estado de salud y en un reconocimiento de la necesidad de movilizar recursos y realizar inversiones razonadas en políticas, programas y servicios que creen, mantengan y protejan la salud, apoyando estilos de vida sanos y creando entornos que apoyan la salud”<sup>15</sup>.

A pesar de esta concepción, la salud y la enfermedad se encuentran desigualmente distribuidas entre la población. También se sabe que esto obedece en gran parte, a diferencias sociales y culturales entre los individuos, grupos y sociedades.

Para lograr la garantía efectiva del derecho universal a la salud, la sociedad con la rectoría del estado y la participación organizada de todos los sectores debe desarrollar el conjunto tanto de conocimientos como de políticas requeridas para:

- a) La comprensión de los problemas que alteran el bienestar;
- b) La detección, prevención y control de las enfermedades;
- c) El acceso a los servicios de atención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad y problemas de la salud;
- d) El control de vectores y factores de riesgo ambiental para la salud

En este sentido, la Ley 1122 del 9 de Noviembre de 2007 habla directamente de la importancia de fortalecer los programas de salud pública, para ello, surge un cambio en lo que es actualmente el Plan de Atención Básica y se da pie al

---

<sup>15</sup> *Ibíd.*, p 12

Plan de salud pública de intervenciones Colectivas, que consiste en llevar un Plan Nacional en cada Cuatrienio en el que se tiene presente metas anuales y sus indicadores de seguimiento.

Por otro lado, el gobierno nacional mediante el decreto 3037 de 2007, proclama la entrada en vigencia del Plan Nacional del Salud Pública (**PNSP**), para el periodo 2007-2010. Dicho plan establece prioridades, objetivos, metas y estrategias de salud a tener en cuenta en el periodo acordado y su financiación. Así mismo, define responsabilidades en salud pública a cargo de la nación, las entidades territoriales y todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, **SGSSS**.

El **PNSP** propone por tanto, mejorar el estado de salud de la población nacional, así como evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad y disminuir las inequidades en salud de la población colombiana. Para lograr lo anterior, se trazaron en el diseño de este plan diez prioridades para el sector, cada una contiene sus respectivas metas para cuando termine la vigencia de dicho acuerdo (2010). Los objetivos para dichas prioridades son:<sup>16</sup>

1. Salud infantil.
2. Salud sexual y reproductiva.
3. Salud oral.
4. Salud mental y **lesiones violentas evitables**.
5. Enfermedades transmisibles y zoonosis.
6. Enfermedades crónicas no trasmisibles.
7. Nutrición.
8. Seguridad sanitaria y de ambiente.
9. Seguridad en el trabajo y de origen laboral.

---

<sup>16</sup> Tomado de: Ministerio de Protección Social: Estrategia de movilización social para la implementación del Plan Nacional de Salud Pública. <http://www.minproteccionsocial.gov.co>

## 10. Gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

Al observar las propuestas planteadas por la **PNSP**, se evidencia que el sistema de vigilancia no es claro en cuanto los accidentes de tránsito (lesiones violentas evitables) se incluyen en el programa de salud mental, sin tener en cuenta que este tipo de eventos ocurren en diferentes circunstancias, por lo tanto, no se atribuyen meramente a problemas de tipo mental.

Cabe resaltar que estos programas y proyectos planteados por el **PNSP** se encuentran dirigidos hacia la **promoción de la salud** que según la carta de Ottawa (**OMS**, Ginebra 1986) se determina como:

“un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.”<sup>17</sup>

En este sentido, la promoción de la salud va dirigida a la adquisición de hábitos saludables que permitan un mejor desarrollo del bienestar en todos los niveles; sin embargo, es necesario tener en cuenta que en ocasiones la enfermedad suele ser inherente al hombre, así mismo, el hombre se encuentra expuesto a diversos riesgos cuando se presenta un accidente, éstos como se mencionó anteriormente, son producidos tanto por el medio ambiente, como por el entorno, incluso por el mismo error humano. Por esta razón, los entes encargados de la protección de la salud del hombre, han creado programas de **prevención** la cual es clasificada en tres tipos según la **OMS**, Ginebra 1984:

“la prevención primaria está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia. La prevención secundaria y terciaria tienen por objeto detener o retardar la enfermedad ya presente y sus efectos mediante la detención precoz y el tratamiento adecuado o reducir los casos de recidivas y

---

<sup>17</sup> *Ibíd.*, p 10

el establecimiento de cronicidad, por ejemplo, mediante una rehabilitación eficaz”.<sup>18</sup>

Debido a la frecuencia y pérdidas de tipo humano, económico, material y ambiental asociadas a accidentes de tránsito éstos se han presentado como un problema de salud pública, generando debates y planteamientos que permiten dirigir acciones a la reducción de riesgos que presenta la sociedad teniendo como base un análisis reflexivo de la situación en la que se presentan los eventos.

Por esta razón se emplean procesos planificados, concertados participativos e integrales que permiten la reducción de riesgos; en otras palabras, se da una **Gestión de Riesgos**, encaminada a garantizar procesos de desarrollo que beneficien la sociedad y que frente a un evento de desastre dirijan sus acciones hacia la solución basándose en la prevención, reducción y rehabilitación frente a una situación de desastre.

Un aspecto fundamental de la gestión de riesgos es la articulación de las esferas social, política, territorial, cultural, institucionalidad (públicas y privadas), incluso los entes gubernamentales y no gubernamentales juegan un papel fundamental permitiendo una participación democrática en la que las acciones se encuentran dirigidas a la toma de decisiones y acciones dirigidas en la prevención de desastres, dentro de las que se establecen términos claros ya que estos varían de acuerdo a las circunstancias en las que ocurren.

La gestión de riesgos es una estrategia fundamental para el Desarrollo Humano Sostenible. La reducción de la vulnerabilidad debe ser por lo tanto, de forma explícita, un propósito del desarrollo, entendiéndose este último como el mejoramiento no solo de las condiciones de vida sino de la calidad de vida y el

---

<sup>18</sup> *Ibíd.*, p 13

bienestar social, que a su turno requiere de un grado de seguridad individual y colectiva.<sup>19</sup>

Al ser considerados problema de salud pública, los accidentes de tránsito se encuentran clasificados dentro de los eventos catastróficos que generan riesgos en la sociedad, por lo tanto, las entidades de protección social, se encuentran encaminadas en la disminución de mortalidad y morbilidad en accidentalidad vial, generando programas de prevención impulsados por el Ministerio de Transporte y Fondo de Seguridad Vial. Sin embargo, estos esfuerzos no son suficientes cuando las entidades territoriales no ofrecen atención directa con población víctima de accidente de tránsito especialmente la más vulnerable, asociando la vulnerabilidad no sólo con factores económicos, sino también a otros aspectos de suma importancia como la edad y los procesos fisiológicos y psicosociales propios de la misma.

En este sentido, los grupos más afectados fisiológica y psicológicamente por accidentes (incluyendo accidentes de tránsito) son la población infantil y adulto mayor. Sin embargo, en la infancia se presenta un proceso evolutivo que permite una recuperación más pronta y una menor proporción de secuelas. Lo contrario ocurre con el adulto mayor, quién enfrenta un proceso involutivo asociado a procesos propios del envejecimiento, junto con enfermedades que llegan con la edad, causando mayor impacto en la vulnerabilidad, lo que repercute en la calidad de vida, afectando el aspecto social, psicológico, familiar, físico y económico.

Según el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses durante el 2007, el mayor índice de mortalidad y morbilidad en adulto mayor se presentó en personas de 80 años a más con el 26%, seguido por personas de 79 años con el 19%. La principal causa de muerte se presentó por lesión accidental generalmente representado en accidentes domésticos, seguida por el trauma

---

<sup>19</sup> REVISTA INTERNACIONAL DE SOSTENIBILIDAD, TECNOLOGIA Y HUMANISMO. Medición de la gestión de riesgo en América Latina. OMAR DARIO CARDONA ARBOLEDA. 2008 EDICIÓN N. 3. Upcommons.upc.edu/revistes/bistream/2009/7056/Cardona. pdf

severo el cual se evidencia en accidentes de tránsito, la sumersión e inmersión, las lesiones por fuego y las intoxicaciones.<sup>20</sup>

Los accidentes, de cualquier índole, afectan física y psicológicamente al anciano, donde la recuperación comprende de periodos largos en los que demandan cuidado y atención a familiares e instituciones. La pérdida de movilidad temporal o parcial refleja en el adulto mayor cambios en los estados de ánimo en donde las redes de apoyo tanto familiar, como social e institucional juegan el papel principal en procesos de rehabilitación y reingreso a actividades socioculturales en las que el anciano se sienta a gusto.

Las **redes de apoyo** se definen por la OMS como “redes y vínculos en las que se pueden facilitar el acceso o movilización del *soporte social* a favor de la salud”. Por esta razón, el fortalecimiento de la red social, partiendo de la familia, implica conocimientos plenos sobre atención a adulto mayor y las medidas encaminadas hacia la prevención de accidentes y la promoción de la recuperación de la salud, a partir de métodos y técnicas empleados en la reinserción del anciano a la vida social, como ser de derechos y deberes frente a la salud.

Los estilos de vida del anciano se encuentran arraigados y en este sentido es más complejo un proceso en el cual adquieran conductas saludables, por esta razón, la educación en salud sobre la magnitud de los accidentes resulta adecuada, observando y analizando problemas que éstos implican para la salud y las medidas de prevención para los mismos.

Esta educación resulta efectiva cuando por medio de actividades se busca persuadir al adulto mayor e insertarlo en un proceso de conocimiento y de reforzamiento de conductas asociadas a la auto ayuda la cual es entendida como la “acción que emprenden individuos o comunidades y que beneficia directamente a aquellos que adoptan dicha acción, puede también abarcar la

---

<sup>20</sup> Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis 2007, datos para la vida. Fondo de prevención vial, prevenir es vivir. 2007; 247-78

ayuda mutua entre individuos y grupos. La auto ayuda puede incluir asimismo el auto cuidado y los primeros auxilios en el contexto social normal de la vida cotidiana de las personas”<sup>21</sup>.

Ante este término, se procura a partir de la educación y el auto apoyo, la recuperación no solo de la salud, sino del espacio social, familiar, cultural, donde la familia y las instituciones apoyen directamente al adulto mayor víctima de accidentes.

---

<sup>21</sup> *Ibíd.*, p 30

## 2. CONTEXTO GENERAL Y ESPECÍFICO EN EL CUAL SE INSERTA LA EXPERIENCIA

La realidad colombiana en el tema de accidentalidad vial es poco alentadora. De acuerdo a datos obtenidos por el Fondo de Prevención Vial y el Ministerio de Transporte a nivel nacional en los últimos cinco años se han presentado accidentes en las vías del país dejando a su paso víctimas y daños de tipo material, físico y psicosocial.

Según registros de estas entidades, en el año 2007 disminuyeron los accidentes de tránsito (cuadro N. 1) a diferencia del años 2004 y 2005; cabe resaltar de igual manera que la cantidad de heridos supera las muertes presentadas en dichos años.

Cuadro 1. Tasa de accidentalidad por cada 1000 habitantes, Colombia 2004 al 2008

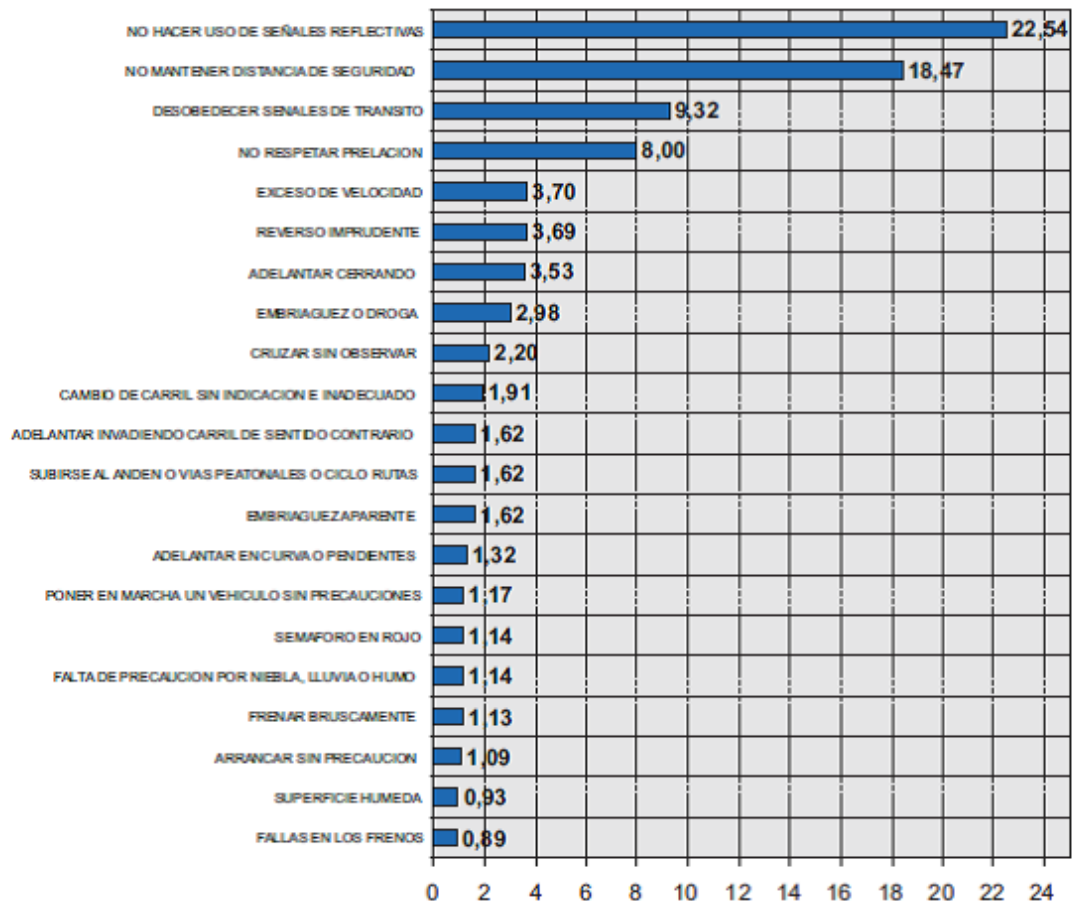
<b>AÑO</b>	<b>ACCIDENTES</b>	<b>MUERTOS</b>	<b>HERIDOS/GRAVES</b>
<b>2004</b>	229.184	5.483	35.914
<b>2005</b>	209.568	5.418	37.669
<b>2006</b>	166.376	5.486	34.660
<b>2007</b>	185.235	5.084	41.943

**FUENTE:** Ministerio de Transporte, Fondo de Prevención Vial

Al validar los registros de Serviclínicos Dromédica S.A, escenario de la realización de la práctica profesional, con los del Fondo de Prevención Vial se observa una relación directa entre las causas más frecuentes de accidentalidad vial (Ver gráfica 1) atendidas en esta entidad con los datos a nivel nacional. Se destacan en el año 2007 como causas probables de los accidentes de tránsito las asociadas a no hacer uso de señales reflectivas con un 22.54%; desobedecer señales de tránsito 9.32%; exceso de velocidad 3.70%; embriaguez o droga 2.98%; cruzar sin observar 2.20%; adelantar

invadiendo el carril en sentido contrario 1.62%; poner en marcha un vehículo sin precauciones 1.17% y fallas de frenos 0.89% entre otras.

Gráfica 1. Causas probables de los accidentes de tránsito 2007



Fuente: SIAT, Fondo de Prevención Vial

Unido a lo anterior es importante resaltar que las causas más frecuentes de accidentes de tránsito giran alrededor de seis factores comunes que se interrelacionan entre sí, los cuales a su vez, se caracterizan por diferentes aspectos a los que se enfrenta la (s) víctima (s); dichos factores son: (Ver gráfica 2)

- **La vía:** en las vías se presentan diversos tipos de casos relacionados con la mortalidad y morbilidad en accidentes de tránsito tales como superficies húmedas (36.77%), huecos (21.43), superficie lisa (18.45%), obstáculos en

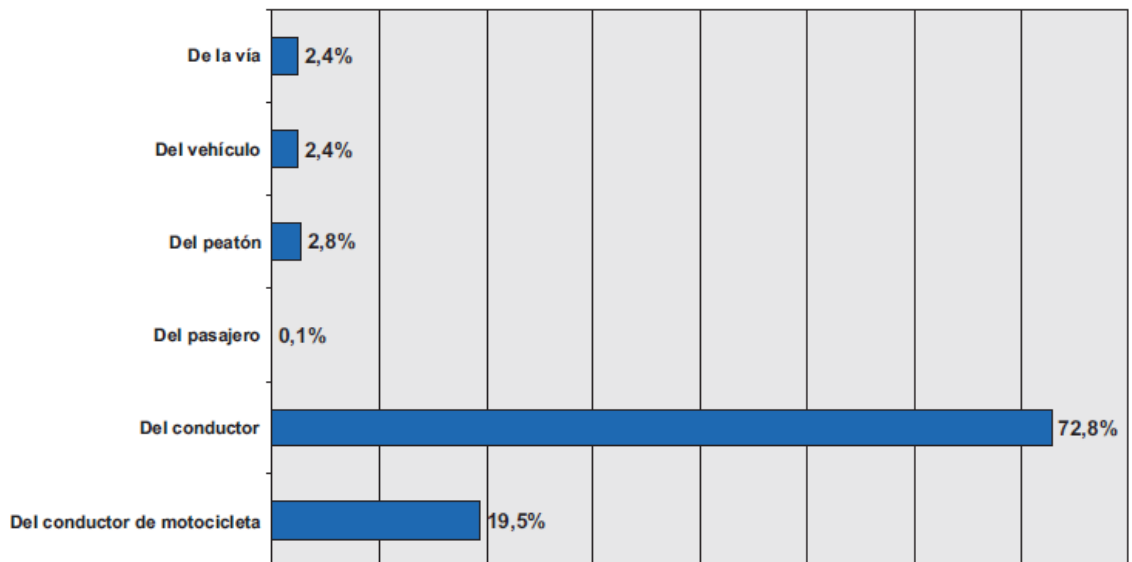
la vía (14.50%), ausencia total o parcial de señales (6.27%), ausencia y/o deficiencia en demarcación (2.58%).

- **Conductor:** los conductores juegan un papel fundamental en los accidentes de tránsito, pues representan mayor responsabilidad a la hora de manejar con mayor precaución evitando que se presenten daños catastróficos, entre las posibles causas se encuentran: no mantener distancia de seguridad (37.62%), desobedecer señales de tránsito (13.29%), no hacer uso de señales reflectivas (11.10%), no respetar prioridad (11.02%), adelantar cerrando (6.97%), reverso imprudente (6.13%), embriaguez o droga (3.91%), exceso de velocidad (3.86%), cambio de carril sin indicación o inadecuado (3.51%) y adelantar invadiendo carril en sentido contrario (3.51%).
- **Conductor de bicicleta o motocicleta:** además de los casos anteriores, existen otras faltas que presentan los conductores de bicicletas y motocicletas; estos son los casos que se presentaron con mayor frecuencia e impacto en Dromédicas S.A: no mantener distancia de seguridad (11.81%), transitar distante de la cebra u orilla de calza (4.01%), adelantar en curvas o pendientes (3.15%), embriaguez aparente (2.93%), cruzar sin observar (2.46%), adelantar por la derecha (1.16%), frenar bruscamente (1.09%), arrancar sin precaución (0.98%), no sujetar los manubrios (0.55%), adelantar zonas prohibidas (0.50%), falta de precaución por lluvia, niebla o humo (0.45%), entre otros.
- **Pasajero:** el pasajero al igual que los anteriores también tiene responsabilidad a la hora de transitar por las calles teniendo en cuenta los posibles accidentes que se producen por causa de descender o subirse del vehículo en marcha (38.04%), viajar colgado o en los estribos (33.70%), pasajero embriagado (14.13%), niños en asiento delantero (7.61%), viajar a la izquierda del conductor (6.52%).
- **Peatón:** frecuentemente los peatones incumplen señales o pautas con la idea equivocada de que la responsabilidad es netamente de quien va al volante; entre las causas más frecuentes se encuentra el cruzar sin observar (76.18%), transitar por la calzada (56.68%), cruzar en estado de

embriaguez (5.49%), salir por delante de un vehículo (4.05%), pasar el semáforo en rojo (2.26%), jugar en la vía (1.75%), cruzar en diagonal (1.21%), cruzar en curva (0.78%)

- **Vehículo:** en muchas ocasiones los accidentes se presentan por fallas de los vehículos, entre dichas fallas se encuentran fallas en frenos (35.18%), falta de mantenimiento mecánico (19.54%), fallas en las llantas (15.06%), fallas en la dirección (8.60%), fallas en luces de frenos (1.86%), reparar vehículo en vía pública (1.15%), fallas en el sistema eléctrico (1.02%), entre otros.

Gráfica 2. Causas probables de los accidentes de tránsito según el factor al que se le atribuye

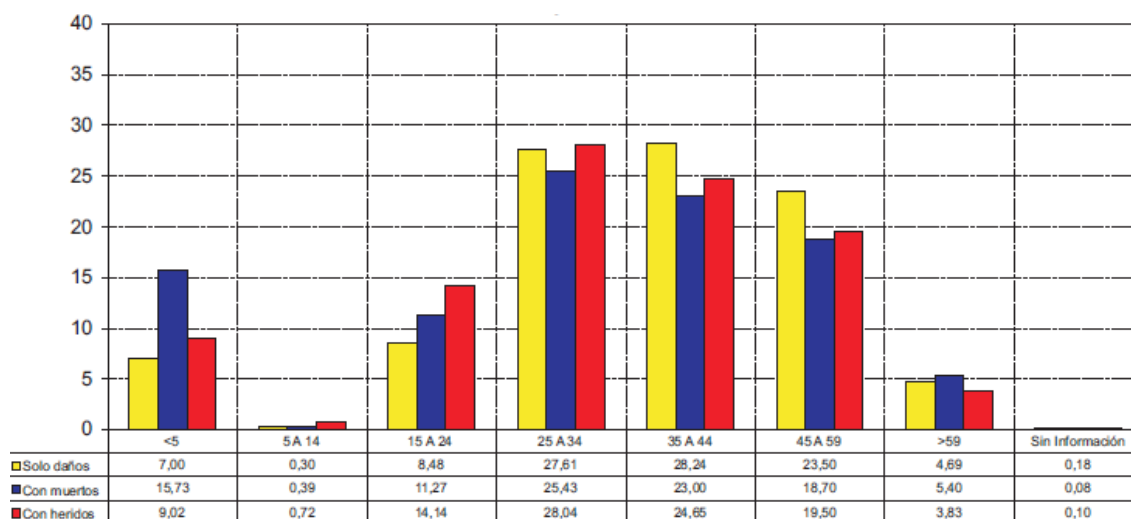


Fuente: SIAT, Fondo de Prevención Vial

Otro aspecto que se distingue es el referido a la edad de los conductores involucrados en accidentes de tránsito. El grupo etéreo en el que se presenta con más frecuencia víctimas de accidentes de tránsito como se observa en la gráfica 3, es el de 25 a 34 años de edad, donde la mortalidad y morbilidad son más frecuentes con el 32.3% y 39.5% de los casos encontrados en el año 2007, seguido del grupo de 35 a 44 años con 18.9% en mortalidad y 19.3% en morbilidad. En el grupo de 15 a 24 años se reporta un promedio de 16.3% en mortalidad y 22.5% en morbilidad, y se da un menor incremento en el grupo de

mayores de 59 años (adulto mayor) con 8.5% y 5.0% seguido del grupo de 5 a 14 años con 0.5% y 1.1% y menor de cinco años de edad con 0.2% y 0.1%. Cabe resaltar los casos resgistrados en el mismo año de personas víctimas de accidentes de tránsito de las cuales no se obtuvo información, se presentó un promedio de 8.5% en mortalidad y 5.0 en morbilidad; donde la población adulta es más propensa a los accidentes de tránsito y la población joven ocupa un papel secundario sin restar importancia al adulto mayor el cual muestra un porcentaje relativamente alto a comparación de población mas joven(niños y niñas).

Gráfica 3. Edad de los conductores involucrados según gravedad

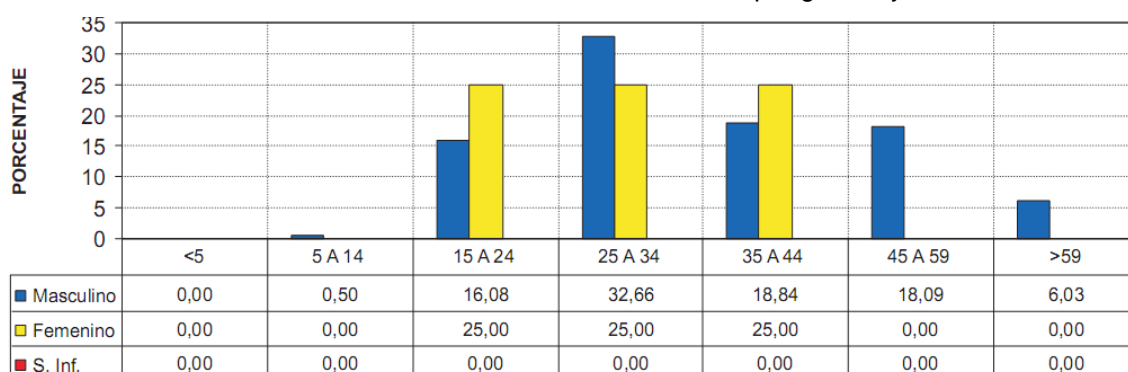


**Fuente:** Organismos de Tránsito, SIAT, Fondo de Prevención Vial.

En relación a las variables género y edad como se reporta en las **Gráficas 4 y 5**, los accidentes se presentan con mayor frecuencia en hombres con edad promedio de 25 a 34 dejando como resultado en el año 2007 un 32.3% de víctimas fatales (muertos) y 39.76% lesionados o heridos; a su vez, se observa que el promedio de mortalidad en mujeres presenta un 25% entre 15 a 44 años de edad, mientras el número de morbilidad se muestra con mayor frecuencia en edades de 25 a 34 años. Por lo tanto, es evidente que la población masculina se encuentra más propensa a colisiones producto del descuido, la imprudencia entre otros. Cabe resaltar que los casos de accidentes de tránsito presentados por hombres y mujeres en el 2007 varían de acuerdo a la edad.

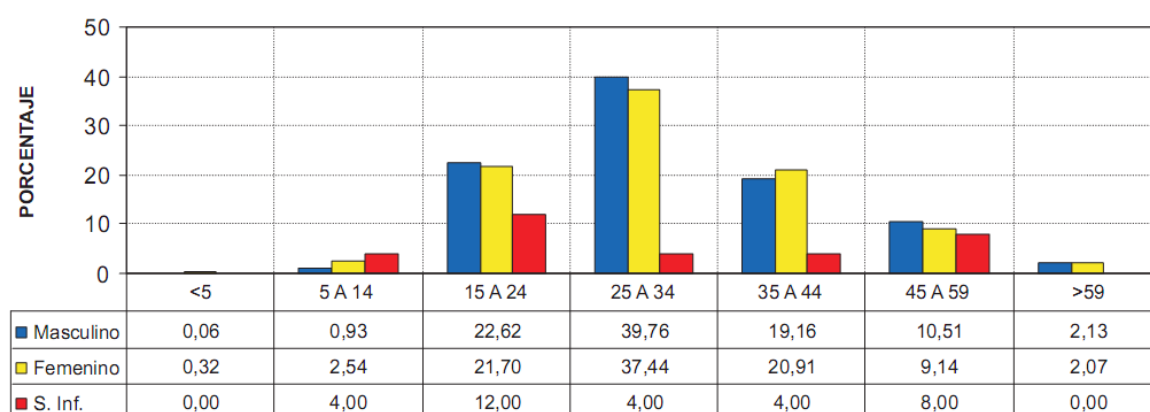
De acuerdo con los datos obtenidos por el Fondo de Prevención Vial se presentaron 18.9% muertes en hombres entre 45 a 59 años, 6.03% muertes en mayores de 59 y 0.50% muertes en niños de 5 a 14 años de edad, caso contrario ocurre con la población femenina ya que no se registraron casos de muertes en las edades anteriormente mencionadas. Se observa además, la diferencia entre mortalidad y morbilidad tanto en hombres como mujeres ya que los casos registrados en el 2007 arrojan menor cantidad de muertes que en heridos por accidentes de tránsito, resaltando que el número de casos aunque no con mucha diferencia, se presenta más en hombres que en mujeres.

Gráfica 4. Gravedad de los accidentes con muertos por género y edad



Fuente: SIAT, Fondo de Prevención Vial

Gráfica 5. Gravedad de los accidentes con heridos por género y edad

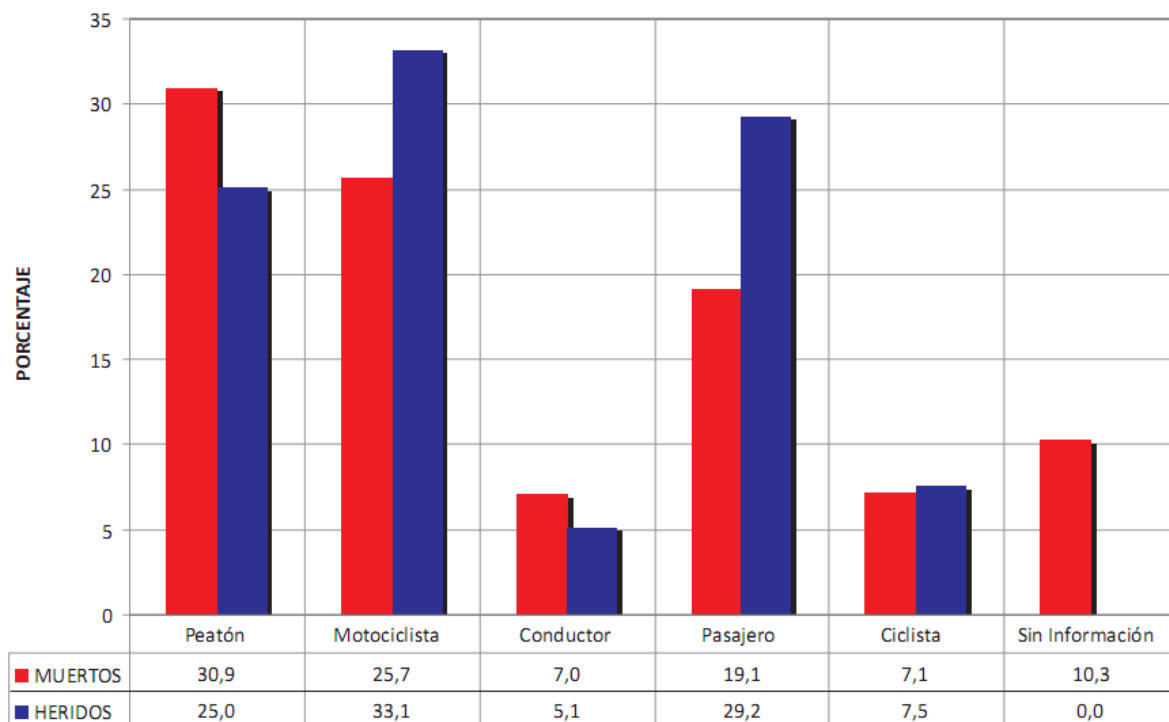


FUENTE: Organismos de tránsito, SIAT, Fondo de Prevención Vial

Por otra parte, como se observa en la **gráfica 6** en el 2007 según el Fondo de Prevención Vial, se presentaron 5.409 muertes de los cuales 1.670 (30.9%)

eran peatones; sin embargo, en el mismo periodo se registraron 9.696 peatones lesionados (25.0%); otras de las víctimas más frecuentes de accidentes de tránsito son los motociclistas con una cifra de 1.388 muertos (25.7%) y 12.836 heridos (33.1%); los pasajeros ocupan el tercer lugar con 1.032 (19.1%) muertes y 11.326 (29.2%) heridos, esto suele suceder debido a la falta de protección a la que normalmente se encuentran expuestos los pasajeros de vehículos y motocicletas y ciclistas ( 7.1% muertes) y (5.1%) heridos, lo que conlleva a una mayor accidentalidad a diferencia de conductores los cuales presentaron 381 (7.0%) muertes y 1.978 (5.1%) heridos.

Gráfica 6. Condición usuario víctima de accidente.



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

## 2.1 ACCIDENTES A NIVEL REGIONAL Y LOCAL

De acuerdo con estudios realizados por el Fondo de Prevención Vial sobre la accidentalidad en diferentes municipios de Santander y validando los datos de lugar de origen de la población que ingresa a Dromédica S.A por accidente de tránsito, se encuentra una relación directa en las tasas de mortalidad y

morbilidad en los períodos 2005 -2007 presentadas en estas zonas geográficas, fenómeno que tiene su explicación en el hecho que la clínica es un centro de referencia en la red de servicios de salud regional (**Ver tabla Núm. 1**)

Tabla 1. Tasas de morbilidad y mortalidad por municipios en Santander

CIUDAD	POR CADA 100.000 HABITANTES					
	2005		2006		2007	
	TASA DE MORBILIDAD	TASA DE MORTALIDAD	TASA DE MORBILIDAD	TASA DE MORTALIDAD	TASA DE MORBILIDAD	TASA DE MORTALIDAD
Aguada	1645.5%	12.3%	149.8%	4.2%	92.7%	0.0%
Albania	960.8%	0.0%	0.0%	0.0%	32.6%	0.0%
Aratoca	563.1%	2.8%	13.9%	2.8%	11.0%	2.8%
Barrancabermeja	14890.2%	11.6%	281.7%	19.5%	255.1%	16.3%
Barbosa	22268.3%	61.4%	23.2%	7.0%	26.4%	11.3%
Barichara	0.0%	0.0%	13.2%	13.2%	40.0%	0.0%
Betulia	1869.2%	18.7%	0.0%	0.0%	19.3%	0.0%
Charalá	1751.0%	0.0%	17.9%	0.0%	36.5%	9.1%
Chipatá	1941.4%	0.0%	19.5%	0.0%	0.0%	0.0%
Coromoro	2711.5%	0.0%	0.0%	0.0%	13.5%	0.0%
Curití	5233.8%	8.7%	86.7%	0.0%	138.0%	8.6%
El peñón	6027.7%	20.1%	0.0%	0.0%	62.7%	0.0%
Floridablanca	8088.5%	7.1%	64.6%	11.2%	67.8%	6.5%
Guavatá	0.0%	0.0%	23.2%	0.0%	23.6%	0.0%
Hato	0.0%	9.9%	19.6%	0.0%	19.4%	9.7%
La belleza	0.0%	0.0%	11.8%	11.8%	0.0%	0.0%
Landázuri	0.0%	0.0%	6.6%	0.0%	0.0%	13.2%
Lebrija	11620.4%	29.1%	119.4%	29.0%	83.8%	32.2%
Los santos	3644.0%	18.2%	9.1%	9.1%	45.7%	9.1%
Matanza	1712.3%	0.0%	0.0%	17.4%	35.5%	0.0%
Mogotes	0.0%	0.0%	18.6%	0.0%	9.5%	9.5%
Molagavita	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	18.2%	0.0%
Málaga	534.6%	23.4%	30.6%	20.4%	38.1%	23.7%
Ocaña	10716.2%	17.7%	100.4%	25.1%	279.4%	16.2%
Oiba	910.5%	0.0%	108.7%	9.1%	45.0%	9.0%
Onzaga	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	18.5%	0.0%
Piedecuesta	11587.9%	11.1%	126.8%	19.9%	163.7%	14.5%
Pinchote	1837.1%	0.0%	90.5%	0.0%	226.3%	22.6%
Puente nacional	3439.3%	0.0%	56.1%	0.0%	35.7%	7.1%
Puerto parra	1535.2%	30.7%	0.0%	0.0%	15.6%	31.2%
Puerto witches	634.9%	6.3%	6.3%	3.2%	25.4%	9.5%

<b>Rionegro</b>	104485.7%	102.1%	236.9%	38.0%	195.9%	41.1%
<b>Sabana de torres</b>	9609.5%	126.4%	30.5%	10.2%	20.4%	15.3%
<b>San Andrés</b>	282122.0%	173.8%	10.5%	0.0%	0.0%	0.0%
<b>San Benito</b>	435.3%	0.0%	4.3%	0.0%	0.0%	0.0%
<b>San Gil</b>	19991.3%	23.0%	246.8%	9.1%	243.2%	22.7%
<b>San Juan Girón</b>	8395.3%	12.5%	86.3%	12.8%	95.3%	13.8%
<b>San Vicente de Chucurí</b>	0.0%	0.0%	9.0%	0.0%	15.0%	3.0%
<b>Santa Bárbara</b>	847.8%	8.5%	68.5%	4.3%	43.2%	4.3%
<b>Simacota</b>	2244.7%	0.0%	34.1%	22.7%	11.5%	0.0%
<b>Socorro</b>	0.0%	0.0%	13.6%	17.0%	10.1%	0.0%
<b>Suaita</b>	1822.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	9.3%
<b>Tona</b>	8968.6%	104.6%	45.1%	45.1%	105.7%	90.6%
<b>Valle de San José</b>	5644.4%	0.0%	94.6%	37.8%	38.0%	0.0%
<b>Vélez</b>	4049.6%	0.0%	76.4%	5.1%	66.6%	0.0%
<b>Vetas</b>	0.0%	0.0%	42.7%	0.0%	0.0%	0.0%
<b>Villa Nueva</b>	8598.5%	28.7%	29.1%	14.6%	29.6%	0.0%
<b>Zapatoca</b>	0.0%	10.6%	0.0%	0.0%	11.0%	0.0%

Fuente: Organismos de tránsito, SIAT, Fondo de Prevención Vial, DANE, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Durante el periodo de prácticas realizado el primer semestre del 2009, ingresaron a la Clínica la Merced un gran número de heridos provenientes de municipios como Barrancabermeja, Ocaña, San Gil, Socorro, Barbosa, Floridablanca, Girón, Piedecuesta, Lebrija, así mismo ingresaron pacientes de la ciudad de Bucaramanga.

En cuanto al área metropolitana, Bucaramanga presentó mayor cantidad de accidentes (2.619) que los demás municipios; el segundo fue Floridablanca con 732 accidentes, seguido de Piedecuesta y Girón. **(Ver tabla 2)**

Tabla 2. Tasas por área metropolitana

2007					
Ciudad	Población	Accidentes	Heridos		Muertos
			Graves	Leves	
Bucaramanga	519.374	2.619	1.170	1.877	92
Floridablanca	262.356	732	178	439	17
Girón	144.784	192	138	29	20
Piedecuesta	124.015	648	203	332	18

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

## 2.2 ATENCIÓN EN RIESGOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO DE ACUERDO AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL EN COLOMBIA

El Sistema de Seguridad Social de la ley 100 de 1993 busca garantizar derechos de la población Colombiana ofreciendo bienestar y una calidad de vida digna a partir de la ejecución de programas y proyectos viables en los que el Estado en conjunto con el pueblo y las instituciones pertinentes desplieguen responsabilidades que garantizan la cobertura de servicios de salud y asegura por consiguiente los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad e integralidad. Estos principios deben de ser reconocidos por los habitantes del país a partir de la información y conocimiento de los mismos, y del acceso al servicio de salud.

Por lo tanto, podría decirse que en teoría se encuentra planteado el derecho a la salud incluyente como se consagra en la constitución política colombiana y en el **Artículo 48** de la **ley 100/93** que “garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social, que podrá ser prestada por

entidades públicas o privadas, y no se podrá destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la seguridad social para fines diferentes a ella.”<sup>22</sup>

Algo particular de la ley 100/93 es la tentativa de proporcionar el aseguramiento universal en la prestación del servicio de salud a la población de diferentes segmentos. Por esta razón, el sistema está conformado por el **régimen contributivo**, constituido por personas que cuentan con los recursos económicos para el pago oportuno de los servicios de salud, así mismo, pertenecen a niveles socioeconómicos superiores y generalmente tienen un trabajo estable y formal.

Los servicios prestados a dichas personas obtienen un vasto conjunto de beneficios ofrecidos por el Plan Obligatorio de Salud, **POS** como lo señala la **resolución 5261 de 1994** <sup>23</sup>, el mismo consta de un plan integral para la protección de la salud que ofrece atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales.

Las poblaciones con niveles 1 y 2 del SISBEN y de bajos recursos económicos reciben servicios que son cubiertos por el **régimen subsidiado** a partir del POS Subsidiado (**POS-S**) el cual ofrece los servicios básicos de atención de salud como lo estipula el **artículo 13 de la ley 100 del 93**: “Plan Obligatorio de Salud del régimen subsidiado, POSS. Es el conjunto básico de servicios de atención en Salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlos, todo afiliado al régimen subsidiado y que están obligadas a garantizar las entidades promotoras de salud, las empresas solidarias de salud y las cajas de compensación familiar debidamente autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud para administrar los recursos del régimen subsidiado”<sup>24</sup>.

---

<sup>22</sup> Constitución Política de Colombia 1991. Título II Derechos garantías y deberes, Capítulo II “de los Derechos Sociales, Económicos y Culturales”. Bogotá Litio Imperio Ltda., 2008. Pág. 12

<sup>23</sup> Por el cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

<sup>24</sup> OROZCO AFRICANO, Julio Mario “por que reformar la reforma: ¿debe reformarse la ley de Seguridad social de salud en Colombia? ¿hacia donde debe apuntar la reforma? En línea. 3 de Diciembre de 2009. Disponible en [www.emued.net/libros](http://www.emued.net/libros)

Por otra parte, el régimen de los **Vinculados**, es integrado por la población más pobre y vulnerada no asegurada del país la cual no se encuentra afiliada a ningún régimen y por lo tanto recibe una atención casi gratuita por parte de las instituciones prestadoras del servicio de salud, garantizando al fortalecimiento de los problemas de salud de la población enferma; sin embargo, en la mayoría de los casos la calidad en los servicios es baja y la cobertura en la prestación de los servicios es insuficiente.

A pesar de las intenciones por parte del **SGSSS** de asegurar a la población pobre del país, sigue excluyendo a la población más pobre dentro de la pobre, es decir, personas que viven en extrema pobreza con las necesidades fundamentales insatisfechas, las cuales no se encuentran adscritas a ningún régimen incluyendo el vinculado; personas que generalmente conforman poblaciones desplazadas por la violencia, indigentes, entre otras y son excluidas desfavorecidas por los servicios de salud creando mayor índice de morbilidad y mortalidad en el país.

En relación con lo anterior, se ha evidenciado que “el avance en materia de calidad en la prestación del servicio de salud, basado en los componentes definidos por la ley han sido precarios, tal como lo demuestra la avalancha de tutelas reclamando servicios, las incontables y permanentes quejas por mala o inoportuna atención, la ineficiencia en suministro de medicamentos, y las deficiencias en atención como consecuencia de la limitación a los profesionales de la salud en los procesos de diagnóstico, tratamiento, formulación y rehabilitación.”<sup>25</sup>

En síntesis, el sistema tiene un componente de salud dirigido a la prevención y tratamiento de enfermedades, y la promoción de la salud para el mejoramiento de la calidad de vida, la cual va dirigida a toda la población, particularmente a la vulnerable. Estos programas atienden de igual manera todo lo que se refiere a

---

<sup>25</sup> Tomado de ELPULSO: periódico para el sector Salud. Recuperado el 4 de diciembre de 2009 en <http://www.Periodicoelpulso.com>

enfermedades catastróficas, eventos catastróficos y accidentes de tránsito que afectan directa o indirectamente el bienestar de los y las colombianos (as), así como la promulgación de estrategias acordes a la prevención y tratamiento de todo tipo de patologías como los accidentes de tránsito.

Acorde con esto último, el Ministerio de Protección Social define en el **Decreto 1813 de 1994** la definición de **Accidente y víctima de accidente de tránsito**. En relación al primero, se entiende como el suceso ocasionado o en el que haya intervenido un vehículo automotor en una vía pública o privada con acceso al público, destinada al tránsito de vehículos, personas y/o animales y que como consecuencia de su circulación o tránsito, o que por violación de un precepto legal o reglamentario de tránsito causa daño en la integridad física de una persona.<sup>26</sup> En cuanto al segundo término, la persona víctima de accidente de tránsito es aquella que resulta afectada en su integridad física como consecuencia directa de un accidente de tránsito.

Cabe resaltar que los daños producidos por accidentes de tránsito afectan no sólo la salud física de los accidentados, sino también, constituyen un problema de orden público y social, es decir, desencadenan pérdidas económicas (tanto para el Estado como para las familias), y ocasionan secuelas psicofísicas en las víctimas y familiares.

Para dar protección contra dichos daños, la Ley 100 de 1993 en su **Artículo 167** menciona *“en los casos de urgencias generadas por eventos catastróficos o accidentes de tránsito, en acciones terroristas ocasionadas por bombas o artefactos explosivos, en catástrofes naturales u otros eventos expresamente aprobados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrán derecho al cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos, indemnización por incapacidad permanente y por muerte, gastos funerarios y gastos de transporte al centro*

---

<sup>26</sup> Tomado de MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Recuperado el 3 de Diciembre de 2009 en <http://www.alcaldiadebogota.gov.co/sisjur>

*asistencial. El Fondo de Solidaridad y Garantía pagará directamente a la institución que haya prestado el servicio a las tarifas que establezca el Gobierno Nacional de acuerdo con los criterios del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud*<sup>27</sup>.

En relación al Fondo de Solidaridad y Garantías, **FOSYGA**, el **artículo 218** de la ley 100 de 1993 y el **artículo 1 del Decreto 1283 del 23 de julio de 1996** contempla al mismo como una cuenta adscrita al Ministerio de Protección Social manejada por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia, cuyos recursos se destinan a la inversión de salud.

En el artículo 2 la estructura del **FOSYGA**, tiene como subcuentas la de compensación interna de régimen contributivo, de solidaridad del régimen de subsidios de salud, de promoción de la salud y del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito (**EACT**)<sup>28</sup>.

En cuanto a esta última, una de las subcuentas del FOSYGA es el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (**SOAT**) el cual es un pago necesario para todos los automotores del país. Como se mencionó anteriormente, con el FOSYGA se cubren costos en los servicios de salud con un monto de 500 Salarios Mínimos Legales Vigentes (SMLV); una vez agotada esta cuenta, se cubre un monto adicional de 300 SMLV. Si la cuenta excede este límite le corresponde hacerse cargo a las EPS y las EPS-S.

Con la población vinculada, las IPS cobran al Estado, pero si la persona no se encuentra afiliada a ninguno de los regímenes o no se encuentre al día con el pago, el seguro tiene la obligación de asumir los gastos.

Los beneficios que las víctimas de accidentes de tránsito están en derecho de exigir, se encuentran consagrados en el **artículo 54 y numeral 4 del 178 del**

---

<sup>27</sup> Tomado de LEY 100. ARTICULO 167. Recuperado el 3 de Diciembre de 2009 en <http://www.cerosoat.com/archivos/archivos/ley100.pdf>

<sup>28</sup> Tomado de: MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Recuperado el 8 de diciembre de 2009 en <http://www.fosyga.gov.co>

**Decreto Ley 1298 de 1994**, en el que las víctimas de eventos catastróficos y accidentes de tránsito tienen derecho a los siguientes beneficios con cargo al Fondo de Solidaridad y Garantía:

1. Servicios médicos quirúrgicos: que comprenden la atención inicial a urgencias, hospitalización, suministro de material médico quirúrgico, suministro de medicamentos, tratamiento y procedimientos quirúrgicos, servicios de diagnóstico y rehabilitación.
2. Indemnización por incapacidad permanente: en casos de pérdida no recuperable mediante actividades de rehabilitación que impiden que el individuo se pueda desempeñar laboralmente.
3. Indemnización por muerte: se encuentra a cargo del FOSYGA el cual reconoce la indemnización equivalente a seiscientos (600) salarios mínimos legales diarios vigentes aplicables al momento del accidente.
4. Gastos funerarios: igual que en el anterior, el FOSYGA reconocerá por gastos funerarios hasta la cuantía máxima de ciento cincuenta (150) salarios mínimos legales diarios vigentes al momento del accidente. En caso de que la persona estuviere afiliada a un fondo de pensiones, los gastos funerarios corren por cuenta de dicho fondo. En los casos en que el accidente de tránsito sea cubierto por la póliza del SOAT, será la aseguradora la responsable de los gastos funerarios.
5. Transporte al centro asistencial: los gastos de transporte y movilización de víctimas desde los sitios de ocurrencia del accidente de tránsito al primer centro asistencial lo cubre al igual que las anteriores el FOSYGA, y dependiendo de la complejidad de la patología y del nivel de atención las tarifas restantes las pagará la institución a la cual se remite.<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> *Ibíd.* En línea

## 2.3 EL ADULTO MAYOR, VÍCTIMA DE ACCIDENTES

El Adulto mayor representa el 6.3% de población colombiana según el Ministerio de Protección Social donde el 54.6% pertenece al sexo femenino, mientras el 45.4% son hombres<sup>30</sup>

En la actualidad no existe un documento o ley que hable de la atención, promoción y prevención para brindar al adulto mayor que ha sido víctima de alguna clase de siniestro incluyendo el accidente de tránsito; sin embargo se encuentra que el Ministerio de Protección Social presentó la Política Nacional de Envejecimiento para los años 2007 -2019 la cual se centra en cuatro aspectos fundamentales:

- Envejecimiento biológico
- Envejecimiento demográfico,
- Los derechos humanos
- La protección social activa.

Según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en el primer semestre del año 2009 se registraron 1.955 muertes de las cuales el 65% ocurrieron de manera accidental, específicamente accidentes de tránsito. El grupo étnico que exhibió mayor porcentaje fueron los hombres con un 74%, presentándose una diferencia de 3.1% con las mujeres. En cuanto las edades se demuestra que en promedio el adulto mayor víctima de accidente de tránsito tiene edades entre 65 a 69 años.

Los meses en los que más se presentaron casos de mortalidad fueron marzo y abril; se mostró mayor mortalidad con 90 y 87 casos registrados respectivamente. En los municipios que se evidenciaron mayor proporción fueron Bogotá con 11%, Medellín con 8.7% y Cali con 8.5%.

---

<sup>30</sup> Tomado de: MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Recuperado el 4 de diciembre de 2009 en <http://www.minproteccion-social.gov.co>

El tipo de accidente que cobra más víctimas se da en peatones y en personas que se encontraban manejando bicicleta con 42% seguido de conductores de moto con 31%, como pasajeros en vehículos particulares con 27%.

### 3. SERVICLÍNICOS DROMÉDICA CLÍNICA LA MERCED

Serviclínicos Dromédica Clínica la Merced es una Institución Prestadora de Servicios de Salud **(IPS)** creada el 19 de agosto de 1947, ubicada en el nororiente de Bucaramanga, en la comuna 3 del barrio la Universidad, limita con establecimientos públicos y privados, como Colegios Universidades y el Estadio Alfonso López.

Dromédica S.A, es una entidad privada que suministra atención de nivel 3 a población heterogénea del régimen subsidiado, contributivo, vinculado, víctimas de accidentes de tránsito y particulares provenientes de todo el Departamento de Santander.

La institución está conformada por un grupo de profesionales del área de salud, de ciencias sociales y el área administrativa que aportan sus conocimientos y experiencia en la prestación de servicio integral a población vulnerable, brindando calidad en la atención de salud.

El enfoque de la clínica va dirigido a la atención del trauma y el fortalecimiento del área materno infantil y cirugía particular. En este orden de ideas se evidencia que el mayor número de pacientes que ingresan es por accidente, generalmente accidente de tránsito. Para esto, la clínica cuenta con servicio médico especializado, Unidad de Cuidados Intensivos, cirugía estética y reconstructiva, entre otras.

Con el acogimiento de la ley 100 de 1993, la clínica desarrolla alianzas estratégicas con diferentes EPS e IPS que brindan apoyo en la prestación de servicios, procurando la rehabilitación y la mejoría de la salud de sus pacientes. De esta manera, la entidad dirige programas de prevención y promoción a toda población de diferentes edades y estrato socioeconómico, así mismo atiende tanto a la mujer gestante con riesgo de aborto, como a víctimas de accidentes

de todo tipo, especialmente de tránsito, y a personas con enfermedades que afectan su salud y que requieren cuidados especializados.

Para el logro de la calidad en la atención, Dromédica S.A cuenta con los mejores y más modernos equipos para su funcionamiento, personal capacitado para atender cualquier tipo de emergencia, especialistas en todas las áreas de las instituciones pioneras en atención médico –asistencial en todos los niveles de complejidad, presentando un mayor y mejor servicio a los afiliados de los diferentes regímenes.

Además de ofrecer todos estos servicios, Dromédica se caracteriza por contar con personal con calidad encargado en la atención psicosocial, jurídica y administrativa, ofreciendo mayor manejo y trato humano y cordial con pacientes y familiares que ingresan a la institución.

### **3.1 PLATAFORMA ESTRATÉGICA<sup>31</sup>**

Para garantizar el cumplimiento del objeto social de la entidad, se ha definido una plataforma estratégica dentro de la cual se destacan los siguientes lineamientos:

- ***VISIÓN***

Serviclínicos Dromédica proyecta liderazgo a nivel local, nacional e internacional, siendo reconocida en el oriente Colombiano como centro en la atención del trauma, logrando innovación permanente, mejoramiento continuo y gestión humana tanto en lo técnico, administrativo y financiero, propiciando el trabajo en equipo y el desarrollo del recurso humano comprometido con la institución.

---

<sup>31</sup> SERVICLÍNICOS DROMÉDICA S.A

- **MISIÓN**

La misión de Dromédica S.A está enfocada a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, con el objeto de mejorar la calidad de vida de la comunidad que padece primordialmente traumas y accidentes de tránsito en el oriente Colombiano.

Para lograrlo, la institución ofrece servicios ambulatorios y de hospitalización con tecnología de punta, infraestructura adecuada, respetuosa del medio ambiente y recurso humano altamente calificado, inspirado por una filosofía ética, humanismo, profesionalismo y calidad científica, procurando mantener liderazgo en el sector de salud, apoyado por los programas de investigación, docencia y desarrollo científico.

La tendencia en Serviclínicos Dromédica S.A, como se planteó anteriormente, evidencia la importancia de brindar apoyo a poblaciones afectadas en la salud de forma oportuna en el proceso de recuperación de la misma; por tanto, ofrece calidad de en sus servicios por parte del personal de diferentes áreas de la salud y las ciencias humanas, técnicas y tecnológicas, desarrollando un modelo integral de atención que la convierte en una Institución de carácter competitivo. Teniendo como base la misión y visión de la institución, el Trabajador Social que desarrolla su quehacer profesional puede conocer necesidades internas y externas, y a partir de las actitudes, habilidades y conocimientos genera propuestas y estrategias encaminadas hacia la promoción de la salud y la reducción o prevención de enfermedades y/o riesgos por accidentes. Así mismo, dada la importancia de las relaciones interpersonales que se establecen entre paciente- profesional y entre los trabajadores de la institución, logra sobre estos pilares mejorar la calidad del servicio prestado por la misma.

- **OBJETIVOS COOPERATIVOS**<sup>32</sup>

Los siguientes principios establecen el marco de referencia que sustenta el accionar técnico y humano propio del servicio de salud permitiendo brindar mayor calidad en la atención a los usuarios:

- ✓ Revelar la importancia de los usuarios dentro del esquema de la Institución Prestadora de Servicios de Salud en el sector privado, buscando para ellos la satisfacción por excelencia en la prestación de servicios desde el punto de vista técnico-científico ofrecidos con calidad, oportunidad y calidez.
- ✓ Mantener un clima organizacional que permita la realización del desarrollo humano a las personas vinculadas a la institución.
- ✓ Propiciar el equilibrio financiero sin sacrificar la calidad de los servicios, la actualización tecnológica permanente y la ampliación de los campos de acción.
- ✓ Preservar las labores docente asistenciales y de investigación que permiten sostener los mejores niveles de conocimientos.

- **VALORES COOPERATIVOS**<sup>33</sup>

- ✓ Respeto por la vida, dignidad humana y medio ambiente.
- ✓ Ética en la aplicación de prácticas médicas y en el comportamiento del personal.
- ✓ Honestidad en la administración de los recursos y en el comportamiento del personal institucional.
- ✓ Paz, neutralidad frente a los actores del conflicto armado
- ✓ Compromiso personal con la organización en el cumplimiento oportuno de los deberes adquiridos con los usuarios, socios, proveedores, colaboradores y la sociedad.

---

<sup>32</sup> *Ibíd.*

<sup>33</sup> *Ibíd.*

- ✓ Calidad en la atención del servicio para satisfacer las necesidades en salud de los afiliados y sus familias con el personal médico científico, instituciones de salud y administración altamente calificada.
- ✓ Trabajo en equipo y comunicación para lograr un alto desempeño organizacional y garantizar mejores resultados.
- ✓ Rentabilidad social y sostenibilidad financiera permitiendo continuidad, calidad, eficiencia y credibilidad en los servicios prestados a usuarios.

### **3.2 SERVICIOS**

Dromédica S.A es una entidad que ha configurado su portafolio de servicios para garantizar la atención de las necesidades de los diferentes grupos de interés destacándose una serie de servicios que subvencionan la calidad y la sustentabilidad social y económica de la institución:

- ✓ Atención de urgencias sin barreras.
- ✓ Atención de servicios médico quirúrgicos prestados con calidad, eficiencia y efectividad.
- ✓ Aprobación inmediata en el proceso de aceptación de remisión para el paciente en instituciones de baja complejidad.
- ✓ Equipo médico quirúrgico multidisciplinario disponible las 24 horas.
- ✓ Aplicación de las más recientes y novedosas técnicas quirúrgicas para el tratamiento de pacientes politraumatizados.
- ✓ Disponibilidad de Unidad de Cuidados Intensivos especializada en trauma.
- ✓ Servicio humano e información permanente para el paciente y sus familiares.

Los casos que se presentan con más frecuencia en la prestación de servicios por accidente de tránsito son los relacionados con traumas, heridas y fracturas, motivo por el cual es preciso definir el alcance de los mismos dada el impacto que tienen en la morbilidad atendida en la institución.

TRAUMA (Tx): Un traumatismo es un hecho accidental provocado por un agente mecánico que al actuar sobre los tejidos con la suficiente fuerza e intensidad provoca alteraciones en los mismos, con la destrucción hística, parcial o total, de extensión, profundidad y gravedad variables.<sup>34</sup>

- TCE<sup>35</sup>: Se define al Traumatismo Craneoencefálico (TCE) como cualquier lesión física, o deterioro funcional del contenido craneal, secundario a un intercambio brusco de energía mecánica, producido por accidentes de tráfico, laborales, caídas o agresiones. Se pueden clasificar de acuerdo a la severidad en Leve, Moderado y Severo, según la escala de Glasgow:
- TCE Leve: Pérdida de conocimiento menor de 15 minutos y un GCS (Glasgow coma scale) después de la resucitación inicial de 14-15
- TCE Moderado: Pérdida de conocimiento mayor de 15 minutos y un GCS después de la resucitación inicial de 9-12.
- TCE Grave: lesión con pérdida de conciencia por más de 6 horas y un GCS después de la resucitación inicial de 3-8.
- Tx de tórax: conjunto de alteraciones anatómicas y funcionales provocadas por un agente traumático sobre el tórax, produciendo una ateración, bien en las paredes, en su contenido o en ambos a la vez.<sup>36</sup> Los traumatismos del tórax pueden ser cerrados (contusos) o abiertos (penetrantes).
  - Traumatismo abierto: se denomina a lesión que rompe la integridad del tejido (atraviesa la pleura parietal).
  - Traumatismo cerrado: resulta por aplicación de energía que provoca lesión sobre tejidos sin dañar su integridad.
- Tx Facial<sup>37</sup>: cualquier lesión del hueso de la mandíbula superior y de la cara.
- Tx cerrado del Abdomen:<sup>38</sup> lesión de paredes y/o víseras abdominales (desgarro parenquimatoso, rotura de órganos huecos). Esta lesión puede

---

<sup>34</sup> [http://www.neumosurenfermeria.org/AAA/almeria/textos/traumatismo\\_toracico.htm](http://www.neumosurenfermeria.org/AAA/almeria/textos/traumatismo_toracico.htm)

<sup>35</sup> Tomado de: <http://www.neurocirugia.com/diagnostico/tce/Tce.htm>

<sup>36</sup> Ibíd, en línea

<sup>37</sup> <http://www.shands.org/health/Spanish%20health%20illustrated%20encyclopedia/5/html>

ser abierta (por traumatismo penetrante) o cerrada (por traumatismo abdominal) debido a la acción violenta.

- Tx vesícula<sup>39</sup>: lesión traumática de la vejiga y la uretra. Consiste en un daño provocado por fuerza externa.

FRACTURA (Fx)<sup>40</sup>: si se aplica más presión sobre un hueso de la que puede soportar, éste se parte o rompe. Una ruptura de cualquier tamaño se denomina fractura y si el hueso fracturado rompe la piel, se denomina fractura expuesta (fractura compuesta)

- Fx fémur<sup>41</sup>: Ruptura del hueso del muslo, llamado fémur. El fémur también se denomina hueso del muslo. Va desde la cadera hasta la rodilla y es el hueso más largo y fuerte del cuerpo. Por lo general se requiere de mucha fuerza para romper el fémur.
- Fx de t costilla<sup>42</sup>: Ruptura de un hueso de las costillas. Con frecuencia se produce la contusión de los músculos y ligamentos debido a una fractura de costilla. En los casos más graves, los pulmones y órganos pueden lesionarse. Más de una fractura de costilla después de un traumatismo puede indicar una lesión interna grave.
- Fx metarcapiano<sup>43</sup>: lesiones traumáticas de la mano impidiendo la movilización normal de la misma.
- Fx tibia y peroné: lesión traumática del tobillo. Queda conformada por los extremos distales tibia y perone que estructuran una mortaja dentro de la cual encaja en forma muy ajustada, el cuerpo del astrálogo.
- Fx radio: fractura de colles en la muñeca. es una fractura a través del hueso principal del antebrazo (radio).

HERIDA (Hx)<sup>44</sup>: es toda solución de continuidad en la cubiertas cutánea, en la que con frecuencia se produce una simultánea o diferida pérdida de sustancias,

---

<sup>38</sup> Universidad de concepción . facultad de medicina. Departamento de enfermería. 282 mayo 2001. Tomado de: [http:// www.medynet.com/usuarios/jraguilar/.../trauabd.pdf](http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/.../trauabd.pdf)

<sup>39</sup> Medlineplus enciclopedia médica.

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001063.htm>

<sup>40</sup> Ibíd. En línea

<sup>41</sup> Ibíd. En línea.

<sup>42</sup> Ibíd. En línea.

<sup>43</sup> Ibíd. En línea

por la acción de diversos agentes causantes y que puede extenderse a los tejidos y órganos subyacentes.

- Hx abulcivas: cuando la lesión se acompaña de desgarros de los tejidos y pérdida de la sustancia.
- Hx Sobreinfectadas: heridas que se complican por la reinfección local. Puede ser de manera piogénica, gangrenosa o diftérica.
- Hx injertos quirurgicos: el injerto cutáneo autólogo de piel de espesor parcial o completo sigue Siendo el tratamiento de referencia. Sin embargo se puede crear una nueva herida en el área donante así como el riesgo de infección.
- Hx en cuero cabelludo: lesión del cuero cabelludo como pequeños abultamientos en el cráneo.

Edema cerebral:<sup>45</sup> trastorno clínico muy frecuente que puede seguir a los traumatismos del cráneo, las infecciones cerebrales o tumores. Se puede definir como el aumento normal en el contenido de agua de los tejidos del sistema nervioso central. Existen tres formas de edema cerebral:

- Vasogénico: acumulación del líquido tisular en el espacio extracelular luego de producirse daño de las paredes de los capilares. Es el más frecuente.
- Citotóxico: acumulación del líquido dentro de las células del tejido nervioso que produce tumefacción celular. La causa es tóxica o metabólica y falla el mecanismo de la bomba ATP sodio de la membrana plasmática.
- Intersticial: ocurre en la hidrocefalia obstructiva cuando la elevación en la presión del líquido cefalorraquídeo fuerza el líquido fuera del sistema ventricular en el espacio extracelular.

---

<sup>44</sup> Cirugia general. Heridas y cicatrizacion. Victoria valer tito, fernan retepo Trujillo.  
[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/Libros/medicina/cirugia/Tomo\\_I/Cap\\_01\\_Heridas%20y%20Cicatrizaci%C3%B3n.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/Libros/medicina/cirugia/Tomo_I/Cap_01_Heridas%20y%20Cicatrizaci%C3%B3n.htm)

<sup>45</sup> [http://www.herrera.unt.edu.ar/bioingenieria/Temas\\_inves/sist\\_nervioso/pagina4.htm](http://www.herrera.unt.edu.ar/bioingenieria/Temas_inves/sist_nervioso/pagina4.htm)

Hematoma periorbital: ocurre debido a un trauma contuso, causando edema y descoloración de la piel. Esto es debido al acúmulo de sangre debajo de la piel laxa de los párpados.

Laceraciones múltiples en miembros inferiores: desplazamiento estable y anormal de los huesos, con la alteración de sus objetivos límites fisiológicos cuando las superficies articulares dejan de estar en contacto. Generalmente se rompe la cápsula articular, los ligamentos y se lesionan los tejidos blandos.

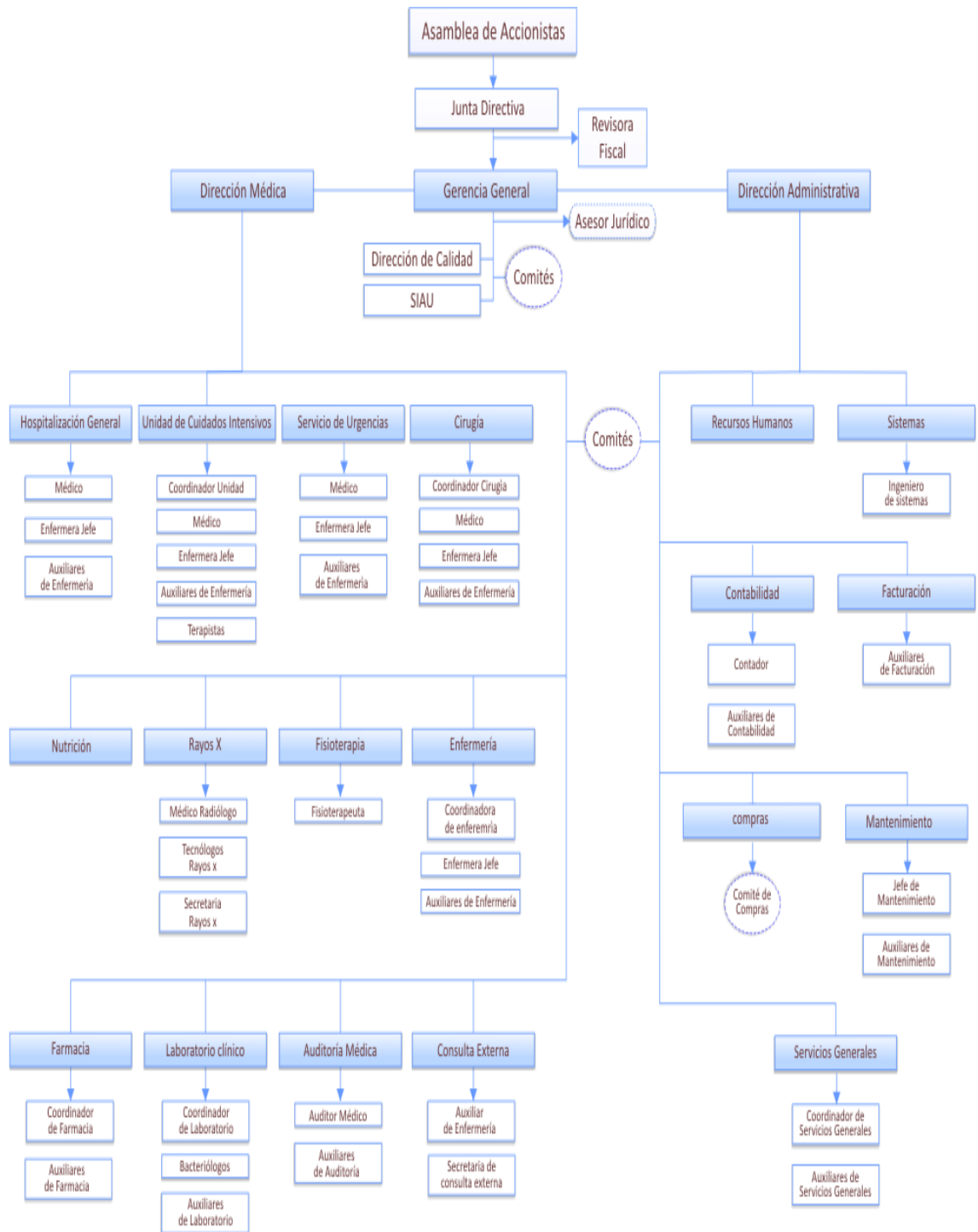
### **3.3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE LA INSTITUCIÓN**

Serviclínicos Dromédica S.A cuenta con una estructura de operación horizontal configurada por líneas de autoridad de la siguiente manera:

- Junta directiva.
- Revisoría fiscal.
- Director científico.
- Coordinación de enfermería.
- Coordinación contable y financiera.
- Recursos humanos.

La dinámica organizacional prevé un orden alrededor de departamentos funcionales que se encuentra estructuradas la atención de la población que ingresa a la clínica como se demuestra en la figura 1. **(Ver figura 1)**

Figura 1. Organigrama Dromédica S.A



Tal como lo muestra la anterior figura, Serviclínicos Dromédica Clínica la Merced, cuenta con el representante legal Gabriel Cabezas Estevez, con un asesor jurídico encargado de los trámites propios de la clínica, con el personal

de salud que consta de diecisiete médicos especialistas, catorce médicos generales, cuatro instructores quirúrgicos, veintidos médicos profesionales, cuarenta y ocho auxiliares de enfermería, una nutricionista, cuatro bacteriólogos, un técnico de laboratorio clínico, tres terapeutas, una ingeniera ambiental y veinte personas de servicios generales.

De igual manera, la clínica tiene un recurso humano, conformado por ciento sesenta y ocho trabajadores de planta, diez supernumerarios y veintitres contratistas. Estos empleados son contratados bajo diferentes modalidades:

- Personal médico general y área administrativa: Son contratados por prestación de servicios, los cuales se otorgan cuando la persona tiene un conocimiento especializado en un área determinada. Esta actividad se desarrolla de manera independiente, por tanto el trabajo no es de tiempo completo y la remuneración se da por horas trabajadas.
- Médicos especialistas: se encuentran contratados por una cooperativa de trabajo asociado de médicos y especialistas quienes desarrollan actividades propias de la cooperativa, la cual se encarga de enviar el personal calificado contratado por Dromédica S.A quienes realizan el trabajo de acuerdo a la razón social de la cooperativa.

Por otra parte, la institución cuenta con el apoyo de practicantes de diferentes universidades y especialidades, como estudiantes de medicina, enfermería, fisioterapia, Trabajo Social y psicología.

En Serviclínicos Dromédica S.A, la instancia de Trabajo Social no aparece como una unidad administrativa reconocida, no obstante las prácticas profesionales están vinculadas a la Oficina de Recursos Humanos dentro del cual el profesional está enfocado a la intervención de procesos como el SIAU (Sistema de Información y Atención al Usuario) y fortalecimiento de la salud ocupacional, además de brindar apoyo personalizado a mujeres gestantes y a

otras personas que ingresan por accidentes de tránsito, permitiendo un mejoramiento dentro y fuera de la institución.

En este contexto, el Trabajador Social orienta su accionar hacia los siguientes procesos de intervención:

- Brindar apoyo psicosocial a pacientes y familiares que ingresan a la institución.
- Asesoría frente a inquietudes de usuarios que se presentan en la institución.
- Acompañamiento en búsqueda de la solución a los diversos problemas que se presentan en la institución.
- Programas educativos para población en riesgo (mujer gestante, accidentados, enfermos, etc.), para modificar, cambiar o reforzar conocimientos, acciones o actitudes y sentimientos con los usuarios de la clínica en la con la promoción de la salud.
- Programas educativos sobre estilos de vida saludables y prevención del riesgo de enfermedades, accidentes de todo tipo, especialmente accidentes de tránsito.
- Establecer canales de comunicación y coordinación con las directivas y trabajadores de la institución.
- Establecer un sistema de recepción y canalización de quejas y reclamos que se presentan frecuentemente de los usuarios frente a los servicios de salud.
- Participar como profesional de apoyo de los diferentes programas preventivos a cargo de la clínica.
- Programas de capacitación sobre clima laboral y buenas relaciones entre pacientes y empleados de la institución

Estas características propias del Trabajador Social permiten la atención no sólo al cliente interno y externo, sino también al personal con el cual interactúa dentro de la institución, proporcionando una mayor satisfacción de necesidades y excelente prestación de los servicios que la clínica ofrece.

Dromédica S.A tiene contrato con otras IPS, por tanto, presta atención a usuarios miembros de EPS (**régimen contributivo**) y EPS-S (**régimen subsidiado**) que por lo general son remitidos de otros municipios para que en la clínica se le brinden los cuidados respectivos, siendo estos por general, de condiciones socioeconómicas precarias. Además la institución por ser especializada en politraumatismo presta servicios a víctimas de accidentes de tránsito a través del SOAT. En el siguiente cuadro, se muestran las entidades vinculadas a la red de contratos médicos y asistenciales. **(cuadro 2)**

Cuadro 2. Entidades de salud contratantes de servicios médicos en Serviclínicos Dromédica S.A

<b>Instituciones Prestadoras del servicio de Salud Subsidiado. (EPS-S)</b>	<b>Entidades Promotoras de Salud. (EPS)</b>	<b>Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito (SOAT)</b>
Coopsalud	Colsanitas	Seguros Bolívar
Caprecom	Coomeva	Seguros Colpatria S.A
Comfenalco	Salud Total	CIA Mundial de Seguros S.A
Edmid Salud	Capruis	CIA Central de Seguros S.A
Asmet Salud	Avanzar Médico	CIA Agrícola de Seguros S.A
Cajasalud		MAPFRE Seguros Generales de Colombia S.A
Dusakawi (Asociación Cabildos Indígenas)		Seguros del Estado

**Fuente:** Registros Auditoría de Calidad Serviclínicos Dromédica S.A, Año 2009  
 Serviclínicos Dromédica S.A Clínica la Merced, atiende una población anual de 5820 personas de las cuales el 80% ingresan por SOAT. El 20% ingresan por enfermedades como cirrosis, SIDA, leucemia, entre otras. De igual manera

ingresan mujeres gestantes. Esta población pertenece al régimen Contributivo EPS y al Régimen Subsidiado, EPS-S. Por otra parte, a la clínica ingresa población particular, generalmente para realizarse cirugía estética como mamoplastia, liposucción, entre otros.

### 3.4 DESCRIPCIÓN DEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN QUE INGRESA A SERVICLÍNICOS DROMÉDICA CLÍNICA LA MERCED.

Serviclínicos Dromédica S.A es una IPS encargada de prestar servicios de salud con calidad atendiendo a cuatro tipos de población como lo muestra el cuadro tres, **(Ver cuadro 3)**. Esta institución es especialista en politraumatismo, es decir, la población que ingresa a la clínica es por accidentes, generalmente de tránsito.

Cuadro 3. Población que ingresa a Dromédica S.A

Accidentes	Mujer gestante	Cirugía /estética	Enfermedades
Tránsito	Embarazo en	Cálculo	SIDA
Doméstico	riesgo	Hernias	IRA
Laboral	Cesáreas	Mamoplastia	Neumonía
Escolar		Liposucción	Cáncer
		Rinoplastia	Cirrosis
		Otros	Otros

**Fuente:** Base de datos, Serviclínicos Dromédica Clínica la Merced.

Para lograr la descripción de la población víctima de accidentes de tránsito que ingresó a la clínica en el periodo de prácticas profesionales, fue necesario la aplicación de un instrumento de medición (encuesta) realizado a las 53 personas víctimas de accidentes de tránsito en este período, a quienes, se les desarrolló un seguimiento, así como talleres educativos de promoción de estilos de vida saludables y prevención de riesgos en accidentes e infecciones que aparecen con estos eventos.

Las variables de encuesta fueron socio-económicas, aportando una ampliación en conocimientos de las características socio-cultural, socio-familiar y socio-económica de la población a intervenir. Los datos recogidos fueron los siguientes:

Existe una mayor cifra (**Ver gráfica 7**) de accidentalidad vial en el género masculino que femenino; sin embargo, el ingreso de población infantil y anciana a la clínica por accidentes de tránsito aumentó en el primer semestre del año 2009, lo cual demuestra por un lado la vulnerabilidad que vive estos grupos poblacionales y el descuido por parte de responsables de su cuidado dado que los mismos exigen mayor atención.

Gráfica 7. Población que ingresa a la institución por género víctima de accidente de tránsito



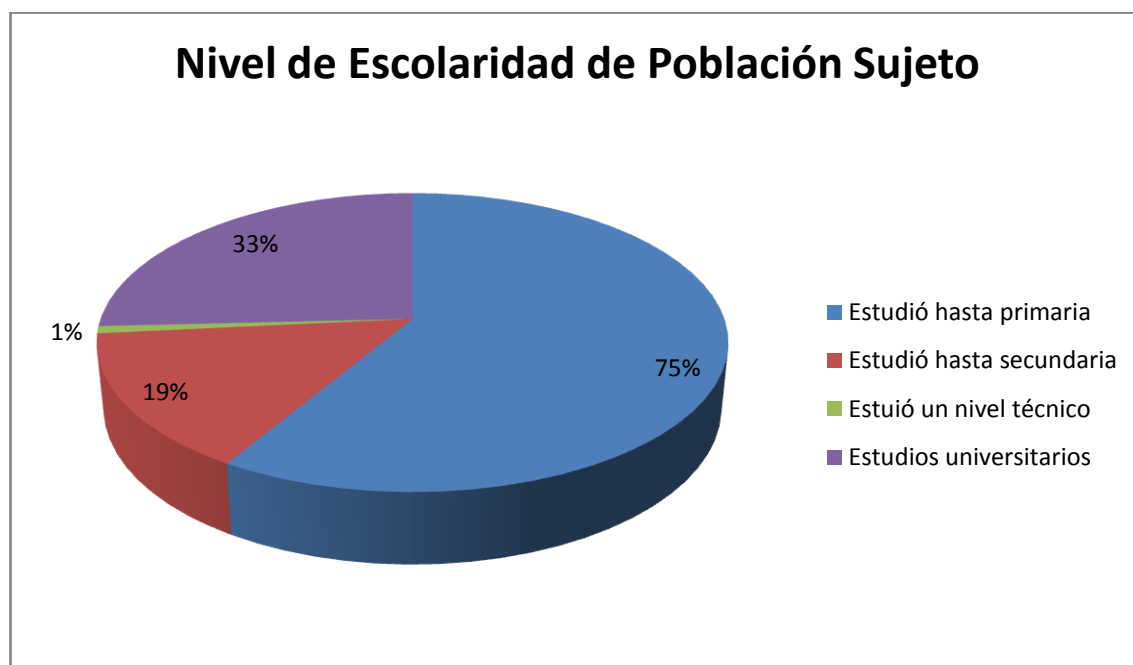
**Fuente:** Base de datos, Dromédica. Año 2209

En cuanto a las características de la población con que se trabajó, las más sobresalientes como se observa en las gráficas que se muestran a continuación fueron:

Haciendo referencia al nivel de escolaridad en la **gráfica 8** se valida que la población que ingresó a la clínica tenía un nivel de bajo de estudios. Según los datos obtenidos el nivel de escolaridad se distribuyó: 75 % estudió hasta

primaria, el 19% estudió hasta secundaria, el 1% un nivel técnico y el 5% realizó o se encuentra realizando estudios universitarios.

Gráfica 8. Nivel de Escolaridad de Población Objeto



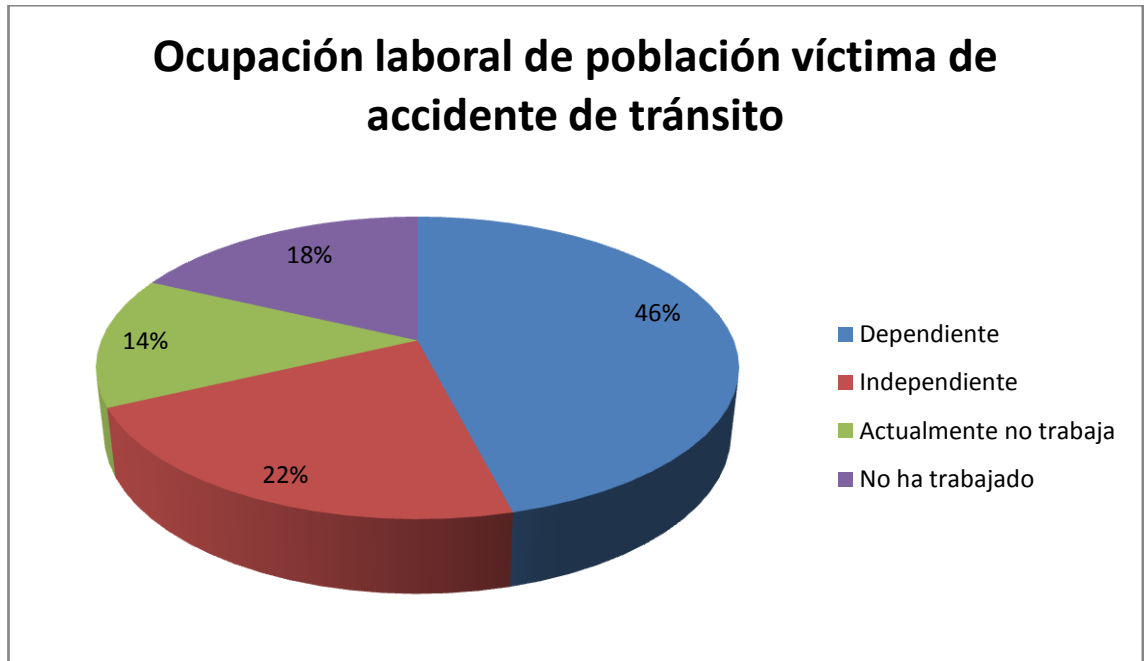
**Fuente:** Base de datos Dromédica S.A. Año 2009

El estado civil de las personas que acudieron a la clínica por accidente de tránsito en su mayoría el 28% estaban casados, 18% unión libre, 31% separados y el 23% eran solteros. En relación a la composición familiar, el 17% tenía un hijo, el 26% dos hijos, el 57% más de dos hijos. En el caso de la población infantil atendida eran hijos únicos el 35% y el 65% con hermanos de otras edades.

En cuanto la tenencia de vivienda, el 77% de la población se encontraba en vivienda arrendada debido a que no contaba con recursos necesarios para adquirir vivienda propia, mientras el 21% tenía vivienda propia; en un menor porcentaje presentaba caso de vivienda prestada o compartida con un 5%. Cabe resaltar que parte de la población encuestada no residía en la ciudad, así que optaban por buscar familiares, allegados u hoteles que sirviesen de ayuda durante la estadía de sus familiares en la institución.

En relación a la ocupación laboral (**Ver gráfica 9**) el 46% de la población desempeñaba un trabajo en que era dependiente económicamente, el 22% era independiente, el 14% habían trabajado anteriormente pero en ese momento era desempleada, mientras el 18% no trabajaba (población joven e infantil).

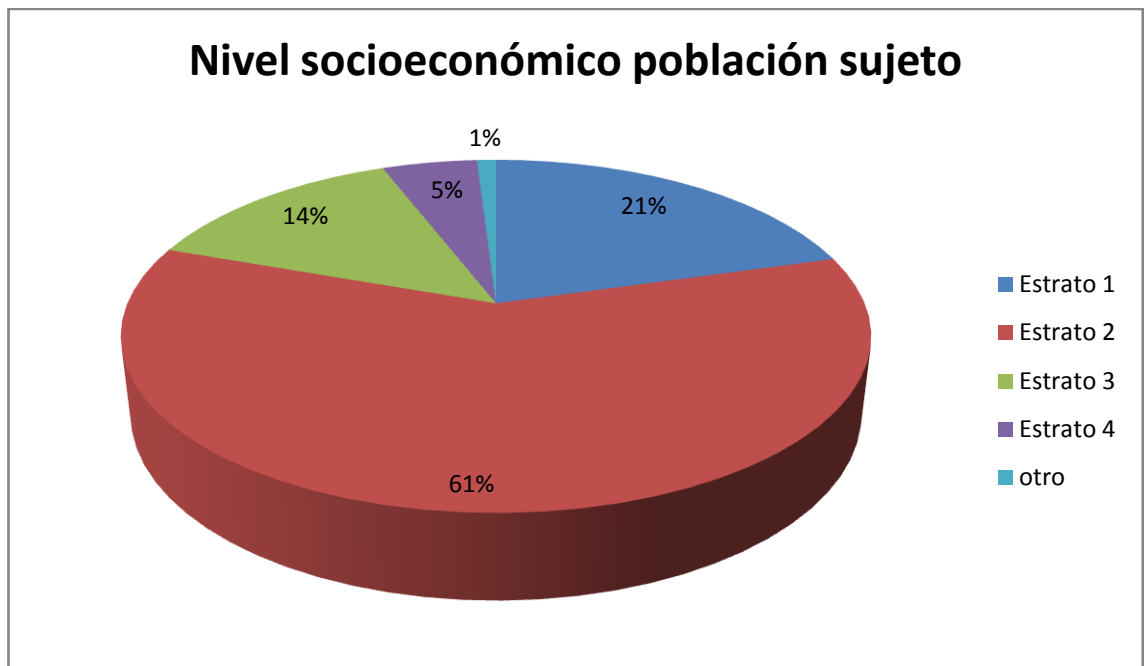
Gráfica 9. Ocupación Laboral



**Fuente:** Base de datos, Dromédica S.A. Año 2009

En síntesis, como se observa en la **gráfica 10**, la población víctima de accidente de tránsito que asistió a la clínica estaba concentrada en zonas urbanas y rurales del departamento de Santander, con nivel socioeconómico medio-bajo dos, tres y cuatro, predominando el nivel dos, en que las necesidades básicas son insatisfechas y el nivel de vida es bajo. De acuerdo a lo anterior, el 21% de la población sujeto pertenecía al nivel socioeconómico uno, el 61% al dos; el 14 % al tres, el 3% al cuatro y el 1% pertenece otro estrato social.

Gráfica 10. Nivel socioeconómico



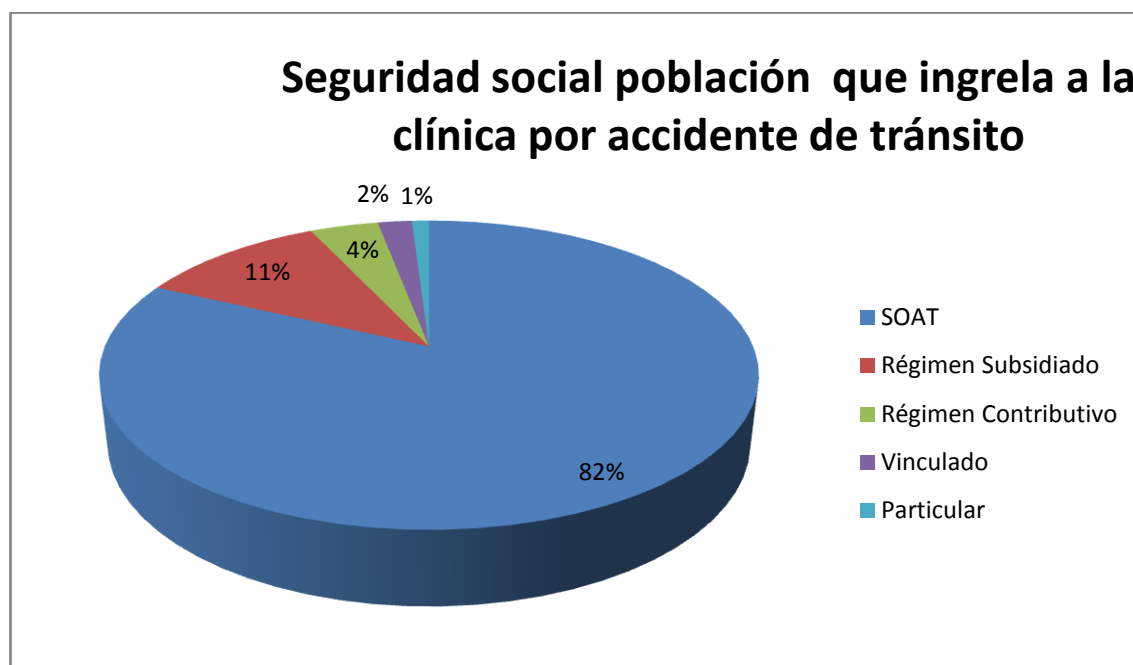
**Fuente:** Base de datos Dromédica S.A. Año 2009.

Los factores descritos anteriormente, incidieron en el cuidado del estado físico y mental de los y las usuarios (as), dado que la atención impacta el nivel socio-económico individual y grupal del accidentado quién presenta preocupación por gastos generados a partir del accidente a nivel material y las secuelas que produce a nivel físico y emocional. Sin embargo, la familia representa un papel fundamental en el fortalecimiento de las redes de apoyo y el acompañamiento del paciente propiciando su recuperación y la adopción de nuevas medidas de estilos de vida saludables, así como búsqueda de soluciones frente a los gastos que dicho accidente implica.

Por otra parte, la vinculación a la Seguridad Social jugó un papel muy importante en la cobertura de gastos representada en atención de los afectados y sus familias (**Ver gráfica 11**). De esta manera se observó que de las víctimas de accidentes de tránsito que ingresaron a la clínica, el 82% lo hicieron a través del SOAT, el 11% por régimen subsidiado y en una menor proporción 4% por el régimen contributivo. Haciendo referencia al convenio de

la clínica con otras IPS y EPS, el 1% es particular y el 2% ingresan como vinculados.

Gráfica 11. Seguridad Social



**Fuente:** Base de datos Dromédica S.A. Año 2009.

Cabe resaltar que en su mayoría, las personas que son atendidas por el SOAT son las que presentan accidente de vehículos, ya sea moto, carro, camión, entre otros; las personas que son cubiertas por cualquiera de los otros regímenes es porque han sido peatones, o porque tenían el seguro del SOAT vencido y las personas que no estaban adscritas a la seguridad social presentaban su caso frente a la Secretaría de Salud. Por tanto, el 80% de la población accidentada era cotizante, el 13% beneficiaria, el 5% realizó gastos como particular, y el 2% era vinculada.

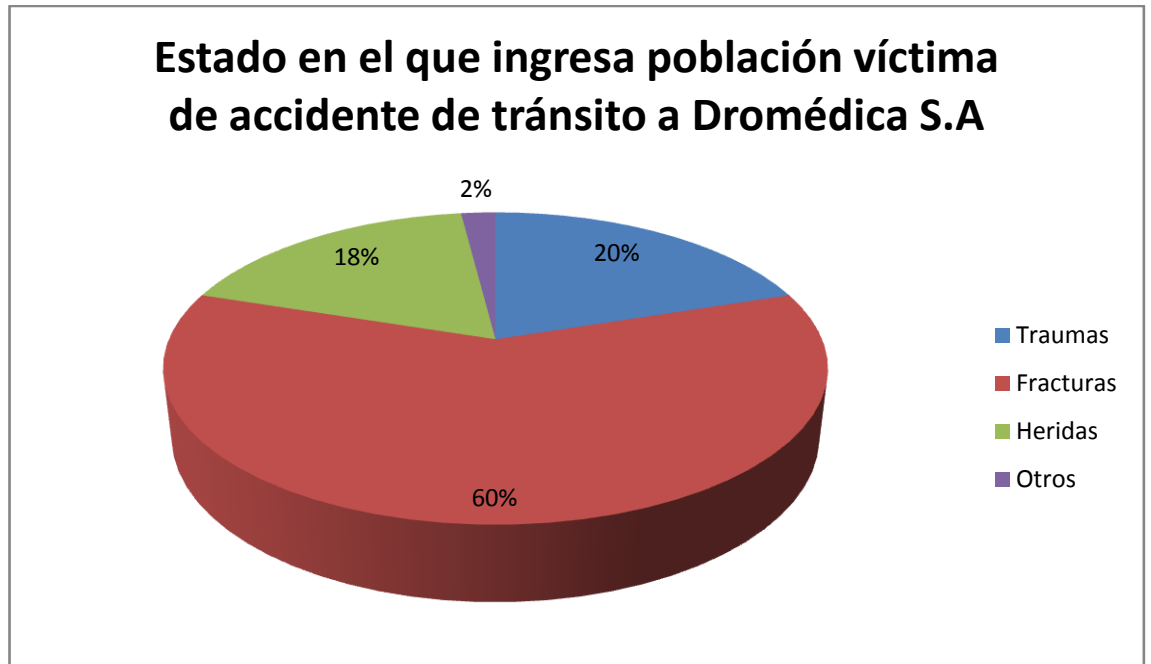
Por otra parte, se resalta el estado en que ingresó la población víctima de accidente de tránsito a Serviclínicos Dromédica S.A (**Ver gráfica 12**), hecho que se traduce en el diagnóstico registrado el cual se configuró acorde a las siguientes patologías:

- Traumas: las víctimas de accidentes de tránsito generalmente recibieron mayor impacto en el cráneo (cabeza), el rostro y la parte superior del cuerpo, los traumas se presentaron en la clínica en un 20%. Del anterior porcentaje se clasificaron en:
  - Trauma Craneoencefálico leve 5%, moderado 13% severo 2%
  - Trauma de torax: abierto 4% cerrado 16 %
  - Trauma facial 10%
  - Trauma cerrado de abdomen 8%
  - Trauma de vesicular 2%
- Fracturas: las fracturas presentadas en pacientes que ingresaron a la institución representó el 60% de casos de los cuales:
  - Fractura de fémur 27%
  - Fractura de costilla 2%
  - Fractura de metacarpiano 12%
  - Fractura de tibia y peroné 13%
  - Fractura de radio 6%
- Heridas: el 18% de la población presentó heridas, resaltando casos de heridas Sobreinfectadas, debido a que una vez egresado el paciente de la clínica no seguía las debidas recomendaciones de cuidado otorgadas por el médico especialista.
  - Herida abulcivas 8%
  - Heridas Sobreinfectadas 5%
  - Heridas de injertos quirúrgicos 3%
  - Herida en cuero cabelludo 2%

Otros: 2%

- Edema cerebral 1%
- Hematoma periorbital 0.7%
- Laceraciones múltiples en miembros inferiores 0.3%

Gráfica 12. Estado en el que ingresa población víctima de accidente de tránsito a Dromédica S.A.



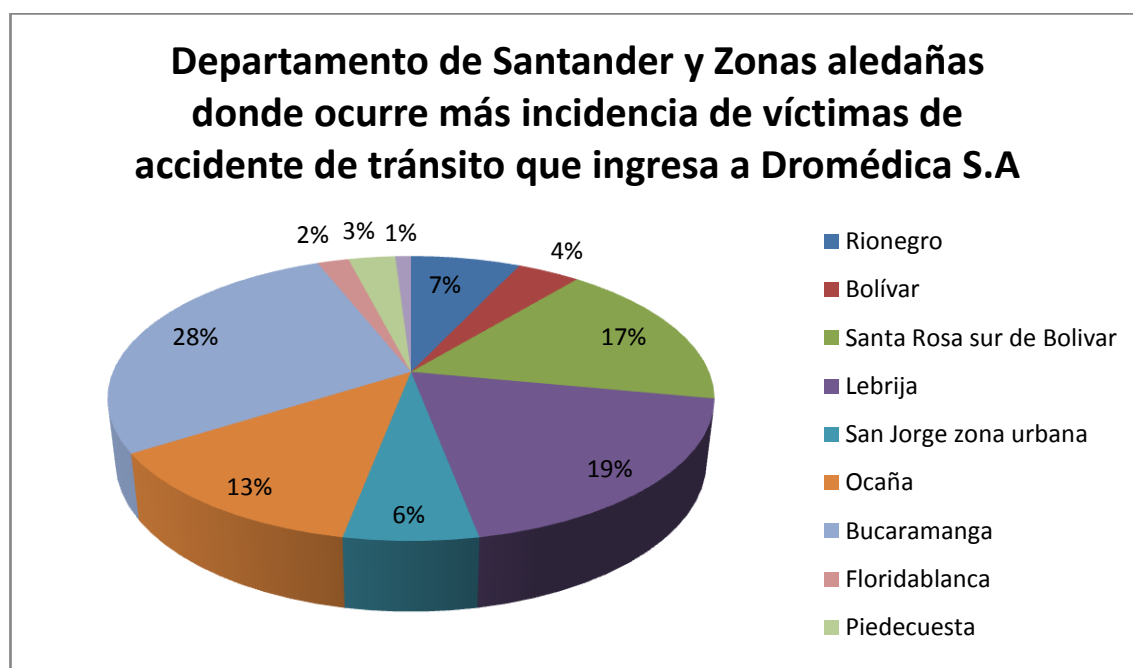
**Fuente:** Base de datos, Dromédica S.A. Año 2009

Con base en lo anterior y dependiendo de la gravedad del estado de salud de los pacientes, se prolongaba la estadía dentro de la institución. Por esto, algunas de las personas atendidas en la misma, estaban internos desde meses anteriores debido a la gravedad del accidente; sin embargo, la mayor parte de la población estuvo hospitalizada por cortos períodos de tiempo: el 8% más de tres meses, el 13% de dos a tres meses, el 26 % de quince días a un mes y de dos a tres semanas el 53%.

Dichas cifras revelaron la gravedad de los accidentes, la poca precaución por parte de conductores y peatones frente la seguridad vial y la escasa prevención frente a los procesos curativos debido a casos donde se presentaba reinfección causando daños a nivel físico y por ende el reingreso a la institución. Así mismo, se resalta la efectividad y calidad de la institución frente al manejo de procedimientos quirúrgicos y clínicos a pacientes víctimas de accidentes de tránsito que ingresaron con síntomas o miembros implicados expuestos anteriormente.

La mayor incidencia de accidentes de tránsito en municipios del departamento de Santander y zonas aledañas, provinieron de Rionegro 7%, Bolívar 4%, Santa Rosa sur de Bolívar 17%, Lebrija 19%, municipio de San Jorge zona urbana 6%, Ocaña 13%, y en la ciudad de Bucaramanga ingresaron pacientes del área metropolitana Bucaramanga 28%, Piedecuesta 3%, Floridablanca 2% y Girón 1%. **(Ver gráfica 13)**

Gráfica 13. Departamento de Santander y zonas aledañas



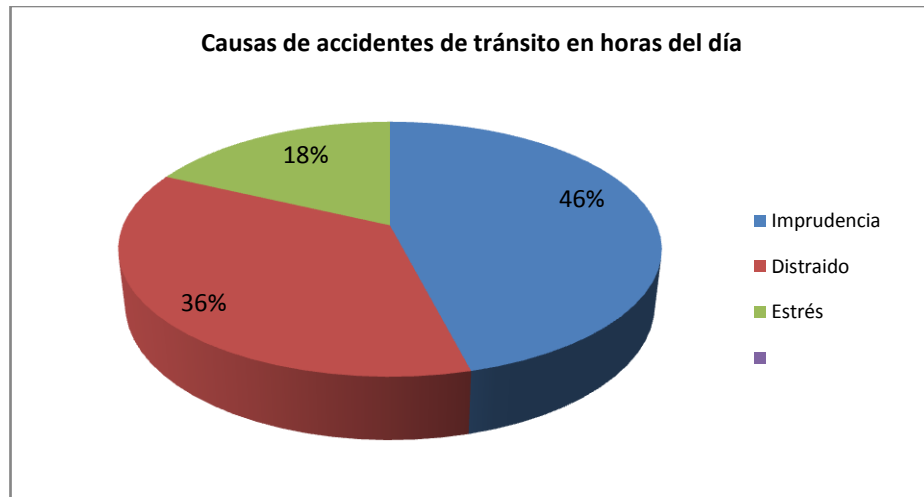
**Fuente:** Base de datos, Dromédica S.A. Año 2009.

Otro aspecto importante es la hora en la que se presentó el accidente. Sin embargo, los accidentes ocurren en cualquier hora del día o la noche y dependen de las circunstancias en la que se ocasionan.

En este sentido, el 67% de la población presentó accidentes en hora del día **(Ver gráfica 14)** (3:00 a.m a 5:00 p.m) los que fueron ocasionados en jornada laboral, generalmente por descuido o imprudencia 46%, distraído 36% con estrés 18% del conductor o peatón. En hora de la noche presentó el 33% de accidentes (7 p.m a 11 p.m) dado que las personas (especialmente jóvenes y adultos) salen a celebrar diferentes actividades en las que el consumo bebidas

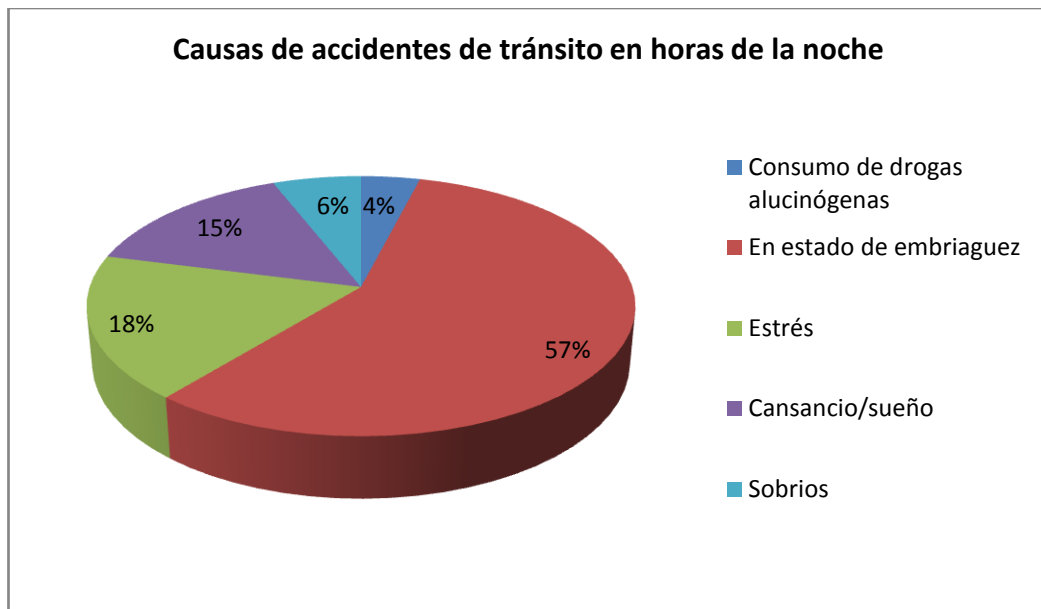
alcohólicas y en algunos casos drogas alucinógenas son parte de los comportamientos asumidos en la vía pública. De este porcentaje, el 6% estaban sobrios a la hora del incidente, el 57% en estado de embriaguez, el 4% bajo efectos de sustancias alucinógenas, el 15% con sueño. **(Ver gráfica 15)**

Gráfica 14. Causas de accidentes de tránsito en horas del día



Fuente: Base de datos, Dromédica S.A. Año 2009

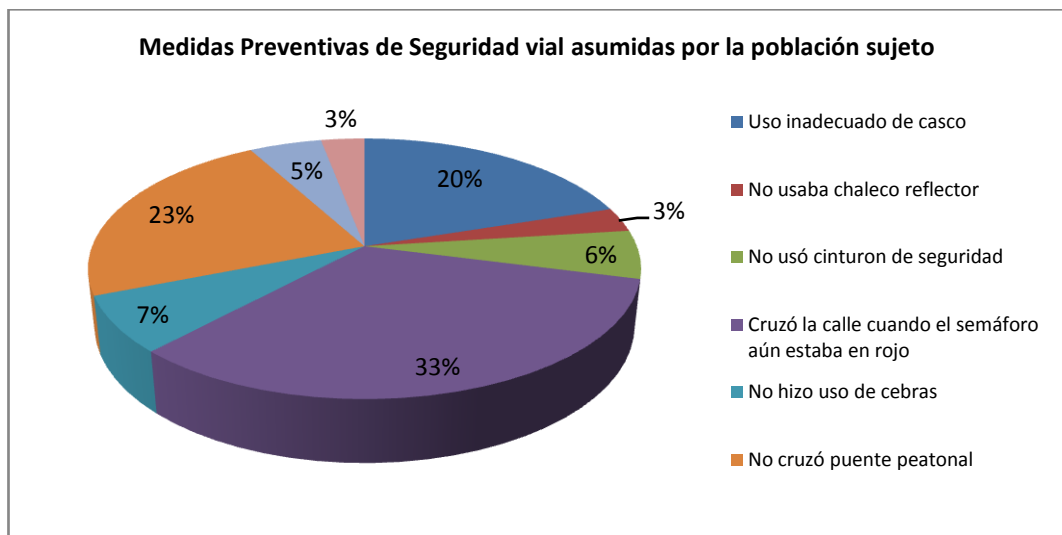
Gráfica 15. Causas de accidentes de tránsito en horas de la noche



Fuente: Base de datos, Dromédica S.A. Año 2009

Las normas de protección juegan de igual manera un papel fundamental en el momento del accidente, ya que el manejo de las pautas de normatividad de tránsito (uso de señales de tránsito y elementos de protección) influye en la gravedad de los sucesos. En relación a esto, como se observa en la **gráfica 16**, la población accidentada no hizo uso adecuado de elementos de protección como casco, 20% en el caso de motociclista, 3% no usó chaleco reflector, 6% no usó cinturón de seguridad. Además, la población atendida no hizo uso adecuado de normas de tránsito como cruzar la calle cuando el semáforo no estaba en rojo 33%, no hizo uso de cebras 7% no cruzó puentes 23% , conducía en dirección contraria 5% otras 3%.

Gráfica 16. Medidas Preventivas de Seguridad Vial



**Fuente:** Base de datos Dromédica S.A. Año 2009.

Por último, pero no menor importante, está el mantenimiento de los vehículos conducidos en el momento del accidente; estos se clasificaron de la siguiente manera:

-Moto: el 57 % de los conductores de motocicleta consideraron bueno el estado del vehículo, el 33% regular y el 10% malo. Resaltando que ninguno de los pacientes encuestados realizaron un mantenimiento al vehículo momento previo al accidente.

-Carro: el 62% realizó mantenimiento al vehículo días previos al accidente y el 38% restante no realizó dicho proceso. Por tanto, del 38% de pacientes que no realizaron mantenimiento al vehículo, el 23% consideró bueno, el 11% regular y el 4% malo.

-Bus: de los pacientes conductores de bus encuestados el 100% realizó mantenimiento del medio de transporte por lo tanto el 100% consideró que el estado del vehículo estaba en buenas condiciones.

- Cicla: el 100% de las personas a las que se aplicó el instrumento consideró que la cicla se encontraba en buen estado, manifestando que el incidente fue ocasionado por otros factores como descuido por parte del conductor o atribuyendo culpa a la persona con la que hizo colisión.

Con base en lo anterior, se observó la necesidad de dirigir acciones que promovieran cambios en patrones de conductas expuestos por pacientes que ingresaron a la Clínica por accidente de tránsito acordes a objetivos institucionales.

#### 4. CARACTERIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA

El aumento de accidentes de tránsito ha constituido un problema de salud pública, consigo acarrea sucesos catastróficos afectando el bienestar físico, mental, social y económico de los implicados. Ante dicho problema, la política de prestación de servicios en salud busca entre otros aspectos, mejorar la eficiencia en gestión de las instituciones prestadoras de servicios de salud mediante la ejecución del programa de reorganización rediseño y modernización de redes de prestación de servicios de salud.<sup>46</sup>

Serviclínicos Dromédica Clínica la Merced es una Institución Prestadora de Servicios en Salud enmarcada dentro de la normatividad que exige la ley 100 de 1993, por tanto, brinda atención integral a la población que ingresa por diferentes causas y demandan los servicios de salud.

El eje fundamental de la práctica profesional de Trabajo Social en la clínica estuvo dirigido a población víctima de accidente de tránsito; sin embargo, como objetivo de intervención preliminar el accionar profesional estuvo encaminado a **“Generar acciones que favorezcan la relación directa con usuarios, atendiendo la satisfacción de necesidades y por ende contribuir en el mejoramiento de la calidad de servicio de la institución”**. Este objetivo definió una de las funciones más enmarcadas del Trabajador Social en la clínica la cual consistía en realizar el proceso del Sistema de Información y Atención a los usuarios (SIAU), permitiendo un mayor acercamiento a la población y una comunicación asertiva donde la atención, orientación y solución de problemas, fueron las necesidades que demandaron con más frecuencia los usuarios.

---

<sup>46</sup> Ministerio de Protección Social : Dirección de calidad en servicios . metodología para la verificación y conciliación de las deudas y ajuste de las oblicciones. Decreto 3740 de 2008. Tomado de : [www.minproteccionsocial.gov.co](http://www.minproteccionsocial.gov.co)

El SIAU permitió el acercamiento de la estudiante en práctica con la población en general; sin embargo, a medida que avanzaba el proceso de ubicación institucional, se descubrió la problemática que afligía al grupo de las víctimas de accidentes de tránsito y la deficiente intervención psicosocial frente a dicho grupo poblacional. Este hecho despertó mayor interés en la estudiante quién acogió esta población para desarrollar el proceso de intervención profesional mediante tres acciones estratégicas: mini campaña de prevención vial, charlas y talleres educativos sobre estilos de vida saludables y autocuidado y, el desarrollo de un juego didáctico llamado “tránsito”, en el que pacientes y familiares interactuaban con la profesional en formación permitiendo ampliación de conocimientos y el espacio para la reflexión sobre el actuar del paciente frente a conductas de riesgo frecuentes perjudiciales para la salud así como de posibles consecuencias en caso de seguir con dichas conductas.

Cabe señalar que la propuesta de intervención encaminada al mejoramiento de la calidad de vida de las personas víctimas de accidentes de tránsito, no se había realizado antes por la institución ni propuesto por estudiantes de prácticas anteriores debido a que estos han enfocado el accionar profesional con población mujer gestante en riesgo de embarazo, el SIAU y salud ocupacional, dejando de lado este aspecto tan importante ya que la mayor parte de pacientes ingresan a la institución es por accidentes de tránsito.

Las estrategias mencionadas fueron diseñadas con base en la teoría de sistemas en cuanto el individuo es visto como un sistema con conjuntos de elementos (subsistemas) que se interrelacionan entre sí manteniendo al sistema unido ya sea de manera directa o indirecta y cuyo comportamiento global persigue un propósito u objetivo. Por tanto, una acción que produzca un cambio en alguna de las unidades del sistema, producirá cambios en todas las otras partes de este. En este sentido, cuando se produce un accidente de tránsito, el paciente se encuentra inmerso en una serie de factores internos y externos que producen cambios a favor o en contra de la salud.

Dichos factores son determinados por un conjunto de elementos que influyen directa e indirectamente en la conducta las personas incrementando la

susceptibilidad de contraer enfermedades o lesiones<sup>47</sup>. Estos elementos en conjunto son considerados según Lalonde como determinantes de la salud conformados entre otros por el medio ambiente, los estilos de vida y la asistencia sanitaria<sup>48</sup> influyendo en la pérdida del bienestar integral para lo cual es indispensable el refuerzo de medidas que permitan la recuperación del mismo.

Por esta razón, la estrategia de intervención profesional estuvo orientada por el enfoque de riesgos en el que emplean un conjunto de elementos, medidas y herramientas dirigidas a la intervención de la amenaza o la vulnerabilidad, con el fin de disminuir o mitigar los riesgos existentes.<sup>49</sup>

Para el logro del proceso de intervención ejecutado por la estudiante en prácticas de Trabajo Social con pacientes víctimas de accidente de tránsito, fue necesario desarrollar etapas de ubicación y diagnóstico. En cuanto la primera, se realizaron lecturas sobre prácticas anteriores, procesos desarrollados con pacientes y trabajadores, así como el conocimiento de las instalaciones y de los compañeros de trabajo en el área de salud. Una vez obtenida la información, continúa la formulación del diagnóstico con base en factores internos y externos presentados en la dinámica de la institución que influyen positiva y negativamente los objetivos organizacionales.

Estos factores son identificados en una fase propia de la planeación estratégica llamada análisis situacional permitiendo la elaboración de la matriz DOFA donde se extraen elementos necesarios para la toma de decisiones con respecto a las estrategias a implementar en el proceso que realiza la practicante de Trabajadora Social, dirigido al mejoramiento de calidad del servicio y el mayor impacto social de los servicios que ofrece la institución.

---

<sup>47</sup> *Ibíd.*, p 13

<sup>48</sup> *Ibíd.* En línea

<sup>49</sup> *Ibíd.* En línea

#### **4.1 Análisis Situacional**

Para la realización del análisis situacional fue indispensable tener en cuenta el objeto de la empresa, misión, visión, objetivos y propósitos, permitiendo la fijación de estrategias encaminadas al logro de objetivos, considerando recursos de la institución y accediendo a la orientación de la solución de problemáticas de los usuarios que se presentaron en la misma.

Por tanto, fue necesario el desarrollo de un análisis al interior y exterior de la institución que permitiera conocer a fondo debilidades, fortalezas, oportunidades y amenazas de la clínica (**Ver cuadro 4**) y que fuese coherente con el problema a intervenir, dirigido a pacientes víctimas de accidentes de tránsito. Lo anterior, posibilitó la definición del diagnóstico en relación al objetivo de trabajo dando paso a estrategias de intervención (**Ver cuadro 5**) para la solución de aspectos considerados relevantes por la estudiante en formación.

En este sentido, Serviclínicos Dromédica Clínica la Merced presenta factores internos y externos que inciden en la dinámica de la institución identificados en el análisis situacional, mediante la elaboración de la matriz DOFA y la toma de decisiones con respecto a estrategias dirigidas al mejoramiento de calidad del servicio a pacientes accidentados y el mayor impacto social de los servicios que ofrece la institución, implementadas en el proceso que realizó la practicante de trabajo social, observados a continuación:

Cuadro 4. Matriz dofa Serviclínicos Dromédica S.A

<b>FORTALEZAS</b>	<b>DEBILIDADES</b>	<b>OPORTUNIDADES</b>	<b>AMENAZAS</b>
<p><b>1-</b> Recurso humano capacitado y calificado para la prestación de servicios de salud.</p> <p><b>2-</b> Apoyo interinstitucional de Universidades para la realización de prácticas profesionales el área de la salud.</p> <p><b>3-</b> Conocimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud por parte de Trabajo Social para la ejecución de programas.</p> <p><b>4-</b> Establecimiento del SIAU como mecanismo de comunicación con usuarios.</p> <p><b>5-</b> Posicionamiento de la institución a nivel departamental.</p> <p><b>6-</b> Existencia de contratos de prestación de servicios.</p> <p><b>7-</b> Disponibilidad de</p>	<p><b>1-</b> Escaso conocimiento del rol del trabajador Social por parte de la institución.</p> <p><b>2-</b> La institución no cuenta con espacio físico apropiado el desarrollo de actividades diarias.</p> <p><b>3-</b> Carencia en actividades de apoyo psicosocial a pacientes accidentados.</p> <p><b>4-</b> Falta de apropiación de la población a intervenir referente a estilos de vida saludables.</p> <p><b>5-</b> Inexistencia de programas de auto cuidado que acojan a pacientes que ingresan a la clínica por accidente de tránsito.</p> <p><b>6-</b> Desconocimiento de la población a intervenir sobre la disposición de la institución en atención al</p>	<p><b>1-</b> Decreto número 3990 de 2007, por el cual se reglamenta el respaldo económico de la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes del Tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía</p> <p><b>2-</b> Decreto 2053 de 2003 donde se formula y adopta las políticas, planes, programas, proyectos y regulación económica en materia de transporte.</p> <p><b>3-</b> Establecimiento de los regímenes contributivo y subsidiado en pro del bienestar de los colombianos.</p> <p><b>4-</b> Referencia y contra referencia las cuales permiten entablar comunicación con las diferentes entidades de salud para el manejo de</p>	<p><b>1-</b> Negligencia por parte de conductores y peatones que no se acogen a las respectivas normas de tránsito.</p> <p><b>2-</b> Poca demanda de los servicios de salud por parte de los usuarios.</p> <p><b>3-</b> Prestación inoportuna de los servicios en el momento de urgencias.</p> <p><b>4-</b> Población que percibe mala atención por parte de la clínica.</p> <p><b>5-</b> Demandas realizadas por usuarios inconformes con los servicios prestados por la clínica.</p> <p><b>6-</b> Escasa conciencia preventiva de la población frente a riesgos de accidentes de tránsito.</p>

<p>recursos humanos para el desarrollo de programas de promoción y prevención.</p> <p><b>8-</b> Participación de la estudiante de Trabajo Social como apoyo en la promoción de salud y prevención de enfermedades.</p> <p><b>9-</b> Tecnología de punta como apoyo a la atención que se ofrece a pacientes con el fin de brindar calidad en el servicio.</p> <p><b>10-</b> Presencia de un equipo interdisciplinario para el desarrollo de una atención integral al paciente.</p> <p><b>11-</b> Apoyo por parte de estudiante de psicología a mujeres gestantes sobre la importancia de la adopción de estilos de vida saludables.</p>	<p>usuario referente a la participación en salud.</p>	<p>pacientes de mayor complejidad que no se puede manejar dentro de la institución.</p> <p><b>5-</b> Estrategia mundial de nutrición del lactante y el niño pequeño para la creación de programas educativos de mujer gestante.</p> <p><b>6-</b> Plan mundial de alimentación y nutrición.</p> <p><b>7-</b> Resolución 0042 de 2005 que trata de lactancia materna.</p> <p><b>8-</b> Resolución 02542 de 1998 por la cual se reglamenta el sistema de información y atención al usuario (SIAU)</p> <p><b>9-</b> Guías que acogen programas de estilos de vida</p>	
--	---	---	--

**Fuente:** iniciativa propuesta por MUÑOZ, LIZCANO Silvia. Bucaramanga: 2009

Una vez realizada la matriz **DOFA**, se prosiguió al cruce de variables, accediendo al planteamiento de una serie de estrategias que posibilitaron el desarrollo de acciones para el logro de los objetivos en relación a los objetivos de la institución.

- ✓ **Lectura de Fortalezas:** en primera instancia la fortaleza más importante fue el recurso humano capacitado y calificado para la prestación de servicios de salud, el mismo consta de personal de enfermería, médicos, psicología, administración, contabilidad, entre otros, aportando calidad en la prestación de servicios. Así mismo, la tecnología que presenta la institución ofrece un mejor manejo de procedimientos quirúrgicos.

También se observó el apoyo por parte de universidades que realizan convenios con la clínica para la prestación de servicios por parte de estudiantes del área de salud y de ciencias humanas, permitiendo la retroalimentación entre estudiante-institución, así como el mejoramiento de calidad en la prestación de servicios ofrecidos por la institución.

- ✓ **Lectura de Debilidades:** la institución presentó a nivel interno aspectos que afectaron el funcionamiento del servicio hacia sus usuarios. Dichas debilidades estaban asociadas al desconocimiento del rol que desempeña el Trabajador Social. Así mismo, la falta de espacio físico equipado obstaculizó la realización de actividades diarias.

Otra de las debilidades observadas, fue la falta de actividades de apoyo psicosocial a pacientes que ingresan por accidente de tránsito, resaltando a su vez la escasa apropiación de estilos de vida saludables y de autocuidado de los mismos.

- ✓ **Lectura de Oportunidades:** como factor externo, las oportunidades que aportaron al desempeño de las funciones de la institución como decretos,

políticas, planes y programas establecidos por la constitución política Colombiana, y de las entidades encargadas de su cumplimiento.

- ✓ **Lectura de Amenazas:** las amenazas por su parte, visualizan todos aquellos aspectos externos que perjudicaron la institución en cuanto al servicio que ésta presta a sus usuarios, y que por ende, a la disminuye del nivel de calidad de los servicios prestados por la Clínica.

Por tanto, las amenazas consideradas relevantes, estaban dirigidas primero a los pacientes y segundo a fallas en los servicios prestados en la institución.

A partir del instrumento anteriormente planteado, se formuló el objetivo de intervención profesional que sirvió de base para proponer estrategias claves. Dichas estrategias se lograron a partir del cruce de las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas presentadas en la institución.

#### **4.2 OBJETIVO DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL**

Fortalecer procesos de recuperación de la salud que promuevan la participación y apropiación de hábitos saludables dirigidos a pacientes que ingresan a Dromédica S.A por accidente de tránsito para contribuir al mejoramiento de su calidad de vida.

#### **4.3 PRIORIZACIÓN DE ESTRATEGIAS.**

A continuación se exponen estrategias de intervención profesional, así como la priorización de las más relevantes aplicadas en población víctima de accidente de tránsito que ingresa a la institución. **(Ver cuadro 5).**

Cuadro 5. Priorización de Estrategias

ESTRATEGIA FO	ESTRATEGIA DO	ESTRATEGIA FA	ESTRATEGIA DA
<p>Educación para la salud sexual y reproductiva en mujeres gestantes (F1, F2, F3, F6, F7, F8, F10, F11, O2, O3, O5, O6, O7, O9)</p>	<p><b>*Estrategia 1: Desarrollo de campaña educativa para el fomento de comportamientos seguros. (D1, D2, D3, D4, D5, O2, , O3, O4, O9)</b></p> <p><b>Estrategia 2: Fomento de hábitos nutricionales en mujeres gestantes (D1, D4, D6, O3, O5, O6, O9)</b></p>	<p>*Fortalecimiento del SIAU como mecanismo de comunicación directa con usuarios de la institución. (F1, F2, F4, F5, F8, A2, A3, A4, A5)</p>	<p>*Información, educación y comunicación para el autocuidado a pacientes y familiares (D1, D2, D4, D5, A1, A6)</p> <p><b>Estrategia 3: Seguimiento y atención oportuna de quejas y reclamos de los usuarios y familiares (D1, D6, A3, A4, A5)</b></p>

Fuente: MUÑOZ LIZCANO, Silvia Milena. Bucaramanga 2009.

#### 4.4 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Para el logro de las estrategias expuestas, se planteó objetivos estratégicos, resultado de respuestas positivas frente necesidades presentadas en la Clínica basadas en el diagnóstico institucional. Para el logro de dichos objetivos, se desarrollaron tres estrategias de intervención con el fin de generar objetivos claves para el proceso de actuación profesional:

- ✓ **Objetivos de Estrategia 1 y Estrategia 2:** Reducir patrones de riesgo en pacientes que ingresan a la clínica por accidente de tránsito, asociados a la promoción de estilos de vida saludables, con el fin de disminuir el reingreso de los mismos a una institución y aumentar la capacidad de autocuidado.

- ✓ **Objetivo de Estrategia 3:** Reforzar el Sistema de Información y Atención a usuarios de la clínica con el fin de canalizar redes de comunicación entre pacientes, familiares e institución, contribuyendo en el mejoramiento de la calidad de los servicios prestados por la clínica.

Cuadro 6. Estrategias de Intervención Profesional

<b>ESTRATEGIA 1</b>	Desarrollo de campaña educativa para el fomento de comportamientos seguros	(D1, D2, D3, D4, D5, O2, O3, O4, O9)
<b>ESTRATEGIA 2</b>	Información, educación y comunicación para el autocuidado a pacientes y familiares	(D1, D2, D4, D5, A1, A6)
<b>ESTRATEGIA 3</b>	Fortalecimiento del SIAU como mecanismo de comunicación directa con usuarios de la institución.	(F1, F2, F4, F5, F8, A2, A3, A4, A5)

Fuente: MUÑOZ LIZCANO, Silvia Milena. Bucaramanga 2009

Los accidentes de tránsito en muchas ocasiones, son producidos por error humano, asociado con hábitos conductuales errados de conductores, pasajeros y peatones, frente a factores de riesgo como la imprudencia, la violación de normas de tránsito, el exceso de velocidad, fallas mecánicas, la invasión de carril, factores relacionados al medioambiente, las fallas involuntarias provocadas por la

inadvertencia como el hablar por celular mientras se maneja, o bajo estados que alteran el desempeño normal, como el agotamiento o el consumo de drogas o alcohol.

Por esta razón, a partir de la primera estrategia de intervención, el desarrollo de una campaña educativa que fomente la apropiación de comportamientos seguros que influyeran de manera positiva en los conductores, se buscó la modificación de conductas para lo cual fue necesario tener en cuenta:

- Reconocer procesos adecuados de conducción frente a la reducción de riesgo, relacionado a patrones de seguridad como el uso adecuado de implementos para conducir (casco, cinturón de seguridad), sin estado de embriaguez, ni efecto de drogas, fatiga, sueño, entre otras. Teniendo siempre como prioridad la vida humana.
- Conocimiento de las respectivas leyes normas de tránsito y sus consecuencias en caso de incumplimiento de las mismas.
- Percepciones y diferenciación de causas y consecuencias de accidentalidad.

La segunda estrategia de intervención desarrolló un proceso educativo basado en los estilos de vida en pacientes que ingresaban a la institución por accidente de tránsito. Por tanto, fue necesario tener en cuenta aspectos como:

- Concientización de conducir con prudencia y moderación.
- Importancia de prevenir accidentes de tránsito.
- Aprender a ser buenos peatones, pasajeros y conductores.
- Desarrollo de actividades que promuevan el buen estado de salud físico que promuevan.

En tercer lugar se propuso mantener el proceso de intervención en el fortalecimiento del SIAU como mecanismo de comunicación directa con usuarios de la institución brindando a usuarios:

- Atención oportuna, frente a necesidades de los usuarios.
- Ofrece soluciones asertivas al usuario.
- Garantiza el apoyo social a usuarios a partir de trámites de quejas y reclamos.
- Crea espacios de participación social entre usuario e institución.
- Concilia la cancelación de cuotas de recuperación de COPAGOS a usuarios sin capacidad de pago.
- Acercamiento y solución de problemas brindando satisfacción a usuarios
- Ofrece mejoría a nivel de clima organizacional.

De acuerdo con lo reseñado, se prosiguió a la ejecución de objetivos propuestos a partir la propuesta de tres planes operativos de trabajo con el fin de alcanzar metas trazadas.

Cuadro 7. Plan Operativo de Trabajo 1

<b>OBJETIVO 1:</b> Fomentar el mejoramiento de la calidad de la salud en la comunidad hospitalaria sobre la prevención de accidentes de tránsito con el fin de generar cambios en patrones inadecuados de comportamiento.				
<b>ESTRATEGIA 1:</b> Desarrollo de mini campaña educativa para el fomento de comportamientos seguros.				
<b>ACCIONES ESTRATEGICAS</b>	<b>TAREAS</b>	<b>METAS</b>	<b>INDICADORES O CRITERIOS DE MEDIDA</b>	<b>ENCARGADO</b>
<b>DEFINICION DE USUARIOS A INTERVENIR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Reconocimiento de registros clínicos de la institución.</li> <li>*Descripción de población con características adecuadas para la intervención.</li> <li>*Comunicar al Departamento de Recursos Humanos sobre plan de intervención en la clínica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Para la última semana de mayo se estableció grupo de pacientes además del personal que asiste diariamente a la institución.</li> <li>*Para la primera semana de junio se planteó a recursos humanos los objetivos del plan de intervención.</li> </ul>	* Núm. de personas con las que se realizó intervención/ Núm. de personas a intervenir.	Trabajo Social
<b>ORGANIZAR ACTIVIDADES DE ACUERDO A CARACTERISTICAS DE LA POBLACION A INTERVENIR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Selección temas de intervención.</li> <li>*Elaboración metodológica de charlas a los diferentes grupos que conforman la comunidad en la clínica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Para la primera semana de junio se elaboraron charlas sobre comportamiento seguros que aportará al acogimiento de estilos de vida saludables, además de afiches con mensajes alusivos al tema.</li> </ul>	*Núm. de temas seleccionados para la ejecución de charlas y afiches/ Núm. de temas elaborados para la realización de charlas y de afiches.	Trabajo Social
<b>ACERCAMIENTO Y DIVULGACION CON</b>	*Realizar presentación con el paciente y la	*En la primera y segunda semana de junio se	Informar sobre el propósito de las charlas	

<b>POBLACIÓN A INTERVENIR</b>	familia y personal de la institución. *Informar a pacientes y familiares de la clínica sobre las actividades a realizar.	comunicó a la población sobre charlas a tratar.	de comportamientos seguros que se van a realizar en la clínica.	Trabajo Social
<b>REALIZACION DE CHARLAS DIRIGIDAS A POBLACIÓN A INTERVENIR</b>	*Ejecución de charlas y dinámicas con los diferentes grupos que representan la comunidad institucional. *Orientación individual sobre patrones de seguridad. *charlas sobre reconocimiento de las normas de tránsito. *Charlas accidente de tránsito.	* Se distribuyeron afiches en puntos estratégicos de la clínica relacionado con comportamientos seguros. *En la segunda y tercera semana de junio se realizaron charlas sobre reconocimientos de las respectivas normas de tránsito a pacientes.	Núm. de charlas realizadas/Núm. de charlas programadas.	Trabajo Social

**Fuente:** iniciativa propuesta por MUÑOZ LIZCANO, Silvia Milena. Bucaramanga 2009.

Cuadro 8. Plan Operativo de Trabajo 2

<b>OBJETIVO 2:</b> Promover estilos de vida saludables en usuarios que ingresan a la clínica por accidente de tránsito.				
<b>ESTRATEGIA 2:</b> Información, educación y comunicación para el autocuidado a pacientes y familiares				
<b>ACCIONES ESTRATEGICAS</b>	<b>TAREAS</b>	<b>METAS</b>	<b>INDICADORES O CRITERIOS DE MEDIDA</b>	<b>ENCARGADO</b>
<b>ACERCAMIENTO A PACIENTES Y FAMILIARES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Visitas periódicas por habitaciones de la clínica.</li> <li>* Propiciar espacios de comunicación asertiva con pacientes y familiares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Se realizaron visitas periódicas por habitaciones de la clínica desde el inicio de las prácticas.</li> <li>* Se propició espacios de comunicación asertiva con pacientes y familiares.</li> </ul>	Convocar a familiares a participar en charlas con los pacientes que refiere al autocuidado.	Trabajo Social
<b>DESARROLLO DE CHARLAS EDUCATIVAS SOBRE AUTOCUIDADO A PACIENTES Y FAMILIARES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Charlas a pacientes y familiares sobre la importancia de prevenir accidentes de tránsito.</li> <li>* Orientación grupal sobre como ser buenos peatones, conductores y pasajeros.</li> <li>* Charlas sobre actividades que promueven el buen estado de salud.</li> </ul>	A partir de la segunda semana de junio se realizaron charlas de autocuidado a pacientes y familiares que se encontraban en condición de usuarios en la clínica.	Núm. de charlas realizadas/Núm. de charlas programadas.	Trabajo Social

**Cuadro 9. Plan Operativo de Trabajo 3**

<b>OBJETIVO 3:</b> Fortalecer el Sistema de Información y Atención al usuario como medio de comunicación e interacción con el usuario con la finalidad de garantizar satisfacción en el uso de los servicios prestados por la institución.				
<b>ESTRATEGIA 3:</b> Fortalecimiento del SIAU como mecanismo de comunicación directa con usuarios de la institución.				
<b>ACCIONES ESTRATEGICAS</b>	<b>TAREAS</b>	<b>METAS</b>	<b>INDICADORES O CRITERIOS DE MEDIDA</b>	<b>ENCARGADO</b>
<b>CONOCER DIAGNOSTICO DE PACIENTES</b>	*Revisar diariamente listado diagnostico de pacientes que ingresan a la clínica.  * Visitas periódicas por habitaciones de la clínica.	*Este proceso dio inicio desde la segunda semana de abril y realizó diariamente en el transcurso de las practicas profesionales.	Revisión diaria de registros clínicos de los pacientes.	Trabajo Social
<b>CONOCER OPINION DE LOS USUARIOS FRENTE A LA ATENCION PRESTADA POR LA INSTITUCION.</b>	*Buzón de sugerencias.  *charlas diarias con los usuarios de la clínica.	*Se revisaba el buzón de sugerencias dos veces por semana.  *Atención diaria a pacientes y familiares.	Núm. de usuarios atendidos/ Núm. de usuarios que asisten en la clínica.	Trabajo Social
<b>VISITA DIARIA A</b>	Encuesta diaria de	A partir de la segunda	Núm. de encuestas	

<b>PACIENTES HOSPITALIZADOS</b>	satisfacción a pacientes hospitalizados.	semana abril se aplicaron las encuestas de satisfacción del usuario y a final de cada mes se presentaron a recursos humanos los resultados.	realizadas/Núm. Pacientes hospitalizados.	Trabajo Social
<b>CONSOLIDACION DE QUEJAS Y RECLAMOS Y SOLICITUDES DE PACIENTES</b>	Análisis cualitativo y cuantitativo de quejas y reclamos y solicitudes	El proceso de análisis se realizó desde la segunda semana de abril hasta la primera semana de Agosto.	Sistematización y solución del 100% de quejas, reclamos y solicitudes	Trabajo Social

**Fuente:** MUÑOZ LIZCANO, Silvia Milena. Bucaramanga 2009.

## 5. EJECUCIÓN

Esta etapa es la que concluye y da sentido a todas las fases anteriormente mencionadas.

Teniendo en cuenta la secuencia lógica de la metodología y práctica de Trabajo Social, una vez realizado el estudio, ubicación y diagnóstico, elaborado el programa y diseñada la planeación, es necesario pasar a la acción.

### 5.1 EJECUCION PLAN OPERATIVO DE TRABAJO 1

**OBJETIVO 1:** Fomentar el mejoramiento de la calidad de la salud en la comunidad hospitalaria sobre la prevención de accidentes de tránsito con el fin de generar cambios en patrones inadecuados de comportamiento

**ESTRATEGIA 1:** Desarrollo de mini campaña educativa para el fomento de comportamientos seguros.

Cuadro 10. Ejecución Plan Operativo 1

ACTIVIDAD 1	PROPOSITO	DESCRIPCION	RESULTADOS Y LOGROS
<b>ETAPA INICIAL</b> Presentación y ubicación de afiches con mensajes alusivos a prevención de accidentes de tránsito.	-Comunicar e informar sobre los diferentes patrones de comportamiento inadecuados que pueden producir accidentes de tránsito.	-Diseño presentación y ubicación de afiches. (Anexo A)	- Acercamiento de usuarios y trabajadores de la clínica a observar el contenido del mensaje de los afiches.

**Fuente:** MUÑOZ LIZCANO, Silvia Milena. Bucaramanga 2009

### **Proceso metodológico**

Según el Ministerio de Transporte<sup>50</sup>, en Colombia se presenta 230.000 accidentes al año, casi 7000 personas mueren, otras 50.000 resultan herida.

De acuerdo a lo anterior, las causas de accidentalidad que se presentaron con más frecuencia en la clínica fueron:

- ✓ Exceso de velocidad.
- ✓ Fallas mecánicas.
- ✓ Embriaguez.
- ✓ Desobedecer señales.
- ✓ Transitar fuera del carril.
- ✓ Peatón que cruza sin observar.
- ✓ Impericia en el manejo.
- ✓ No respetar prelación.
- ✓ Distraerse.
- ✓ No guardar distancia.

Por tanto, y como se ha mencionado en párrafos anteriores, es el **FACTOR HUMANO** el que aporta el mayor número de causas de accidentalidad vial involucradas en gran parte con estados emocionales de las personas, producto de factores externos como el estrés.

Teniendo en cuenta que Serviclinicos Dromédica Clínica la Merced es una institución prestadora del servicio de salud enfatizada en politraumatismo, se generó la necesidad de crear un medio que sirviera de soporte para la educación de pacientes y usuarios que asisten a la clínica encaminado a la prevención de accidentes de tránsito, conforme a la metodología de Trabajo Social Comunitario, y que a su vez contribuyera a la reducción de reingresos de los mismos a centros de salud por accidente de tránsito.

---

<sup>50</sup> Ibíd. En línea

Por esta razón, para el desarrollo del proceso del plan operativo número uno se desarrolló una mini campaña de prevención vial como técnica de comunicación, destinada a difusión o información a usuarios y pacientes sobre la prevención de accidentalidad vial a través de la divulgación de seis afiches con el objetivo de motivar a los pacientes y usuarios hacia una acción de cambio.

Esta técnica generó resultados positivos no sólo con los usuarios de la institución sino también con trabajadores de la misma, como médicos y técnicos, debido a lo llamativo de las imágenes plasmadas y la sensibilización producto del mensaje que encierra los afiches, permitiendo no sólo la persuasión del mensaje en términos de prevención y adopción de conductas saludables, sino también, permitió el acercamiento y reconocimiento de los mismos frente a uno de los tantos roles que cumple trabajo social en las instituciones de salud.

## **5.2 EJECUCION DEL PLAN OPERATIVO 2**

**OBJETIVO 2:** Promover estilos de vida saludables en usuarios que ingresan a la clínica por accidente de tránsito

**ESTRATEGIA 2:** Información, educación y comunicación para el autocuidado a pacientes y familiares

### **ACCIONES ESTRATEGICAS**

- Acercamiento a pacientes y familiares
- Desarrollo de charlas educativas sobre estilos de vida saludables a pacientes y familiares.

Cuadro 11. Orientación individual y grupal sobre estilos de vida saludables, autocuidado y dinámica didáctica el tránsito (juego)

<i>NUMERO</i>	<i>METODOLOGÍA/ACTIVIDAD</i>	<i>FECHA Y HORA</i>
<b>1</b>	Trabajo social individual: estilos de vida saludables.	Cada actividad se realizó a partir del mes de julio hasta el mes de agosto en horas de la tarde en cada habitación de la clínica con víctimas de accidente de tránsito
<b>2</b>	Trabajo Social Grupal del núcleo familiar: la importancia del autocuidado.	
<b>3</b>	Dinámica: juego el tránsito	

**Fuente:** iniciativa propuesta por MUÑOZ LIZCANO, Silvia Milena. Bucaramanga 2009

Cuadro 12. Ejecución Plan Operativo 2

ACTIVIDAD 2	PROPOSITO	DESCRIPCION	RESULTADOS Y LOGROS
<p><b>ETAPA INICIAL</b></p> <p>-Presentación de la Trabajadora Social a pacientes que ingresan a la clínica por accidente de tránsito.</p> <p>-Información y ejecución de la dinámica del juego “tránsito”.</p> <p>-Realizar charlas de orientación individual a pacientes referente a la importancia del mantener estilos de vida saludables.</p> <p>-Realizar orientación grupal del núcleo familiar referente a la importancia del autocuidado y red de apoyo.</p>	<p>-Definir foco poblacional con el que se desea trabajar.</p> <p>-Comunicar objetivos de la dinámica.</p> <p>- Generar espacios donde se expresen sentimientos de reflexión acerca de conductas apropiadas e inapropiadas que pueden provocar o no un evento lamentable. De la misma manera reconocer el valor de adquirir estilos de vida saludables y el autocuidado.</p>	<p>-Saludo y presentación de la Trabajadora Social.</p> <p>-Dinámica de juego “el tránsito”. <b>(Ver Anexo B)</b></p> <p>-Socialización con pacientes y familiares sobre tema expuesto en las charlas.</p>	<p>-El juego es realizado en las tardes ya que es la jornada menos congestionada por el personal de salud.</p> <p>- La presentación e integración de la Trabajadora Social fue excelente. En el transcurso del juego se logró romper el hielo y así tener una relación más amena.</p> <p>-Se conformaron los grupos familiares en cada habitación para las charlas, las cuales demostraron entusiasmo y deseos de participar.</p>

**Fuente:** iniciativa propuesta por MUÑOZ LIZCANO, Silvia Milena. Bucaramanga 2009

## Proceso metodológico

Esta dinámica fue diseñada con el fin de concientizar la población accidentada, reforzando conductas saludables frente a factores de riesgos asociados a patrones de conductas asumidas por las víctimas de accidentes de tránsito. En este proceso se tuvo en cuenta que los pacientes se encontraran en condiciones óptimas para recibir atención por parte de Trabajo Social.

Por tanto, se implementó un método didáctico de enseñanza (juego) llamado “el tránsito”, teniendo en cuenta la importancia que reviste del mismo en el planteamiento el cual buscaba el medio para la solución de la problemática presentada diariamente en la clínica debido al aumento de accidentes de tránsito a nivel local y regional.

El juego permitió un espacio para descubrir alternativas de solución que el jugador se planteó a medida de que avanzaba, estimulando la producción de ideas para la solución de problemas utilizando de manera adecuada las respectivas normas de tránsito colombianas.

Con el fin de informar y educar a los pacientes fue necesario plantear una serie de parámetros. Estos consisten en otorgar a la población objeto medidas preventivas a partir del uso correcto de las vías públicas y la observación de reglas de seguridad vial. Para esto se recomienda<sup>51</sup>:

- ✓ Caminar con cuidado y prudencia en las calles y aceras.
- ✓ Usar puentes y cebras.
- ✓ Usar el cinturón de seguridad si esta en un auto o casco si esta en moto o bicicleta ya sea cuando se maneja o cuando se es pasajero.

---

<sup>51</sup> *Ibíd.* En línea

- ✓ Siempre se detiene ante los semáforos en rojo y solo echa andar el vehículo cuando el semáforo se pone verde.
- ✓ No tomar bebidas alcohólicas, ni medicamentos que produzcan sueño.
- ✓ Evitar las entretenciones mientras se maneja, ya sea conversar, mirar hacia un lado, hablar por teléfono celular o escuchar música con audífonos.
- ✓ Para cruzar las calles esperar que el semáforo peatonal nos de la señal o luz verde y si en nuestra comunidad no hay semáforo peatonales crucemos con precaución o cuando la luz esta en rojo para los vehículos y utilizar las cebras adecuadamente.
- ✓ Donde haya puente peatonal, usar el puente peatonal para cruzar las calles.
- ✓ Mantener el vehículo en buen estado.
- ✓ Anda a una velocidad prudente.
- ✓ Permite el paso de los peatones.

El juego “el transito” fue ejecutado de forma individual, es decir, en cada habitación de la clínica con personas que han sido víctimas de accidente de tránsito y con los familiares de los mismos.

El proceso se realizó de manera ambulatoria debido al tiempo de duración de la mayoría de los pacientes que ingresaron a la institución fue corto. Por lo tanto, la cantidad de charlas y juegos se realizaron en el transcurso del mes de junio a agosto dependiendo de pacientes accidentados que se presentaron en ese periodo de tiempo. Después de desarrollar la dinámica se prosiguió a la realización de charlas donde los estilos de vida fue la base del proceso de reflexión. Estas fueron diseñadas con el fin difundir a pacientes y familiares información para la modificación y apropiación de comportamientos saludables, teniendo en cuenta la prevención de riesgos frente a accidentes de tránsito con la finalidad de reducir la reinserción de pacientes a centros de salud como clínicas u hospitales.

Cabe tener en cuenta que los instrumentos y los materiales utilizados son medio de apoyo de la intervención profesional del Trabajador Social. Estos fueron, pues un carácter complementario y auxiliar con el fin de facilitar y estimular la actividad y la participación de la gente.

Para el logro del objetivo planteado, las charlas fueron desarrolladas a modo de que pacientes y familiares aportaran experiencias vividas en torno al accidente producido y consecuencias de tipo económico, físico, psicológico y familiar, así como la conclusión y reflexión en torno a la importancia de los estilos de vida saludables, a la adopción de conductas que favorecen el proceso de recuperación del paciente y el apoyo por parte del núcleo familiar referente al cuidado y seguimiento del control médico que el paciente una vez egresado debe cumplir con la clínica.

De esta manera, las charlas realizadas con pacientes víctimas de accidente de tránsito contuvieron una temática basada en estilos de vida saludables orientada a aquellos los hábitos, conductas, tradiciones y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.<sup>52</sup> Algunos de los estilos de vida saludables, relacionados con pacientes accidentados son:

- ✓ Adopción de estilos de vida saludables: la creación de objetivos de vida permitió el fortalecimiento personal, de pacientes, el establecimiento de metas y la forma de como se va a llegar.
- ✓ Conservar una autoestima positiva frente adversidades: el reforzamiento del sentimiento de valor que los accidentados tuvieron consigo mismos dio como

---

<sup>52</sup>Funlibre: Fundación Colombiana de tiempo libre y recreación. Estilos de Vida saludables : componenete de calidad de vida. Tomado en <http://www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm>

respuesta, una autoestima adecuada aumentando la cabida del desarrollo de aptitudes positivas frente a obstáculos que se presentaron.

- ✓ Fortalecimiento de redes de apoyo: en este sentido, las redes de apoyo tanto familiar como institucional, contribuyeron al mejoramiento de la salud de pacientes afectados por el accidente de tránsito. El sentimiento de apoyo y el acompañamiento hizo sentir a los pacientes respetados, valorados y amados, experimentando de esta manera un bienestar físico y emocional que permitió la búsqueda de alternativas para la mejora de la situación por la que se este atravesando.
  
- ✓ Promover la convivencia, solidaridad y tolerancia en el proceso de recuperación: estos tres aspectos son importantes en la medida que el accidentado junto con redes sociales cuida la salud formándose en individuos autónomos, solidarios, alegres y participativos socialmente. Enfrentándose de forma positiva a la vida.
  
- ✓ Disposición de autocuidado: el autocuidado es una conducta que se aprende a partir de la experiencia, a través de las relaciones interpersonales y la comunicación en la familia, la escuela, las instituciones y amigos, donde el individuo está en capacidad de elegir y construir formas de cuidado que contribuya al bienestar físico, social y emocional. De esta forma, la adopción de medidas para mejorar el bienestar integral de los pacientes consistió en que asumieran comportamientos asertivos en la recuperación de la salud, así como la disminución de conductas de riesgo que implicaran una reinserción a un centro de salud por accidente de tránsito.
  
- ✓ Ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio: una vez egresado el paciente de la institución, es indispensables el desarrollo de actividades como el ejercicio físico, el descanso al aire libre, adoptar aptitudes saludables, disminuir el

estrés, descansar lo necesario, además de establecer relaciones con el entorno que brinden paz y bienestar.

- ✓ Comunicación y participación a nivel familiar y social: como se mencionó anteriormente, las redes de apoyo son determinantes para una recuperación óptima del paciente, sin embargo, estas dependen de un buen manejo de comunicación entre los miembros de la misma, además de el apoyo brindado por fuera del hogar como las amistades, las instituciones de salud entre otras. Esto adquiere gran valor en el momento de compartir, con lo demás, expresar sentimientos, entre otras. Buscar solución a los conflictos es lo primordial constituyendo un soporte para el manejo de los estilos de vida saludables.

### **5.3 EJECUCION DE PLAN OPERATIVO 3**

**Objetivo:** Fortalecer el Sistema de Información y Atención al usuario como medio de comunicación e interacción con el mismo, con la finalidad de garantizar satisfacción en el uso de los servicios prestados por la institución.

**Estratégica:** Fortalecimiento del SIAU como mecanismo de comunicación con usuarios de la institución.

Cuadro 13. Ejecución Plan Operativo 3

ACTIVIDAD 2	PROPÓSITO	DESCRIPCION	RESULTADOS Y LOGROS
<p><b>ETAPA INICIAL</b></p> <p>-Presentación de la Trabajadora Social a pacientes que ingresan a la clínica por accidente de tránsito.</p> <p>-Aplicación diaria de encuesta de información y atención al usuario. <b>(Ver anexo C)</b></p> <p>-Atención Oportuna a solicitudes, quejas y reclamos</p>	<p>-Atención a los pacientes que se encuentran hospitalizados en la clínica.</p> <p>-Comunicar objetivos del programa.</p> <p>- Generar espacios de participación y construcción colectiva entre pacientes y profesional que permita identificar fortalezas y debilidades por parte del personal en general.</p> <p>-Búsqueda de soluciones con el departamento de SIAU.</p>	<p>- Saludo y presentación de la Trabajadora Social.</p> <p>-Información a usuarios sobre los servicios que ofrece la institución.</p> <p>-Atención ante quejas y reclamos, solución a problemas presentados con el personal de la clínica.</p>	<p>-Acercamiento a la población de la clínica con los cuales se mantuvo una buena interrelación.</p> <p>- Las expectativas de los usuarios son buenas frente a la atención brindada por el personal de la clínica, incluso por la Trabajadora Social con quien se mantiene una relación de empatía.</p> <p>-Se solución frente a inconvenientes que se presentan en la institución y respuestas frente a inquietudes presentadas por los usuarios.</p>

Fuente: MUÑOZ LIZCANO, Silvia Milena. Bucaramanga 2009.

## **Proceso metodológico**

La metodología implementada en el SIAU fue Trabajo Social Individualizado, debido a que este sistema es un mecanismo de comunicación que permitió la interacción e interrelación entre usuarios, pacientes y profesionales del área de salud, propiciando un acercamiento asertivo mediante la exposición de necesidades, inquietudes o reclamos que se presentan dentro de la institución permitiendo el mejoramiento de los servicios que ofrece la clínica.

El SIAU se presentó como un espacio donde la participación es colectiva permitiendo la identificación de problemas que se presentan en la clínica y la pronta solución de los mismos, mejorando la calidad de los servicios ofrecidos por la institución a través de un monitoreo realizado permanente sobre indicadores de calidad institucional.

El SIAU proporcionó la interacción diaria entre paciente y profesional, estableciendo relaciones de empatía donde el paciente se sintió acompañado y apoyado por el profesional, además de proporcionar confianza y que permitió abrirse frente al episodio que estaba viviendo. Este proceso es indispensable para la practicante de Trabajo Social en el conocimiento del problema de los pacientes fundada en una relación de respeto, autodeterminación, integridad y dignidad.

En cuanto a las víctimas de accidente de tránsito, el SIAU es el soporte para el inicio de una relación positiva en la que el propósito no sólo se basó en el acompañamiento, sino también en el reforzamiento de conductas y el fortalecimiento de redes de apoyo a partir de la atención que aportó en el logro de los objetivos propuestos por la profesional en formación.

## 6. EVALUACION GENERAL DEL PROCESO DE PRÁCTICAS

La práctica realizada en Serviclínicos Dromédica S.A se llevó a cabo en el primer semestre académico del año 2009, iniciando con las fases de ubicación, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación delimitando el desempeño de la estudiante en práctica.

Fase de ubicación: esta fase inició a partir de la revisión de informes de estudiantes que realizaron prácticas anteriores en la institución, observando aspectos fundamentales de la clínica, facilitando el proceso de ubicación, el conocimiento de programas que estudiantes anteriores manejaron en la institución y población con la que se trabajó, reconociendo, a su vez, soportes teóricos que contribuyen en el accionar profesional de acuerdo al contexto.

De igual manera, se llevó a cabo la ubicación espacial y el acompañamiento el primer día de prácticas de la psicóloga de la clínica, quién procedió a mostrar las instalaciones de la institución y una presentación informal de la practicante de Trabajo Social con el personal de la clínica.

Sin embargo, dicha presentación, se constituyó en un factor negativo debido a la confusión que generó en algunos integrantes del personal de la clínica por el desconocimiento del cargo que ejercía la estudiante en la institución. Cabe resaltar que a pesar de este incidente, hubo un acercamiento con el personal con el que se realizó una presentación directa además de esclarecer dudas del rol que desempeña el Trabajador Social en la institución.

De igual manera se otorgó el espacio a la estudiante en la oficina de Coordinación y SIAU, lugar compartido con una estudiante de psicología y el Coordinador de urgencias de la clínica. A pesar de esto, el espacio era muy reducido, en el que la profesional en formación contaba con un escritorio pequeño y no disponía de

equipo el cual se solicitó desde el inicio de las prácticas a la auditora de calidad (jefe inmediato).

La falta de un espacio propio y equipo presentó una limitante debido a la atención de casos que por sus características requerían ser atendidos de manera individualizada, además del manejo de una base de datos de casos que atiende Trabajo Social en la institución, entre otras actividades, hacían indispensable el manejo de un equipo propio para trabajar.

Sin embargo, la estudiante recibió apoyo e información por parte del Departamento de Coordinación y SIAU en la resolución de dudas y la explicación de procedimientos que se manejan a nivel social en la institución.

Fase de Diagnóstico: Los informes anteriores mostraron información valiosa en el proceso de diagnóstico, además de las visitas diarias realizadas a pacientes donde se observaban fortalezas y debilidades de la institución. Así mismo, el Departamento de coordinación y SIAU brindó información valiosa sobre aquellos aspectos externos de la misma.

El diagnóstico fue realizado mediante la matriz DOFA con el fin de crear y proponer estrategias. Con base en resultados se determinaron metodologías para la intervención profesional encaminada a la atención de pacientes de la clínica, además de una propuesta de intervención innovadora con pacientes accidentados Dichas metodologías fueron:

- ✓ Metodología de Trabajo Social Individual (caso): se planteó la relación entre teoría y realidad social frente casos presentados de ingresos por accidente de tránsito con el fin de construir una realidad social y proseguir al abordaje de la situación problema presentado. El accionar profesional se fundamentó en la transformación, modificación o potencialización de conductas en relación con la

problemática presentada, además de reconocer sucesos particulares, que influyen positiva o negativamente a cada persona.

- ✓ Metodología de Trabajo Social Grupo: En este sentido se consideró como grupo, al núcleo familiar el cual realizó el acompañamiento con el paciente en el proceso de recuperación. De esta manera, fue importante el trabajo con grupos, con el fin de lograr una socialización referente a opiniones, reflexiones, sentires, entre otros, con respecto al evento presentado (accidente de tránsito), causas y consecuencias, toma de decisiones y el fortaleciendo de redes de apoyo, reduciendo patrones de conducta inadecuados y aumentando la capacidad de diálogo y reflexión en la relación paciente-familia.
- ✓ Metodología de Trabajo Social Comunitario: a partir de la implementación de afiches que promocionaran medios preventivos entre la comunidad que asiste a la institución en el que la reflexión proporciona un estímulo para la participación que generan cambios de comportamientos en la población.

Fase de planeación y ejecución: una vez realizado el diagnóstico se presentó informe a la auditora de calidad y a la supervisora de práctica las cuales dieron su aprobación para el inicio de la fase de ejecución.

Desde el inicio de las prácticas el apoyo y aceptación por parte de pacientes y familiares de la clínica, el Coordinador de Urgencias y la Auditora de Calidad fue bueno, permitiendo el desarrollo del proceso de intervención con pacientes a partir del Sistema de Información y Atención a usuarios (SIAU), posibilitando el acceso a papelería y el tiempo necesario para trabajar con los pacientes y familiares.

Sin embargo, se presentaron inconvenientes en el proceso de ejecución establecido en el cuadro de la planeación estratégica número uno (1) debido a la limitación de la autonomía de Trabajo Social, por parte de la Auditora de Calidad, quién solicitó el retiro de afiches alusivos a la prevención de accidentes de tránsito incumpliendo lo establecido en la mini campaña cuya propuesta había sido

expuesta y aceptada con anterioridad por el Departamento de Recursos Humanos y por la misma Auditora de Calidad.

Por otra parte, la excelente relación establecida con pacientes y familiares de la clínica, además del material con el que se desarrollaron las actividades, permitió el óptimo desarrollo de los objetivos propuestos, así como aceptación y legitimación del rol que desempeñó la estudiante en práctica de Trabajador Social.

Evaluación: Los logros alcanzados frente a lo planeado fueron:

- ✓ Orientación a usuarios sobre trámites administrativos.
- ✓ Atención individual frente diferentes casos presentados.
- ✓ Realización de actividades de promoción y prevención (P y P).
- ✓ Atención a quejas y reclamos (SIAU).
- ✓ Motivación a pacientes para la contribución en el proceso de recuperación.
- ✓ Fortalecimiento de redes de apoyo de núcleos familiares.
- ✓ Realización de estudio social.

A pesar de los anteriores resultados, es preciso anotar que la practicante de Trabajo Social para el logro de sus objetivos profesionales no debe estar limitada en su accionar profesional por parte de superiores ni compañeros de trabajo, por cuanto la intervención desarrollada de los planes operativos fueron validados por la auditora de calidad. Por tanto, al intervenir en un proceso profesional, no sólo representa una falta de respeto al profesional en práctica, sino también a la institución por falta de seriedad en los acuerdos que hacen con personas que trabajan o brindan apoyo a la misma.

## **6.1 ANÁLISIS DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN CON VÍCTIMAS DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO**

A pesar del obstáculo presentado con la propuesta de la mini campaña de prevención vial realizada en la clínica, el tiempo de duración de los afiches fue suficiente para reconocer el impacto positivo en los espectadores que observaron

los mensajes y gráficas plasmadas, llamando la atención en pacientes, usuarios y trabajadores proporcionando espacio para la reflexión. De esta manera la gente socializa con la temática la cual es profundizada con las posteriores estrategias de intervención profesional.

Otro logro obtenido fue el juego “el tránsito” realizado con los 53 pacientes en cada habitación, en el que se desarrolló un cronograma de visitas en horarios donde los pacientes estaban dispuestos y el personal médico no intervino en el proceso.

Este juego representó gran valor debido al reconocimiento de conductas de riesgo por parte de pacientes, todas aquellas conductas preventivas frente al riesgo, así como una relación de empatía con la Trabajadora Social, proporcionando el fortalecimiento de vínculo en el que el profesional orientaba a medida que el juego avanzaba. Así mismo, al finalizar la dinámica, junto con familiares se prosiguió al desarrollo de una charla reflexiva en torno a los estilos de vida saludables.

En este sentido, las charlas generaron una actitud reflexiva tanto en pacientes como en familiares accediendo al fortalecimiento de redes de apoyo en las que se establecieron metas y objetivos entorno al bienestar. De igual manera, se observó el cambio en la actitud de las personas involucradas en el proceso de recuperación, especialmente de los accidentados, asumiendo una postura positiva frente a la vida y los obstáculos presentados, otorgando posibilidades de cambio frente a factores de riesgo que afectan la salud física, emocional y mental de pacientes.

Los factores que facilitaron en el logro de los objetivos propuestos fueron:

- La puesta en marcha de un proceso metodológico que posibilitó la participación, orientación y atención en pacientes y familiares abriendo la posibilidad al cambio de conductas que afectan la salud, asumiendo actitudes responsables en la búsqueda del bienestar integral.
- Horarios en el que el personal médico no interrumpía el proceso de intervención con pacientes y familiares.
- Reconocimiento del Trabajo Social en la institución vista más allá de una asistencia de apoyo económico en poblaciones de bajos recursos.
- Fortalecimiento de relación entre paciente-profesional proporcionando un ambiente agradable para la ejecución de programas establecidos.

De igual manera, se presentaron factores que en determinado momento obstaculizaron el proceso de intervención profesional:

A nivel institucional el Departamento de Coordinación y SIAU brindó todo el apoyo necesario en cuanto el espacio de trabajo, conocimiento de casos presentados, reconocimiento de la función de la trabajadora social en la institución y asignación de deberes importantes dentro de la misma. Así mismo, el personal administrativo y médico (algunos) se mostró solidario y empático frente a la función de la trabajadora social.

Lamentablemente estos aspectos no son suficientes, pues el clima laboral juega un papel indispensable en el proceso de aprendizaje y del accionar profesional. Por esta razón se resaltan los obstáculos presentados a nivel institucional en el accionar profesional de Trabajo Social:

- Limitación en la autonomía del Trabajador Social en el desarrollo de propuestas para trabajar con la población.

- Falta de espacio y equipo de trabajo que permitiera desarrollar las diferentes actividades individuales o grupales, así como las asesorías y atención a usuarios.
- Falta de reconocimiento e indiferencia del rol que cumple el Trabajador Social dentro de la Clínica por parte recursos humanos.
- Actitud de apatía por parte de personal de enfermería.
- Indolencia por parte de la Auditora de calidad (jefe inmediato) quien no asumió una actitud profesional frente diferencias con la estudiante en prácticas de Trabajo Social.

Otro aspecto a mencionar, fue el proceso de intervención profesional, apoyado en el Sistema de Seguridad Social en Salud como base en la que se profundizó conocimientos en materia de política de salud que favorecieron el bienestar y la calidad de vida de la población objeto a partir de los principios establecidos en artículos de la ley 100/93, permitiendo una prestación de servicio de salud basado en eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.

Es así como la salud se convierte en un derecho irrenunciable, donde el Estado es el encargado de la dirección, coordinación y control prestados por Entidades públicas y privadas. En este sentido, es función de Dromédica S.A como IPS, prestar servicio de salud a toda población que se vea afectada en su bienestar.

En este sentido las políticas establecidas por la ley 100 de 1993 contribuyeron en el accionar profesional de Trabajo Social en el área de salud en cuanto sirvió de base para contribuir en problemáticas presentadas en la IPS, fortaleciendo procesos de mejora de la salud y la recuperación en caso de accidentes, generando al mismo tiempo, una mejoría en índices de calidad de servicios que prestada por la institución.

Sin embargo, el acceso a la prestación del servicio de salud en la clínica presentó una limitante debido al factor económico, lo cual percutió la relación salud-

condición de vida, acarreando exclusión social y afectando en gran parte población pobre, rural, desplazada, indigente, entre otros. Dicho problema generó desigualdad y pérdida del bienestar físico y mental de las personas, especialmente en los más vulnerables como los niños y niñas, la mujer, adulto mayor y discapacitados, presentando una barrera que depende de los recursos económicos donde sólo quien puede pagar el servicio de salud es aquel que tiene acceso al bienestar integral.

## **6.2 APORTES AL DESEMPEÑO DEL ROL PROFESIONAL**

La academia ofreció a la estudiante en prácticas conocimientos teóricos de gran apoyo y utilidad en la práctica profesional. Además, brindó asesoramiento por parte de docentes de la Escuela de Trabajo Social, lo cual permitió llevar a cabo procesos de retroalimentación entre supervisor-estudiante, abriendo espacios de debate, orientación y atención de problemas presentados en el proceso de prácticas.

Por otra parte, la práctica profesional invitó a la estudiante no sólo al reforzamiento y aplicación de teorías vistas en cátedras anteriores, sino también, a conocer la realidad social y a la implementación de estrategias metodológicas frente la aparición de obstáculos o problemáticas que se relacionen con el entorno en el que está inmersa la estudiante en formación, además de proporcionar madurez emocional frente casos presentados diariamente propios del contexto.

En este sentido, el área de salud fue de gran valor en el desarrollo de prácticas profesionales debido a que si se observa más a fondo la problemática de la población atendida, se puede llegar a la elaboración de un rompecabezas en el que incluye aspectos psicológicos, núcleo familiar, la sociedad, el medio ambiente y la institución encargada de brindar el servicio de salud.

Por esta razón el accionar profesional de Trabajado Social desempeña un papel indispensable y específico para la solución de problemáticas en el área de salud, abriendo espacio para la atención, orientación, asesoramiento, prevención, promoción y búsqueda de alternativas para la solución de problemas presentados en la institución, así como el diseño de programas, incluso de políticas encaminadas en el bienestar integral del hombre.

Acorde a lo anterior, **Rol específico de la profesional en formación de Trabajo Social dentro de la institución** consistió en el cumplimiento de su desempeño profesional a partir de conocimientos, capacidades, habilidades, destrezas y funciones las cuales aportaron en el proceso de intervención profesional adecuado, integrando los siguientes aspectos propios del rol profesional de Trabajo Social en el área de salud:

- Consultor
- Asesor
- Servicio de atención directa con usuarios de la institución
- orientador
- Investigador
- Gestor
- Ejecutor de programas de promoción y prevención
- Evaluador
- Capacitador con pacientes y familiares referente a procesos de recuperación y rehabilitación
- Participación en el estudio de calidad de los servicios de salud prestados por la institución

## 7. CONCLUSIONES

Los accidentes de tránsito son un problema de salud pública que se presentan de manera constante afectando el bienestar físico, social, y mental de los individuos. Esta problemática deja al descubierto aspectos asociados al accidente de tránsito los cuales influyen directa e indirectamente en el momento del siniestro. Sin embargo, cabe señalar que dichos aspectos se encuentran en su mayoría relacionados con patrones conductuales de los individuos asumidos en el momento de transitar por vías públicas implicando pérdidas de tipo económico, material, físico, mental y ambiental.

Referente a las acciones orientadas a nivel nacional, hacia la garantía de los derechos humanos, se ha velado por la seguridad de los individuos a partir de procesos preventivos que orientan el comportamiento humano hacia la protección de la vida. Sin embargo cuando dichas medidas de prevención no son acogidas y se presenta el siniestro el Sistema de Seguridad Social Integral Colombiano ofrece atención otorgada por entidades e instituciones encargadas de prestar el servicio de salud oportuno a poblaciones afectadas por este tipo de eventualidad.

En este contexto, el soporte teórico y legal instituido en el área de salud favoreció el accionar profesional de Trabajo Social en Dromédica S.A, en cuanto permitió la aplicación de procesos metodológicos basados en la atención, asesoramiento, orientación, promoción, prevención y recuperación o rehabilitación en el caso de accidentes, especialmente de tránsito, con pacientes que ingresaron en el primer semestre del año 2009.

En cuanto a la interrelación entre la profesional en formación y la población atendida, permitió la búsqueda de alternativas para la solución de problemáticas asumiendo el rol de orientador, educador, concientizador, ejecutor de programas para disminuir riesgos a futuro, entre otros; generando al mismo tiempo, una mejoría en índices de calidad de servicios prestada por la institución.

## **8. RECOMENDACIONES**

Como una Institución Prestadora del Servicio de Salud, Dromédica S.A persigue la realización de unos fines y propósitos propios de la razón social que la definen. Sin embargo, para la realización de estos fines la institución necesita de soporte técnico y humano. Con relación al segundo, la institución agrupa personal encargado de la atención a usuarios, asignando funciones a cada uno dependiendo de capacidades laborales.

Con base en lo anterior, Trabajo social, debe estar incluido dentro de la dependencia de Recursos Humanos, permitiendo la continuidad del desarrollo de procesos dentro de la institución. Por esta razón el profesional en formación requiere del espacio adecuado, con equipo para el desarrollo de actividades con población a intervenir.

Por consiguiente, se recomienda a la Dependencia de Recursos Humanos de Serviclínicos Dromédica Clínica la Merced, la inclusión del profesional de Trabajo Social con el espacio adecuado para el desarrollo de actividades encaminadas en el mejoramiento de la calidad institucional y que solo el profesional puede aportar.

Por otra parte, es indispensable que el profesional de Trabajo Social, se encuentre actualizado en políticas especialmente en el tema de salud y al Sistema de Protección Social Colombiano, permitiendo la aplicación adecuada de conocimientos adquiridos.

Sin embargo, el conocimiento debe estar acompañado de madurez emocional frente problemáticas a la que se enfrenta, así como iniciativas con propuestas creativas que procure motivar de manera innovadora poblaciones a intervenir. Finalmente, la academia es la encargada de la formación profesional del Trabajador Social en diferentes áreas de acción profesional. Aunque, en el área de

salud. Por esta razón, es importante recomendar a la academia fortalecer la cátedra de salud, con el fin de generar mayor competencia en el área de salud y que a su vez, el profesional ofrezca un buen desempeño en el mismo.

Adicionalmente, se recomienda a la escuela, realizar seminarios con información actualizada sobre campos con los que se adquiere convenio, además de evaluar los que fueron cerrados semestres anteriores, debido a que puede generar problemas con estudiantes que ingresan a abrir nuevamente el campo de práctica. En este sentido se recomienda reevaluar el campo de práctica de Dromédica S.A, teniendo como soporte la experiencia vivida por la estudiante en práctica expuesta anteriormente.

## **9. PROPUESTA PARA EL FORTALECIMIENTO PSICOSOCIAL Y ADOPCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN EL ADULTO MAYOR ACCIDENTADO.**

### **INTRODUCCIÓN**

El Adulto mayor no es inmune frente a una problemática tan común como lo son los accidentes. Estos clasifican de diferentes tipos: doméstico, laboral, escolar y de tránsito; en cifras, esta población no es la más elevada pero si la más vulnerable en relación al impacto del accidente, ocasionando lesiones que implica un proceso de recuperación lento debido a la fisiología humana, además de enfermedades propias de la edad avanzada. Por esta razón es imprescindible desarrollar una propuesta de intervención profesional de Trabajo Social que ofrezca una respuesta pertinente y receptiva a las necesidades del adulto mayor que ingresa a Dromédica S.A por accidente de cualquier índole.

Con base en el contexto en que se desarrolla la atención del adulto, la disposición por parte del personal médico está basada en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento fisiológico del paciente, constituyendo relaciones impersonales, apartando aspectos importantes del proceso de recuperación como factores de tipo mental, emocional y social, además de costumbres y conductas frente la salud.

Por tanto, como propuesta de intervención profesional se plantea el fortalecimiento psicosocial y la adopción de estilos de vida saludables en adulto mayor víctima de accidente que ingresa a Serviclínicos Dromédica Clínica la Merced aportando al mejoramiento de la calidad de vida por medio de estrategias que accedan a la búsqueda de alternativas para la construcción de un plan de vida saludable en el que la satisfacción plena sea la base del bienestar. En este sentido es necesario tener en cuenta el valor que representa la familia en el reforzamiento de redes de apoyo facilitando en trabajo con el adulto mayor.

## **JUSTIFICACIÓN**

Los accidentes se presentan por acciones riesgosas, descuido o por hechos infortunados que afectan la salud del hombre, las cuales no distinguen hora, sexo, creencias, raza, religión o edad; todos los seres humanos están encontrados propensos a ser víctimas de un accidente. Esta problemática abarca toda una serie de eventos que perjudican la salud de las personas tanto mental, económico, material y física, pero el problema es aún mayor cuando la edad del accidentado es avanzada representando condiciones fisiológicas que implican una recuperación más retardada.

El adulto mayor es más propenso a ser víctima de accidente de cualquier tipo incluso de tránsito. El problema se intensifica cuando la actitud frente la recuperación del mismo es negativa debido a una baja autovaloración producto de factores propios del envejecimiento, la exclusión e intolerancia social y el maltrato o descuido familiar en el que puede estar inmerso.

Por ello es necesario desarrollar acciones basadas en fomento de salud psicosocial, física y afectiva que contribuya al mejoramiento del bienestar y la calidad de vida, así como concienciar a familiares en la atención, apoyo y protección del adulto mayor, rescatando la importancia del mismo aprendiendo de ellos, de su sabiduría, experiencia, sensibilidad y conocimientos.

### **9.1 OBJETIVOS ESTRATEGICOS:**

Establecer un modelo de atención y acompañamiento que permita apoyo psicosocial y la motivación hacia la apropiación de estilos de vida saludables en adulto mayor accidentado que ingresa a Serviclínicos Dromédica Clínica la Merced.

Promover hábitos saludables en estilos de vida que favorezcan la recuperación de la salud del adulto mayor, previniendo la reinserción a centros de salud por accidentes.

Estimular la participación familiar en el fortalecimiento de redes de apoyo, estableciendo la autovaloración positiva en el adulto mayor que permita la construcción de un proyecto de vida saludable en el que el satisfaga sus necesidades físicas y psicosociales.

Garantizar atención psicosocial en adulto mayor que promueva la búsqueda de solución a secuelas físicas y psicológicas causadas por accidentes.

### **9.3 PROCESO DE INTERVENCION**

Para el logro de los objetivos expuestos se plantean estrategias de intervención que contribuyan al fortalecimiento psicosocial y la adopción de estilos de vida saludables en adulto mayor accidentado que ingresa a Dromédica S.A.

El esquema de intervención profesional está enfocado en procesos educativos en el que incentive la vida activa del adulto mayor a partir de hábitos para mejorar la calidad de vida, estableciendo la promoción de la salud en la vejez dirigido al bienestar físico, mental y social, y al fomento de estilos de vida saludables. De esta manera, el modelo de intervención profesional está compuesto por tres fases estratégicas que se fundamentan de la siguiente manera:

#### **FASE I. Diseño de programa de atención psicosocial**

**OBJETIVO:** Elaborar programa de atención psicosocial para prevenir factores que obstaculizan el proceso de recuperación de la salud del adulto mayor accidentado.

**ESTRATEGIA:** Implementación de herramientas basadas en atención psicosocial en adulto mayor.

Cuadro 14. Fase I

ACCIONES ESTRATEGICAS	METAS	LOGROS
Contactar y reunir al grupo de recursos humanos	Convocar a recursos humanos para informar sobre la necesidad de intervención profesional con adulto mayor víctima de accidentes.	Vinculación del departamento de recursos humanos en el modelo de atención
Selección de población a intervenir	Identificar población de adulto mayor apta para la ejecución del proyecto.	Definición de población sujeto de intervención.
Acercamiento y divulgación a pacientes y familiares	Conocer expectativas de familiares con respecto al proyecto	N. de pacientes y familiares interesados en participar en el modelo de atención.
Identificación y socialización de necesidades más frecuentes	Establecer relación de empatía y confianza que permitan el acercamiento a problemas que más aquejan al adulto mayor	Número de entrevistas realizadas con el adulto mayor hospitalizado.
	Determinar necesidades psicosociales más frecuentes que presenta el adulto mayor.	Identificación de necesidades más frecuentes en el adulto mayor para proponer soluciones en el proyecto
Programas de atención psicosocial con adulto mayor	Diseño de medios de información y comunicación alusivos al cuidado psicosocial en adulto mayor.	N. de personas adultas mayores y sus cuidadores que obtienen información
Fortalecimiento de relaciones intrafamiliares	Vincular a la familia en procesos participativos de aprendizaje donde comprendan y socialicen la importancia del cuidado en el adulto mayor, así como la búsqueda de soluciones a los problemas más comunes	N. de familiares que van a participar en el fortalecimiento de redes de apoyo entre familia y adulto mayor.

**Fuente:** MUÑOZ LIZCANO, Silvia Milena. Bucaramanga 2009

## **Proceso metodológico**

Para dar comienzo al proyecto es indispensable informar al Departamento de Recursos Humanos de Dromédica S.A, sobre los objetivos que persigue la propuesta, encaminada a brindar un modelo de atención en adulto mayor que ingresa a la clínica víctima de accidente. Una vez presentada la propuesta de intervención profesional se espera el apoyo por parte de los representantes del departamento para dar inicio a la propuesta de fortalecimiento psicosocial teniendo en cuenta claro está, la selección de población a vincular y la temática adecuada a los problemas que estos presentan para trabajar.

Para la selección de este grupo es necesario basar conocimientos en factores como el deterioro del organismo y sistemas del cuerpo propios del envejecimiento, así como la gravedad del accidente del que el anciano fue víctima. Para esto, es indispensable la identificación de problemáticas presentadas en este grupo, las cuales se basan en tres aspectos:

**-Psicosocial:** Depresión, autoestima, tristeza, maltrato, abandono, falta de apoyo del núcleo familiar, pobreza.

**-Fisiológico:** problemas de memoria, enfermedades como diabetes, hipertensión, problemas pulmonares, osteoporosis entre otras.

**-Tipo de accidente y órganos implicados:** accidente doméstico, laboral, de tránsito y los órganos que afectó dicho accidente.

El desarrollo del modelo se pretende conocer perspectivas de temas planteados para la intervención tanto con el paciente como con integrantes de la familia, estableciendo acuerdos y compromisos en la medida en el que se fortalecen aspectos positivos propios del adulto mayor como la experiencia y sabiduría obtenida en el camino de la vida, la capacidad de conservarse sanamente a pesar de las enfermedades, la disposición de tiempo en el que puede disfrutar del

entorno social, así como la consolidación de relaciones de empatía y de confianza con la familia procurando la sensibilización de los integrantes en el cuidado con el adulto mayor.

## **FASE II. Promoción de estilos de vida saludables**

**OBJETIVO:** Fomentar estilos de vida saludables en adulto mayor víctima de accidentes que ingresan a Dromédica S.A.

**ESTRATEGIA:** Promoción de hábitos saludables en el adulto mayor

Cuadro 15. Fase II

ACCIONES ESTRATEGICAS	METAS	LOGROS
Promover programa de practicas saludables	Implementación de herramientas didácticas para el desarrollo de encuentros que fomenten practicas de vida saludable.	Uso de un medio en el que el adulto mayor participe activamente y se divierta aprendiendo.
Desarrollo de charlas educativas a pacientes y familiares sobre estilos de vida saludables	Mejorar calidad de vida en adulto mayor generando interés y compromiso por parte del mismo en la asistencia de talleres.	N. de adulto mayor que asiste a talleres (participación de familiares)
Socialización y reflexión del tema expuesto	Incentivar y Exponer sentimientos más frecuentes, inquietudes y anhelos del adulto mayor en e llevar una vida sana, así como la adopción de estilos de vida saludables que permitan incrementar la calidad de vida.	N. adulto mayor que modifiquen hábitos.

**Fuente:** MUÑOZ LIZCANO, Silvia Milena. Bucaramanga 2009

## **Proceso metodológico**

Para el logro de esta fase del proceso es indispensable el uso de una metodología que permita un aprendizaje dinámico por parte del adulto mayor sobre la importancia de mantener una vida saludable, permitiendo que el anciano adquiera conocimientos sobre la variedad de hábitos para llevar una vida sana y plena:

- **Comer saludablemente:** hace referencia a una dieta balanceada, que no requiera de gastos económicos excesivos, sino que sea rica en vitaminas y baja en grasas.
- **Desarrollo de actividades físicas:** el ejercicio y la actividad física permiten llevar una vida sana, renueva energías, previene enfermedades y mejora el estado anímico. Caminar al aire libre, relacionarse con la naturaleza y respirar aire puro, hace posible un cambio positivo en la actitud y autovaloración del adulto mayor.
- **Mantener buenas relaciones familiares y sociales:** la familia representa el puente entre el individuo y la comunidad, a su vez, influye positiva o negativamente en el proceso de recuperación del adulto mayor. Aspectos como la cultura, costumbres, percepciones, creencias y educación establecen pautas en la satisfacción de las necesidades afectivas y espirituales que requiere el adulto mayor en el proceso de recuperación de la salud y el mejoramiento del bienestar integral.

Esta fase del proceso orienta a pacientes sobre la importancia de adquirir hábitos saludables para el aumento de la calidad de vida y la satisfacción de las necesidades, además del valor que implica la familia en este proceso y de las buenas relaciones que se han de mantener.

### FASE III. Acompañamiento psicosocial

**OBJETIVO:** Brindar acompañamiento psicosocial a pacientes en el proceso de rehabilitación

**ESTRATEGIA:** Atención y seguimiento psicosocial.

Cuadro 16. Fase III

ACCIONES ESTRATEGICAS	METAS	LOGROS
Atención psicosocial.	Ofrecer atención y acompañamiento con pacientes durante su estadía en la institución.	N de pacientes que requieren acompañamiento psicosocial.
Seguimiento individual de casos.	Desarrollar historias clínicas que permitan llevar procesos.	N. de historias par la realización de monitoreo

**Fuente:** MUÑOZ LIZCANO, Silvia Milena. Bucaramanga 2009

### Proceso metodológico

A partir del acompañamiento psicosocial propuesta en la fase III de intervención profesional, se pretende orientar y mantener en el adulto mayor la actitud positiva adquirida en los procesos anteriores, procurando la disposición emocional en los que asuma retos en los que se promueve una vida plena y saludable y la construcción de un plan de vida.

El acompañamiento requiere de visitas diarias a la habitación donde se encuentra hospedado el paciente, indagar como se encuentra el mismo, observar la evolución o involución y si es este el caso, reforzar atención evitando que la decaída emocional.

Así mismo brindar atención frente a inquietudes presentes tanto pacientes como familiares es indispensable ya que permite la resolución de inquietudes y la continuidad del proceso.

## BIBLIOGRAFIA

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

CHIAVENATO, Idalberto. Administración de Recursos Humanos. MC Graw Hill, Interamericano S.A. Santa fe de Bogotá 1994

VALER TITO, Victoria. RESTREPO TRUJILLO, Fernán. Cirugía general. Heridas y cicatrización.

[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/Libros/medicina/cirugia/Tomo\\_I/Cap\\_01\\_Heridas%20y%20Cicatrizaci%C3%B3n.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/Libros/medicina/cirugia/Tomo_I/Cap_01_Heridas%20y%20Cicatrizaci%C3%B3n.htm)

Constitución Política de Colombia 1991. Título II Derechos garantías y deberes, Capítulo II “de los Derechos Sociales, Económicos y Culturales”. Bogotá Litorio Imperio Ltda., 2008. Pág. 12

FUNLIBRE. Fundación Colombiana de tiempo libre y recreación. Estilos de Vida saludables: componenete de calidad de vida. Tomado en <http://www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm>

Glosario de Promoción de la Salud: Sección I: Lista de términos básicos- Organización Mundial de la salud

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis 2007, datos para la vida. Fondo de prevención vial, prevenir es vivir. 2007; 247-78

KISNERMAN, Natalio. Salud pública y Trabajo social. Cultura y Salud. Humanitas edición 2. Buenos Aires. 1978. 239 p.

Ministerio de Protección Social: Dirección de calidad en servicios. Metodología para la verificación y conciliación de las deudas y ajuste de las oblicciones. Decreto 3740 de 2008. Tomado de : [www.minproteccionsocial.gov.co](http://www.minproteccionsocial.gov.co)

OMS. Salud y Bienestar Social. Asociación Canadiense de Salud Pública. Carta de Ottawa para la promoción de la salud, 1986.

OROZCO AFRICANO, Julio Mario “por que reformar la reforma: ¿debe reformarse la ley de Seguridad social de salud en Colombia? ¿hacia dónde debe apuntar la reforma? En línea. 3 de Diciembre de 2009. Disponible en [www.emued.net/libros](http://www.emued.net/libros)

OSORIO QUICENO, Mariluz; DUQUE, Diana Patricia; JARAMILLO NARANJO, Cesar. UN SISTEMA SOCIAL A TRAVES DEL ENFOQUE DE SISTEMAS. Scientia Et Technia, agosto, año/vol. XIII, número 035. Universidad Tecnológica de Pereira. Pereira, Colombia. 2007

Revista Internacional De Sostenibilidad, Tecnología Y Humanismo. Medición de la gestión de riesgo en América Latina. OMAR DARIO CARDONA ARBOLEDA. 2008 EDICIÓN N. 3.

SALLERAS SANMARTÍ, Luis. EDUCACIÓN SANITARIA: Principios, Métodos y Aplicaciones. Edición Díaz de Santos. Editorial Norma. P. 11-29

**PAGINAS WED:**

Ministerio de Protección Social: Estrategia de movilización social para la implementación del Plan Nacional de Salud Pública.  
<http://www.minproteccionsocial.gov.co>

[http://www.herrera.unt.edu.ar/bioingenieria/Temas\\_inves/sist\\_nervioso/pagina4.html](http://www.herrera.unt.edu.ar/bioingenieria/Temas_inves/sist_nervioso/pagina4.html)

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001063.htm>

<http://www.rionegro.com.ar/arch100110/o30g01.htm>.

<http://www.shands.org/health/spanish%20health%20illustrated%20encyclopedia/5/001062.htm> shands healt care. ilustrated health encyclopedia

## ANEXOS

### Anexo A. Afiches de Prevención Vial.



El exceso de velocidad,  
**puede llevarte más**  
rápido...



... **a un lugar**  
al que todavía  
**no quieres llegar**

**Aunque están pintadas...**  
**no las ignores**



**no arriesgues**  
**tu seguridad**  
**utiliza las cebras**

Solo necesitas una  
**pequeña distracción**  
para causar un accidente



no hables por celular  
**mientras conduces,**  
podría ser fatal

**respetar las señales**



*para respetar  
**la vida***



## Anexo C. Encuesta de Satisfacción al Usuario

### ANEXO C. Encuesta de Satisfacción



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A LOS USUARIOS O CLIENTES EXTERNOS DE SERVICLÍNICOS DROMÉDICA S.A

***Porque usted es importante para nosotros, y su opinión cuenta.***

1. ¿El servicio de la clínica lo solicitó por medio de qué entidad?

SOAT\_\_\_\_ SISBEN \_\_\_\_ EPS\_\_\_\_ CUAL\_\_\_\_\_

PARTICULAR\_\_\_\_ ARS\_\_\_\_

2. Señale con una x servicios que ha utilizado con mayor frecuencia en esta institución

URGENCIAS		CIRUGÍA	
CONSULTA EXTERNA		ENTREGA DE MEDICAMENTOS	
HOSPITALIZACIÓN		LABORATORIO CLÍNICO	
FISIOTERAPIA		RAYOS X	
FISIOTERAPIA			

3. ¿La asignación de citas para el servicio solicitado fue?

MUY BUENA\_\_\_\_ BUENA\_\_\_\_ REGULAR\_\_\_\_ MALA\_\_\_\_ MUY MALA\_\_\_\_

4. La respuesta al servicio solicitado fue

MUY RÁPIDA\_\_\_\_ RÁPIDA\_\_\_\_ DEMORADA\_\_\_\_ MUY DEMORADA\_\_\_\_

5. ¿Al solicitar el servicio, la atención y el trato del personal administrativo de la institución que lo atendió fue?

MUY BUENA\_\_\_ BUENA\_\_\_ REGULAR\_\_\_ MALA\_\_\_ MUY MALA\_\_\_

7. ¿Usted cree que las instalaciones de la institución en general son?

MUY BUENA\_\_\_ BUENA\_\_\_ REGULAR\_\_\_ MALA\_\_\_ MUY MALA\_\_\_

9. ¿Considera usted que la IPS es?

MUY BUENA\_\_\_ BUENA\_\_\_ REGULAR\_\_\_ MALA\_\_\_ MUY MALA\_\_\_

SI TIENE ALGUNA RECOMENDACIÓN QUE PUEDA CONTRIBUIR PARA EL MEJORAMIENTO DE LA ORGANIZACIÓN

---

---

---

---

---

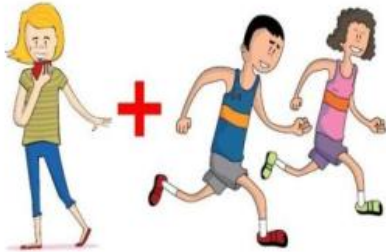
---

---

---

## Anexo D. Folletos de estilos de vida saludables

### Estilos de Vida Saludable



Estilos de vida Son todos aquellos los hábitos, conductas.

Tradiciones y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.

Algunos de los estilos de vida saludables, que hay que asumir responsablemente :

**Adopción de estilos de vida saludables:** creación de objetivos de vida permite el fortalecimiento personal.

**Conservar una autoestima positiva frente adversidades:** el reforzamiento del sentimiento de valor y el desarrollo de aptitudes positivas frente a obstáculos que se presentan.



**Fortalecimiento de redes de apoyo:** El sentimiento de apoyo y el acompañamiento hace sentir a las personas respetadas, valoradas y amadas, permitiendo la búsqueda de alternativas para la mejora de la situación por la que se este atravesando.

**Promover la convivencia, solidaridad y tolerancia en el proceso de recuperación** permite la formación de individuos autónomos, solidarios, alegres y participativos socialmente. Se trata de hacer que las personas se enfrenten de forma positiva a la vida.

**Disposición de autocuidado:**

el autocuidado es una conducta que se aprende a partir de la experiencia, a través de las relaciones interpersonales y la comunicación en la familia, la escuela, las instituciones y amigos, donde el individuo está en capacidad de elegir y construir formas de cuidado que contribuya al bienestar físico, social y emocional.



**Ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio**

una vez egresado el paciente de la institución, es indispensables el desarrollo de actividades como el ejercicio físico, el descanso al aire libre, adoptar aptitudes saludables, disminuir el estrés, descansar lo necesario, además de establecer relaciones con el entorno que brinden paz y bienestar .



**Comunicación y participación a nivel familiar y social**

La buena comunicación adquiere gran valor en el momento de compartir, con lo demás, expresar sentimientos, entre otras . Buscar solución a los conflictos es lo primordial constituyendo un soporte para el manejo de los estilos de vida saludables.

