



**LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER (HUS): UN RETO DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL**

**MYRIAM DÍAZ ANAYA**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL  
BUCARAMANGA  
2012**

**LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE  
ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE  
SANTANDER (HUS): UN RETO DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL**

**MYRIAM DÍAZ ANAYA**

**Trabajo de grado como requisito para optar por el título de  
Trabajadora Social**

**Directora.**

**ADRIANA VEGA MARTÍNEZ**

**Trabajadora social**

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

**2012**

## **DEDICATORIA**

Dedico este logro especialmente a mi madre, una mujer con innumerables cualidades y digna de admirar, por ser el motor de mi vida y darme la oportunidad de construir un futuro mejor para las dos, nada de esto sería posible sin ella.

A mi hermano y mis hermanas por apoyarme, cada uno en una etapa especial de mi vida, principalmente a Sandra quien fue más que una hermana, fue mi cuidadora, guía y ejemplo durante muchos años , y a Gladys por ser más que una hermana, por ser una amiga.. Gracias a las dos por todo lo que me han brindado, han sido como mi segunda y tercera madre.

A todas a aquellas personas que padecen Cáncer; especialmente a mi hermana Gloria quien está en proceso de recuperación y a todos los pacientes de la unidad que me permitieron entrar en sus vidas y hacer posible esta experiencia. También dedico este logro a las personas que han perdido la batalla contra esta enfermedad, especialmente a Tatiana Rangel a quien nunca olvidaremos y siempre llevaremos en el corazón,

## AGRADECIMIENTOS

Principalmente agradezco a Dios por todas las oportunidades que me da, por  
bendecirme diariamente.

A mi familia, a mi madre y mis hermanas por darme todo, por apoyarme y por  
siempre creer en mí.

Al HUS por abrir este espacio para la formación de futuros Trabajadores Sociales,  
al jefe Mauricio por su apoyo y orientación, a Diana Isabel Patiño con quien  
siempre estaré agradecida y ocupa un espacio especial en mi vida, una  
profesional ejemplar, gracias por orientarme, por enseñarme y por ser más que mi  
jefe ser mi amiga.

A la profesora Adriana por su comprensión y orientación, por sus enseñanzas para  
hacerme una mejor profesional.

A Mery y a Dalgy por contribuir día a día durante estos años para lograr este  
sueño, por su amistad incondicional, por todas sus enseñanzas, ejemplos de  
esfuerzo y dedicación.

Igualmente a Mery, Dalgy, Yenny, Mile, Carolina, Karen, Andrea, Vanessa,  
Mónica, Nathalia, Mary, Laura, Maritza, Francy, por hacer parte de mi vida, por  
brindarme momentos inolvidables, con quienes compartí alegrías y tristezas, con  
ustedes tengo los mejores recuerdos de los últimos seis años... las quiero  
infinitamente

A Diana, Betty, Ivonne y Tatiana por todos los momentos compartidos, por ser  
amigas incondicionales, por todo el apoyo que me han brindado, más que amigas  
son parte de mi Familia.

Jorge por su apoyo, por ser incondicional, por sus palabras y enseñanzas. A los  
amigos y a todas las personas significativas en mi vida que no nombre pero que  
han aportado su granito de arena en este proceso.

**Myriam ..**

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
INTRODUCCIÓN	15
1. MARCO REFERENCIAL	18
1.1. GENERALIDADES DEL CÁNCER	18
1.1.1 Los medios terapéuticos	22
1.2 ENFOQUE BIOPSIOSOCIAL	25
1.3. ENFOQUE DE DERECHOS	31
1.4. LA RESILIENCIA COMO FACTOR INFLUYENTE EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	35
2. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA	42
2.1 CONTEXTO INTERNACIONAL	48
2.2 NORMATIVIDAD NACIONAL	52
3. CARACTERIZACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO (HUS) Y LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA	63
3.1 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER (HUS)	63
3.1.1 Modelo de Planeación	69
3.1.2 Estructura Organizacional	74
3.2 UNIDAD DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA DEL HUS	75
3.2.1 Trabajo Social en la Unidad de Oncología y Radioterapia HUS	77
3.3 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES CON CÁNCER EN EL HUS	79
4. CARACTERIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA	82
4.1. MATRIZ DOFA	83
4.2. DIAGNÓSTICO PRELIMINAR	87

4.3 ESTRATEGIAS A DESARROLLAR EN EL PROCESO DE INTERVENCION	90
4.3.1 Priorización de Estrategias	92
4.4 PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PROCESO DE PRÁCTICA EN LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA HUS	93
5. ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN	111
6. PROPUESTA DE INTERVENCION: FORTALECIMIENTO DEL VINCULO FAMILIAR Y LA RED PRIMARA DE APOYO DEL PACIENTE ONCOLOGICO , COMO ESTRATEGIA ELEMENTAL EN EL ADECUADO ABORDAJE DE LA ENFERMEMEDAD Y ÉXITO DE LOS TRATAMIENTOS.	115
6.1 JUSTIFICACIÓN	115
6.2. OBJETIVOS	117
6.2.1. Objetivo General	117
6.2.2. Objetivos específicos	117
6.3. POBLACION OBJETO DE INTERVENCIÓN	117
6.4. PROCESO METODOLÓGICO	118
7. CONCLUSIONES	122
8. RECOMENDACIONES	123
BIBLIOGRAFÍA	124
ANEXOS	131

## LISTA DE GRÁFICOS

	<b>Pág.</b>
Gráfico 1: Frecuencia de Razones por las cuales han Abandonado Tratamiento	97
Grafico 2: Pacientes con Programación Quirúrgica	101
Grafico 3: Oportunidad Quirúrgica de Pacientes Operados	102
Grafico 4. Tiempo de espera pacientes no operados	103
Grafica 5: Frecuencia de razones por las cuales los pacientes no han sido operados de Junio a Diciembre de 2010	104

## LISTA DE CUADROS

	<b>Pág.</b>
Cuadro 1: Tipos de cáncer	20
Cuadro 2: Tratamientos en cáncer	23
Cuadro 3: Dimensiones del desarrollo del ser humano.	25
Cuadro 4: Enfoque biopsicosocial de la salud	27
Cuadro 5: Mortalidad por enfermedades neoplásicas y grupos de edad, según causa de defunción Colombia. 2010	46
Cuadro 6: Mortalidad por cáncer en Santander, primeras causas según sexo. 2000- 2004	47
Cuadro 7: Consolidado Casos Nuevos de Cáncer hasta Septiembre 2010.	79
Cuadro 8. Matriz DOFA de la Unidad de Oncología y Radioterapia del Hospital Universitario de Santander.	84
Cuadro 9: Matriz De Estrategias	91
Cuadro 10: Objetivo estratégico 1.	94
Cuadro 11: Objetivo estratégico 2	99
Cuadro 12: Objetivo estratégico 3	106
Cuadro 13: Objetivo estratégico 4	108
Cuadro 14: Variables ficha sociofamiliar.	109
Cuadro 15: FASE 1. Identificación de características y problemáticas familiares del paciente oncológico.	119
Cuadro 16: Fase 2 realización de talleres formativos	120
Cuadro 17: Fase 3. Realización de Sesiones Familiares.	121

## LISTA DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
Figura 1: Organigrama institucional	74
Figura: 2 fases de intervención	118

## LISTA DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
Anexo A. Cáncer, diagnóstico, tratamiento y recomendaciones	131
Anexo B. Cáncer en las mujeres	133
Anexo C. Cáncer gástrico	135
Anexo D. Derechos y Deberes del paciente	137
Anexo E. Ficha sociofamiliar	139

## RESÚMEN

**TÍTULO:** LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER (HUS): UN RETO DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL.<sup>1</sup>

**AUTORA:** MYRIAM DÍAZ ANAYA\*\*

**PALABRAS CLAVES:** Cáncer, Atención integral, Derechos.

**DESCRIPCION:** El cáncer es un problema creciente de salud tanto en Colombia como en el mundo, con importantes repercusiones en el bienestar de la población tanto a nivel personal como familiar y social , además repercute en la actividad productiva y en el costo del sistema de salud, situación preocupante para diversos sectores de la sociedad, incluido los profesionales de Trabajo Social, por tanto el presente documento contiene la experiencia práctica desarrollada en el Hospital universitario de Santander, proceso que se llevó a cabo con los pacientes con cáncer de la Unidad de Oncología y Radioterapia de esta entidad.

El trabajo realizado se enfoco principalmente en fortalecer la atención integral de los pacientes con cáncer, a través de la implementación y actualización de procesos del área de Trabajo Social de la Unidad De Oncología y Radioterapia del Hospital Universitario De Santander. La experiencia tuvo como orientación teoría principalmente los aspectos fundamentales de la enfermedad, origen, diagnóstico y tratamiento, el Enfoque de Derechos Humanos, el Enfoque Biopsicosocial y la resiliencia como factor fundamental en la adherencia a los tratamientos.

Los objetivos que orientaron el proceso permitieron implementar y actualizar el control y seguimiento de los pacientes de la unidad no adherentes a los tratamientos, conocer la situación de los pacientes con programación quirúrgica, realizar proceso de promoción de derechos y deberes de los usuarios de los servicios de salud, además conocer e identificar características y factores a nivel familiar y social que influyen en el abordaje de la enfermedad y el éxito de los tratamiento.

---

<sup>1</sup> Proyecto de Grado.

\*\* Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Trabajo Social. Directora: Adriana Vega Martínez.

## **ABSTRACT**

**TITLE:** COMPREHENSIVE CARE UNIT PATIENTS AND RADIATION ONCOLOGY HOSPITAL UNIVERSITY OF SANTANDER (HUS): A CHALLENGE FOR PROFESSIONAL INTERVENTION.\*

**AUTHOR:** Myriam Diaz ANAYA.\*\*

**KEYWORDS:** Cancer, Comprehensive, Rights.

**DESCRIPTION:** The Cancer is a growing health problem in Colombia and in the world, with important implications for the welfare of people both personally and family and society also affects the productive activity and the health system cost, worrying situation for various sectors of society, including social work professionals, therefore this paper presents practical experience developed in the university Hospital of Santander, a process that was conducted with patient with cancer of the Oncology Unit and radiation therapy of this entity.

The work was focused primarily on strengthening the comprehensive care of cancer patients through the implementation and updating process in the area of Social Work Oncology and Radiotherapy Unit, University Hospital of Santander. The experience was primarily as a guide the fundamental theory of disease, pathogenesis, diagnosis and treatment, Human Rights Focus, Biopsychosocial Approach and resilience as a key factor in adherence to treatment.

The objectives that guided the process allow to implement and update the control and monitoring unit patients non adherent to treatment, know the situation of patients with surgical scheduling, conducting promotion process rights and duties of service users health, well know and identify, characteristics and family-level factors that influence social and tackling the disease and the success of treatment.

---

\* Graduation Project

\*\* Faculty of Human Sciences. School of Social Work. Director: Adriana Vega Martinez

## INTRODUCCIÓN

El cáncer es un problema creciente de salud tanto en Colombia como en el mundo, con importantes repercusiones en el bienestar de la población, la actividad productiva y en el costo del sistema de salud. En los informes de mortalidad hechos en el mundo se considera que los tumores malignos son los responsables de un alto porcentaje de muertes, siguiendo de las enfermedades cardiovasculares. “Hoy en día, el cáncer causa 7 millones de muertes cada año, lo que corresponde al 12.5% del total de las defunciones en el mundo, además, 11 millones de persona son diagnosticadas cada año, la mayoría en los países en desarrollo y se estima que esta cifra se incrementará hasta 16 millones de personas en el año 2020.”<sup>1</sup> De acuerdo con la magnitud de esta problemática, y de las implicaciones que conlleva para los seres humanos y sus familias, se elabora el presente documento abordando factores fundamentales para la atención integral de los pacientes con cáncer desde el área de Trabajo Social.

El siguiente documento presenta el proceso de intervención profesional de Trabajo Social y los resultados del mismo, que se realizó en la Unidad de Oncología y Radioterapia, perteneciente a la subgerencia de Alto Costo del Hospital Universitario de Santander (HUS), durante el periodo comprendido de Octubre de 2010 a Febrero de 2011.

En el primer capítulo se encontrará el marco teórico-conceptual del informe, donde se plasman los enfoques que fundamentaron la práctica y con los cuales se

---

<sup>1</sup> PLAN DE INTERVENCIÓN COMUNICACIONAL DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DEL CÁNCER. Perú. Marzo 2007. En línea. [Citado en: 25 de abril de 2012]. Disponible en: [http://www.regionalsaludmoquegua.gob.pe/comuni/P\\_CANCER.pdf](http://www.regionalsaludmoquegua.gob.pe/comuni/P_CANCER.pdf)

construyó la herramienta propuesta al hospital para ser llevada a cabo en la experiencia práctica de Trabajo Social. El marco normativo es el segundo capítulo, donde se dan a conocer las leyes en las que se basa el trabajo realizado en el marco de la protección a derechos a la salud, específicamente la protección de los derechos de los pacientes con cáncer.

En el tercer capítulo se da una caracterización del Hospital Universitario de Santander como Empresa Social del Estado, entidad prestadora de múltiples servicios de salud de diversos niveles de complejidad, dando a conocer aspectos relevantes como la visión, misión, valores y objetivos trazados por la institución y que enmarcan el cumplimiento de su objeto social; de igual forma se describe aspectos fundamentales de la Unidad de Oncología y Radioterapia del HUS, el quehacer del profesional de Trabajo Social en ella y un perfil de los pacientes con cáncer, grupo poblacional que constituyó el objeto de intervención de la práctica profesional de Trabajo social.

En el cuarto capítulo se da a conocer el proceso de planeación, que parte del diagnóstico inicialmente realizado, en donde se identifican las principales problemáticas existentes en relación a la atención integral de los pacientes oncológicos. A través de ello se establecen las estrategias a trabajar durante el proceso de intervención y la descripción detallada de los planes operativos para la realización de los objetivos propuestos, los cuales apuntan en su totalidad al fortalecimiento de las actividades específicas del área de trabajo social en la Unidad de Oncología y Radioterapia del HUS. Posteriormente en el capítulo quinto se presenta la evaluación del proceso de práctica, donde se analizan los alcances limitaciones y logros.

En el capítulo séptimo se da a conocer una propuesta que da lugar a la continuidad de los procesos realizados a la práctica profesional de Trabajo Social, teniendo como principal objetivo trabajar por el fortalecimiento del vínculo familiar y

la red primaria de apoyo a los pacientes oncológicos, aportando elementos para el abordaje adecuado de la enfermedad y el éxito de los tratamiento. Por último se encontraran en las conclusiones y recomendaciones producto de la experiencia profesional en la institución.

A continuación se dará a conocer el producto la intervención profesional de Trabajo social en la Unidad de Oncología y Radioterapia del HUS y la presentación de la propuesta con mayor profundidad.

## 1. MARCO REFERENCIAL

### 1.1. GENERALIDADES DEL CÁNCER

Por sus características y alta complejidad la definición del cáncer ha un sido proceso a lo largo de la historia debido a los diferentes enfoques desde los cuales la enfermedad puede ser definida; desde algunas posturas puede verse como todo tumor maligno; desde otras como el crecimiento de los tejidos en un proceso de carácter autónomo, o también, como la proliferación de un grupo de células atípicas, irregulares; desde una postura genérica puede comprenderse como “un crecimiento desordenado de celulas normales”<sup>2</sup> como ha sido definido por el Intituto Nacional de Cancelorogía.

En las teorías clásicas sobre el origen de esta enfermedad, se plantea que el cáncer es generado por la mutación de una célula somática, formulada por Bauer en 1927, que es el modo habitual de comenzar la mayor parte de los tumores malignos, o por la selección de células previamente predestinadas a ser malignas. Sin embargo las modernas teorías de la carcinogénesis plantean que esta enfermedad es producida por una serie de factores exógenos, como los agentes químicos, físicos, y biológicos, y otros factores endógenos como el factor hereditario, factor inmunitario, factores hormonales, especialmente en grupo de tumores hormonidependientes cáncer de mama, próstata entre otros y los factores nutritivos relacionados con la alimentación.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup>INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA. Liga Colombiana de Lucha Contra el Cáncer. 1970.

En línea. [Citado 12 de enero de 2011] disponible en: [http://www.adisamef.com/fondo%20documental/libros\\_digitales\\_salud\\_mental/26.pdf](http://www.adisamef.com/fondo%20documental/libros_digitales_salud_mental/26.pdf)

<sup>3</sup> VARELA, Serna. El cáncer; epidemiología, etiología, diagnóstico y prevención. Ediciones Harcurl, España 2002. p. 27.

La acción de carcinogénesis de los distintos agentes no es única, sino el resultado de una acción en varias etapas, primero se da la etapa de iniciación, en la cual se produce una mutación del material genético de una célula, seguido por la promoción, con la transformación maligna y la progresión de la lesión local a enfermedad general<sup>4</sup>.

Para entender con mayor profundidad la dinámica del origen del cáncer el Instituto Colombiano de Cancerología plantea que todos los cánceres empiezan en las células, unidades básicas de vida del cuerpo, por lo que se precisa saber lo que sucede cuando las células normales se hacen cancerosas.

El cuerpo está formado de muchos tipos de células. Estas células crecen y se dividen en una forma controlada para producir más células según sean necesarias para mantener sano el cuerpo. Cuando las células envejecen o se dañan, mueren y son reemplazadas por células nuevas.

Sin embargo, algunas veces este proceso ordenado se descontrola. El material genético (ADN) de una célula puede dañarse o alterarse, lo cual produce mutaciones (cambios) que afectan el crecimiento y la división normales de las células. Cuando esto sucede, las células no mueren cuando deberían morir y células nuevas se forman cuando el cuerpo no las necesita. Las células que sobran forman una masa de tejido que es lo que se llama tumor.<sup>5</sup>

Las células cancerosas pueden diseminarse a otras partes del cuerpo por el sistema sanguíneo y por el sistema linfático<sup>6</sup>. Se asume que la enfermedad se

---

<sup>4</sup> Ibíd.,

<sup>5</sup>INSTITUTO Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de la Salud de EE. UU. Origen del cáncer. En línea. [Citado Abril 2012]. Disponible en <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es>

<sup>6</sup>INSTITUTO Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de la Salud de EE. UU. Definición del cáncer. En línea [Citado 19 de enero 2012]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es>

inicia en una sola célula y se extiende localmente, invade los ganglios regionales (metástasis regional), y posteriormente se disemina por la corriente circulatoria a órganos distantes (metástasis hematógenas). Existen varios tipos de cáncer, esto depende del órgano o tipo de célula donde empezó o se originó, por ejemplo, el cáncer que empieza en el estómago se denomina cáncer de estómago. Algunos cánceres no forman tumores como es el caso específico de la leucemia, que es un cáncer de la médula ósea (el tejido esponjoso dentro de los huesos). Los tumores son definidos como “masa de células transformadas, con crecimiento y multiplicación anormales, los cuales pueden ser considerados como benignos que se caracterizan por estar formados de células muy semejantes a las normales, que permanece en su localización primaria y no produce metástasis. También existen los tumores denominados malignos los cuales son de carácter grave, invasivo, que producen metástasis”<sup>7</sup>. Los principales tipos de cáncer presentados por la población son los Carcinomas, Sarcomas, Linfomas, Mielomas, Leucemias y cánceres del Sistema Nervioso Central, en el siguiente cuadro se hace referencia a algunas de sus principales características (ver cuadro 1)

**Cuadro 1: Tipos de cáncer**

<b>Carcinoma</b>	Es un tumor maligno derivado de estructuras epiteliales
<b>Sarcoma</b>	Es un tumor maligno derivado de estructuras mesenquimales (del organismo embrionario)
<b>Linfoma</b>	Tumor de los tejidos linfoides.
<b>Mieloma.</b>	Proliferación de células de la médula ósea productoras de proteínas de diversa naturaleza.
<b>Leucemia</b>	Enfermedad neoplásica de los órganos formadores de células sanguíneas, caracterizada por la proliferación maligna de leucocitos
<b>Cánceres del sistema nervioso central</b>	Empiezan en los tejidos del cerebro y de la médula espinal.

Fuente: Hospital Universitario de Santander, programa de inducción de Enfermería. 2010

<sup>7</sup> VARELA, Serna. Op., cit. p. 32.

El hecho de que a una persona le sea encontrado un tumor en su organismo, no implica que padezca de cáncer, para llegar a esta conclusión se requiere de diversos exámenes y estudios rigurosos. El diagnóstico para determinar si una persona padece de cáncer se hace por objetivos, que son diferentes en las distintas situaciones clínicas: diagnóstico precoz, diagnóstico clínico de confirmación o exclusión de la presencia de tumor y diagnóstico de extensión tumoral mediante clasificación T (tamaño del tumor), N (ganglios invadidos) y M (metástasis a otros órganos). Hay varios tipos de pruebas que pueden ayudar a identificar el tipo y la localización del cáncer en el cuerpo, así como el progreso logrado durante el tratamiento. Algunas de las pruebas de diagnóstico por imágenes son las radiografías, las ultrasonografías, las tomografías computarizadas y las imágenes por resonancia magnética. Además, hay pruebas de medicina nuclear que pueden dar información acerca de la estructura y el funcionamiento de los órganos. Además existen otras pruebas las cuales consisten en obtener muestras de tejido denominadas biopsias, en las que se realiza extracción de líquidos corporales como sangre, líquido espinal u orina o una muestra de médula ósea.

Enfrentarse a un diagnóstico de cáncer es una situación difícil para las personas, no sólo por la complejidad de la enfermedad en sí, también por el impacto y las repercusiones a nivel personal, familiar y sociocultural, ya que la familia y los cuidadores también se ven afectados ante el diagnóstico de un ser querido, es por esto que “tanto el diagnóstico, la aceptación de éste, el tratamiento y los efectos secundarios, son posibles causas de una nueva adaptación tanto para el paciente como para la familia”<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup>CACERES, María Luisa, RUIZ Francisca. Manual para el paciente oncológico y su familia. Egraf, S.A. España. 2007. p. 32. En línea [Citado 12 de Abril de 2012]. Disponible en: [http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/manual\\_paciente\\_s.pdf](http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/manual_paciente_s.pdf)

La enfermedad cancerígena, como muchas otras, es el resultado de la acción de un agente causal y la reacción viva del organismo; es una enfermedad crónica evitable, curable en un elevado número de casos, con una historia natural que se aparta de los modelos habituales de las enfermedades agudas<sup>9</sup>. Dentro del Sistema General de Seguridad Social en Colombia, esta enfermedad pertenece a las enfermedades denominadas “Catastróficas o de Alto Costo” definidas en el Manual de Actividades, Procedimientos e Intervenciones del Plan Obligatorio de Salud como aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo “costo – efectividad” en su tratamiento<sup>10</sup>.

### **1.1.1 Los medios terapéuticos**

El tratamiento dado para el cáncer es muy variable y depende en un número de factores incluyendo el tipo, el lugar y la cantidad del cáncer, así como del estado físico del paciente. Estos pueden ser divididos en categorías basadas en su fin y modo de acción. “Los diferentes tipos de tratamiento son usados constantemente en combinación, ya sea simultáneamente o secuencialmente y los tipos de tratamientos usados y el orden en el que son usados son decisiones hechas por el médico y el paciente”<sup>11</sup>. Los principales tratamientos utilizados para el tratamiento del cáncer son la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia, a continuación se presenten algunas de sus principales características. (Ver cuadro 2)

---

<sup>9</sup> VARELA, Serna. Op., cit. p. 27.

<sup>10</sup> MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Manual de Actividades, Procedimientos e Intervenciones del Plan Obligatorio de Salud POS. Colombia. El lineal. [Citado Abril 2012]. Disponible en: <http://www.pos.gov.co/Search/results.aspx/Results.aspx?k=%20enfermedades%20de%20alto%20costo>

<sup>11</sup>ROPSOHN THERAPEITICS LTDA. Aspectos que usted debe conocer sobre quimioterapia. Ebewepharma. 2010

**Cuadro 2: Tratamientos en cáncer**

La Cirugía	La Radioterapia	La Quimioterapia
Es el método más empleado para aquellos tumores pequeños y localizados en un lugar concreto. Para que sea completamente eficaz se precisa extirpar parte del tejido que rodea el tumor para asegurar así que todas las células cancerosas han sido extirpadas.	Utiliza partículas de alta energía capaces de penetrar al cuerpo. A través de una máquina, llamada acelerador lineal, se genera y dirigen esas partículas hacia el lugar concreto donde se tengan que aplicar. Las demás zonas del cuerpo se protegen para no recibir la radiación.	La quimioterapia consiste en utilizar agentes químicos, es decir medicamentos para el tratamiento de las enfermedades neoplásicas malignas, los cuales son suministrados por vía oral, por inyección intramuscular o directamente en la vena.

FUENTE: ROPSOHN THERAPEITICS LTDA. Aspectos que usted debe conocer sobre quimioterapia. Ebewepharma. 2010

La cirugía fue uno de los primeros y principales tratamientos creados para aliviar el dolor y curar las dolencias, en el momento en que se convirtió en una herramienta ocasional en la lucha contra el cáncer, se iniciaron una serie de esfuerzos científicos que dieron lugar a progresos como lo fue el descubrimiento de la radioterapia y posteriormente de la quimioterapia, buscando de esta manera hacer frente a la enfermedad. La cirugía puede realizarse por varias razones: “para obtener una muestra de tejido y examinarla, extirpar un tumor sólido, obtener una muestra de médula ósea (aspirado o biopsia de médula ósea), aliviar el dolor, eliminar bloqueos causados por las células cancerígenas o reparar un área dañada por el cáncer”<sup>12</sup>

Otro de los principales tratamientos es la quimioterapia, la cual se usa para destruir las células de cáncer y detener su multiplicación en el cuerpo. Puede

<sup>12</sup>HOSPITAL CANCERCARE DANA-FARBER/CHILDREN'S. Manual para pacientes y familias. 2010, p. 38. En línea [Citado 18 de abril de 2012]. Disponible en: [www.childrenshospital.org](http://www.childrenshospital.org)

darse por vía oral, por inyección, infusión o directamente en la espalda, es proporcionada generalmente durante ciertos períodos, llamados ciclos y los pacientes pueden recibirla mientras están hospitalizados o en forma ambulatoria. Un aspecto que interfiere en la decisión de tomar o no el tratamiento de quimioterapia, son sus contraindicaciones y los efectos secundarios, si bien la cirugía es dolorosa y su proceso de recuperación es largo y la radioterapia puede afectar la piel en diferentes niveles, “la quimioterapia por ser un agente químico externo que se transporta a nivel de todo el organismo reconociendo y atrapando las células cancerígenas, tiene la capacidad de afectación celular más fuerte, lo que puede causar náuseas, mareos, malestar intestinal, y alopecia”<sup>13</sup>.

Además de estos tratamientos anteriormente mencionados, existen otros menos usuales y utilizados exclusivamente para determinado tipo de cáncer, como lo es la Yodoterapia, en el caso del cáncer de tiroides, y el trasplante de médula ósea en el caso de la leucemia y el denominado cuidados paliativos que tiene como propósito dar apoyo y cuidado a las personas en las últimas fases de su enfermedad, de modo que puedan vivirlas tan plena y confortablemente como sea posible controlando los síntomas, controlando el dolor y dando apoyo emocional al paciente y a la familia.

Cada tipo de cáncer cuenta con características específicas, al igual que cada uno de los pacientes es único y su forma de responder a los tratamientos es diferente. Hoy en día el tratamiento del cáncer no se limita a la cirugía, la quimioterapia o la radioterapia y demás tratamientos médicos, en la actualidad los aspectos psicológicos y sociales que conllevan esta enfermedad son tenidos en cuenta cada vez más, con el fin de garantizar o proporcionarle las mejores condiciones posibles en todo el proceso de la enfermedad, brindando una atención integral, atendiendo aspectos biológicos, psicológicos y sociales de los pacientes.

---

<sup>13</sup> *Ibíd.*

## 1.2 ENFOQUE BIOPSIICOSOCIAL

En el abordaje y proceso de la enfermedad oncológica es necesario dar una mirada holística, sin priorizar únicamente los aspectos biológicos y médicos, sino también, teniendo en cuenta aspectos fundamentales como son las dimensiones del ser humano, las condiciones psicológicas y sociales de cada individuo.

Es importante destacar que cada individuo presenta características, físicas, psicológicas y sociales propias, su personalidad se encuentra en proceso de desarrollo constantemente, cada persona posee una historia individual y social, producto de las relaciones que establece con su familia y miembros de la comunidad en que vive.<sup>14</sup>. Los aspectos de dicho desarrollo son contemplados en las dimensiones afectiva, intelectual, física y social, en el siguiente cuadro se presentan los principales elementos de cada una de las dimensiones mencionadas. (Ver cuadro 3)

**Cuadro 3: Dimensiones del desarrollo del ser humano.**

<b>Dimensión Afectiva:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Identidad personal</li><li>· Cooperación y participación</li><li>· Expresión de afectos</li><li>· Autonomía</li></ul>	<b>· Dimensión Social:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Pertenencia al grupo</li><li>· Costumbres y tradiciones familiares y de la comunidad</li></ul>
<b>Dimensión Intelectual:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Función simbólica</li><li>· Construcción de relaciones lógicas: Matemáticas y Lenguaje</li><li>· Creatividad</li></ul>	<b>Dimensión Física:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Integración del esquema corporal</li><li>· Relaciones espaciales</li><li>· Relaciones temporales</li></ul>

**Fuente:** GARIBAY, Bravo Karina Denisse. Desarrollo del niño. En: Centro de Desarrollo Infanto Juvenil CERIL

<sup>14</sup> GARIBAY, Bravo Karina Denisse. Desarrollo del niño. En: Centro de Desarrollo Infanto Juvenil CERIL. En línea. [Citado en Enero de 2011]. Disponible en: [http://ceril.cl/P5\\_Desarro\\_nino.htm](http://ceril.cl/P5_Desarro_nino.htm).

Todas y cada una de las dimensiones, biológica, psicológica, y social del ser afectan de forma negativa o positiva el desarrollo de los individuos.

La dimensión biológica plantea que cada persona es definida por las circunstancias específicas y cualidades que presenta, “el ser humano tiene condiciones como especie que están determinadas desde el momento de su nacimiento, como por ejemplo la estructura del cuerpo humano, ciertas características fenotípicas, el temperamento”<sup>15</sup>, entre otros; pero también el ordenamiento de ciertas cosas están determinadas por la herencia; factor fundamental en los estudios de los factores de riesgo para la aparición de los diferentes tipos de cáncer a los que se enfrenta un gran número de población a nivel mundial. Por otra parte la dimensión afectiva plantea que “sobre la estructura biológica se desarrolla una estructura psicológica a través de la cual penetran y se instalan las estructuras culturales, educativas y sociales; sobre tales dimensiones se desarrolla una nueva realidad integrada”<sup>16</sup>, y por ella y a través de ella, se involucran las realidades sociales y culturales que redimensionan en un contexto específico al individuo, es por ello que cada una de las personas que han sido diagnosticadas con Cáncer tienen una cierta forma de reaccionar ante la situación, asimilan la enfermedad y sus implicaciones de forma distinta.

La dimensión social del individuo tiene gran impacto en su desarrollo, ya se encuentra bajo la influencia del ambiente social en el que ha crecido. El individuo vive en un contexto social que lo pone en contacto desde su nacimiento con otros seres humanos, lo que implica prestar atención a otros individuos necesariamente presente, y la capacidad y necesidad de interacción afectiva con semejantes, es necesaria, sobre todo en el caso particular de los pacientes oncológicos, que requieren el apoyo necesario a nivel familiar y social para abordar la enfermedad, los tratamientos y sus implicaciones.

---

<sup>15</sup>Ibíd.,

<sup>16</sup>Ibíd.,

Teniendo en cuentas aspectos fundamentales de la intervención profesional con pacientes oncológicos, se toma como base lo planteado en el enfoque biopsicosocial, enmarcando la atención a esta población, visto como la forma de interpretar los diferentes fenómenos humanos desde un punto de vista relacional, en lo que tiene que ver con la persona y el contexto que considera importante, ya que no se puede ver al paciente y su enfermedad aparte de este, por ello se hace necesario conocer, comprender e intervenir en todas las esferas que hacen parte de su vida.

El enfoque Biopsicosocial de la salud plantea que los factores biológicos son condiciones necesarias, pero no las suficientes en el inicio de la enfermedad, puesto que son el resultado de complejas interacciones entre las condiciones biológicas, psicológicas y sociales. Este enfoque se utiliza en campos como la medicina, enfermería, psicología clínica y la sociología y en particular en ámbitos más especializados como la Psiquiatría, el Trabajo Social y la Psicología Clínica. En el siguiente cuadro se hace referencia de elementos fundamentales y conceptos del enfoque Biopsicosocial de la Salud. (Ver cuadro 4)

**Cuadro 4: Enfoque biopsicosocial de la salud**

CONCEPTO	ENFOQUE BIOPSIICOSOCIAL DE LA SALUD
Concepto de enfermedad	Significado simbólico de los síntomas (cultural, social y psíquico) que son expresiones de conflictos del sujeto con las exigencias externas (la cultura y la sociedad) e internas (pulsiones y deseos).
Tipo de causalidad	Multicausalidad estructural (constitución, disposiciones establecidas durante el desarrollo y contingencias sociales y personales). Estructura del sujeto (psicoanálisis estructuralista).

CONCEPTO	ENFOQUE BIOPSIICOSOCIAL DE LA SALUD
Modelo de atención	Atención centrada en la escucha de la subjetividad del paciente a través de la palabra.
Factores considerados en relación médico-paciente	Factores afectivos transferidos a la relación médico-paciente e identificaciones del paciente y del médico.
Epistemología y métodos de investigación	Escucha analítica en transferencia individual y grupal.

Fuente: VELASCO, Arias Sara. Evolución de los enfoques de género en salud intercesión de teorías de salud y teorías feministas. 2006<sup>17</sup>

Para las personas es importante tener claro el concepto de la enfermedad que se padece, sus posibles causas y consecuencias tópicos en los que juega un papel fundamental el modelo de atención que se tenga y la relación médico-paciente para establecer una buena y efectiva comunicación con el especialista, ya que tanto el médico como el paciente necesitan una información clara y concisa para planificar el cuidado y tratamiento a seguir. Lo anterior se constituye en una situación en la que existe dificultad frecuentemente a consecuencia de la tensión que suele existir en todo el proceso, generando que el paciente o su familia se sientan bloqueados y olviden plantear todas las dudas o inquietudes acerca de la enfermedad. Por otro lado, la preocupación o la sorpresa puede que produzcan emociones tan negativas que el paciente se olvide de las explicaciones que el profesional le ha dado. En ello es donde juega un papel crucial los profesionales en Trabajo Social, porque aunque no sea una función específica y no se tengan los conocimientos a nivel médico, se puede trabajar por los derechos y el bienestar de los pacientes, ya que entender las explicaciones sobre su enfermedad siempre ayudará al paciente y le permitirá participar y colaborar más activamente y con mayor seguridad en el tratamiento. Hay que tener en cuenta

<sup>17</sup>: VELASCO, Arias Sara. Evolución de los enfoques de género en salud intercesión de teorías de salud y teorías feministas. 2006. En línea. [Citado en Enero de 2011]. Disponible en internet: <http://www.inmujer.migualdad.es/mujer/programas/salud/teorias%20enfoque%20genero2006.pdf>.

que el enfoque psicosocial maneja los conceptos de asesoría, terapia y acompañamiento<sup>18</sup> en concordancia con esto, la salud debe ser entendida desde una mirada integral tal como lo expresa la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud “es el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales”.<sup>19</sup>

Hay que tener en cuenta además, que sobre la salud actúan diversos determinantes o factores, que son relevantes a la hora de delimitar su concepto, según la OMS existe un “conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones”<sup>20</sup>, los que hacen referencia a aspectos tan variados como los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos, los cuales tienen gran influencia en todo el proceso de la enfermedad y que afecta el éxito de los tratamientos, por ejemplo; la ocupación o actividad económica y los recursos con los que cuentan los pacientes, puede contribuir o dificultar el acceso a servicios de salud, pues las personas con cáncer en algunos casos tienen que desplazarse desde lugares apartados o tienen que realizar trámites administrativos para acceder a los servicios, además de las responsabilidades a nivel familiar que en muchos casos son sobrepuestos a la realización de los procesos terapéuticos.

La educación por ejemplo, puede contribuir que las personas tengan mayor conocimiento de la enfermedad y así mismo accedan a las opciones más favorables en pro de su bienestar, además pueden tener claridad sobre sus

---

<sup>18</sup>EQUITAS, recomendaciones para un trabajo con enfoque psicosocial en desaparición forzada y otras graves violaciones de los derechos humanos. Colombia. Abril, 2010. Pg. 2.

<sup>19</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Agenda de investigaciones. En línea [Citado Abril de 2012]. Disponible en: <http://www.cinu.mx /temas/salud/>.

<sup>20</sup>Ibíd.,

derechos como seres humanos y como pacientes, conocer los beneficios que les otorga la ley y hacerlos valer ante el sistema y ante los entes competentes.

Por otra parte y como factor fundamental en la aparición de la enfermedad, se encuentra los estilos de vida de las personas, estos definidos como “los patrones de comportamiento determinados por la interacción entre: características personales, interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales”<sup>21</sup>. El estilo de vida que tenga la persona con cáncer tiene gran impacto y repercute en la concepción de la enfermedad, en las decisiones que toma para tratar de superarla buscando mejorar sus condiciones tanto físicas como psicológicas, además de sobrellevarla pensando en su bienestar y en el de las personas que lo rodean. Los estilos de vida son el determinante que más influye en la salud y el más modificable mediante actividades de promoción de la salud o prevención de la enfermedad.

Según Lalonde (1974) “el medio ambiente; el ambiente físico como es el agua y alimentos, la contaminación del aire, transportes, el microambiente; la casa, la escuela, el trabajo, y el ambiente social; pobreza, desempleo, ignorancia, grado de desarrollo, nivel cultural, etc”<sup>22</sup> al igual que la calidad, la disponibilidad, la accesibilidad y los costos de los servicios de salud, son determinantes en la salud de la población, debido a ello, se hace necesario trabajar en la construcción de estrategias y políticas públicas que apunten a la prevención de la enfermedad, la mitigación de estos factores y que se dé cumplimiento a lo estipulado en la normatividad Colombiana, relacionada a la atención y protección de los pacientes oncológicos.

---

<sup>21</sup>Ibíd.,

<sup>22</sup>Ibíd.,

### 1.3. ENFOQUE DE DERECHOS

No existe una interpretación única del enfoque de derechos, de forma que los diversos actores del desarrollo han adoptado distintas definiciones y prácticas para la integración de los derechos en este campo. En el año 2003, el Sistema de Naciones Unidas acordó una Declaración de Entendimiento Común sobre el Enfoque Basado en Derechos, en la cual se establecen una serie de atributos fundamentales para el trabajo de cooperación y desarrollo de los organismos de la ONU<sup>23</sup>

- Las políticas y programas de desarrollo deben tener como objetivo principal la realización de los derechos humanos.
- Los programas de desarrollo deben fortalecer las capacidades de los titulares de obligaciones para cumplir con sus deberes y de los titulares de derechos para reclamar sus derechos.
- Las normas, estándares, y principios de derechos humanos contenidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos deben orientar la cooperación y programación de desarrollo en todos los sectores y en todas las fases del proceso de programación.<sup>24</sup>

Este enfoque define los objetivos del desarrollo en términos de realización de los derechos establecidos en los instrumentos nacionales, regionales e internacionales de derechos humanos, y estructura el trabajo de desarrollo en torno a los principios de inalienabilidad, indivisibilidad, interdependencia e interrelación de todo el conjunto amplio de derechos humanos civiles, políticos, económicos, sociales, culturales y colectivos.

---

<sup>23</sup>NACIONES UNIDAS El Desarrollo Basado en un Enfoque de los Derechos Humanos: Hacia una Comprensión Colectiva entre las Agencias de las Naciones Unidas. En línea. [citado en Enero de 2011]. Disponible en internet: <http://www.americalatinagenera.org/es>

<sup>24</sup> Ibíd.,

En relación con el enfoque Biopsicosocial y la importancia de éste, se toma como orientación teórica para el desarrollo de la práctica profesional el Enfoque de Derechos Humanos que surge a finales de los años 90 a partir del reconocimiento de los derechos como parte intrínseca del desarrollo, puesto que la acción profesional en este contexto específico apunta al fomento del respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales, el respeto de la igualdad de derechos de todos, sin distinciones por motivo de raza, sexo, idioma o religión, y la cooperación internacional para resolver los problemas internacionales de carácter económico, social, cultural o humanitario<sup>25</sup>.

En cuanto la labor profesional en el marco de los derechos humanos la Federación Internacional De Trabajadores Sociales (FITS) establece en el código de ética profesional que en el ámbito de Derechos Humanos y Dignidad Humana, en donde se plantea que el Trabajo Social se basa en el respeto al valor y dignidad inherentes a toda persona, y a los derechos que de ello se desprenden. Los trabajadores sociales deben apoyar y defender la integridad y bienestar físico, psicológico, emocional y espiritual de cada persona. Lo que implica:

1. Respetar el derecho a la autodeterminación- Los trabajadores sociales deben respetar y promover el derecho de las personas a elegir por sí mismos y a tomar sus propias decisiones, sea cuales sean sus valores y opciones de vida, siempre que no amenacen los derechos e intereses legítimos de otros.
2. Promover el derecho a la participación- los trabajadores sociales deben promover el compromiso pleno y la implicación de los usuarios para reforzarles en la toma de decisiones y acciones que afectan a sus vidas

---

<sup>25</sup> NACIONES UNIDAS. Asamblea General. Declaración de Milenio. Valores y Principios No. 4. En línea 2000. [citado en Enero de 2011]. Disponible en internet: <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>.

3. Tratar a cada persona como un todo- los trabajadores sociales deben intervenir con la persona en su totalidad, con la familia, la comunidad, y el entorno social y natural, y tener en cuenta todos los aspectos que influyen en la vida de una persona
4. Identificar y desarrollar sus fortalezas. Los trabajadores sociales deben concentrarse en el potencial de las personas, grupos y comunidades y promover su empoderamiento.<sup>26</sup>

De este modo, el enfoque de los derechos puede ser una perspectiva para guiar la acción e intervención profesional en el campo de la salud, encaminados a trabajar por la satisfacción de aquellas carencias sociales que se han visto agravada o provocadas por la enfermedad<sup>27</sup>. El objetivo principal del trabajo social con pacientes oncológicos “es entender los efectos que provoca la enfermedad tanto a nivel personal, familiar, como social, teniendo en cuenta las diferentes influencias socioculturales y dotar de los medio necesarios para resolverlos, a la vez que prevenirlos”<sup>28</sup>. En esta labor es importante trabajar para identificar los aspectos que pueden entorpecer el proceso de aceptación, tratamiento y superación de la enfermedad y buscar estrategias para mitigarlos, además, dotar a la población de la información relevante para mejorar su salud y su calidad de vida, y empoderarla en la defensa de sus derechos como seres humanos y como pacientes.

Uno de los principales derechos que se plantean en el ámbito de la enfermedad oncológica es el derecho a vivir digna y plenamente, este es un derecho inherente a la condición humana, no puede pensarse en abstracto, sino que su contenido se expresa en determinada calidad de vida, transitada con dignidad y un mínimo ético de justicia. Otro derecho fundamental por el cual trabajar es el derecho a la

---

<sup>26</sup>FEDERACION INTERNACIONAL DE TRABAJO SOCIAL. Código de ética profesional. En línea [Citado Abril de 2012]. Disponible en: [http://www3.unileon.es/ce/ets/ficheros/Codigo\\_FITS.pdf](http://www3.unileon.es/ce/ets/ficheros/Codigo_FITS.pdf)

<sup>27</sup>BORRÁS, J María. Modelo de Trabajo Social en la atención oncológica. Institut català de oncology. Català. 2004. p. 11

<sup>28</sup>Ibíd.,

integridad psicofísica; pues la integridad de una persona se expresa en una relación equilibrada entre los elementos corporales, psicosociales e intelectuales de su vida, por la que ningún elemento es desproporcionado en relación con los demás"<sup>29</sup>

Los pacientes con cáncer tienen derecho a elegir y cambiar libremente de profesionales e instituciones de acuerdo con la normativa legal, además tienen derecho a solicitar una segunda opinión de otro profesional en cualquier fase de su enfermedad. Ya que "los tratamientos médicos pueden afectar la vida, la salud y la integridad psicofísica de los pacientes y cabe la posibilidad de que aparezcan intereses en conflicto: la salud, la integridad corporal y la libertad de decisión. La regla que impide actuar sin la voluntad favorable del enfermo pierde efectividad cuando los pacientes no están en condiciones de consentir".<sup>30</sup>

Dentro de este marco, todos los pacientes tienen derecho a la calidad de vida, a la integridad física y psíquica, a la dignidad, al respeto a su intimidad, a sus valores e ideas morales, culturales, filosóficas, ideológicas y religiosas, no siendo discriminados por ello. Los pacientes de cáncer en general, tienen derecho a recibir todos los servicios clínicos necesarios y adecuados con sus necesidades de manera eficaz y eficiente, de igual manera, contar con el apoyo psicosocial necesario, pues tanto el paciente al igual que su núcleo familiar necesitan asesoramiento, apoyo en la etapa diagnóstica, durante y después del tratamiento de la enfermedad, trabajando para alcanzar un óptimo bienestar de esta población.

---

<sup>29</sup> KRAUT, Jorge Alfredo. "Los derechos de los pacientes". Abeledo-Perrot, Buenos Aires, 1997. **.En:** CEDARO, Liliana Beatriz. Los derechos de los pacientes oncológicos. Posadas, Provincia de Misiones. En línea [Citado en Abril 10 del 2012]. Disponible en <http://www.cancerteam.com.ar/dere002.html>

<sup>30</sup> *Ibíd.*,

#### **1.4. LA RESILIENCIA COMO FACTOR INFLUYENTE EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

La adherencia terapéutica se considera el concepto más adecuado, dentro de los propuestos hasta el momento, para describir la respuesta positiva del paciente a la prescripción realizada a nivel médico, implicando aspectos psicológicos.

Una conducta compleja que consta de una combinación de aspectos propiamente comportamentales, unidos a otros relacionales y volitivos que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta con el profesional de la salud, y la siguiente respuesta modulada por una búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado esperado".<sup>31</sup>

El concepto de adherencia hace referencia a una gran diversidad de conductas, las que transitan desde formar parte en un programa de tratamiento y continuar con él, hasta desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo, y acudir a las citas con los profesionales de salud.<sup>32</sup>

Este no es un fenómeno unitario, sino múltiple y complejo, por los numerosos factores implicados como determinantes de la conducta de cumplimiento, entre los que se incluyen los aspectos psicológico, familiares, y sociales del paciente. Dentro de ellos se reconocen las creencias del paciente asociadas a la percepción de amenaza a la salud ocasionadas por una enfermedad, la estimación del riesgo a enfermarse, la representación mental acerca de su enfermedad, sus

---

<sup>31</sup>MARTÍN Alfonso L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. En: Salud Pública. 2004. No.30, p. 4.

<sup>32</sup> PÉREZ Ferrer V. Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas y de salud. Concepto y factores psicosociales implicados. 1995. p.7.

expectativas, la motivación por su salud, los conocimientos acerca de la enfermedad, los afrontamientos y el apoyo social, entre otros<sup>33</sup>.

Además se plantea que la adherencia es un fenómeno multidimensional determinado por principalmente por cinco factores: el paciente, la enfermedad, la Terapia/fármaco, el Sistemas de salud y el factor social y/o económico. Estos factores puede establecerse que se interrelacionan en todo el proceso de la enfermedad, es necesario hacer hincapié en los efectos potencialmente negativos que en el ámbito psicológico produce este diagnóstico en el paciente y su familia, sobre todo aquellos que se centran en las relaciones interpersonales, familiares, laborales, etc.

El paciente según sus condiciones a nivel psicológico, emocional, familiar, económico y social puede tener cierto grado de aceptación y éxito en la toma de los tratamientos, cada persona es única y tiene a manifestarse ante la enfermedad de manera diferente. En el momentos de ser diagnosticada la enfermedad, la incertidumbre del futuro próximo, los cambios a nivel de los estilos de vida son unas de las mayores preocupaciones, al punto de generar diversas reacciones ante la nueva realidad, las personas pueden experimentar miedo de los procesos médico, de los posibles cambios a nivel de relaciones personales, familiares, laborales, o miedo la posibilidad de enfrentarse a la muerte, además de esto, se presenta la negación como un mecanismo de defensa que emerge como consecuencia del miedo, expresado por un deseo de no querer saber nada acerca de la enfermedad y de no querer hablar de ella. Por otra parte se pueden presentar sentimientos de culpabilidad por los posibles factores que hayan influido en la aparición de la enfermedad, o aislamiento encerrándose en sí mismo, evitando el contacto y comunicación con los demás, experimentando estados de depresión y tristeza, lo cual puede llegar a ser una situación también difícil y dura para amigos y familiares .Todo este cúmulo de estrés puede ser causa más que

---

<sup>33</sup> *Ibíd.*,

suficiente para provocar las reacciones y síntomas que influyen en el éxito de los tratamientos.

El factor social puede favorecer la salud creando un ambiente que mejore el bienestar y la autoestima de la persona y contribuir a amortiguar los efectos negativos de acontecimientos estresantes que se producen en la vida de las personas con Cáncer. Saber que se tiene acceso a personas competentes y que ofrecerán ayuda en el momento preciso, deviene elemento facilitador importante de la salud. Este apoyo puede contribuir a incrementar la ejecución de los tratamientos, pues anima al paciente a mantener el régimen médico y ejecutar acciones para volver a la vida normal y ayuda a proporcionarle un contraste entre la buena salud de los otros y la suya que contribuya a motivarlo para poner en práctica las recomendaciones dadas, además el hecho de saber que no está solo y que existen personas en la misma situación que han superado problemas semejantes puede ser motivo de esperanza para la superación de la enfermedad. En todo este proceso de aceptación de la enfermedad y el éxito de la adherencia a los tratamientos interviene un factor denominado resiliencia.

Debido a que el cáncer es una enfermedad que afecta a todas las esferas de la vida de una persona, no sólo en el momento del diagnóstico, sino a lo largo de todo el proceso, incluso durante años después de haberlo padecido generando repercusiones emocionales del mismo, las personas que son diagnosticadas de un cáncer se enfrentan con muchas circunstancias desde el propio diagnóstico, los diferentes tratamientos que se les aplican, los efectos de éstos, temor a un nuevo proceso de enfermedad. La información recogida en diferentes estudios a nivel internacional muestra que más del 50% de los pacientes presentan signos y síntomas psicopatológicos, debido al elevado nivel de estrés al que deben hacer

frente durante, pero también después de su enfermedad y que disminuyen su calidad de vida.<sup>34</sup>

Ante un acontecimiento traumático, como en este caso puede ser el diagnóstico de una enfermedad con grandes implicaciones como lo es el cáncer, la persona puede responder de diferentes formas:

(1) Trastorno: como puede ser un trastorno por estrés postraumático u otras patologías. (2) Trastorno retardado: no desarrolla una patología en un primer momento y puede hacerlo después. (3) Recuperación: muestra síntomas disfuncionales de estrés en un primer momento, pero se produce una recuperación natural. (4) Resiliencia: la persona no experimenta síntomas disfuncionales ni ve interrumpido su funcionamiento normal, permanece en niveles funcionales a pesar de la experiencia traumática. (5) Crecimiento postraumático: posibilidad de aprender y crecer ante situaciones adversas.<sup>35</sup>

La resiliencia es definida como “la capacidad de personas o grupos a afrontar adversidades de la vida con éxito y salir incluso fortalecidos”<sup>36</sup>, por lo cual puede entenderse como esa capacidad que tienen los seres humanos de seguir adelante a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difícil, esto por circunstancias nacientes que repercutan en su estilo de vida; además es una capacidad que resulta de un proceso dinámico y evolutivo enmarcado por el contexto personal y social, ya que es el producto de la interacción entre el propio sujeto y su entorno.

---

<sup>34</sup> ESPARZA, Teresa. Artículos Psicología. Resiliencia y cáncer. En línea. [(citado abril de 2012). Disponible en: [http://www.p psicoencuentro.com/articulo\\_de\\_psicologia.php?idarticulo=139&idioma=1](http://www.p psicoencuentro.com/articulo_de_psicologia.php?idarticulo=139&idioma=1)

<sup>35</sup> *Ibíd.*

<sup>36</sup> *Ibíd.*

Como profesionales de Trabajo Social es preciso tener en cuenta que cada persona posee facultades, emociones y sobre todo fortalezas que influyen de forma positiva, las cuales son el mejor método para enfrentar los momentos adversos de la vida, es así como la seguridad en sí mismo y en la propia capacidad de afrontamiento, el apoyo social, específicamente ayudan en el proceso de afrontamiento de la enfermedad, además que el entorno en el cual se encuentran los pacientes oncológicos favorece o limita las respuestas resilientes. Es de allí la importancia del rol del trabajador social, para encontrar nuevas herramientas, que subyacen las heridas que estas enfermedades crean en el ser humano y así brindar nuevas estrategias que generen una mejor calidad de vida a través de la búsqueda de nuevos focos de intervención.

Las diferencias en los niveles de apoyo social, o la percepción del apoyo son variables importantes en el impacto del paciente con cáncer y su recuperación. El apoyo social provee los recursos a través de una red social compuesta por los miembros de la familia, los amigos, compañeros del trabajo, otros pacientes, profesionales de la salud, etc. Este recurso es imprescindible en tiempos de crisis convirtiéndose en una herramienta de apoyo para la expresión de emociones y la búsqueda de información de manera general. Los beneficios del apoyo social “inciden de manera directa en las cogniciones, emociones y conductas de los enfermos y de manera indirecta se convierten en un lastre de las emociones negativas generadoras de estrés, proveyendo al individuo de estilos de afrontamiento favorables que se convierten en la fuente de prácticas emocionales de apoyo, es la percepción del apoyo social una medida donde a través de la cohesión familiar y la

frecuencia de los contactos sociales, se puede predecir las respuestas efectivas del organismo frente a la enfermedad.<sup>37</sup>

El cáncer es una enfermedad que tiene una connotación a nivel cultural la cual despierta miedo. A él se asocia la idea del deterioro, sufrimiento y muerte. Este temor genera creencias que a su vez devienen en los prejuicios subyacentes que sustentan actitudes de ocultamiento, distanciamiento y segregación. La esperanza y calidad de vida son nociones diferentes<sup>38</sup>. Hoy es posible prolongar la vida y es un hecho notable, que se logró gracias a la alta especialización de la ciencia. Pero cuando se habla de la calidad se torna necesario identificar las distintas dimensiones y sentidos posibles. La forma en que el paciente con cáncer, aborde su enfermedad repercutirá en su estado de salud, de forma favorable o desfavorable dependiendo de la situación o el estado que adopte la persona en esa situación<sup>39</sup>. El tratamiento juega un papel importante en la recuperación de pacientes con cáncer, esto ayuda a que el paciente tenga una mejor calidad de vida al sobrellevar la enfermedad. Constatar con las personas que padecen cáncer las dificultades que enfrenta y las repercusiones a nivel emocional que implican, le hace sentirse comprendido, tomado en cuenta, menos solo y menos distinto a los demás, lo cual le permite ir descubriendo y haciendo uso a la vez de sus capacidades y potencialidades para enfrentar su proceso de recuperación y pensar formas de dar soluciones a sus problemas.

En las últimas décadas han sido numerosas las investigaciones que se han llevado a cabo con el objeto de analizar los factores psicológicos y sociales implicados en el proceso de esta enfermedad para contribuir a la aceptación de la

---

<sup>37</sup> BROCHE, Pérez Yunier, MEDINA Walter Resiliencia y Afrontamiento: Una Visión Desde La Psicooncología .2º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis. 2011. En línea [citado 20 de abril de 2012]. Disponible en: [www.interpsiquis.com](http://www.interpsiquis.com)

<sup>38</sup> TORRES, Carmen Yamid, GALVIS Irayda. La Resiliencia como alternativa terapéutica en paciente Oncológico, Universidad de Pamplona. 2007. Pg 10. En línea [citado 15 de abril de 2012]. Disponible en: <http://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/hermesoft/portallG/home.pdf>

<sup>39</sup> Ibíd.

enfermedad y realización de los tratamientos, factor crucial para la superación de la enfermedad oncológica, labor en la que aporta de manera significativa el Trabajo social ya que no se debe aislar las condiciones propias del individuo sino manejar su contexto, trabajando por su bienestar y en pro de sus derechos.

## 2. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA

El cáncer es un problema creciente de salud tanto en Colombia como en el mundo, con importantes repercusiones en el bienestar de la población, la actividad productiva y en el costo del sistema de salud. En los informes de mortalidad hechos en el mundo se considera que los tumores malignos son los responsables de un alto porcentaje de muertes, siguiendo de las enfermedades cardiovasculares. “Hoy en día, el cáncer causa 7 millones de muertes cada año, lo que corresponde al 12.5% del total de las defunciones en el mundo, además, 11 millones de persona son diagnosticadas cada año, la mayoría en los países en desarrollo, y se estima que esta cifra se incrementará hasta 16 millones de personas en el año 2020.”<sup>40</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud, el cáncer es la primera causa de mortalidad a nivel mundial; se le atribuyen 7,6 millones de defunciones ocurridas en 2008 (aproximadamente, un 13% del total)<sup>41</sup>, ciertas infecciones causan hasta un 20% de las muertes por cáncer en los países de ingresos bajos y medianos, y un 9% en los países de ingresos altos. Más del 30% de las defunciones por cáncer son prevenibles. Además plantea que los principales tipos de cáncer son el de pulmón con 1,4 millones de defunciones, el gástrico con 740 000 defunciones, hepático con 700 000 defunciones, colorrectal con 610 000 defunciones y el cáncer de mama con 460 000 defunciones”.<sup>42</sup>

---

<sup>40</sup> PLAN DE INTERVENCION COMUNICACIONAL DE PROMOCION Y PREVENCION DEL CÁNCER. Perú. Marzo 2007. En línea. [Citado en: 25 de abril de 2012]. Disponible en: [http://www.regionosaludmoquegua.gob.pe/comuni/P\\_CANCER.pdf](http://www.regionosaludmoquegua.gob.pe/comuni/P_CANCER.pdf)

<sup>41</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Cáncer. Nota descriptiva N°297 Febrero de 2011. En línea. Citado en: 12 de abril de 2012]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>.

<sup>42</sup> *Ibíd.*

Haciendo un recorrido histórico de la incidencia del cáncer, según las estimaciones de la Agencia Internacional para la Investigación En Cáncer (IARC)<sup>43</sup> en el año 2002 se presentaron en Colombia cerca de 70.750 casos nuevos de cáncer, en el 2005 se registraron 30.693 defunciones por esta enfermedad, las cuales representaron el 16.3% del total de defunciones; de éstas 15.195 fueron de hombres y 15.498 en mujeres, con una tasa de mortalidad de 71,8 por 100.000 y 71.6 por 100.000 respectivamente, esto mostrando que la frecuencia de defunciones por cáncer se da proporcionalmente en hombres y mujeres.

En adultos hombres las principales patologías presentadas son: el cáncer de estómago, pulmón, próstata, colon y recto y mientras que para el caso de mujeres son el cáncer de cuello uterino, mama, estómago y pulmón, para el caso de los niños y niñas se presenta principalmente leucemia, los tumores del sistema nervioso central y los linfomas.

Analizando el comportamiento del cáncer a nivel geográfico y social, como se plantea en el Plan Nacional para el Control de Cáncer en Colombia, se presentan diferencias y desigualdades en el comportamiento de los diferentes cánceres, así por ejemplo el cáncer de cuello uterino afecta principalmente a las poblaciones más alejadas y pobres; en el periodo 2000 a 2002, 42.8%<sup>44</sup> de las defunciones por este tipo de cáncer se dieron en mujeres que pertenecían al régimen subsidiado, lo cual visualiza una de las principales problemáticas que se da a nivel general en las poblaciones más vulnerables, la cual es la falta o deficiente información y educación en torno a aspectos preventivos. .

---

<sup>43</sup> MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Plan nacional para el control del cáncer en Colombia 2010-2019. Bogotá, Febrero 2010. En línea. [Citado en: 25 de abril de 2012]. Disponible en: <http://www.cancer.gov.co/documentos/Plannacionalparacontrolcancer/PlanParaControlCancer.pdf>

<sup>44</sup> *Ibíd.*, p.10.

Por otra parte según las estadísticas informadas por el Departamento Nacional de Estadística (DANE) para el departamento de Santander en el año 2001, se presentaron 868 muertes por lesiones tumorales (415 hombres y 453 mujeres), siendo de Bucaramanga 525 casos (255 hombres y 270 mujeres), Floridablanca 162 (69 hombres y 93 mujeres), Girón 92 (44 hombres y 48 mujeres), y de Piedecuesta 89(47 hombres y 42 mujeres).<sup>45</sup> Además, plantea que las lesiones que mayor número de muertes causan en toda la población son en orden de frecuencia el cáncer de estómago, pulmón y cuello uterino.

Específicamente en el caso del área metropolitana de Bucaramanga, las tasas de incidencia del cáncer excepto de piel, reportados para el periodo de 2000-2004 fueron de 98.1 casos nuevos por 100.000 hombres y 120 casos por 100.000 en mujeres<sup>46</sup> reflejando que incidencia de muertes en mujeres que en hombres a causa de ésta enfermedad.

Para vislumbrar la magnitud de esta problemática según los resultados de la investigación realizada por la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, se estipula que para este periodo comprendido del año 2000-2004 se registraron 7,691 casos, incluyendo cáncer de piel no melanoma, carcinomas in situ, tumores benignos de sistema nervioso central y neoplasia intraepitelial severa de cuello uterino. “Las lesiones tumorales malignas infiltrantes detectadas en estos cinco años son 6,425 casos, lo que da un promedio de 1,290 casos nuevos por año. Registrándose además un incremento promedio de 7.0% en el número de casos nuevos”<sup>47</sup>. Visualizando la situación presentada por género se observa que en los hombres es el cáncer de próstata el más común

---

<sup>45</sup> DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, Mortalidad en Colombia 1995-1999. Bogotá DANE, 2000. En línea. [Citado en: 13 de abril de 2012]. Disponible en: [http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/Estadisticas\\_vitales.pdf](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/Estadisticas_vitales.pdf)

<sup>46</sup> URIBE, Claudia, MEZA, Erika. Incidencia del Cáncer en Bucaramanga. Informe del primer quinquenio del Registro Poblacional de Cáncer del Área Metropolitana de Bucaramanga. 2007. p. 108 línea. [Citado en: 13 de abril de 2012]. Disponible en:

<http://132.248.9.1:8991/hevila/Medunab/2007/vol10/no3/1.pdf>

<sup>47</sup> *Ibíd.*,

constituyendo un poco más de un cuarto de la totalidad de casos presentados en este sexo, con el 25.9% de todos los casos; seguido por cáncer de estómago, cáncer de piel, cáncer de colon y recto. En caso específico de las mujeres es el cáncer de glándula mamaria el más frecuente con el 25.0% de todos los casos detectados; en segundo lugar está el cáncer de cuello uterino y los tumores de colon y recto.

Además del incremento de la mortalidad por cáncer, los tipos específicos de la enfermedad no han tenido mayor variación en los últimos 40 años<sup>48</sup>. El cáncer de estómago, de cuello uterino, de mama y de pulmón, continúan siendo los problemas más relevantes dentro del espectro de mortalidad, a pesar de que para el control de algunos de éstos, como el cáncer de cérvix, el país ha desarrollado una estrategia amplia e invertido recursos considerables en el sistema de salud.

Los datos del registro del Instituto Nacional de Cancerología-ESE, muestran que el tipo de cáncer varía de acuerdo con la afiliación al sistema (afiliación al régimen contributivo en pacientes con cáncer de cuello uterino 18,7%, de piel 31,3%, de mama 37%, de estómago 22,4%, sistema hematopoyético 21,6%)<sup>49</sup> y entre estadios clínicos (mayor proporción de casos en estadios avanzados en la franja de no asegurados). Adicionalmente, los patrones geográficos de mortalidad presentan comportamientos diferentes para las distintas localizaciones anatómicas del cáncer.<sup>50</sup>

Para el año 2010 el Instituto Nacional de Cancerología establece la mortalidad de cáncer según edad y causa, como se evidencia en el cuadro 5.

---

<sup>48</sup> *Ibíd.*,

<sup>49</sup> INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA. *Op. cit.*,

<sup>50</sup> *Ibíd.*,

**Cuadro 5: Mortalidad por enfermedades neoplásicas y grupos de edad, según causa de defunción Colombia. 2010**

Causa básica de defunción*	Grupos de edad (años)					Total
	De 0 a 14	De 15 a 44	De 45 a 54	De 55 a 64	De 65 y más	
Enfermedad por VIH	0	1	1	0	0	2
Tumores malignos de labio, boca y faringe	0	1	3	2	21	27
Tumor maligno del esófago	0	4	3	3	20	30
Tumor maligno del estómago	0	13	21	23	61	118
Tumor maligno del colon recto y ano	0	10	16	19	37	82
Tumor maligno del hígado y vía biliar intrahepática	0	0	1	1	3	5
Tumor maligno del páncreas	0	2	7	8	7	24
Tumor maligno de la laringe	0	0	3	4	12	19
Tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón	0	1	8	3	30	42
Melanoma maligno de la piel	0	3	1	6	4	14
Tumor maligno de la mama	0	23	40	23	29	115
Tumor maligno del cuello del útero	0	30	19	22	14	85
Tumor maligno de otros sitios del útero	0	1	3	4	7	15
Tumor maligno del ovario	0	4	10	10	8	32
Tumor maligno de la próstata	0	0	4	8	37	49
Tumor maligno de la vejiga urinaria	0	1	0	4	13	18
Tumor maligno de meninges, encéfalo, y resto SNC	1	3	6	6	2	18
Linfoma no Hodgkin	0	8	11	14	31	64
Mieloma múltiple y tumores malignos de células plasmáticas	0	0	7	3	9	19
Leucemia	14	24	10	10	19	77
Resto de tumores malignos	11	53	22	39	86	211
Anemias	0	1	0	1	0	2
Diabetes mellitus	0	0	0	1	1	2
Enfermedades hipertensivas	0	0	0	1	3	4
Enfermedades crónicas de las vías resp. Inferiores	0	0	0	0	1	1
Todas las demás enfermedades	0	6	4	6	10	26
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>189</b>	<b>200</b>	<b>221</b>	<b>465</b>	<b>1.101</b>

Fuente: INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA. Mortalidad por grandes grupos de edad, según causa de defunción Colombia. 2010

Para el año 2010 para Colombia el total de defunciones por enfermedades neoplásicas fueron 1.101 de las cuales se presentaron mayores defunciones en el grupo poblacional de 65 años de edad en adelante, seguido por la población de 55 a 64 años, en lo cual repercute los estilos de vida llevados en todo el proceso de desarrollo. Se verifica que las principales patologías son el cáncer de mama y el cáncer de estómago.

En el caso específico de Santander, la incidencia del cáncer también tiene gran impacto tanto en hombres como en mujeres, pues es una de las principales causas de muerte del departamento. En el siguiente cuadro se presentan las

principales causas de mortalidad por esta enfermedad según sexo para el periodo de 2000 a 2004. (Ver cuadro 6)

**Cuadro 6: Mortalidad por cáncer en Santander, primeras causas según sexo. 2000- 2004**

Mortalidad por cáncer, primeras causas, según departamento de residencia y sexo, Colombia 2000-2004					
Departamento de residencia	Sexo	Primeras causas de mortalidad por cáncer	Muertes	Tasa cruda por 100.000	TAE por 100.000
Santander	Hombres	Tumor maligno de esófago	153	3,2	3,8
		Tumor maligno de estómago	666	14,0	16,4
		Tumor maligno de colon, recto y ano	218	4,6	5,4
		Tumor maligno de hígado	192	4,0	4,9
		Tumor maligno de páncreas	96	2,0	2,4
		Tumor maligno de laringe	86	1,8	2,3
		Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	422	8,9	10,6
		Tumor maligno de próstata	533	11,2	12,2
		Tumor maligno de encéfalo y otros de SNC	127	2,7	3,0
		Linfomas no Hodgkin	113	2,4	2,7
		Leucemias	222	4,7	4,9
		Resto de cánceres	810	17,1	19,5
	Todos los cánceres	3.638	76,6	88,1	
	Mujeres	Tumor maligno de estómago	430	8,9	8,8
		Tumor maligno de colon, recto y ano	272	5,6	5,4
		Tumor maligno de hígado	215	4,4	4,4
		Tumor maligno de vesícula biliar	139	2,8	2,8
		Tumor maligno de páncreas	116	2,4	2,3
		Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	240	4,9	5,1
		Tumor maligno de mama de la mujer	448	9,2	9,8
		Tumor maligno del cuello del útero	479	9,8	10,2
		Tumor maligno de ovario y otros anexos	138	2,8	2,9
Tumor maligno de encéfalo y otros de SNC		103	2,1	2,2	
Leucemias	203	4,2	4,1		
Resto de cánceres	847	17,3	17,3		
Todos los cánceres	3.635	74,4	75,3		

**Fuente:** INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA, Mortalidad por cáncer en Santander, primeras causas, según sexo. 2000- 2004

La situación de mortalidad según las causas en los últimos años por causa de cáncer no ha variado significativamente. En relación a los hombres del departamento mueren principalmente por cáncer de estómago, próstata y pulmón; en el caso de las mujeres las principales causas con el cáncer de mama, cervix y estómago.

Teniendo en cuenta el impacto que tiene el cáncer en las personas, su familia y para la sociedad, es necesario adoptar las medidas pertinentes que eviten el incremento de los casos, considerando la adquisición de hábitos saludables en las

diferentes etapas de la vida, haciendo énfasis en la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento inmediato. “La promoción a través de la educación para la salud y el fomento de estilos de vida saludables, incide sobre los factores determinantes de la salud anticipándose a la aparición de riesgos en la población a fin de evitar el incremento de enfermedades neoplásicas.”<sup>51</sup>

Actualmente existe una carencia en los procesos de información y educación de las enfermedades neoplásicas, sobre todo en lo relacionado con los riesgos cancerígenos originados por agentes ambientales, consumo de tabaco, abuso de alcohol y agentes infecciosos<sup>52</sup>, además, muchas de las personas con esta enfermedad desconocen los servicios de salud, sus derechos como pacientes, y no son orientados en relación a estos temas. Esto puede ser generado por aspectos específicos del contexto en que se encuentran las personas, influyendo factores socioeconómicos y culturales.

Sin embargo para la prevención y el tratamiento del cáncer, a nivel internacional y nacional existe una normatividad que rige la atención en salud, en diferentes ámbitos, y contribuyen a la atención integral de la población con enfermedades neoplásicas.

## **2.1 CONTEXTO INTERNACIONAL**

El cáncer ha sido una enfermedad presente a lo largo de la historia, para el siglo XX muchos de los estados a nivel mundial empezaron a percibirla como una enfermedad de carácter político-económica, más que como un problema únicamente a nivel de salud, esto, al convertirse en un problema no solo del

---

<sup>51</sup> *Ibíd.*,

<sup>52</sup> *Ibíd.*,

individuo o de la familia, sino del Estado mismo. Además por sus características a nivel biológico y social, del alto grado de complejidad que tiene, su tratamiento y curación se haya ligado a un gran número de variables y aspectos específicos que la incluyen en patologías de alto costo, lo cual implica una carga para el sistema de salud y principalmente en el Estado. Por ello se ha trabajado a nivel internacional, para generar legislación que apunte a la protección de las personas diagnosticadas con esta enfermedad, en el marco de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

Como principal mecanismo de protección para la población con cáncer se encuentra la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la cual considerada como “un conjunto de facultades e instituciones que, en cada momento histórico, concretan las exigencias de dignidad, libertad e igualdad, las cuales deben ser reconocidas positivamente por los ordenamientos jurídicos a nivel nacional e internacional”.<sup>53</sup>

La Asamblea General Proclama La Presente Declaración Universal De Derechos Humanos como ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre los pueblos de los Estados Miembros como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción.<sup>54</sup>

---

<sup>53</sup> PÉREZ Luño. Derechos humanos, estado de derecho y constitución”. Ed. Tecnos Madrid: 1984. p.56.

<sup>54</sup> NACIONES UNIDAS. Asamblea General. Declaración de Milenio. Valores y Principios No. 4. En línea 2000. [citado en Enero de 2011]. Disponible en internet: <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>

En relación al ámbito de la salud, el Artículo 25 establece que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”<sup>55</sup>

Partiendo de que todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí, sin lugar a dudas, el derecho a la vida es el principal y básico de todos los derechos humanos reconocidos. Pero también se reconoce el derecho a un estándar de vida adecuado, a un estado de salud integral en aspectos físicos, mentales y emocionales. No solo basta que el estado de a su población los servicios de salud, también se debe velar porque estos sean de calidad, se ofrezcan oportunamente, y que el mismo sistema no vulnere los derechos de los usuarios entorpeciendo la efectividad de los procesos.

Además de la declaración Internacional de los Derechos Humanos, El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales PIDESC, también está encaminado hacia la protección del derecho a la salud de la población a nivel mundial. Este es un tratado multilateral general que reconoce derechos de segunda generación y establece mecanismos para su protección y garantía, que fue “adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante la Resolución 2200A (XXI), de 16 de diciembre de 1966 y entró en vigor el 3 de enero de 1976 compromete a las partes a trabajar para la concesión de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas, incluidos los derechos laborales y los derechos a la salud, la educación y un nivel de vida adecuado.”<sup>56</sup>

---

<sup>55</sup> NACIONES UNIDAS. Declaración universal de los derechos humanos. En línea. [Citado en Diciembre de 2010]. Disponible en internet: <http://www.un.org/es/documents/udhr/index.shtml#a25>

<sup>56</sup> NACIONES UNIDAS. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Diciembre de 1966. En línea. [Citado en Diciembre de 2010]. Disponible en: <http://www.cinu.org.mx/onu/documentos/pidesc.htm>

El PIDESC contiene el artículo más completo sobre el derecho a la salud de toda la legislación internacional relativa a los derechos humanos. En el párrafo 1 de su artículo 12 establece que “Los Estados Partes reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”<sup>57</sup>, mientras que en el párrafo 2 de ese mismo artículo se enumeran algunas medidas como lo son “la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños y niñas; el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”<sup>58</sup>

Como es establecido en este y en otros pactos y protocolos, toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, el derecho a la salud entendida como “el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”<sup>59</sup>, debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud, y de debe brindar las garantías necesarias para lograrlo, , por ello, se plantea que todos los establecimientos, bienes y servicios en esta área, deberán estar concebidos para respetar y contribuir a mejorar del estado de salud de sus usuarios, partiendo de criterios de disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad.

Tanto el Estado como el Sistema General de la Seguridad Social en Salud en Colombia deben garantizar el derecho de acceso sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados, en el caso específico de los pacientes oncológicos, se debe facilitar el acceso a los procesos necesarios para el diagnóstico, los medicamentos

---

<sup>57</sup> *Ibíd.*,

<sup>58</sup> *Ibíd.*,

<sup>59</sup> *Ibíd.*,

esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS, los tratamientos pertinentes para el abordaje de la enfermedad, y no menos importante el acompañamiento psicosocial para mitigar las problemáticas a nivel personal y social generados a raíz de la enfermedad, con el fin de contribuir en la calidad de vida de esta población. Por otra parte, es de suma importancia el adoptar y aplicar estrategias y planes de acción a nivel nacional de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población.

## **2.2 NORMATIVIDAD NACIONAL**

Uno de los aspectos que motivan la formulación de acciones para la mitigación y control de las enfermedades es la posibilidad que tienen las enfermedades crónicas de ser prevenidas, se estima que cerca del 70% de las cardiopatías, los accidentes cerebro vasculares y las diabetes tipo 2, así como el 30% de los cánceres son prevenibles.<sup>60</sup> A nivel nacional las leyes, normas y políticas sociales que orientan el accionar tanto de las IPS y las EPS para la atención a pacientes oncológicos en los diferentes regímenes se basan en principios constitucionales.

La constitución Política de Colombia de 1991 la cual rige todo el funcionamiento del estado Colombiano, manifiesta en su preámbulo que

En ejercicio de su poder soberano, representado por sus delegatarios a la Asamblea Nacional Constituyente, invocando la protección de Dios, y con el fin de fortalecer la unidad de la Nación y asegurar a sus

---

<sup>60</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, prevención de enfermedades crónicas; una inversión vital. Ginebra. 2005. En línea [citado 14 de abril de 2012]. Disponible en <http://www.cancer.gov.co/documentos.pdf>

integrantes la vida, la convivencia, el trabajo, la justicia, la igualdad, el conocimiento, la libertad y la paz, dentro de un marco jurídico, democrático y participativo que garantice un orden político, económico y social justo, y comprometido a impulsar la integración de la comunidad latinoamericana, decreta, sanciona y promulga la siguiente La constitución Política de Colombia<sup>61</sup>

En la Constitución Política de Colombia se contempla la salud como un servicio de carácter obligatorio, el cual debe ser proporcionado por el Estado sujeto a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. En ella se hace alusión al derecho de la salud en los artículos 44, 48, 49 y 50 y en el artículo 366 el cual señala la solución de las necesidades insatisfechas en salud como una finalidad del Estado.

Por otra parte el derecho a la seguridad social, es planteado constitucionalmente en los Derechos económicos, sociales y culturales, como un derecho irrenunciable, prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley.<sup>62</sup> También el derecho al saneamiento ambiental garantizado a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades

---

<sup>61</sup> CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA. Ediciones Ramogal Ltda.1993. p 10, 11, 15.

<sup>62</sup> *Ibíd.*,

territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.<sup>63</sup>

Según lo estipulado en ella y siendo un derecho fundamental la salud, no puede afectarse en su continuidad, influyendo en la integridad física y la calidad de vida de las personas; los instrumentos internacionales adoptados Colombia forman parte del bloque de constitucionalidad y en los mismos se precisa que el Estado debe garantizar la accesibilidad a los servicios a toda la población en condiciones de calidad y oportunidad. Partiendo del punto de que Colombia es un Estado social de derecho, es preciso privilegiar interpretaciones y alcances de las normas establecidas constitucionalmente, que facilitan el acceso a las garantías y derechos fundamentales a los ciudadanos.

La prestación de los servicios de salud en Colombia, se rige por lo promulgado en la ley 100 de 1993, “por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, cambiando y organizando la prestación de servicios en salud, reuniendo en un conjunto de entidades, normas y procedimientos a los cuales disponen la persona para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.”<sup>64</sup>

Esta ley plantea que El Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las

---

<sup>63</sup> *Ibíd.*, p 10, 11, 15.

<sup>64</sup> COLOMBIA. Congreso de la República. Ley 100 de 1993. Diciembre 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones En línea. [Citado en Noviembre de 2010]. Disponible en: <http://www.caprecom.gov.co/sitio/filesnormatividad/Ley-100-de-1993.pdf>

contingencias que la afecten y que además se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación<sup>65</sup>. Además en el artículo 157 se establece los tipos de participantes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, aquí se plantea que “todo Colombiano participará en el servicio esencial de salud que permite el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Unos lo harán en su condición de afiliados al régimen contributivo o subsidiado y otros lo harán en forma temporal como participantes vinculados”<sup>66</sup>.

Así mismo se señalan aspectos fundamentales que inciden en la atención de pacientes con cáncer, como lo es el plan obligatorio de de Salud (POS) tanto para el régimen contributivo, como para el subsidiado , el cual permite la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan<sup>67</sup>

En el Plan Obligatorio de Salud –POS-, se privilegian el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos y guías de atención de mayor costo efectividad, orientados a la solución de las enfermedades de mayor importancia para la comunidad de acuerdo con el perfil de morbimortalidad y a las condiciones de tecnología existentes en el país en el Art. 222 de esta Ley, y se brinda prioridad al cubrimiento de la atención de las enfermedades ruinosas y catastróficas denominadas de alto costo por el mismo sistema, enfatizando en actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública. Se garantiza así, el suministro de los medicamentos, los procedimientos médicos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades

---

<sup>65</sup> *Ibíd.*,

<sup>66</sup> *Ibíd.*,

<sup>67</sup> *Ibíd.*,

ruinosas y catastróficas, especialmente VIH/SIDA, la insuficiencia renal y el cáncer, de acuerdo con las normas establecidas para su atención.

Un gran avance en materia de enfermedad oncológica, aportando aspectos integrales para el cuidado de los pacientes, es la Ley No.1384 de 2010 que surge como iniciativa para que las personas y especialmente mujeres que padecieran de la enfermedad de cáncer de seno pudieran acceder oportunamente a un tratamiento integral de la enfermedad, dadas las dificultades que se presentaban el sistema de aseguramiento en salud para este tipo de enfermedad.

Esta ley tiene como objeto establecer las acciones para el control integral del cáncer en la población colombiana, de manera que se reduzca la mortalidad y la morbilidad por cáncer adulto, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, a través de la garantía por parte del Estado y de los actores que intervienen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud vigente, de la prestación de todos los servicios que se requieran para su prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo. Esta ley se interpreta y ejecuta teniendo presente el respeto y garantías al derecho a la vida, preservando el criterio según el cual, la tarea fundamental de las autoridades de salud será lograr la prevención, la detección temprana, el tratamiento oportuno y adecuado y la rehabilitación del paciente<sup>68</sup>

Se prevé que las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, deberán responder por la organización y gestión integral de la Red de Prestación de

---

<sup>68</sup> CONGRESO DE LA REPÚBLICA, Ley 1384 de 2010, Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia. Bogotá. 2010. En línea [citado 15 de abril de 2010] Disponible en: <http://web.presidencia.gov.co/leyes/2010/abril/ley138419042010.pdf>

Servicios Oncológicos, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Ministerio de la Protección Social y contenidos en la ley, además, mediante esta norma las autoridades en salud tienen como misión prevenir, detectar a tiempo la enfermedad, ofrecer un tratamiento temprano, oportuno y adecuado a los pacientes con cáncer, ya que en “Colombia cada año se diagnostican 5 mil 526 mujeres y mueren 2 mil 253 a causa del cáncer. De esta cifra el departamento de Santander registró entre 1998 al 2006 768 casos de fallecimiento<sup>69</sup>, según cifras del Observatorio de Salud Pública de Santander.

De igual forma, la Liga Colombiana Contra el Cáncer dentro de las enfermedades consideradas como problemas de salud pública a nivel mundial señala que “el cáncer de cuello uterino es una de las más importantes, por las altas cifras de incidencia. Estadísticamente es el segundo cáncer más frecuente en el mundo con 500.000 casos nuevos en el año y 274.000 muertes anuales, precedido por el cáncer de seno en la población femenina”<sup>70</sup>

Un aspecto fundamental y de gran ayuda para los pacientes es que en beneficio de ley tienen derecho, cuando así lo exija el tratamiento o los exámenes de diagnóstico, a contar con los servicios de un Hogar de Paso, pago del costo de desplazamiento, apoyo psicosocial y escolar, de acuerdo con sus necesidades, certificadas por el Trabajador Social o responsable del Centro de Atención a cargo del paciente. El cáncer constituye una enfermedad con grandes repercusiones sociales, económicas y emocionales, y por sus implicaciones amerita intervenciones oportunas, certeras y coordinadas para lograr el impacto necesario sobre su incidencia, calidad de vida y mortalidad.

---

<sup>69</sup> HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER, documentos. En línea. [citado 18 de Abril 2012]. Disponible en: [http://www.hus.gov.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=198](http://www.hus.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=198)

<sup>70</sup> *Ibíd.*,

Siguiendo con los lineamientos de la Seguridad Social en Salud de Colombia, la salud pública se concibe como el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad<sup>71</sup>.

En lo que respecta a la salud pública, los avances en materia de políticas, planes, programas e investigación, se articulan a la transición demográfica y epidemiológica de la población en general. En este sentido y para dar respuesta permanente a dichas transformaciones, el Estado avanza en los procesos de construcción de políticas y de investigación en salud<sup>72</sup>.

De acuerdo con la normatividad específica existente de la enfermedad Ocológica, se encuentra el Plan Nacional para el Control del Cáncer en Colombia, propuesto por el Instituto Nacional de Cancerología, este ha seguido metas definidas para la prioridad nacional en salud relacionadas con los componentes de salud sexual y reproductiva, las enfermedades crónicas no transmisibles, la nutrición, la seguridad sanitaria y del ambiente, y la seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral, encaminado hacia 6 líneas estratégicas, como lo son; el control del riesgo, la detección temprana de la enfermedad, la atención, recuperación y superación de los daños causados por la enfermedad, el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes y sobrevivientes de cáncer, el gestionamiento del

---

<sup>71</sup> DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION. Salud pública. En línea [Citado 20 de Abril de 2012] Disponible en <http://www.dnp.gov.co/Programas/Educaci%C3%B3nculturasaludempleoypobreza/Subdirecci%C3%B3ndeSalud/Saludp%C3%BAblica.aspx>

<sup>72</sup> *Ibíd.*, p. 21

conocimiento y la tecnología para el control del cáncer y la gestión del talento humano.<sup>73</sup>

En los últimos años se han hecho importantes avances en el tratamiento del cáncer; sin embargo queda mucho por hacer en relación a la prevención y detección temprana, así como poner al alcance de todos los servicios de tratamiento calificado a fin de reducir la mortalidad.

La intervención profesional de Trabajo Social en el marco de la protección de los derechos se toma como referencia la Resolución 13437 De 1991 por la cual se adopta el Decálogo de los Derechos de los Pacientes “para propender por la humanización en la atención y garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público de salud en las Instituciones Hospitalarias Públicas y Privadas”<sup>74</sup>, los Derechos de los pacientes que se establecen a continuación:

Todo paciente debe ejercer sin restricciones por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social:

- Su derecho a elegir libremente al médico y en general a los profesionales de la salud, como también a las instituciones de salud que le presten la atención requerida, dentro de los recursos disponibles del país.
- Su derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiadas a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permitan obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a

---

<sup>73</sup> *Ibíd.*,

<sup>74</sup> EL MINISTRO DE SALUD. Resolución 13437 de 1991 Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes. Bogotá. 1991. En línea. [Citado 24 de Enero de 2011]. Disponible en [http://eticahospitalaria.clinicalili.org/pdf/resolucion\\_13437\\_1991\\_derechos\\_pacientes.pdf](http://eticahospitalaria.clinicalili.org/pdf/resolucion_13437_1991_derechos_pacientes.pdf)

practicar y el pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve. También su derecho a que él, sus familiares o representantes, en caso de minoría de edad consientan o rechacen estos procedimientos, dejando expresa constancia ojalá escrita de su decisión.

- Su derecho a recibir un trato digno respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tenga sobre la enfermedad que sufre.
- Su derecho a que todos los informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y secreta y que, sólo con su autorización, puedan ser conocidos.
- Su derecho a que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible, pero respetando los deseos del paciente en el caso de enfermedad irreversible.
- Su derecho a revisar y recibir explicaciones acerca de los costos por los servicios obtenidos, tanto por parte de los profesionales de la salud como por las instituciones sanitarias. Al igual que el derecho a que en casos de emergencia, los servicios que reciba no estén condicionados al pago anticipado de honorarios.
- Su derecho a recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera que sea el culto religioso que profesa.
- Su derecho a que se le respete la voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado, siempre y cuando se haya enterado acerca de los objetivos, métodos,

posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar.

- Su derecho a que se le respete la voluntad de aceptación a rehusar la donación de sus órganos para que éstos sean trasplantados a otros enfermos. Su derecho a morir con dignidad y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.<sup>75</sup>

Dado que el tratamiento del cáncer es multidisciplinario y exige con frecuencia la integración de más de una modalidad terapéutica, tanto en el proceso diagnóstico, como en el tratamiento, en el panorama actual los pacientes transitan por gran variedad de IPS, lo cual impone retos especiales para una adecuada coordinación y oportuna administración del sistema, de referencia y contrareferencia, pues las falencias que existen por la fragmentación y la falta de articulación desde los servicios preventivos y de detección temprana y la asistencia médica, pueden incidir o tener efectos negativos en el adecuado abordaje de la enfermedad y los tratamientos, en la mayoría de los casos por la vulneración constante de los derechos.

Según una reciente evaluación de la organización y gestión de la red de servicios para la atención del cáncer en Colombia realizada por la MPS y el INC, se encontraron algunas falencias como:

- Concentración de la oferta en servicios oncológicos en cinco grandes ciudades; Bogotá, Cali, Medellín, Barranquilla y Bucaramanga

---

<sup>75</sup> *Ibíd.*,

- Falta de recurso humano especializado en oncología en mastología, cabeza y cuello, tórax, neurocirugía, gastroenterología, hemato-oncología.
- Subdesarrollo de servicios de cuidado paliativo y de apoyo a familias y cuidadores
- Fragmentación de prestación de servicios sin articulación entre los servicios preventivos y los resolutivos
- Deficiente sistema de regulación vigilancia y control de la oferta de servicios, uso de medicamentos oncológicos y calidad de atención.
- No se cuenta con organizaciones diferenciales dirigidas a los pacientes de otras regiones que agregan desplazamientos, estadías y otros que afectan la continuidad y resultados de tratamientos<sup>76</sup>

Todos estos factores influyen o propician la vulneración de los derechos que tienen las personas diagnosticadas con cáncer, como seres humanos y como pacientes, en este sentido es que se debe trabajar para que ellos, los conozcas y los defiendan.

Además los tratados, leyes y normas a nivel internacional y nacional que amparan a las personas con Cáncer existen numerosas organizaciones no gubernamentales, que están comprometidas con esta población y las problemáticas presentadas, entre ellas se encuentran a nivel internacional se encuentra, la UICC, American Cancer Society, ALICC, REDCANCER. A nivel nacional está el observatorio de cáncer infantil, AMASE, SANAR, FUNSTAL, la Liga Colombiana de Lucha contra el Cáncer, y específicamente en Bucaramanga, la fundación Salud Vida quien brinda orientación a la población con cáncer usuaria de los servicios del HUS, en conjunto con AVAC.

---

<sup>76</sup> MINISTERIOS DE PROTECCION SOCIAL, Instituto Nacional De Cancerología op cit

### **3. CARACTERIZACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO (HUS) Y LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA**

#### **3.1 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER (HUS)**

El Hospital Universitario de Santander es una Empresa Social del Estado, E.S.E., de gran reconocimiento en el Nororiente colombiano, presta servicios de salud de mediana y alta complejidad a usuarios provenientes principalmente de los departamentos de Santander, Norte de Santander, Arauca, y Cesar, zonas del Magdalena Medio, Sur de Bolívar y el Oriente Antioqueño, junto con otras instituciones forma parte de la Red Pública de Hospitales del departamento de Santander que buscan contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad.

En el departamento de Santander las instituciones que prestan servicios de salud históricamente han ido evolucionando para dar respuesta a las necesidades y demandas de la población, cambios que han significado momentos trascendentales para lo que hoy se conoce como el Hospital Universitario de Santander.

En 1951 surge la necesidad de construir una institución que prestara los servicios de salud que en ese entonces eran requeridos por la población, puesto que para esta época la cobertura y los servicios ofrecidos por el Hospital San Juan de Dios HSJD, y el Hospital Infantil San Luis HISL, no eran suficientes debido al crecimiento demográfico y a la urbanización de Bucaramanga. Para el año 1973, esta idea ya era una realidad, de esta manera surge el Hospital Ramón González Valencia HRGV, mediante el decreto presidencial No. 0793 de 191, el 13 de abril de 1973, firmado por el ex presidente Fernando Laureano Gómez con el cual se

adopta el nombre del hospital en reconocimiento de las labores y virtudes del señor general Ramón González Valencia<sup>77</sup>, sin embargo, para ese entonces no era viable para el gobierno sostener dos hospitales, debido a ello se firma el Acuerdo No. 15 del 3 de diciembre de 1973 por medio del cual se traspasan todos los bienes y obligaciones del HSJD al HRGV<sup>78</sup>. Posteriormente se establece el Decreto No. 0618 del 16 de marzo de 1980 sobre la integración entre los dos hospitales, la cual se lleva a cabo en el año 1981.

La historia del Hospital Universitario de Santander, HUS, no sólo ha tenido gran trascendencia en la salud de la población Santandereana, también ha estado ligada a la formación académica y al desarrollo investigativo, tecnológico y científico en Colombia, permitiendo, por medio de convenios con instituciones educativas, el desarrollo de experiencias prácticas de profesionales en diferentes áreas de la salud y de las ciencias sociales y humanas, lo cual motivó para ese entonces que “La Facultad de Salud de la Universidad Industrial de Santander construyera sus edificios al lado del HRGV, que desde antes prestaba sus servicios asistenciales al HSJD, y lo continuara haciendo después del traslado de un hospital a otro con el fin de abastecerse de estudiantes como de personal para trabajar en el hospital”<sup>79</sup>

Como se plantea en el texto de Néstor Rueda, El Hospital Ramón González Valencia, fue creado como institución de disposición nacional, adscrita al Ministerio de Salud, en virtud del Sistema Nacional de Salud, que imperaba en el año de 1975. Durante el ministerio de Orejuela Bueno, el hospital es entregado al Departamento de Santander y

---

<sup>77</sup>Rueda, Néstor José Gómez. Universidad Santo Tomas. Memoria histórica y nuevos retos del Hospital Ramón González Valencia. Bucaramanga, 2003. Pág. 15. En: BAYONA, Contreras Mileydi. Embarazo en las adolescentes que ingresan al Hospital Universitario de Santander (HUS): problemática de intervención profesional de Trabajo Social. Trabajo de grado Trabajo Social. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander. 2011. Pg. 56.

<sup>78</sup> *Ibid.*, p. 56.

<sup>79</sup> *Ibid.*, p. 57.

continúo el mismo problema de déficit hospitalario. En el año de 1996 se convierte en Empresa Social del estado, como consecuencia de la ley 100 que transformó el subsidio de la oferta al subsidio de la demanda<sup>80</sup>.

Para el año 2005 se da un proceso de liquidación del HRGV debido a un balance negativo en el sentido de que sus egresos eran superiores a los ingresos y esto “obedecía esencialmente a la no cancelación de la cuenta por atenciones a la población pobre no asegurada o 'vinculados', por parte del Estado; es decir, las transferencias del Sistema General de Participaciones, según la Ley 715, junto con los dineros que transfiere el departamento por rentas cedidas, no eran suficientes para cancelar el valor de la atención de la población vinculada, dándose así la crisis que generaría su liquidación ”.<sup>81</sup>

Tras la liquidación del Hospital Universitario Ramón González Valencia por medio del Decreto 00023 de 2005, el 4 de febrero de 2005, se crea la E.S.E Hospital Universitario de Santander mediante el Decreto 0025 de la Gobernación de Santander, bajo el mandato del entonces gobernador del departamento de Santander Hugo Heliodoro Aguilar Naranjo, como una entidad descentralizada del orden Departamental con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrita a la Secretaría de Salud de Santander, funcionando de conformidad con la ley 100 de 1993, el Decreto 1298 de 1994 y las

---

<sup>80</sup> MORA, Sandra Paola. Intervención de Trabajo Social en el área de rehabilitación del Hospital Universitario de Santander. Bucaramanga, 2011. Trabajo de grado Trabajo social. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander. Pg. 37.

<sup>81</sup> EL PULSO. Medellín. Marzo, 2005. Edición No. 78. Liquidado Hospital Ramón González Valencia para convertirlo en Hospital Universitario de Santander. En línea [citado en: 18 de Noviembre de 2010]. Disponible en: <http://www.periodicoelpulso.com/html/mar05/general/general-04.htm>

normas legales y reglamentarias que los modifiquen o los complementen.<sup>82</sup>

Fue nombrado como Gerente del HUS el señor Martín Bernardo Mejía Carreño y a su inicio “la población atendida estaba comprendida en un 70% al área metropolitana; 11.4% a Barrancabermeja, 3.3% a García Rovira, 3.3% a Vélez, 1.6% a Guanentá y 1.5 % a Comuneros”<sup>83</sup>, con lo cual se vislumbra que esta entidad no sólo se limita a la atención de la población de Bucaramanga y su área metropolitana, sino que además presta su servicio a otros municipios del departamento.

Por otra parte La Universidad Industrial de Santander, ofreció al Departamento de Santander su concurso para ejercer la administración científico técnica de los servicios misionales que presta la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, con base en la implementación de un modelo organizacional acorde con las funciones asumidas y el establecimiento de estructuras de cooperación que están definidas en los siguientes términos: La Dirección Administrativa y la Responsabilidad Financiera son ejercidas por el Departamento de Santander y por la Dirección del Hospital en los términos que a cada uno corresponde conforme a la Ley y al Estatuto Básico del Hospital.<sup>84</sup>

Desde su origen hasta la actualidad la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander se organiza a partir de una estructura básica la cual está conformada principalmente por tres áreas:

---

<sup>82</sup> MORA. Op. Cit., p. 38.

<sup>83</sup> HOSPITAL Universitario de Santander. Modelo de Hospital Público Universitario del País. Colombia, 2006. Primera edición. Redacción de textos de la oficina de desarrollo institucional. Pg. 3

<sup>84</sup> BAYONA. Op. Cit., p. 49

Área de Dirección: La conforman la Junta Directiva, el Gerente y los Subgerentes, cuyas responsabilidades son: mantener la unidad de objetivos e intereses de la organización en torno a la misión y objetivos empresariales; identificar las necesidades y expectativas de los usuarios; determinar los mercados a atender; definir la estrategia del servicio; asignar recursos; adoptar y adaptar normas de eficiencia y calidad controlando su aplicación en la gestión institucional; y las demás funciones de dirección que exija el normal desenvolvimiento de la Empresa Social del Estado.

Área de Atención al Usuario: Está conformada por el conjunto de unidades orgánico - funcionales encargadas de todo el proceso de producción y prestación de servicios de salud preventivos y asistenciales, con sus respectivos procedimientos y actividades, incluyendo la atención administrativa demandada por el usuario. Comprende la responsabilidad de definir y direccionar las políticas institucionales de atención, de la proyección de recursos necesarios para el efecto, de la definición y aplicación de normas y protocolos de atención y la dirección y prestación del servicio.

Área de Apoyo Administrativo: esta área comprende las unidades funcionales encargadas de ejecutar, en coordinación con las demás áreas, los procesos de planeación, adquisición, manejo, utilización, optimización y control de los recursos humanos, financieros, físicos y de información, necesarios para alcanzar y desarrollar los objetivos de la entidad.<sup>85</sup>

Las áreas anteriormente mencionadas están divididas en “ocho subáreas de las cuales se estiman un total de 1.103 empleados de los cuales sólo 45 de ellos son

---

<sup>85</sup> HOSPITAL Universitario de Santander. Op. Cit., p. 7

contratados directamente por el HUS y los demás se encuentran por OPS y 25 cooperativas”<sup>86</sup>.

Siendo el Hospital Universitario de Santander una entidad prestadora de servicios de salud de alta calidad tiene como objeto social “la prestación de servicios de salud de segundo y tercer nivel y alta complejidad, operando como centro de referencia y contra-referencia de la red de hospitales del departamento, entendido como servicio público a cargo del departamento y como parte integral del sistema de seguridad social”<sup>87</sup>

Los servicios de segundo nivel, según el Plan Obligatorio de Salud se enfocan en la promoción, prevención y diagnóstico, prestando servicios de atención ambulatoria especializado y de hospitalización a pacientes derivados del primer nivel, tales como laboratorio clínico especializado, radiología especializada, otros procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, procedimientos quirúrgicos derivados de la atención ambulatoria de medicina especializada en áreas como cirugía general, ginecobstetricia, dermatología, entre otras. En Los servicios de tercer nivel laboran especialistas para la atención de problemas patológicos complejos, que necesiten equipos e instalaciones especializadas, en este nivel su categoría de los cuidados tienen el propósito de ayudar a los usuarios más graves y se realiza más énfasis en investigación y docencia<sup>88</sup>.

De acuerdo a lo que se plantea en su objeto social, el HUS se presta como campo de práctica docente asistencial de la Facultad de Salud de la Universidad

---

<sup>86</sup> BAYONA. Op. Cit., p. 50

<sup>87</sup> HOSPITAL Universitario de Santander. Cartilla institucional. Colombia, 2006

<sup>88</sup> PISCOYA, Angeles Patricia. Niveles de atención en salud. [diapositivas]. En línea. [Citado en: 15 de Enero de 2012]. Disponible en: <http://www.slideshare.net/pathyp75/niveles-de-salud-presentation>

Industrial de Santander y de otras instituciones de educación superior con las que celebre convenios para dicho efecto, lo que ha contribuido a que se brinden espacios para la formación no de solo profesionales de la salud sino también de profesionales en formación de las ciencias humanas.

### **3.1.1 Modelo de Planeación**

El Hospital Universitario de Santander tiene un modelo de .planeación estratégico orientado a la atención de la población según sus características y necesidades, de esta manera está estructurado en subáreas de atención, las cuales se dividen en unidades que buscan prestar servicios de calidad de manera oportuna y eficaz a cada uno de sus usuarios, sumado a ello, el HUS cuenta con profesionales altamente calificados, lo cual evidencia su gran posicionamiento a nivel regional y nacional, como institución líder en la prestación de servicios de salud.

### **Visión**

“La Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, será una organización consolidada y líder del sector salud en el nororiente Colombiano y el modelo de Hospital Público Universitario para el país, mediante la integración de procesos asistenciales y académicos, la administración eficiente con rentabilidad social y viabilidad financiera”<sup>89</sup>

El planteamiento de Hospital universitario de Santander en su visión, apunta a su consolidación como una de las entidades de servicios de salud de carácter público en el nororiente Colombiano, brindando servicios con calidad que puedan beneficiar gran parte de la población usuaria de los mismos, además dando énfasis y contribuyendo en los procesos de formación de profesionales de diferentes áreas de la salud, y de las ciencias sociales y humanas, lo cual permite

---

<sup>89</sup> HOSPITAL Universitario de Santander. Op. Cit., p. 4

el mejoramiento y desarrollo de todos sus programas y servicios para mantener e incrementar su estabilidad financiera.

## **Misión**

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

Sus propósitos están orientados a contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad del Nororiente Colombiano, mediante el trabajo de un equipo humano calificado, con apoyo tecnológico, a través de un proceso administrativo transparente y el compromiso con la academia, apoyado en la investigación y generación de conocimiento.”<sup>90</sup>

El HUS además de ser una institución que presta servicios de salud a nivel departamental, permite el desarrollo de experiencias, la aplicación de los conocimientos y fortalecimiento de habilidades y competencias a nivel personal y profesional de los estudiantes de las diferentes áreas de la salud y de las ciencias humanas y sociales, formando no solo profesionales competentes, comprometidos con su quehacer profesional, sino también seres humanos sensibles a la realidad social del país y a las necesidades de la población.

---

<sup>90</sup> *Ibíd.*, p. 4.

## **Objetivos corporativos**

Los objetivos corporativos del HUS están orientados a la construcción de una entidad prestadora de servicios integrales de salud con calidad, de manera oportuna y eficiente, teniendo como prioridad la satisfacción de las necesidades de la comunidad y la constante búsqueda de acciones que permitan mejorar las condiciones de atención para sus usuarios.

Los objetivos corporativos del HUS son:

*Responsabilidad Social:* Ofrecer servicios de salud y educación de alto nivel científico con calidad humana, tecnológica y compromiso social, para el área del Nororiente Colombiano.

*Calidad del servicio:* Garantizar servicios de salud competitivos y apoyo a la formación académica, que lleven al crecimiento continuo de la empresa y generen confianza en las personas hospitalizadas, con base en eficiencia, efectividad, eficacia y oportunidad.

*Competitividad:* Disponer de Recurso Humano idóneo y de alto perfil científico que, apoyado en equipo tecnológico moderno, permita a la Institución liderar el sector.

*Transparencia:* La labor de las personas de la empresa se caracterizará por la congruencia en el pensar, actuar y decir, en el ejercicio y desarrollo de su profesión.

Financiero: consolidar una empresa de crecimiento continuo, económicamente sólida, que garantice la satisfacción de sus clientes internos y externos.<sup>91</sup>

## **Valores corporativos**

Los Valores corporativos del HUS son entendidos como “virtudes del ser humano”: la solidaridad, la ética, el profesionalismo, el compromiso y el conocimiento son pilares en cada uno de los profesionales que pertenecen a él.

Solidaridad: Promovemos la ayuda mutua entre todas las personas, los trabajadores y personas hospitalizadas.

Ética: El actuar de las personas que hacen parte de la E.S.E Hospital Universitario de Santander se caracteriza por la coherencia con la misión institucional.

Profesionalismo: La capacidad de respuesta individual frente a la misión institucional está garantizada por políticas de idoneidad claramente trazadas.

Compromiso: El deber ser de la E.S.E. *Hospital Universitario de Santander* se enmarca en el empeño de las personas que la conforman, para cumplir con su responsabilidad social y la viabilidad institucional.

Conocimiento: La práctica consiente del qué hacer diario de cada una de las personas de la E.S.E. *Hospital Universitario de Santander*, constituirá un proceso continuo de construcción de conocimiento<sup>92</sup>.

---

<sup>91</sup> *Ibíd.*, p. 5

<sup>92</sup> *Ibíd.*, p. 5

## Principios

La Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander E.S.E, para cumplir con sus objetivos, además de los principios constitucionales se rige por estos principios básicos, los cuales son la calidad y la eficiencia.

La calidad, relacionada con la atención efectiva, oportuna, personalizado, humanizada, continua, de acuerdo con estándares aceptados sobre procedimientos científico-técnicos y administrativos y mediante la utilización de la tecnología apropiada, de acuerdo con los requerimientos de los servicios de salud que ofrecen y de las normas vigentes sobre la materia.

La eficiencia, definida como la mejor utilización de los recursos, técnicos, materiales, humanos y financieros con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población atendida.<sup>93</sup>

La HUS es una institución de mediana y alta complejidad, comprometida con la academia y centrada en las personas, la cual brinda servicios de excelente calidad a través de la gestión de un equipo humano altamente competente y orientado al logro de una atención humanizada.

Su propósito es la satisfacción del usuario y la prestación de servicios de salud pertinentes y seguros, enmarcados en el cumplimiento de los requisitos legales, apoyados en e una política de mejoramiento continuo a fin de obtener posicionamiento en el mercado<sup>94</sup>.

---

<sup>93</sup> *Ibíd.*, p. 7

<sup>94</sup> HOSPITAL Universitario de Santander. Subgerencia Servicios de Enfermería, Cartilla de Inducción. Objetivos Específicos. Pág. 6.

### 3.1.2 Estructura Organizacional

Figura 1: Organigrama institucional



**ORGANIGRAMAS  
ESTRUCTURA ORGANICA**  
(Aprobados mediante Acuerdo de Junta Directiva No. 010  
de Mayo 05 de 2006).

#### ORGANIGRAMA GENERAL



FUENTE: HOSPITAL Universitario de Santander, Cartilla institucional 2006

El Hospital Universitario de Santander cuenta con 8 subgerencias de servicios, siendo una de ellas la subgerencia de Alto Costo, en donde se encuentra la Unidad de Oncología y Radioterapia en la que se llevó a cabo el proceso de práctica profesional de Trabajo Social.

### **3.2 UNIDAD DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA DEL HUS**

La unidad de Oncología y Radioterapia del HUS ofrece atención integral de diagnóstico y tratamiento a pacientes pediátricos, adultos y adultos mayores con algún padecimiento de tipo neoplásico del Nororiente Colombiano, cuenta con servicios de consulta externa en oncología clínica, hemato-oncología pediátrica, ginecología oncológica, manejo del dolor y cuidados paliativos, consulta de cirugía oncológica en las modalidades de cabeza, cuello, mama, tórax, dermatología, urología y gastrointestinal, además, proporciona a los pacientes con cáncer los tratamientos de Quimioterapia y Radioterapia ambulatoriamente o en hospitalización.

#### **Misión**

“La Unidad de Oncología y Radioterapia de la ESE Hospital Universitario de Santander es un servicio de atención multidisciplinaria en Oncología orientada a la promoción, prevención, determinación del diagnóstico y realización de tratamientos como cirugía, quimioterapia, radioterapia a la población infantil, adulta y adulta mayor con cáncer procedente del departamento de Santander y el Nororiente colombiano.

Cuenta con personal comprometido en brindar atención integral e individualizada al usuario y su familia basándose en principios científicos, técnicos, éticos, sociales y humanísticos. A su vez, cuenta

con tecnología que responde a la base científica favoreciendo la calidad de los servicios prestados”<sup>95</sup>

Para la atención integral de la población con cáncer, la Unidad de Oncología y Radioterapia del HUS trabaja multidisciplinariamente, cuenta con diferentes profesionales de la salud en diversas áreas brindando los servicios demandados por dicha población; y profesionales de las ciencias sociales y humanas como Psicología y Trabajo Social las cuales articulan todos aquellos mecanismos necesarios para aplicar acciones que de manera eficiente aborden la problemática social del cáncer de forma integral, “contribuyendo en la búsqueda de soluciones a los problemas y necesidades de cada familia oncológica promoviendo con ello todos los recursos humanos, técnicos, materiales y económicos precisos para dar un tratamiento global e integral”.<sup>96</sup>

## **Visión**

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

Para el cumplimiento de este propósito implementa procesos de mejoramiento continuo en infraestructura, recursos disponibles, capacitación, estandarización de procesos, apoyo tecnológico e

---

<sup>95</sup> HOSPITAL Universitario de Santander. Unidad de Oncología y Radioterapia, Manual de Proceso de Oncología y Radioterapia. Misión y Visión Bucaramanga, Octubre 2008.

<sup>96</sup> SEVILLANO, Cintora Gemma. Oncología pediátrica: El trabajo social desde el ámbito asociativo. Bilbao., 2003. P.4. En línea. [Citado en: 25 de abril de 2012]. Disponible en: [http://www.aspanoa.org/files/File/aspanoa\\_29.pdf](http://www.aspanoa.org/files/File/aspanoa_29.pdf)

investigación científica lo que permite la satisfacción de las expectativas y necesidades del usuario y la satisfacción en el cumplimiento del papel de cada una de las personas que laboran en la organización favoreciendo así una atención oportuna individualizada, integral y de calidad<sup>97</sup>

La prestación de los diferentes servicios con calidad a los pacientes con cáncer, es la prioridad para la unidad de oncología y radioterapia, por ello constantemente se encuentra en la búsqueda del mejoramiento en diferentes aspectos de infraestructura, técnicos y tecnológicos, administrativos entre otros, con el fin ofrecer una atención integral y contribuir en el bienestar y la calidad de vida de la población oncológica.

### **3.2.1 Trabajo Social en la Unidad de Oncología y Radioterapia HUS**

En el campo de la salud, la atención social contribuye en la búsqueda de satisfactores de todas aquellas carencias sociales o superación de problemáticas que se han visto agravadas o provocadas a raíz de la enfermedad, por ello el Trabajo Social está dirigido a dotar a las personas, y a sus familiares, de los recursos necesarios para su desarrollo. “La singularidad de los profesionales de Trabajo Social es la visión multidimensional, es decir que la formación académica transforma en agentes catalizadores de las problemáticas sociales y, al mismo tiempo, permite aportar los conocimientos para la resolución de estas problemáticas”<sup>98</sup>

El enfoque multidisciplinario aporta una visión holística de los casos y de la atención requerida para cada uno de ellos, para la realización de esta labor es

---

<sup>97</sup> *Ibíd.*,

<sup>98</sup> INSTITUTO Catala de Oncología. Modelo de Trabajo Social en la atención oncológica. Junio 2004. P. 45. En línea. [Citado en: 25 de abril de 2012]. Disponible en: [http://www.iconcologia.net/castella/hospitalet/imatges/modelo\\_trabajosocial.pdf](http://www.iconcologia.net/castella/hospitalet/imatges/modelo_trabajosocial.pdf)

necesario tener conocimientos básicos, identificar los factores que producen las diferentes problemáticas existentes. “La atención social en el ámbito oncológico requiere disponer de un nivel de conocimientos necesarios para entender el proceso de la enfermedad y sus tratamientos para así, brindar un acompañamiento con calidad a la población atendida”<sup>99</sup>

Las actividades de Trabajo social en la unidad de oncología y radioterapia están dirigidos a la población infantil, juvenil, adulta y adulta mayor con cáncer del nororiente Colombiano, con el fin de proporcionar de manera oportuna, segura y eficaz los diferentes procedimientos y tratamientos que así lo requieran, mediante la aplicación de medidas y cuidados por parte del personal humano calificado, como los son el tratamiento de cirugía, quimioterapia, radioterapia y cuidados paliativos a las personas, de igual forma realizar un acompañamiento educativo y psicosocial a cada uno de los pacientes y a sus familiares con el fin de contribuir a mejorar la calidad de vida de las familias.<sup>100</sup>

En el caso específico del área de trabajo social en la unidad de oncología del HUS, una parte de las labores que se ejercen diariamente están encaminadas a aspectos operacionales y administrativos, con estrategias de información, comunicación y educación. Esto se visualiza en la asesoría a pacientes en trámites con las EPS, asesoría como usuarios en cuanto a la vulneración de sus derechos, a la ubicación de los pacientes y sus familiares en algunos casos en hogares de paso, además de realizar un constante acompañamiento, brindando asesoría y orientación a los usuarios y familias que lo requieran. Además se realiza la atención en crisis y apoyo psicosocial sobre el posible origen de la enfermedad, el tratamiento, las posibles consecuencias recuperar la salud, o en su defecto mejorar la calidad de vida en la persona enferma de cáncer y su entorno social.

---

<sup>99</sup> *Ibíd.*,

<sup>100</sup> HOSPITAL Universitario de Santander. Funciones desarrolladas por el equipo de Trabajo Social. 28 de julio de 2010

### 3.3 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES CON CÁNCER EN EL HUS

El cáncer es un problema creciente de salud tanto en Colombia como en el mundo con importantes repercusiones en el bienestar de la población, la actividad productiva y en el costo del sistema de salud.

La población específica atendida en el HUS con enfermedades neoplásicas presenta diversas características, además por ser población fluctuante, y la falta de registro por parte de la unidad dificulta su descripción detallada.

En la Unidad de Oncología y Radioterapia del Hospital Universitario de Santander no se encuentra unas estadísticas consolidadas y generalizadas sobre la morbilidad y mortalidad de cáncer, pero se puede encontrar un registro a cerca de los nuevos casos presentados en los tres primeros meses del segundo semestre del 2010 como se muestra en el siguiente cuadro. (Ver cuadro 7)

**Cuadro 7: Consolidado Casos Nuevos de Cáncer hasta Septiembre 2010.<sup>101</sup>**

Cáncer	Número de casos nuevos Enero-Junio	Número de casos nuevos Julio-Septiembre	Total
Carcinoma de mama	44	7	54
Cérvix	25	10	35
Estomago	15	15	30
Laringe	6	1	7
Melanoma (piel)	8	3	11
Ovario	5	3	8
Piel	40	11	51
Próstata	5	0	5

<sup>101</sup> HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER. Unidad de Oncología y Radioterapia; Informe Oncología, consolidado de casos nuevos. Bucaramanga. 2010.

<b>Cáncer</b>	<b>Número de casos nuevos Enero-Junio</b>	<b>Número de casos nuevos Julio-Septiembre</b>	<b>Total</b>
Pulmón	15	9	24
Recto	12	5	17
Unión gastroesofágica	5	0	5

Fuente: Hospital Universitario de Santander. Unidad de Oncología y Radioterapia; Informe Oncología, consolidado de casos nuevos 2010.

En estos datos estadísticos es notoria la alta frecuencia de casos en orden numérico de mama, piel, cérvix, estómago y pulmón.

En el caso de cáncer de mama y cérvix, son los principales tipos que afectan a la población atendida, se puede visualizar son un problema importante de salud pública entre las mujeres, y a pesar de que esta enfermedad puede evitarse en gran medida, los esfuerzos colectivos para prevenirla no han logrado disminuir su carga en la región, para esto sigue siendo importante el énfasis en quienes formulan las políticas públicas y a los que participan en la elaboración y el manejo de los programas de prevención y control de esta enfermedad, para que haga un mayor esfuerzo en las estrategias de educación para su prevención, mejorando significativamente los hábitos de la población.

De la totalidad de los pacientes a atendidos en la práctica profesional de Trabajo Social en el periodo comprendido de octubre 2010 a marzo de 2011 el 86 % pertenecen al régimen subsidiado, lo cual se enmarca por ser un hospital de carácter público, el 8% pertenecen al régimen contributivo y el 6% hacen parte de la secretaria de salud departamental y no cuentan con una EPS-S, aspecto que no se debería presentar por las garantías a las cuales tienen derechos los pacientes de alto costo en el SGSSS en la actualidad.

De ellos un 70% residen en el área urbana y un 30% son pertenecientes al área rural, el 90% son del departamento de Santander y 10% pertenecientes a otros municipios y departamentos de Nororiente colombiano, situación que es un factor influyente para el óptimo abordaje y tratamiento de la enfermedad ya que el desplazamiento desde lugares apartados en ocasiones se puede ver afectado por factores externos.

Además de la totalidad de la población atendida el 10 % fueron niños, niñas y adolescentes el 90 % son hombres y mujeres mayores de edad, de los cuales 65% fueron mujeres que presentaban en su mayoría cáncer de mama, de cérvix colon y el 45% fueron hombres en lo que se presentaba con mayor frecuencia cáncer de estómago, pulmón, colon, próstata.

#### **4. CARACTERIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA**

El proceso de la experiencia práctica profesional de Trabajo Social realizada en el Hospital Universitario de Santander se da en primera instancia al establecer contacto y realizar la presentación con la Trabajadora Social Diana Isabel Patiño y Mauricio Puerto Pedraza jefe de enfermería la unidad de Oncología y Radioterapia del HUS, en compañía de la supervisora de trabajo social, en donde ellos dan a conocer la infraestructura de la unidad, los aspectos fundamentales de los servicios brindados en ella y generalidades a cerca del cáncer y generalidades de la población diagnosticada con cáncer.

Realizando la ubicación, el conocimiento institucional y el primer acercamiento a los profesionales, personal administrativo y pacientes de la unidad se dio paso a realizar el diagnóstico inicial de la unidad de Oncología y Radioterapia del HUS, identificando las dificultades y problemáticas existentes, las cuales requieren de la intervención profesional desde el trabajo social.

Seguido de la identificación de la problemáticas existentes, se llevó a cabo el proceso de planeación, basado en el modelo de planeación estratégica, partiendo de la realización de la matriz DOFA, que permite identificar debilidades, fortalezas, oportunidades y amenazas en la unidad de la oncología y radioterapia, y da fundamento para realizar la planeación estratégica correlacionando variables lo que permite el reconocimiento e implementación de de acciones efectivas para el mejoramiento de las problemáticas existentes, aportando elementos para mejorar la prestación de servicios, la atención integral de los pacientes y el desarrollo institucional.

Los principales ejes temáticos en los que se trabajó en la intervención profesional, además del apoyo en las actividades o funciones propias de la trabajadora social en la atención, orientación a los pacientes que diariamente requieren estos servicios, fueron el fortalecimiento de la adherencia a los tratamientos de pacientes que los han abandonado, el sistema de monitoreo de la programación quirúrgica para beneficio de los pacientes, la promoción de derechos y deberes del usuario y la identificación de los aspectos familiares, sociales y económicos los cuales son influyentes en los pacientes con cáncer.

#### **4.1. MATRIZ DOFA**

El área de intervención profesional estuvo enmarcada en la unidad de Oncología y Radioterapia del HUS; para la identificación de las problemáticas existentes en ella se realizó la matriz DOFA permitiendo visualizar las debilidades y fortalezas existentes en la atención de los pacientes oncológicos. Por otra parte se observan las amenazas y oportunidades que se generaron al exterior de la unidad que atañen primordialmente al contexto de los pacientes, las relaciones del individuo con su la familia, y aspectos específicos del sistema de seguridad social en Colombia. El análisis situacional por medio de la matriz DOFA, permite establecer estrategias para el proceso y desarrollo de la práctica profesional en el HUS.

**Cuadro 8. Matriz DOFA de la Unidad de Oncología y Radioterapia del Hospital Universitario de Santander.**

DEBILIDADES	FORTALEZAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Carencia de recursos para el desarrollo de actividades de información y educación.</li> <li>➤ Falta de claridad en los usuarios sobre los procesos propios de la enfermedad, como tratamientos y especificidad de cada uno de ellos.</li> <li>➤ Desconocimientos de los pacientes sobre sus derechos en el sistema general de salud y derechos y deberes como usuarios del servicio.</li> <li>➤ Vulneración de los derechos del paciente por parte del personal médico, administrativo.</li> <li>➤ En el modelo de atención a los pacientes prima el aspecto clínico, relevando el ámbito sociofamiliar.</li> <li>➤ Ineficiente acompañamiento a la mujer en los diferentes procesos quirúrgicos y terapéuticos.</li> <li>➤ Desconocimiento de los aspectos sociofamiliares de los pacientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Existencia del PAMEC<sup>102</sup> como garantía de localidad de atención en salud.</li> <li>➤ Estandarización de procesos (existencia de protocolos y guías)</li> <li>➤ Planta física de HUS y unidad de oncología y radioterapia cumple con los estándares de infraestructura exigidos.</li> <li>➤ Ubicación y fácil acceso de la unidad de Oncología y radioterapia.</li> <li>➤ Alta Tecnología disponible para la atención de los usuarios de la unidad de oncología.</li> <li>➤ Amplio portafolio de servicios especializados en oncología.</li> <li>➤ Personal calificado y equipo interdisciplinario (médicos, enfermeras, trabajadora social) para la atención de los usuarios</li> <li>➤ Existencia de clínica del dolor y cuidado paliativo en la unidad.</li> <li>➤ Apoyo social de entidades como AVAC, damas rosadas, que facilitan la atención de usuarios desprotegidos, o de</li> </ul>

<sup>102</sup> Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

- Dificultad en el seguimiento integral a los pacientes por parte de trabajo social, debido a la carga laboral.
- Ausencia de procesos de recuperación a nivel psicosocial que involucren tanto al paciente como a su núcleo familiar.
- Los pacientes no cuentan con una red de apoyo primaria por el abandono del cual son objeto.
- El tiempo de atención de trabajo social en la unidad de oncología es inferior a la demanda del servicio.
- El trabajo operativo del día a día dificulta la atención personalizada con la población.
- Falta de adherencia y frecuente abandono de los tratamientos por parte de los pacientes.
- Los usuarios constituyen población flotante, por lo tanto las acciones no pueden generar un proceso, sino la realización de actividades puntuales.
- Elevados tiempos de espera para la realización de procedimientos quirúrgicos.
- .Demanda de consulta especializada mayor que la oferta de atención.

escasos recursos.

- Posicionamiento del HUS dentro del sistema de seguridad social en salud.
- Percepción de los clientes sobre la eficacia y eficiencia de la atención brindada.
- Cumplimiento en la estandarización de procesos.
- Desarrollo y producción de trabajos investigación validos científicos
- Actualización continua y permanente del personal de la unidad
- Existencia de convenios con universidades brindando apoyo de psicología y trabajo social a los pacientes.

<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Incumplimiento en las normas que rigen los registros clínicos.</li> <li>➤ .Constante perdida de citas por trámites administrativos.</li> <li>➤ Inexistencia de programas de prevención y promoción.</li> </ul>	
<b>OPORTUNIDADES</b>	<b>AMENAZAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Asignación de recursos de la administración departamental y municipal para la atención de grupos vulnerables.</li> <li>➤ Posibilidad de aperturas de mercado por el posicionamiento institucional.</li> <li>➤ HUS pilar fundamental de referencia en salud a nivel regional.</li> <li>➤ Existencia de normatividad que garantiza la atención integral de los pacientes con cáncer, Ley 1384 atención integral de cáncer Sentencia 112/98 atención integral y gratuita a menores de edad.</li> <li>➤ Sistema obligatorio de la garantía de la calidad que directiza estándares para mejorar la calidad del servicio y la satisfacción del usuario.</li> <li>➤ Cubrimiento de enfermedades de alto costo en los planes de beneficio de SGSSS.</li> <li>➤ Existencia de medios masivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Nivel de aseguramiento de la población que limita la atención en salud.</li> <li>➤ Capacidad económica de los usuarios para el cubrimiento de servicios complementarios</li> <li>➤ Incumplimientos en el Sistema de referencia y contra referencia previsto en el SGSSS.</li> <li>➤ La situación geográfica y socioeconómica de los pacientes con cáncer dificulta la realización de los tratamientos.</li> <li>➤ Dinámica de la familia actual que afecta los tiempos de dedicación para la atención de pacientes con enfermedades catastróficas.</li> <li>➤ Presencia de factores de riesgo que aumentan la posibilidad de desarrollar cáncer en la población</li> </ul>

de comunicación para el manejo de relaciones con los diferentes grupos de interés.

- Existencia de convenio con entidades educativas.
- Investigaciones y documentos en el diagnóstico, tratamiento y manejo de cáncer.
- Existencia de profesionales en el área psicosocial que intervienen en el sector salud.
- Enfoque biopsicosocial de intervención.
- Existencia de programas de salud ocupacional.
- Existencia de grupos de voluntariado y fundaciones que trabajan en beneficio de los pacientes con cáncer

Fuente: Elaboración propia de la intervención profesional realizada en la Unidad de Oncología y Radioterapia HUS.

#### **4.2. DIAGNÓSTICO PRELIMINAR**

El cáncer es un problema creciente de salud pública en Colombia, con importantes repercusiones en el bienestar y calidad de vida de la población, la actividad productiva y en el costo del sistema de salud.

La unidad de Oncología y radioterapia del HUS “es un servicio de atención multidisciplinaria, en la determinación del diagnóstico y realización de tratamientos como cirugía, quimioterapia, radioterapia”<sup>103</sup> principalmente para la población del Nororiente Colombiano. Como se plantea en la Misión, para la realización de estas actividades “cuenta con personal comprometido en brindar atención integral e individualizada al usuario y su familia basándose en principios científicos, técnicos, éticos, sociales y humanísticos. A su vez, cuenta con tecnología que responde a la base científica favoreciendo la calidad de los servicios prestados”<sup>104</sup>

Sin embargo la realidad que viven los pacientes a nivel biopsicosocial es sólo una muestra de los problemas que acarrea llevar esta enfermedad. Aquí se visualizan sin número de necesidades y problemáticas que se presentan para la atención integral de la población con cáncer día a día.

En el ámbito de los derechos existen muchos pacientes que no conocen los derechos que tienen en el marco constitucional y dentro del Sistema General de Seguridad Social, del mismo modo los deberes que tienen como usuarios de estos servicios, lo cual influye en algunas ocasiones a su vulneración parte del personal médico, administrativo y del mismo sistema, presentándose frecuentemente elevados tiempos de espera para la realización de procedimientos quirúrgicos y citas médicas, cuando la oferta es superada por la demanda de estos servicios o la pérdida de citas por trámites administrativos y pérdidas de los registros clínicos. Es necesario trabajar en la promoción de los derechos y deberes del usuario aprovechando espacios y momentos pertinentes para brindar una educación constante al paciente, con el fin de fortalecer la atención integral.

---

<sup>103</sup> HOSPITAL Universitario de Santander. Unidad de Oncología y Radioterapia. Op., cit.,

<sup>104</sup> *Ibíd.*,

Por otra parte, en el modelo de atención a los pacientes prima el aspecto clínico, relevando el ámbito sociofamiliar. En este aspecto la labor del Trabajo Social se ve limitada por la carga laboral y el trabajo operativo del día a día, dificultando la atención integral de la totalidad de la población, en aspectos de orientación, educación y seguimiento.

Otro aspecto fundamental que se visualiza es la necesidad del acompañamiento psicosocial a los pacientes en los momentos de la enfermedad, desde el diagnóstico, la realización de tratamiento, procedimientos quirúrgicos, y dado el caso en el cuidado paliativo por la connotación que se tiene a nivel psicológico y familiar de determinados procedimientos. Además se requiere tener un permanente control y seguimiento a ellos y si es necesario reforzar la adherencia de los pacientes a los tratamientos, ya que son de suma importancia e incluso vitales.

Dentro de las necesidades identificadas esta el acompañamiento continuo y eficiente al paciente oncológico y sus familias en las diferentes etapas del proceso Salud – Enfermedad, que permita disminuir la ansiedad propia de las diferentes situaciones experimentadas y alcanzar la satisfacción de las muchas necesidades físicas y emocionales presentes en este tipo de circunstancias; pues no todos los pacientes son iguales ni todos experimentan las mismas condiciones de vida. Es importante el fortalecimiento del valor e importancia de la familia en los diferentes procesos de Salud – Enfermedad de los pacientes oncológicos, la cual es un actor fundamental, que contribuye positiva o negativamente en dicho proceso. El hacer más partícipe activa y efectivamente a la familia en el acompañamiento al paciente es de suma importancia para sobrellevar la enfermedad y todas sus implicaciones.

Dentro de los aspectos fundamentales y dado las características propias de la población, se hace necesaria la educación y orientación constante y específica a

los pacientes y a sus familias sobre los diferentes tipos de tratamientos, teniendo en cuenta la diversidad de las patologías, de los procesos terapéuticos y de las respuestas físicas y emocionales de los actores implicados.

Sin embargo hay que resaltar que el HUS y la Unidad de Oncología y Radioterapia tienen características que contribuyen a la atención integral de los pacientes, pues dentro de sus fortalezas se encuentra el contar con profesionales en las áreas de la salud y atención psicosocial altamente calificados, su amplio portafolio de servicios especializados en oncología, su infraestructura y tecnología adecuada para el manejo y tratamiento de enfermedades, el apoyo social de entidades como AVAC, Damas Rosadas y otras fundaciones que facilitan la atención y protección de los pacientes oncológicos, y la existencia de convenios con universidades brindando apoyo de psicología y trabajo social a los pacientes.

En beneficio de la población con cáncer, también existe normatividad que protege sus derechos, y la atención integral, es así como los planes de beneficio de planteados en el SGSSS establecen el cubrimiento de enfermedades de alto costo, el Sistema obligatorio de la garantía de la calidad fija los estándares para mejorar la calidad del servicio y la satisfacción del usuario, y la Ley 1384 atención integral de cáncer y la Sentencia 112/98 propenden por el bienestar y la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

#### **4.3 ESTRATEGIAS A DESARROLLAR EN EL PROCESO DE INTERVENCION**

Partiendo del análisis situacional de la unidad de oncología del HUS teniendo en cuenta tanto sus debilidades y amenazas, como sus fortalezas y oportunidades se plantean las siguientes estrategias para la intervención profesional:

**Cuadro 9: Matriz De Estrategias**

<b>ESTRATEGIAS DO</b>	<b>ESTRATEGIAS FO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Identificación de aspectos socio-económico y familiar de los pacientes en tratamientos</li> <li>➤ Identificación de factores que afectan la realización de los tratamientos</li> <li>➤ control y seguimiento a pacientes que han suspendido o abandonado tratamientos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Divulgación y promoción de los beneficios del convenio HUS – UIS, promoviendo así la formación académica del personal.</li> </ul>
<b>ESTRATEGIAS DA</b>	<b>ESTRATEGIAS FA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Información y educación sobre diagnóstico y tratamientos en cáncer.</li> <li>➤ Promoción y Prevención del cáncer en la comunidad hospitalaria.</li> <li>➤ Actualización del sistema de monitoreo de la programación quirúrgica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Promoción de derechos y deberes del usuario</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia de la intervención profesional realizada en la Unidad de Oncología y Radioterapia HUS

Una vez realizada la matriz de estrategias, partiendo de las situaciones presentadas en la atención a los pacientes con cáncer, se priorizan las estrategias que puedan aportar mayores elementos para mejorar las problemáticas, y que permitan fortalecer las actividades propias del área de trabajo social en el HUS.

### 4.3.1 Priorización de Estrategias

Estrategias	Impacto	Probabilidad de logro	Presupuesto <sup>105</sup>	Factibilidad para su desarrollo	Relación costo beneficio	Resultado
Identificación de aspectos socio-económico y familiar de los pacientes en tratamientos.	4	5	3	4	5	22
Identificación de factores que afectan la realización de los tratamientos	5	3	2	4	4	18
Actualización del sistema de monitoreo de la programación quirúrgica.	5	5	3	4	5	22
Promoción de derechos y deberes del usuario.	5	5	4	3	5	22
Divulgación y promoción de los beneficios del convenio HUS – UIS, promoviendo así la formación académica del personal.	2	4	2	2	3	13
Información y educación sobre diagnóstico y tratamientos en cáncer.	4	3	2	2	4	15
Promoción y Prevención del cáncer en la comunidad hospitalaria.	4	2	2	3	4	15
Control y seguimiento a pacientes que han suspendido o abandonado tratamientos.	5	5	3	5	5	23

Fuente: Elaboración propia de la intervención profesional realizada en la Unidad de Oncología y Radioterapia HUS.

<sup>105</sup> (1) requerirá una inversión alta y (5) requerirá una inversión baja

En relación con las principales necesidades observadas y dada las características particulares del proceso de práctica se priorizan las siguientes estrategias a desarrollar:

- Control y seguimiento a pacientes que han suspendido o abandonado tratamientos.
- Actualización del sistema de monitoreo de la programación quirúrgica.
- Promoción de derechos y deberes del usuario .
- Identificación de aspectos socio-económico y familiar de los pacientes en tratamientos.

#### **4.4 PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PROCESO DE PRÁCTICA EN LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA HUS**

Al priorizar en las estrategias descritas anteriormente, con posibilidad de desarrollo en el proceso de la práctica se plasmó un objetivo general seguido de una estrategia clave y un plan operativo para llevar a cabo la ejecución en el campo de práctica.

El proceso de práctica desarrollado en la Unidad de Oncología y Radioterapia además de la ejecución de los objetivos propuestos permitió también la ejecución de actividades propias del ejercicio profesional en el área de la salud constantemente, como lo fue la atención de pacientes en trámites administrativos, atención en crisis y apoyo psicosocioeducativo sobre el tratamiento, posibles consecuencias apoyo y remisión para albergue, según fuera el caso de donde proviniera el paciente, posteriormente en la verificación sobre las condiciones sociales del paciente y orientación en los servicios prestados en la Unidad. Además de actividades de capacitación en cuanto a los diferentes tratamientos usados en

Oncología para recuperar la salud, o en su defecto mejorar la calidad de vida en la persona enferma de cáncer y su entorno social. De igual manera, se hace promoción de deberes y derechos, Estilos de Vida Saludables, Tratamientos, Patologías.

Estas actividades son de gran importancia en la formación profesional ya que aportan elementos relevantes para la intervención y velan por los derechos de los pacientes y el mantenimiento o mejoramiento para una atención integral.

### **OBJETIVO GENERAL**

Fortalecer la atención integral de los pacientes con cáncer, a través de la implementación y actualización de procesos del área de Trabajo Social de la Unidad De Oncología y Radioterapia del Hospital Universitario De Santander.

#### **Cuadro 10: Objetivo estratégico 1.**

<b>OBJETIVO 1</b>			
Identificar las principales causas del abandono de tratamiento por parte de los pacientes en el segundo semestre del año 2010 con el fin de fortalecer su adherencia a los tratamientos.			
<b>ESTRATEGIA:</b>			
Control y seguimiento a pacientes que han suspendido o abandonado tratamientos			
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>METAS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>AVANCES DEL PROCESO</b>
Identificación de pacientes	Identificar la totalidad de pacientes que han suspendido o abandonado tratamientos en el último semestre de 2010.	Identificación de 100% de los pacientes no adherentes	Se logró identificar los pacientes que abandonaron tratamientos en el último semestre de 2010.
Realizar contacto con	Realizar todas las	Número de	Se realizó

los pacientes.	llamadas proporcionadas para el seguimiento de pacientes.	pacientes contactados / Número de pacientes para realizar seguimiento x 100 100%	contacto con el 80% de los pacientes no adherentes.
Seguimiento de pacientes	Realizar el 100% de seguimientos del primer semestre de 2010.	Número de seguimientos realizados / Número de seguimientos a realizar seguimiento x 100 100%	Se realizó 100% de los seguimientos a los pacientes no adherentes.
Elaboración de informes estadísticos Ultimo semestre 2010.	Elaboración de informe a diciembre de 2010.	Informe estadísticas consolidadas elaboradas.	Se realizó 100% del informe consolidado.
Educación a pacientes en la importancia de los tratamientos.	Se brindará asesoría al 100% de los pacientes contactados sobre la importancia de los tratamientos.	# de pacientes educados en la importancia del tratamiento / # total de pacientes contactados x 100.	Se dio orientación al 50% de los pacientes a contactar sobre la importancia de los tratamientos.

Fuente: Elaboración propia de la intervención profesional realizada en la Unidad de Oncología y Radioterapia HUS

Siendo de gran importancia para el manejo de la enfermedad oncológica la adherencia terapéutica, se hace necesario realizar un seguimiento continuo a los pacientes que abandonan o suspenden los tratamientos indicados por los médicos tratantes para el control de la enfermedad, así mismo es fundamental determinar las razones principales por las cuales se da este fenómeno, con el fin de buscar e implementar estrategias que mitiguen esta problemática, actividad que no se venía ejecutando por la trabajadora social de la unidad, debido a la carga laboral y el poco tiempo para la atención integral de los pacientes con cáncer.

Para el logro de este objetivo en primera instancia está la identificación de estos pacientes mediante los reportes médicos que se hacen mensualmente a la oficina de trabajo social por la coordinadora del programa, la Dra. Adriana Zableth; para la ubicación de dichos pacientes es necesario remitirse al departamento de registro solicitando las historias clínicas y sustraer los datos pertinentes para la localización de los mismos. Con la obtención de los datos necesarios se establece contacto con el paciente para indagar sobre los motivos por los cuales ha suspendido o abandonado el tratamiento. Además de la realización de esta labor, ya conociendo las particularidades de cada paciente, se proporciona la información necesaria en el caso que existan algunas dificultades a nivel administrativo y se brinda asesoría sobre importancia de la realización del mismo. Es importante resaltar que este proceso es registrado en la historia clínica de cada uno de los pacientes por parte de la Trabajadora Social de la Unidad, como constancias de la labor realizada.

Determinando las razones por las cuales los pacientes han abandonado o suspendido los tratamientos unas o más veces, se procede a establecer las variables y realizar informe estadístico consolidado del segundo semestre de 2010. En la siguiente gráfica se muestran las principales causas del abandono de los tratamientos, y algunas situaciones presentadas en la búsqueda de los pacientes. (Ver grafica 1)

**Gráfico 1: Frecuencia de Razones por las cuales han Abandonado Tratamiento**



Fuente: Datos Unidad de Oncología y Radioterapia. Informe consolidados Junio a Diciembre de 2010

De la totalidad de pacientes que han abandonado tratamiento en el último semestre del año 2010 (163 pacientes) al intentar establecer contacto con ellos se presenta que el 24 % han fallecido ya por su avanzado estado de la enfermedad, en lo que se puede incidir la repercusión del abandono de los mismos. Por otra parte se evidencia una de las falencias de el sistema de registro de historias clínicas ya que el 14% de la totalidad de los pacientes no se pudo localizar, ni establecer contacto, que en la mayoría de casos aparece registrado solo un número telefónico o en otros casos ya por factores externos y ajenos, los celulares se encuentra apagados, no contestan, o no conocen al paciente.

Por aspectos de la red prestadora de servicios de las EPSS- o EPS-C se presenta que en un 17% los pacientes son remitidos a otras IPS a continuar con la realización de los tratamientos después de ser valorados en el HUS sin dársele continuidad a los procesos que ya llevan con los especialistas de la unidad, y en muchas ocasiones sin los mismos pacientes estar de acuerdo con ello. Además

de esto, se presenta que un 13% de las personas han interrumpido sus tratamientos por las finalizaciones de contratos entre el hospital y su EPS, y un 4 % por falta de autorizaciones por parte de su entidad, lo cual afecta significativamente su proceso terapéutico y ante las cuales no se toman medidas para la protección integral del paciente por parte de las EPS o de los usuarios por el desconocimiento de sus derechos.

Otro aspecto se presenta es que en un 10% los pacientes abandonan definitivamente los tratamientos, deciden no realizárselos, por diferentes motivos a nivel personal, económico o familiar, dándole prevalencia a otros ámbitos de su vida y no priorizando su salud, como lo son el trabajo, el cuidado del hogar y de los hijos o en algunos casos con un 4% no tienen los recursos necesarios para trasladarse a recibir el tratamiento.

En otros casos y con menos incidencia se encuentra que las personas no se realizan los tratamientos al encontrarse hospitalizados o en grave estado de salud en sus hogares lo cual les impide trasladarse o no sentirse en la capacidad de recibir dicho tratamiento.

De los pacientes que se logró ubicar, contactar y hacer asesoría por medio telefónico, se citaron a 28 de ellos para realizar orientación acerca de los tratamientos a recibir, su importancia y sus implicaciones para la salud. Para la realización de este objetivo se contó con apoyo físico, documentos entregados a los pacientes en donde se explica aspectos generales de los diversos tratamientos para la enfermedad oncológica. (Ver anexo A). además se entregó material educativo en el caso de pacientes con cáncer de mama y cáncer gástrico, para orientar en cuanto aspectos generales de su enfermedad. (Ver anexo B y C)

Como actividad complementaria se realizó una base de datos de los pacientes que han abandonado o suspendido los tratamientos previendo una posible reincidencia, con el fin tener elementos de referencia que puedan agilizar su

ubicación si se hace necesaria realizar nuevamente la intervención en este aspecto.

### Cuadro 11: Objetivo estratégico 2

<b>OBJETIVO 2</b>			
Determinar la oportunidad quirúrgica de los pacientes programados para cirugía en el segundo semestre del año 2010, con el fin de contribuir a visualizar las condiciones de dichos pacientes.			
<b>ESTRATEGIA:</b> Actualización del sistema de monitoreo de programación quirúrgica.			
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>METAS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>AVANCES DEL PROCESO</b>
Identificar a los pacientes programados en junta y consultas.	Identificación del 100% de pacientes programados para cirugía de junio a diciembre de 2010.	Identificación 100% de los pacientes programados.	se identificaron el 100 % de los pacientes programados para cirugía.
Revisión de registros programación de cirugía.	Identificar la totalidad de los pacientes que ya han sido operados de junio a diciembre de 2010.	Identificación 100% de los pacientes operados.	Se identificaron el 100% de los pacientes operados
Determinar los tiempos de espera de los pacientes operados.	Determinar el tiempo de espera del 100% de los pacientes operados de junio a Diciembre de 2010.	Determinación de tiempo de espera de Número de pacientes operados / Número de pacientes para determinar tiempo de espera x 100%	Se determinó el tiempo de espera del 100% de pacientes operados de Junio a diciembre de 2010
Realizar contacto con los pacientes para identificar las razones por las cuales no han sido operados.	Realizar todas las llamadas proporcionadas para el seguimiento de pacientes a Diciembre 2010	Número de pacientes contactados / Número de pacientes para realizar seguimiento x 100	Se realizó contacto y seguimiento al 100% de los pacientes.
Elaboración de informes estadísticos Ultimo semestre 2010	Elaboración de informe a diciembre de 2010	Informe estadísticas consolidadas elaboradas.	Se realizó 100% del informe consolidado

Fuente: Elaboración propia de la intervención profesional realizada en la Unidad de Oncología y Radioterapia HUS.

Siendo la cirugía el método más empleado para aquellos tumores pequeños y localizados en un lugar concreto y catalogada como una de las mejores opciones para el tratamiento del cáncer, se hace necesario establecer las condiciones en que se encuentran aquellos pacientes a los cuales se les ha brindado la posibilidad quirúrgica; identificando los pacientes a los que se ha intervenido, estableciendo los tiempos de espera y realizar seguimiento a los pacientes que diciembre de 2010 no han sido operados, determinando las principales causas de ello.

En base a los reportes de la junta oncológica y los reportes en consultas especializadas se procede a identificar los pacientes con programación quirúrgica y a realizar el registro de ellos en una base de datos. Obtenida esta información se realiza la revisión de programación de cirugía para identificar a los pacientes que ya han sido operados y así mismo determinar su oportunidad quirúrgica, es decir, el tiempo que han esperado para ser intervenidos. Respecto a los pacientes que han sido programados y a la fecha de Diciembre de 2010 aún no han sido operados, se procede a extraer de la historia clínica los datos relevantes para su localización y establecer comunicación, con el fin de conocer los motivos por los cuales no han sido operados.

Una de las principales dificultades para la realización de este objetivo y de otras actividades que requerían la búsqueda de pacientes, es el no contar con la información en la oficina de Trabajo Social de la población atendida. La obtención de los datos requeridos depende de la oficina de registro, la cual en reiteradas ocasiones no pudo proporcionar las historias clínicas por pérdida, o no se encontraba actualizada la información del paciente.

Una vez identificadas las razones por las cuales los pacientes contactados no han sido operados a la fecha de Diciembre de 2010 realizó el informe estadístico consolidado de tiempo de espera y principales razones de la no realización de

cirugía. A continuación se desglosan los resultados obtenidos en este informe, partiendo de la identificación de los pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente de Junio a Diciembre de 2010 como se muestra en la siguiente gráfica.

**Grafico 2: Pacientes con Programación Quirúrgica**



Fuente: Datos Unidad de Oncología y Radioterapia. Informe consolidados Junio a Diciembre de 2010.

De la totalidad de los pacientes programados para procedimientos quirúrgicos en junta oncológica o en consulta especializada en el último periodo del año 2010 (156 pacientes) a la fecha de 1 de enero del año 2011 el 54% aún no se les ha realizado el procedimiento quirúrgico en relación con un 46% que aparecen como operados.

Esto puede denotar las fallas en que existen en el sistema, ya que cerca del 50% de la población que es programada para procedimientos quirúrgicos, en algunos casos prioritarios, se encuentran con trabas o contratiempos por tramitología para su realización. Además se visualiza un desequilibrio en los servicios de salud, donde la demanda supera a oferta de los mismos.

Teniendo en cuenta los pacientes que se les realizó la cirugía en este periodo de tiempo, se establece el tiempo de espera para la intervención, determinando así la oportunidad quirúrgica de los pacientes operados, como se muestra en la siguiente gráfica. (Ver gráfica 3)

**Grafico 3: Oportunidad Quirúrgica de Pacientes Operados**



Fuente: Datos Unidad de Oncología y Radioterapia. Informe consolidados Junio a Diciembre de 2010.

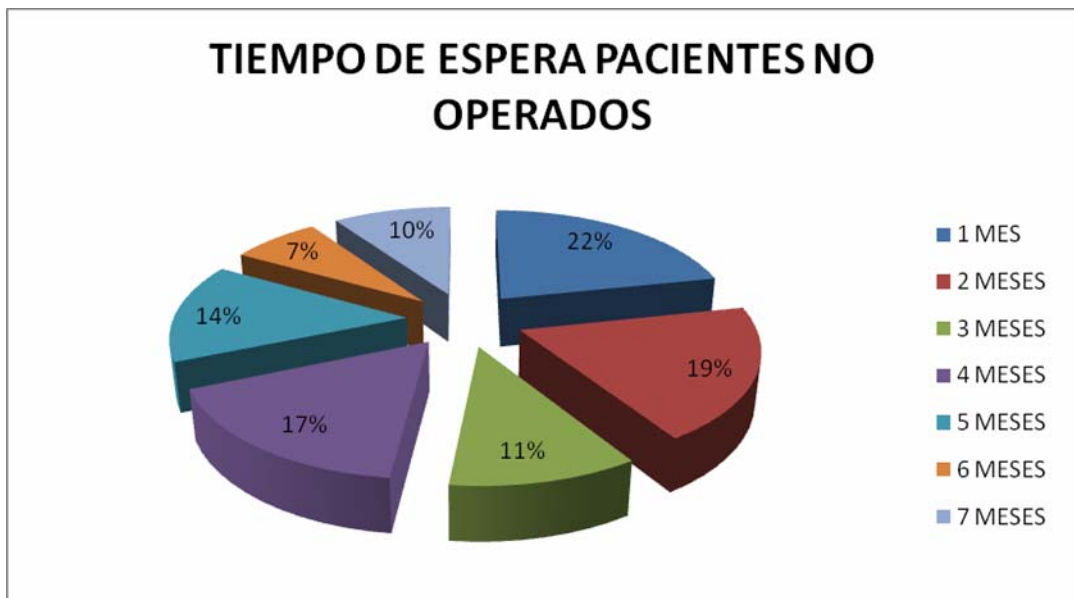
Analizando las posibilidades de acceso a los servicios en el sistema de salud, en el caso particular de los pacientes de la unidad de Oncología y radioterapia del HUS operados en el periodo comprendido de Junio a Diciembre de 2010 se presenta que de la totalidad de pacientes operados (72), el 51% han sido operados antes de los 30 días de haber sido programados, sin embargo hay pacientes que han tenido que esperar un tiempo mayor y que en muchas ocasiones sus cirugías han sido catalogadas como prioritarias.

El 36% de los pacientes han sido operados entre los 30 y los 60 días, el 8% entre 60 y 90 días y el 4% entre los 90 y los 120 días, situación que repercute significativamente en el estado de salud de la población con cáncer, pues al pasar

el tiempo se puede evidenciar a nivel tanto físico, como psicológico un progreso negativo de la enfermedad.

Es importante también precisar el tiempo de espera de los pacientes a los cuales se les había programado cirugía, pero que a la fecha de 1 de enero de 2011 no habían sido operados. En la siguiente gráfica se presenta el tiempo de espera presentado para estos pacientes calculado en meses. (Ver gráfico 4)

**Gráfico 4. Tiempo de espera pacientes no operados**

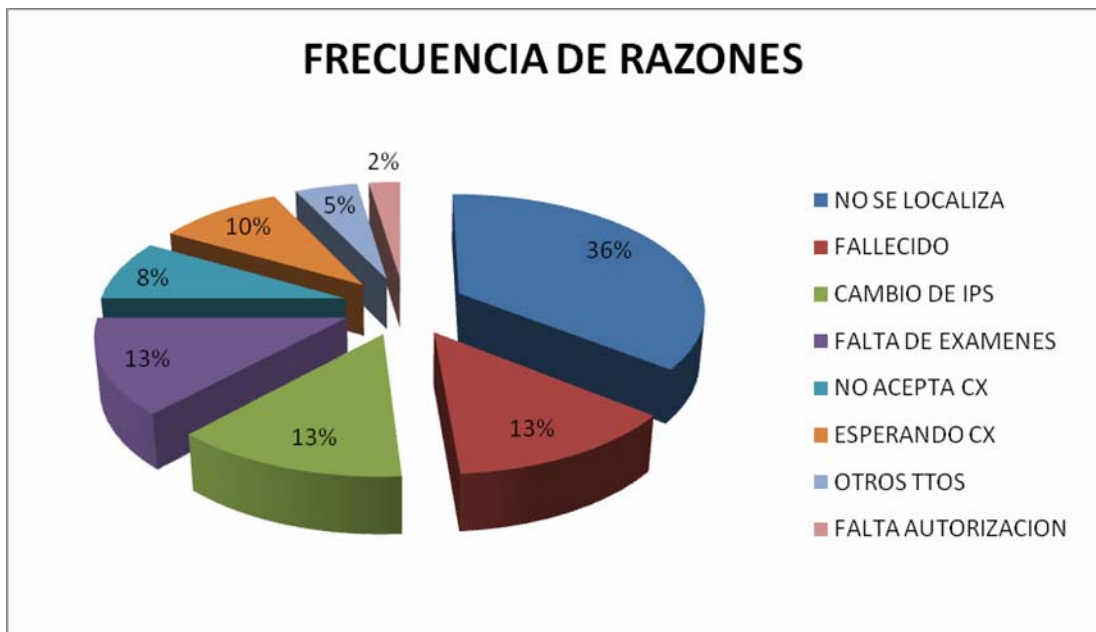


Fuente: Datos Unidad de Oncología y Radioterapia. Informe consolidados Junio a Diciembre de 2010.

De la totalidad de los pacientes no operados a la fecha de 1 enero de 2011, programados en el último semestre del año 2010 (84 pacientes) el 22% lleva un mes de programación, el 18% tiene dos meses de programación, el 17% tiene 4 mese de programación, el 11 % 3 meses de programación, el 15% 5 mese de programación, y con un 10% y 7 % siete y seis meses de programación respectivamente.

En esta situación influyen una variedad de factores tanto a nivel de paciente, como a nivel del sistema de salud. Existen diversas razones por las cuales los pacientes no han sido operados y llevan largos tiempos de espera, como se describe en la siguiente gráfica. (Ver gráfico 5)

**Grafica 5: Frecuencia de razones por las cuales los pacientes no han sido operados de Junio a Diciembre de 2010**



**Fuente:** Datos Unidad de Oncología y Radioterapia. Informe consolidados Junio a Diciembre de 2010.

Del total de los pacientes programados para cirugía en el último semestre de 2010 que no han sido operados a la fecha de 1 de enero de 2011, se encuentra que el 36% de ellos no se pudieron localizar en los teléfonos registrados en su historia clínica, lo cual sigue siendo una de las principales falencias a nivel de registro de la población atendida. Otro aspecto que se puede observar es que de la totalidad de estos pacientes, al tratar de ubicarlos y establecer contacto con ellos se presenta que el 13% de ellos ya han fallecido sin que se les realizara el

procedimiento quirúrgico, en la mayoría de los casos han estado esperando la cirugía por un prolongado tiempo en relación con la prioridad del procedimiento.

Esta problemática refleja la vulneración de los derechos de los seres humanos, y dentro del sistema de salud, al repercutir las acciones u omisiones de las entidades de servicios de salud, en las condiciones y calidad de vida de los pacientes con cáncer, al igual en la vida misma.

De igual forma, se presentan las fallas administrativas en torno a la atención de la red prestadora de servicios; el 13% de los pacientes fueron remitidos a otras IPS por parte de sus EPS para la realización de los procedimientos, lo cual repercute en la continuidad de los procesos, y por otra parte 13% de los pacientes aun estaban a la espera de autorizaciones para exámenes, programación o resultados de exámenes, lo cual entorpece aún más el procedimiento a seguir.

Por otra parte se encuentra que el 8% de los pacientes aún no operados a la fecha, no habían decidido operarse ó definitivamente no aceptan la cirugía, ya sea por el temor al procedimiento o por las implicaciones para otros ámbitos de sus vidas como lo son su trabajo, la familia, o los recursos económicos. En este aspecto es importante realizar el acompañamiento psicosocial, llevando a cabo procesos de educación, orientación y apoyo para ayudar a la población a comprender con mayor claridad los tratamientos a seguir y la importancia que tienen para su salud.

**CUADRO 12: Objetivo estratégico 3**

<p><b>OBJETIVO 3</b></p> <p>Contribuir en el proceso de promoción de derechos y deberes del usuario con los pacientes de cáncer del HUS, procesos informativos y educativos, con el fin de mejorar la atención en la prestación de los servicios en la unidad de Oncología y Radioterapia.</p>			
<p><b>ESTRATEGIA:</b></p> <p>Promoción de derechos y deberes del usuario.</p>			
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>METAS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>AVANCES DEL PROCESO</b>
Realización de folletos con los derechos y deberes de los usuarios.	Se realizará la primera semana de Diciembre 2010	Realización de folletos	Se realizó el folleto en el mes de diciembre.
Socialización de deberes y derechos del usuario.	se realizara 10 sesiones de socialización de Diciembre 2010 a Enero 2011.	Número de sesiones programadas / Número sesiones realizadas x 100	Se realizó el 100% de las sesiones programadas.

Fuente: Elaboración propia de la intervención profesional realizada en la Unidad de Oncología y Radioterapia HUS.

En el ejercicio pleno de los derechos humanos y en concordancia con lo establecido en la normatividad Colombiana en relación al derechos de la salud respecto a los derechos y deberes del usuario contemplado en la RESOLUCIÓN 13437 DE 1991 para propender por la humanización en la atención a los pacientes

y garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público de salud en las Instituciones Hospitalarias Públicas y Privadas, se tiene como objetivo realizar promoción de los derechos y deberes de los pacientes.

La necesidad de trabajar en la promoción de los derechos y deberes de los usuarios nace por las frecuentes situaciones presentadas, que se abordaron desde la oficina de trabajo social. Diariamente son atendidos pacientes que son direccionados a esta área para que se les brinde orientación e información en diferentes ámbitos a nivel administrativo, ya que se encuentran desorientados en este aspecto. Por otra parte se presenta que al no conocer sus derechos, constantemente los pacientes oncológicos son violentados por parte del personal médico o administrativo de HUS, o por parte de las EPS-S a las que están vinculados, al poner trabas en la prestación integral del servicio en cuanto autorizaciones de consultas especializadas, medicamentos o apoyos diagnósticos o procedimiento quirúrgico.

Para el cumplimiento de este objetivo se procedió realizar 10 sesiones formativas utilizando como soporte, folletos con los derechos y deberes de los usuarios, a los pacientes de oncología situados en la sala de espera. Esta labor se dio en el transcurso de toda la práctica profesional, específicamente en las horas de la tarde. (Ver anexo D)

Se pudo observar que muchos de estos pacientes no tenían conocimiento de este aspecto por la falta de información o la poca accesibilidad que tienen de ella, ya que en un gran porcentaje es población rural de poco nivel educativo, o por la falta de socialización por parte del personal del hospital. Además de la socialización de esta información, también se dio asesoría en inquietudes que manifestaban los pacientes en cuanto a trámites con la red prestadora de servicio y acciones administrativas en el HUS.

**Cuadro 13: Objetivo estratégico 4**

<b>OBJETIVO 4</b>			
Identificar las características familiares sociales y económicas de los pacientes en tratamientos de la unidad de Oncología y radioterapia del HUS, con el fin de conocer aspectos relevantes para el manejo de la enfermedad y realización del tratamiento.			
<b>ESTRATEGIA:</b>			
Implementación de ficha socio-familiar			
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>METAS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>AVANCES DEL PROCESO</b>
Realización de ficha sociofamiliar	Elaboración a Enero de 2011	Ficha familiar realizada	Se realizó ficha sociofamiliar a enero de 2012
Aplicación de la ficha sociofamiliar a la población no adherente a tratamiento	Aplicación de formulario totalidad de pacientes no adherentes al tratamiento a diciembre 2010	Numero de formularios aplicados /números de formularios programados 100% 40 / 180 * 100	se aplicó ficha sociofamiliar al 20% de la población programada
Creación de base de datos.	Creación de base de datos a enero 2011	Base de datos creada	Se creó la base de datos con el 20% de la información lograda

Fuente: Elaboración propia de la intervención profesional realizada en la Unidad de Oncología y Radioterapia HUS.

Vista la necesidad de un acompañamiento continuo en las diferentes etapas de la enfermedad oncológica, se hace necesario establecer la red de apoyo de cada uno de los pacientes para un mejor proceso; para esto se realizó e implementó una ficha familiar, con el fin de obtener la información pertinente a nivel familiar y socioeconómica, teniendo en cuenta en cuenta variables socio demográficas, económicas y familiares, y crear la base de datos de dichos pacientes.

Para su elaboración fue necesario realizar documentación y tener en cuenta los aspectos psicosociales del individuo. (Ver anexo E.). Esta ficha fue aplicada a 40 pacientes en tratamiento de radioterapia de la unidad, en la cual se incluyeron variables a nivel personal, nivel de salud, nivel sociofamiliar, y el genograma lo que ayudaría a comprender la dinámica familiar, como se muestra en el siguiente cuadro. (Ver cuadro14)

**Cuadro 14: Variables ficha sociofamiliar.**

Nivel personal	Nombre Edad Género Historia clínica Lugar de procedencia Teléfono
Nivel de salud	Diagnóstico Tratamiento
Nivel socio familiar	Estado civil Ocupación Escolaridad Tipo de vivienda Composición familiar
Genograma	Vínculos familiares

Fuente: Elaboración propia de la intervención profesional realizada en la Unidad de Oncología y Radioterapia HUS.

Además de estos factores se indagó por aspecto en las relaciones familiares, la red social de apoyo de los pacientes, los vínculos con ellas y se dio orientación respecto a la importancia de acompañamiento en el proceso de la enfermedad y su tratamiento.

El cumplimiento de este objetivo presentó dificultad debido a la disposición de tiempo de los pacientes, ya que no se tiene conocimiento en la oficina de trabajo social sobre la asignación de las citas y del momento en que los pacientes se encuentran en la unidad. Sin embargo esta es una iniciativa de suma importancia para la labor profesional, ya que al conocer aspectos relevantes de la vida del paciente, se puede trabajar para mejorar los factores que influyen de manera positiva o negativa en el éxito del abordaje de la enfermedad y de la realización de los tratamientos.

## 5. ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN

El proceso de intervención realizado en la unidad de Oncología y Radioterapia del HUS-ESE, representó una valiosa herramienta para adquirir y afianzar los conocimientos logrados durante el proceso de enseñanza y un acercamiento a nuevos procesos y sobre todo un afrontamiento de la realidad en el área de salud. Además fue enriquecedora personalmente, por que se logró un aprendizaje significativo acerca de una enfermedad que afecta a un gran número de personas a nivel mundial que es considerada como un problema de salud pública. Estos conocimientos apuntan a la comprensión de la enfermedad misma, desde su proceso de origen, hasta las implicaciones que puede tener para el ser humano y su entorno, lo que influye en el fortalecimiento de capacidades y virtudes que apuntan al respeto de la dignidad humana y por la defensa de la calidad de vida de las personas.

La realización de esta experiencia fue un reto por las implicaciones que puede tener el trabajar con personas que tienen grandes problemáticas a nivel de salud y en otras esferas de la vida, tratando de comprender sus sentimientos, pensamientos, preocupaciones y fortaleciendo la capacidad de escucha, y limitando las subjetividades y la carga a nivel emocional que pudieran producirse por ver reflejadas las experiencias personales con esta enfermedad.

En el adecuado abordaje a la población con cáncer, contribuyó de manera significativa la trabajadora social de la unidad, quien en todo momento mostró disposición con la practicante, compartiendo información, aportando conocimientos, enseñando aspectos administrativos y de la intervención de la profesión en el área de la salud, además de ser un apoyo en el direccionamiento de las acciones realizadas.

La experiencia fue difícil al ver los constantes atropellos o vulneración de los derechos de los pacientes por parte del personal médico y administrativo, pues son personas que se limitan a su quehacer y no tienen en cuenta las condiciones específicas de cada paciente, en ocasiones no brindado la atención adecuada, lo cual hace que la oficina de trabajo social, sea un apoyo importante en todo el proceso de la enfermedad para los pacientes, pues constantemente se remitían a ella para ser escuchados, orientados, plantear las inquietudes presentadas o manifestar, sentimientos y emociones. Esta labor se realizaba en la medida de lo posible, pues la carga laboral, las acciones por hacer o problemas por resolver día a día direccionan al trabajo social por una línea un poco asistencial y operativo, lo cual no da pie para hacer una intervención de forma integral al paciente

La búsqueda de un enfoque teórico-conceptual que respondiera al trabajo a realizar con las pacientes conllevó a la indagación de modelos de intervención profesional que permitieran trabajar por los derechos de los pacientes oncológicos, comprendiendo las diferentes dimensiones, su contexto y los aspectos relevantes en el éxito de los tratamientos, así como estrategias que respondieran a la problemáticas existentes en la prestación de los servicios en la unidad. Por lo anterior se investigó referentes teóricos que permitieran realizar la comprensión de la enfermedad, y todo lo que ella acarrea tanto a nivel físico como psicológico, hallando el enfoque psicosocial y el enfoque de derechos los cuales cumplían con las expectativas en la realización de la práctica profesional.

El proceso de intervención tuvo como objetivo el apoyar principalmente las actividades y procesos propios del trabajo social con el fin de fortalecerlas para beneficio de la población atendida. Además actividades que clarifican el rol que un trabajador o trabajadora social desempeña en una organización o institución en el área de la salud, todo esto con la asesoría y orientación constante de la Trabajadora Social Diana Patiño quien siempre tuvo la disposición, actitud de

enseñanza y colaboración en el proceso de práctica realizado. Para el cumplimiento de objetivos propuestos se estableció el contacto diario con los pacientes a través de la escucha e interacción, logrando conocer la realidad en la que vive este grupo poblacional.

En cuanto a los logros alcanzados se pudo realizar el seguimiento a los pacientes que han abandonado o suspendido los tratamientos dando a conocer las principales causas de ello, y trabajando hacia el fortalecimiento de su adherencia a los tratamientos, también se consiguió actualizar el sistema de monitoreo de los pacientes que han sido programados para procedimientos quirúrgicos verificando si ya fue realizados o indagando en las razones por los que no se ha hecho, y con ellos determinando la probabilidad quirúrgica y los tiempos de espera. Esto aportó a visualizar la problemática existente en este ámbito y brindar herramientas para tomar las medidas pertinentes ante ello.

Para la realización y cumplimiento de los objetivos propuestos, una de las dificultades que se presentó fue lo relacionado a las historias clínicas, ya que no se tiene acceso directo a ella, sino que por el contrario es necesario solicitarlas a estadística, departamento que en ocasiones demora en facilitarlas o en ocasiones no se encuentran algunas historias, lo que retrasa la ejecución de los seguimientos.

De igual forma el objetivo propuesto para la promoción de los derechos y deberes de los usuarios se logró satisfactoriamente, no tan sólo por medio de la socialización de los folletos, sino con el contacto directo que se tiene día a día con los pacientes permitiendo que estos los conozcan y los hagan valer ante las personas o entes competentes.

En cuanto a la recolección de la información familiar para conocer las características propias de la familia de los pacientes y la realidad en que se

encuentran los mismos, se avanzó en el proceso pero no se pudo aplicar a la totalidad de los pacientes en tratamiento. Esto en gran medida por la dificultad de época en la realización de la práctica, ya que muchos de los pacientes para la época de diciembre retornan a sus lugares de origen; además de la falta de disponibilidad de tiempo de los pacientes cuando asisten al HUS y el desconocimiento de la asignación de citas en la unidad por parte de la oficina de trabajo social.

Cabe resaltar que el proceso de práctica en el HUS fue de fundamental importancia para el proceso de formación, ya que brindó la posibilidad de realizar labores propias del área de trabajo social y permitió el acercamiento con la realidad; se logró dar un acercamiento a la dinámica de trabajo conociendo las formalidades habituales de un ambiente de trabajo como organización, disciplina laboral, e interactuar con profesionales de otras áreas, entre otros aspectos que son de vital importancia para la formación profesional.

Otro aspecto fundamental a resaltar es el espacio físico brindado y la accesibilidad a los recursos necesarios para la realización del proceso de intervención que brindados por parte de la unidad de Oncología y de la oficina de Trabajo social y el apoyo ofrecido en todo momento por el equipo interdisciplinario y la disponibilidad y disposición para escuchar las inquietudes y dudas durante todo el proceso.

## **6. PROPUESTA DE INTERVENCION: FORTALECIMIENTO DEL VINCULO FAMILIAR Y LA RED PRIMARA DE APOYO DEL PACIENTE ONCOLOGICO , COMO ESTRATEGIA ELEMENTAL EN EL ADECUADO ABORDAJE DE LA ENFERMEMEDAD Y ÉXITO DE LOS TRATAMIENTOS.**

### **6.1 JUSTIFICACIÓN**

El cáncer es un problema creciente de salud tanto en Colombia como en el mundo, con importantes repercusiones en el bienestar de la población, la actividad productiva y en el costo del sistema de salud. En los informes de mortalidad hechos en el mundo se considera que los tumores malignos son los responsables de un alto porcentaje de muertes, siguiendo de las enfermedades cardiovasculares. “Hoy en día, el cancer causa 7 millones de muertes cada año, lo que corresponde al 12.5% del total de las defunciones en el mundo, además, 11 millones de persona son diagnosticadas cada año, la mayoría en los países en desarrollo y se estima que esta cifra se incrementará hasta 16 millones de personas en el año 2020.”<sup>106</sup>

En las últimas décadas han sido numerosas las investigaciones que se han llevado a cabo con el objeto de analizar los factores psicológicos y sociales implicados en el proceso de esta enfermedad para contribuir a la aceptación de la enfermedad y realización de los tratamientos, factor crucial para la superación de la enfermedad oncológica, labor en la que aporta de manera significativa el Trabajo social ya que no se deben aislar las condiciones propias del individuo sino tratar al paciente con las problemáticas existentes en su contexto.

---

<sup>106</sup> *PLAN DE INTERVENCION COMUNICACIONAL DE PROMOCION Y PREVENCION DEL CÁNCER. Perú. Marzo 2007.* En línea. [Citado en: 25 de abril de 2012]. Disponible en: [http://www.regionsaludmoquegua.gob.pe/comuni/P\\_CANCER.pdf](http://www.regionsaludmoquegua.gob.pe/comuni/P_CANCER.pdf)

Teniendo en cuenta aspectos fundamentales de la intervención profesional con pacientes oncológicos se toma como base lo planteado en el enfoque biopsicosocial, enfatizando en la forma de interpretar los diferentes fenómenos humanos desde un punto de vista relacional en lo que tiene que ver con la persona y el contexto que considera importante, ya que no se puede ver al paciente y su enfermedad aparte de este, por ello se hace necesario conocer, comprender e intervenir en todas las esferas que hacen parte de su vida

El objetivo principal del trabajo social con pacientes oncológicos “es entender los efectos que provoca la enfermedad tanto a nivel personal, familiar, como social, teniendo en cuenta las diferentes influencias socioculturales y dotar de los medio necesarios para resolverlos, a la vez que prevenirlos”<sup>107</sup>. En esta labor es importante trabajar para identificar los aspectos que pueden entorpecer el proceso de aceptación, tratamiento y superación de la enfermedad y buscar estrategias para mitigarlos, además, dotar a la población de la información relevante para mejorar su salud y su calidad de vida, acciones orientadas a brindar una atención integral tanto al paciente como a su familia.

El paciente según sus condiciones a nivel psicológico, emocional, familiar, económico y social, puede tener cierto grado de aceptación y éxito en la toma de los tratamientos, cada persona es única y tiene a manifestarse ante la enfermedad de manera diferente. De acuerdo con esto, el factor familiar puede favorecer la salud, creando un ambiente que mejore el bienestar y la autoestima de la persona y contribuir a amortiguar los efectos negativos de acontecimientos estresantes que se producen en la vida de las personas con Cáncer, convirtiéndose en un apoyo para abordar de manera adecuada la enfermedad, la realización de los tratamientos y propender por la salud del enfermo.

---

<sup>107</sup>BORRÁS, J María. Modelo de Trabajo Social en la atención oncológica. Institut català de oncology. Català. 2004. p. 11

## **6.2. OBJETIVOS**

### **6.2.1. Objetivo General**

- Fortalecer el vínculo familiar y la red primaria de apoyo del paciente oncológico del Hospital Universitario de Santander, promoviendo la participación de la familia en las diferentes etapas del proceso de la enfermedad, con el fin de aportar elementos que permitan el adecuado abordaje de la enfermedad y éxito de los tratamientos.

### **6.2.2. Objetivos específicos**

- Identificar características particulares, contexto y las problemáticas existentes en el ámbito familiar, producidas o generadas por la enfermedad de los pacientes de la Unidad de Oncología y Radioterapia del HUS, mediante la implementación de ficha sociofamiliar.
- Realizar un proceso educativo con el paciente y la familia, para orientarlos en aspectos de diagnóstico, tratamientos y aspectos relevantes de la enfermedad.
- Realizar intervención psicosocial con el paciente y la familia para mitigar los factores familiares negativos, que repercuten en el adecuado abordaje de la enfermedad.

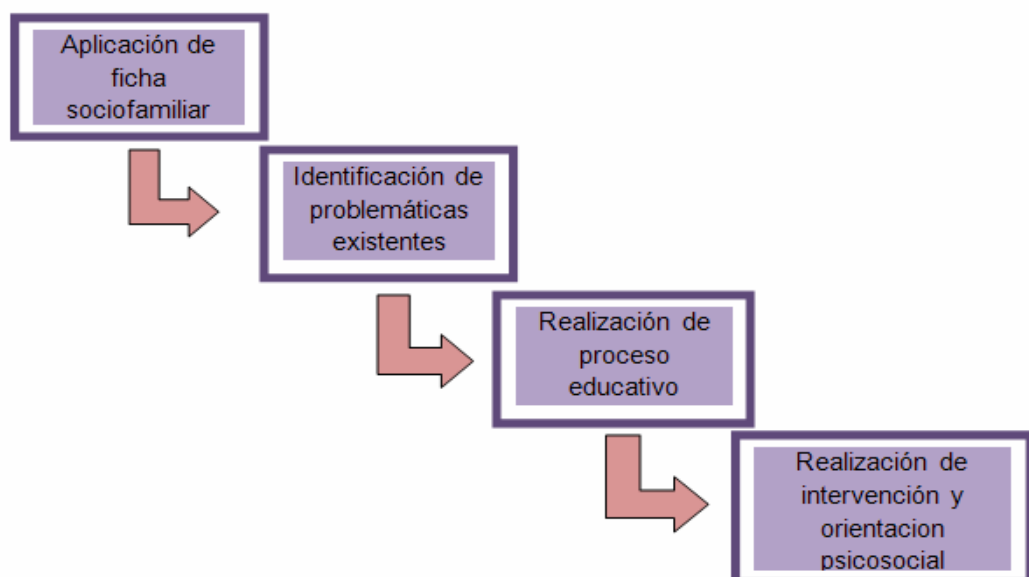
## **6.3. POBLACION OBJETO DE INTERVENCIÓN**

La población sujeto de intervención son los y las pacientes de la Unidad de Oncología y Radioterapia del Hospital Universitario de Santander que no han sido adherentes a los tratamientos en algún momento del proceso y su núcleo familiar.

## 6.4. PROCESO METODOLÓGICO

Para el cumplimiento del objetivo planteado, la intervención profesional estará enmarcada fundamentalmente en tres aspectos que parten desde la implementación de la ficha sociofamiliar. Estas fases son: la identificación de las características y problemáticas existentes, la realización del proceso educativo mediante talleres y ejecución de sesiones familiar, en donde se contará con el apoyo del personal del área de la salud y de psicología.

**Figura: 2 fases de intervención**



Fuente: Elaboración Propia.

La intervención inicia con la aplicación de la ficha sociofamiliar (ver anexo E) a los pacientes que han interrumpido o incumplido los tratamientos programados en alguna parte del proceso terapéutico, esta ficha recolectará información pertinente de los aspectos familiares, sociales, económicos que pueden incidir en el éxito de los tratamientos.

Con la recolección de información por medio de la ficha familiar, se podrán identificar aquellas problemáticas familiares, ya sean a raíz de la enfermedad u otras existentes por otras circunstancias las cuales repercuten en el adecuado abordaje de la enfermedad y realización y cumplimiento del plan terapéutico.

**Cuadro 15: FASE 1. Identificación de características y problemáticas familiares del paciente oncológico.**

<b>OBJETIVO ESTRATEGICO 1</b>		
Identificar características particulares contexto y las problemáticas existentes en el ambito familiar, producidas o generadas por la enfermedad de los pacientes de la Unidad de Oncología y Radioterpaia del HUS, mediante la implementacion de ficha sociofamiliar.		
<b>ESTRATEGIA.</b> Aplicación de ficha sociofamiliar.		
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>METAS</b>	<b>INDICADORES</b>
Realización de ficha sociofamiliar.	Diseño e implementación de la ficha sociofamiliar.	Ficha realizada.
Aplicación a los pacientes ficha sociofamiliar.	Contar con la información del 100% de las familias usuarias del servicio.	Ficha aplicada al 100% de los usuarios del servicio.
Análisis de información.	Caracterización de los grupos familiares.	Informe social escrito de las familias usuarias del servicio.

Fuente: Elaboracion Propia.

Por otra parte para lograr el objetivo general planteado es necesario brindar a los pacientes y sus familias un proceso de educación y orientación en aspectos específicos de la enfermedad, como el origen, los factores determinantes, los diversos tratamientos y sus implicaciones y la importancia de la vinculación y el

apoyo de este grupo en todo el proceso, para lo cual se realizará 10 sesiones en la sala de juntas de la unidad, en las que se manejará en forma de taller los temas a tratar, contando con el material físico necesario, en lo que se refiere a video beam, papelería, entre otros, y el apoyo y acompañamiento de la Trabajadora social de la unidad.

**Cuadro 16: Fase 2 realización de talleres formativos**

<b>OBJETIVO ESTRATEGICO 2</b> ➤ Orientar a los pacientes y sus familias en aspectos de detección, diagnóstico y tratamientos de la enfermedad, para lograr una mayor vinculación del núcleo familiar a los procesos terapeuticos trazados.		
<b>ESTRATEGIA.</b> Desarrollo de sesiones educativas		
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>METAS</b>	<b>INDICADORES</b>
Conformacion equipo de trabajo.	Conformar equipo de trabajo con al menos 2 profesionales del área de la salud, 1 psicologo (a) trabajadora social.	# de profesionales vinculados.
Realizacion de talleres formativos.	Relización de 10 talleres formativos.	# de talleres realizados/ # de talleres a realizar.

Fuente: Elaboracion Propia.

Además de lo anteriormente planteado se sealizaran 5 sesiones individuales con cada paciente y su familia en la oficina de trabajo social con el apoyo de la trabajadora social de la unidad para abordar las problematicas existentes al interior de la familia, mitigando los factores negativos que repercuten en el adecuado abordaje de la enfermedad, y propendiendo por la busqueda de posibles soluciones. Para el cumplimiento de este objetivo se elaborará

previamente en conjunto de la Psicóloga los planes de tratamiento a seguir con cada paciente y su núcleo familiar, teniendo en cuenta las características particulares de cada uno de ellos. En la sesiones familiares se tendrá como técnica la implementación del juego de roles.

**Cuadro 17: Fase 3. Realización de Sesiones Familiares.**

<b>OBJETIVO ESTRATEGICO 1</b> Realizar intervención psicosocial con el paciente y la familia para mitigar los factores familiares negativos, que repercuten en el adecuado abordaje de la enfermedad.		
<b>ESTRATEGIA.</b> Fortalecimiento de vinculo familiar.		
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>METAS</b>	<b>INDICADORES</b>
Definición del tratamiento a seguir.	Realización del 100% de planes	# de planes realizado/ # de planes a realizar.
Realización de sesiones familiares.	Vinculación del 100% de las familias a las sesiones programadas.	# de sesiones realizadas / # sesiones programadas por núcleo familiar.

Fuente: Elaboración Propia

Esta propuesta está orientada hacia la inclusión del núcleo familiar del paciente con cáncer en el proceso de la enfermedad, con lo cual se busca que se fortalezca el vinculo entre paciente-familia, para que las personas cercanas se conviertan en un apoyo y factor de motivación para el abordaje, tratamiento y superación del cáncer.

## 7. CONCLUSIONES

- En Colombia existe legislación que propende por la garantía de los derechos fundamentales, entre ellos la salud como protección para una vida digna; sin embargo, el sistema y la red prestadora de servicios constantemente vulnera los derechos de la población oncológica y a pesar de los mecanismos existentes para su defensa aún se siguen vulnerando lo cual entorpece o dificulta el proceso de manejo y afrontamiento de la enfermedad que en algunas ocasiones puede tener impactos trascendentales en la salud de la población.
- La dinámica misma de la población del régimen subsidiado, es decir las condiciones de vida que presenta como lo son el nivel de educación, los recursos económicos, la problemáticas particulares que afectan las dinámicas familiares, también son factores que inciden de gran manera en el proceso de la enfermedad, pues de ellas depende en muchas ocasiones el éxito de los procesos terapéuticos.
- El ser humano tiene diferentes dimensiones a nivel biopsicosocial, en las cuales se encuentra inmerso todo el proceso de desarrollo, teniendo en cuenta sus implicaciones se hace necesario no brindar prioridad al abordaje de los aspectos clínicos del paciente, sino que se debe trabajar en la atención orientada a garantizar la salud emocional o psicológica del paciente, brindando un acompañamiento continuo y constante tanto para él como a su familia.

## 8. RECOMENDACIONES

- Es importante que la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Industrial de Santander, siga apoyando al HUS, y especialmente a la Unidad de Oncología y Radioterapia con la presencia del profesional en formación de Trabajo Social, ya que con su labor contribuye a fortalecer los diferentes procesos realizados por organización, además es un espacio que aporta significativamente en el proceso de formación de futuros profesionales, esto no tan solo en el área de oncología sino que se den estos procesos en otros servicios de la institución.
- Se hace necesario continuar con la implementación de estrategias que permitan abordar de manera holística la atención de los pacientes con cáncer, integrando los factores que influyen el abordaje de la enfermedad con el fin contribuir a una mejor calidad de vida de los usuarios.
- Es imprescindible establecer estrategias que permitan conocer la realidad específica de cada paciente, identificando los factores que influyen negativamente en el éxito de los tratamientos para mitigarlos y contribuir a la adherencia de los mismos.
- Teniendo en cuenta las condiciones de las realidades específicas de cada paciente se hace necesario trabajar por la humanización de los servicios prestados, reforzando aspectos del trabajo interdisciplinario para realizar atención de calidad oportunamente.

## BIBLIOGRAFÍA

- BAYONA, Contreras Mileydi. Embarazo en las adolescentes que ingresan al Hospital Universitario de Santander (HUS): problemática de intervención profesional de Trabajo Social. Trabajo de grado Trabajo Social. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander. 2011. Pg. 56
- BORRÁS, J María. Modelo de Trabajo Social en la atención oncológica. Institut català de oncology. Català. 2004. p. 11
- BROCHE, Pérez Yunier, MEDINA Walter Resiliencia y Afrontamiento: Una Visión Desde La Psicooncología .2º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis. 2011. En línea [citado 20 de abril de 2012]. Disponible en: [www.interpsiquis.com](http://www.interpsiquis.com)
- CACERES, María Luisa, RUIZ Francisca. Manual para el paciente oncológico y su familia. Egraf, S.A. España. 2007. p. 32. En línea [Citado 12 de Abril de 2012]. Disponible en: [http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/manual\\_pacientes.pdf](http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/manual_pacientes.pdf)
- COLOMBIA. Congreso de la República. Ley 100 de 1993. Diciembre 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones En línea. [Citado en Noviembre de 2010]. Disponible en: <http://www.caprecom.gov.co/sitio/filesnormatividad/Ley-100-de-1993.pdf>
- COLOMBIA. Congreso de la República, Ley 1384 de 2010, Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del

cáncer en Colombia. Bogotá. 2010. En línea [citado 15 de abril de 2010]  
Disponible en:  
<http://web.presidencia.gov.co/leyes/2010/abril/ley138419042010.pdf>

- COLOMBIA. Presidencia de la República. Constitución Política de Colombia. Ediciones Ramogal Ltda.1993. p 10, 11, 15.
- COLOMBIA. Ministerio de salud y protección social. Resolución 13437 de 1991 Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes. Bogotá. 1991. En línea. [Citado 24 de Enero de 2011]. Disponible en [http://eticahospitalaria.clinicalili.org/pdf/resolucion\\_13437\\_1991\\_derechos\\_pacientes.pdf](http://eticahospitalaria.clinicalili.org/pdf/resolucion_13437_1991_derechos_pacientes.pdf)
- DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, Mortalidad en Colombia 1995-1999. Bogotá DANE, 2000. En línea. [Citado en: 13 de abril de 2012]. Disponible en: [http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/Estadisticas\\_vitales.pdf](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/Estadisticas_vitales.pdf)
- DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION. Salud pública. En línea [Citado 20 de Abril de 2012] Disponible en <http://www.dnp.gov.co/Programas/Educaci%C3%B3nculturasaludempleoy pobreza/Subdirecci%C3%B3ndeSalud/Saludp%C3%ABlica.aspx>
- ESPARZA, Teresa. Artículos Psicología. Resiliencia y cáncer. En línea. [citado abril de 2012]. Disponible en: [http://www.psycoencuentro.com/articulo\\_de\\_psicologia.php?idarticulo=139&id idioma=1](http://www.psycoencuentro.com/articulo_de_psicologia.php?idarticulo=139&id idioma=1)

- EQUITAS, recomendaciones para un trabajo con enfoque psicosocial en desaparición forzada y otras graves violaciones de los derechos humanos. Colombia. Abril, 2010. Pg. 2
- FEDERACION INTERNACIONAL DE TRABAJO SOCIAL. Código de ética profesional. En línea [Citado Abril de 2012]. Disponible en:[http://www3.unileon.es/ce/ets/ficheros/Codigo\\_FITS.pdf](http://www3.unileon.es/ce/ets/ficheros/Codigo_FITS.pdf)
- GARIBAY, Bravo Karina Denisse. Desarrollo del niño. En: Centro de Desarrollo Infante Juvenil CERIL. En línea. [Citado en Enero de 2011]. Disponible en: [http://ceril.cl/P5\\_Desarro\\_nino.htm](http://ceril.cl/P5_Desarro_nino.htm).
- HOSPITAL CANCERCARE DANA-FARBER/CHILDREN'S. Manual para pacientes y familias. 2010, p. 38. En línea [Citado 18 de abril de 2012]. Disponible en: [www.childrenshospital.org](http://www.childrenshospital.org)
- HOSPITAL Universitario de Santander. Modelo de Hospital Público Universitario del País. Colombia, 2006. Primera edición. Redacción de textos de la oficina de desarrollo institucional. Pg. 3
- HOSPITAL Universitario de Santander. Unidad de Oncología y Radioterapia, Manual de Proceso de Oncología y Radioterapia. Misión y Visión Bucaramanga, Octubre 2008.
- HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER. Unidad de Oncología y Radioterapia; Informe Oncología, consolidado de casos nuevos. Bucaramanga. 2010.
- INSTITUTO Catala de Oncología. Modelo de Trabajo Social en la atención oncológica. Junio 2004. P. 5. En línea. [Citado en: 25 de abril de 2012].

Disponible en:  
[http://www.iconcologia.net/castella/hospitalet/imatges/modelo\\_trabajosocial.pdf](http://www.iconcologia.net/castella/hospitalet/imatges/modelo_trabajosocial.pdf)

- INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA. Liga Colombiana de Lucha Contra el Cáncer. 1970. En línea. [Citado 12 de enero de 2011] disponible en: [http://www.adisamef.com/fondo%20documental/libros\\_digitales\\_salud\\_mental/26.pdf](http://www.adisamef.com/fondo%20documental/libros_digitales_salud_mental/26.pdf)
- INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER. Origen del cáncer. En línea. [Citado Abril 2012]. Disponible en <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es>
- KRAUT, Jorge Alfredo. "Los derechos de los pacientes". Abeledo-Perrot, Buenos Aires, 1997 .En: CEDARO, Liliana Beatriz. Los derechos de los pacientes oncológicos. Posadas, Provincia de Misiones. En línea [Citado en Abril 10 del 2012]. Disponible en <http://www.cancerteam.com.ar/dere002.html>.
- MARTÍN Alfonso L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. En: Salud Pública. 2004. No.30, p. 4.
- MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Plan nacional para el control del cáncer en Colombia 2010-2019. Bogotá, Febrero 2010. En línea. [Citado en: 25 de abril de 2012]. Disponible en: <http://www.cancer.gov.co/documentos/Plannacionalparaelcontroldelcancer/PlanParaControlCancer.pdf>
- MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL, Liga Colombiana de Lucha Contra el Cáncer, El Plan Nacional para el Control del Cáncer 2010-2019. Bogotá. Febrero de 2010. En línea. [citado 15 de Abril de 2012]. Disponible en: <http://www.cancer.gov.co/documentos/Plannacionalparaelcontroldelcancer/PlanParaControlCancer.pdf>

- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Manual de Actividades, Procedimientos e Intervenciones del Plan Obligatorio de Salud POS. Colombia. En línea. [Citado Abril 2012]. Disponible en: <http://www.pos.gov.co/Search/results.aspx/Results.aspx?k=%20enfermedades%20de%20alto%20costo>
- NACIONES UNIDAS. Asamblea General. Declaración de Milenio. Valores y Principios No. 4. En línea 2000. [citado en Enero de 2011]. Disponible en internet: <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>.
- NACIONES UNIDAS. Declaración universal de los derechos humanos. En línea. [Citado en Diciembre de 2010]. Disponible en internet: <http://www.un.org/es/documents/udhr/index.shtml#a25>
- NACIONES UNIDAS. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Diciembre de 1966. En línea. [Citado en Diciembre de 2010]. Disponible en: <http://www.cinu.org.mx/onu/documentos/pidesc.htm>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Agenda de investigaciones. En línea [Citado Abril de 2012]. Disponible en: <http://www.cinu.mx /temas/salud/>.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL de la salud, Adherencia a tratamiento a largo plazo. 2004. En línea. [Citado en Enero de 2011]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/adherencia-largo-plazo.pdf>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Cáncer. Nota descriptiva N°297 Febrero de 2011. En línea. Citado en: 12 de abril de 2012]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>

- PÉREZ Ferrer V. Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas y de salud. Concepto y factores psicosociales implicados. 1995. p.7.
- PÉREZ Luño. Derechos humanos, estado de derecho y constitución". Ed. Tecnos Madrid: 1984,p.56 .
- PLAN DE INTERVENCION COMUNICACIONAL DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DEL CÁNCER. Perú. Marzo 2007. En línea. [Citado en: 25 de abril de 2012]. Disponible en: [http://www.regionsaludmoquegua.gob.pe/comuni/P\\_CANCER.pdf](http://www.regionsaludmoquegua.gob.pe/comuni/P_CANCER.pdf)
- ROPSOHN THERAPEITICS LTDA. Aspectos que usted debe conocer sobre quimioterapia. Ebewepharma. 2010.
- SEVILLANO, Cintora Gemma. Oncología pediátrica: El trabajo social desde el ámbito asociativo. Bilbao., 2003. P.4. En línea. [Citado en: 25 de abril de 2012]. Disponible en: [http://www.aspanoa.org/files/File/aspanoa\\_29.pdf](http://www.aspanoa.org/files/File/aspanoa_29.pdf)
- TORRES, Carmen Yamid, GALVIS Irayda. La Resiliencia como alternativa terapéutica en paciente Oncológico, Universidad de Pamplona. 2007. Pg 10. En línea [citado 15 de abril de 2012].Disponible en: <http://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/hermesoft/portallG/home.pdf>
- URIBE, Claudia, MEZA, Erika. Incidencia del Cáncer en Bucaramanga. Informe del primer quinquenio del Registro Poblacional de Cáncer del Área Metropolitana de Bucaramanga. 2007.p. 108 línea. [Citado en: 13 de abril de 2012]. Disponible en: <http://132.248.9.1:8991/hevila/Medunab/2007/vol10/no3/1.pdf>

- VARELA, Serna. El cáncer; epidemiología, etiología, diagnóstico y prevención. Ediciones Harcurt, España 2002. p. 27.
- VELASCO, Arias Sara. Evolución de los enfoques de género en salud intercesión de teorías de salud y teorías feministas. 2006. En línea. [Citado en Enero de 2011]. Disponible en internet:  
<http://www.inmujer.migualdad.es/mujer/programas/salud/teorias%20enfoque%20genero2006.pdf>

## ANEXOS

### Anexo A. Cáncer, diagnóstico, tratamiento y recomendaciones

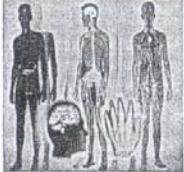
Otros tratamientos:

- **Terapia Hormonal:** Consiste en la administración de medicamentos que inhiben o estimulan la generación de hormonas en el organismo, con el fin de controlar la velocidad de crecimiento, multiplicación y muerte de las células tumorales teniendo en cuenta que muchos cánceres dependen de los niveles hormonales.
- **Terapia biológica:** Consiste en lograr que el mismo cuerpo combata el cáncer; emplea sustancias generadas por el organismo o elaboradas en un laboratorio, para estimular, dirigir o restaurar las defensas naturales del cuerpo contra la enfermedad.
- **Trasplante de Medula Ósea:** Se recurre a esta terapia para reforzar el sistema productor de células que forman la sangre de pacientes que se han sometido a grandes dosis de radiación o quimioterapia. Consiste en la aplicación directa en la sangre de células sanguíneas "Madres" que se obtienen de la aspiración de la parte interna de algunos huesos (médula ósea de otras personas (Alogénica) y del propio paciente.

**HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER**  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Universidad Industrial de Santander

**CÁNCER:**  
Diagnóstico,  
tratamientos y  
recomendaciones



**HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER**  
**UNIDAD DE ONCOLOGIA Y RADIOTERAPIA**  
**OFICINA DE TRABAJO SOCIAL**

## Cómo se diagnostica y se trata el cáncer?

### Signos y síntomas del cáncer

Un problema importante que se presenta con el cáncer es que, en general esta enfermedad no produce síntomas; y cuando lo hace ello significa que la enfermedad está muy avanzada. Hay que sospechar de cáncer invasor cuando presentan los siguientes signos:

1. Signos y síntomas digestivos que no mejoran con tratamiento.
2. Hemorragias, principalmente vaginales, entre menstruaciones, posteriores al coito u ocurridas después de la menopausia, así como digestivas y/o urinarias.
3. Dolor persistente en alguna parte del cuerpo.
4. Aparición de masas o ganglios.
5. Tos persistente, alteraciones en la voz (disfonía), dificultad para tragar (disfagia).
6. Cambios de tamaño, color y forma de lunares o verrugas.
7. Heridas que no cicatrizan.
8. Cambios del ritmo intestinal, de la frecuencia de las deposiciones o de color y consistencia de las heces.
9. Pérdida de peso injustificada.

### Cómo se diagnostica el cáncer:

La detección temprana de la enfermedad es de vital importancia para el tratamiento y el éxito en el control de esta patología, motivo por el cual es necesario que, antes de que aparezcan síntomas, se efectúe un chequeo médico anual y se realicen prácticas de auto cuidado (práctica periódica de citología de cuello uterino, autoexamen de mama, piel, testículo, etc).



En la mayoría de los casos, el diagnóstico de cáncer se realiza mediante una o varias pruebas de laboratorio, imágenes radiológicas y biopsias de tejido afectado de acuerdo con el tipo de especialidad en cada área. El diagnóstico determina el grado de avance de la enfermedad, es decir, dónde está localizado el cáncer, que tan afectado está el órgano y el tipo de tratamiento que se debe aplicar.

Principales formas de tratamiento para el cáncer:

**Cirugía:** Consiste en la extirpación del tumor o del tejido afectado; el tratamiento quirúrgico a cambiado drásticamente gracias a los avances tecnológicos y a una mejor comprensión de patrones de invasión de la enfermedad.

La Quimioterapia es un tratamiento donde se

emplean medicamentos para destruir las células tumorales. Existen varias clases de medicamentos anti cancerígenos que actúan de diferentes formas dentro del cuerpo. Una de ellas, es la que bloquea la capacidad de reproducción de las células.

La duración y la frecuencia de la quimioterapia dependen de varios factores: el tipo de tumor, su localización en el cuerpo, el tipo de medicamento recomendado y el tiempo en el que el organismo responda al tratamiento.



**Radioterapia:** Consiste en el uso de rayos similares a los rayos x, en altas dosis, para

eliminar células cancerosas y reducir el tamaño del tumor. Para la radioterapia se utilizan equipos especializados que dirigen la radiación hacia los tumores o áreas del cuerpo donde se encuentra la enfermedad.

Esto significa que los rayos matan las células de la parte del cuerpo afectada por el cáncer, reduciendo al máximo el daño de las células normales

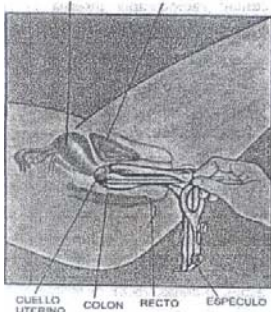
La radiación anula la capacidad de las células cancerosas de crecer y multiplicarse.

Tomado de: Instituto Nacional de Cancerología E.S.E

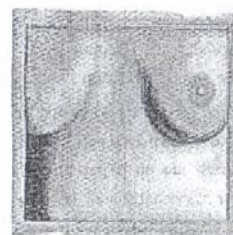
Fuente: Oficina de Trabajo Social, Unidad de Oncología y Radioterapia HUS. 2010

## Anexo B. Cáncer en las mujeres

Qué es el cuello uterino:



El útero, también llamado matriz, es un Órgano hueco, de paredes musculares gruesas, situado en la pelvis y de forma y tamaño aproximados a los de un aguacate. Está dividido en dos partes: una, la más grande, es el cuerpo; la otra es el cuello o cérvix uterino. Por este cuello se comunica el útero con la vagina, a través de un pequeño canal: el conducto o canal endocervical



Cáncer en las mujeres

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO



Universidad Industrial de Santander



HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

UNIDAD DE ONCOLOGIA Y RADIOTERAPIA

OFICINA DE TRABAJO SOCIAL

## CÁNCER EN LAS MUJERES:

En Colombia el cáncer de cuello uterino o de la matriz es el tipo de cáncer más frecuente entre la población femenina y constituye la segunda causa de muerte por cáncer en esta población .

El útero es un órgano genital femenino en forma de pera invertida, localizado en la pelvis. En el cáncer cervicouterino, las células cancerosas se encuentran en los tejidos del cérvix, o cuello, y en el cuerpo del útero. Esta enfermedad se desarrolla lentamente antes de que aparezcan células cancerosas en el cuello uterino, los tejidos normales pasan por un proceso conocido como displasia, en cuyo transcurso comienzan aparecer células anormales.

Los principales síntomas consisten en sangrados genitales anormales, principalmente durante la relación



Sexual o entre menstruaciones, asociados a dolor pélvico y flujos vaginales sanguinolentos o malolientes.

Las pruebas para el diagnóstico precoz del cáncer del cuello uterino son: La citología, la colposcopia y la biopsia.

La selección del tratamiento depende de la etapa en que se encuentre el cáncer ( si está sólo en el cuello uterino o si se ha diseminado a otros lugares), del estado de salud general de la paciente. Generalmente se emplean tres clases de tratamiento: Cirugía conservadora ( Extracción de una muestra de tejido en forma de cono) y cirugía mayor se utiliza cuando hay lesiones precancerosas y no hay interés de fertilidad; según el caso se recurre a la histerectomía (extracción del útero o tejidos vecinos).

Mancomunadamente dependiendo la decisión que hayan tomado los especialistas se prosigue a realizarse Quimioterapia (Administración por vía oral o endovenosa de agentes farmacológicos anticancerígenos). Y la aplicación de radiaciones ionizantes sobre el campo donde se encuentra el tumor con el fin de erradicarlo. Consiste en radioterapia externa ( teleterapia), aplicada en varias sesiones combinada con radioterapia interna (braquiterapia) direc-

tamente sobre el tumor. En caso de necesitar radioterapia interna la paciente tendrá que hospitalizarse, pues el médico debe realizar el procedimiento bajo anestesia general o local dependiendo el caso.

**Cáncer de ovario** es una enfermedad en la cual se encuentran células cancerosas en el tejido de uno o ambos ovarios. La sintomatología inicial está representada por un aumento de volumen de la región inferior del abdomen o por pequeñas molestias, muchas veces descritas como sensación de inflamación .

### Factores de riesgo:

- Flujo vaginal fétido
- Antecedentes de cáncer endometrial, de colon o de mama.
- Edad avanzada (a mayor edad mayor riesgo).
- Historia familiar de cáncer de ovario (las mujeres con dos o más familiares con cáncer de ovario tienen mayor riesgo de desarrollarlo; por lo tanto deben consultar con mayor frecuencia a su ginecólogo).
- No haber estado embarazada.

Fuente: Oficina de Trabajo Social, Unidad de Oncología y Radioterapia HUS. 2010.

## Anexo C. Cáncer gástrico

# Cáncer gástrico

### ¿Qué es el cáncer gástrico?

Las células en nuestro cuerpo normalmente crecen, se dividen y mueren en forma ordenada. Con el cáncer, las células comienzan a crecer en forma descontrolada. Ellas comienzan a dividirse más rápidamente o no mueren cuando deberían. En el cáncer gástrico, determinadas células del estómago crecen fuera de control. Un grupo de estas células con un crecimiento acelerado y descontrolado se llama un tumor.



### ¿Qué es el cáncer de la unión gastroesofágica (GE)?

El cáncer de la unión de GE difiere de cáncer gástrico en su ubicación. Este tipo de cáncer se produce en el sitio donde el esófago (tubo de alimentación) se une al estómago.

### ¿Qué es el cáncer gástrico metastásico?

El cáncer gástrico metastásico es el nombre dado al cáncer que se ha propagado fuera del estómago a otros órganos como el hígado, pulmones, y huesos. Los nuevos tumores que se forman en estos órganos son llamados metástasis. El cáncer gástrico puede hacer metástasis, o propagación, de varias maneras. Puede crecer a través de la pared del estómago a órganos cercanos. También puede propagarse a través del estómago por la gran red de vasos y nódulos linfáticos. El cáncer metastásico también se denomina estadio IV o cáncer avanzado.

Su médico puede utilizar el término "mets", que se refiere a un sitio donde el cáncer ha hecho metástasis así como la fase de la enfermedad. Por ejemplo, el término "hígado mets" significa metástasis localizada en el hígado.

### ¿Qué es el cáncer recurrente?

El cáncer puede volver después de un período de tiempo durante el cual una persona ha estado libre de cáncer. Esto se llama una recurrencia. Éste puede aparecer en el mismo lugar que antes o también en otro lugar del cuerpo.

### Su médico determinará el mejor tratamiento para usted.

La elección del tratamiento depende principalmente del tamaño y lugar del tumor, el estadio de la enfermedad y de su estado de salud general. La terapia puede implicar más de un tipo de tratamiento. Se debe realizar el trabajo con su equipo médico para escoger un plan de tratamiento que satisfaga sus necesidades.

### ¿Qué es terapia local?

El tratamiento puede dividirse en dos tipos: locales y sistémicos. La terapia local trata el cáncer mediante la eliminación o destrucción individual de los tumores. Puede ayudar a controlar la enfermedad en las áreas específicas en las que se encuentran los tumores.

• **Cirugía:** Tipos de cirugías incluyen:

- **Gastrectomía parcial:** Una parte del estómago es removido (extraído), junto con los ganglios linfáticos que lo rodean
- **Gastrectomía total:** Todo el estómago es removido (extraído), junto con los ganglios linfáticos que lo rodean

Es menos probable que se utilice la cirugía si el cáncer se ha extendido a otra parte del cuerpo.

• **Radiación:** Terapia de radiación (también llamada radioterapia) destruye las células cancerígenas mediante el uso de rayos de alta energía. Esto sólo afecta a las células en el área de tratamiento.

### ¿En qué consiste la terapia sistémica?

Es el tratamiento que se administra por vía oral o directamente en el torrente sanguíneo. La medicación se administra a través del torrente sanguíneo con destino a las células cancerosas dispersas en todo el cuerpo.

Un ejemplo de la terapia sistémica es la quimioterapia.

A veces, los pacientes con cáncer reciben terapia sistémica después de la cirugía, incluso en aquellos donde el cáncer parece haber desaparecido con ésta. Este tratamiento se llama **terapia adyuvante**. Se da con el objetivo de destruir las células del cáncer que no pueden ser detectadas y que pueden haberse propagado desde el lugar donde comenzó el cáncer a otras partes del cuerpo. La terapia adyuvante no es parte todavía del plan de tratamiento para el cáncer gástrico, pero ha sido beneficiosa en los últimos estudios clínicos. Esto es especialmente cierto con la quimioterapia administrada antes y después de la cirugía.

## Cáncer gástrico

La quimioterapia puede dañar las células y los tejidos sanos, y pueden ocasionar efectos secundarios. Es importante hablar con su equipo de apoyo médico sobre los posibles efectos secundarios y cómo ayudar a manejarlos y/o controlarlos.

Usted y su equipo médico deben trabajar duro para conseguir el máximo provecho de su terapia. Hay muchas otras cosas que puedes hacer, además del tratamiento, para ayudar a vivir mejor con la enfermedad.

Los siguientes consejos pueden ayudarle a tomar el control de importantes actividades en su vida cotidiana.

### Alimentación saludable

Una buena nutrición puede hacer que usted se sienta mejor durante y después del tratamiento. La Sociedad Americana de Cáncer recomienda lo siguiente para una alimentación saludable:

- Coma 5 o más porciones de frutas o vegetales diariamente
- Coma más alimentos ricos en fibra como panes de grano entero (integrales), cereales y frijoles
- Reducir el exceso de grasa en su alimentación

### La importancia de un peso saludable

- La Sociedad Americana del Cáncer dice que las personas con cáncer deben tratar de mantener un peso saludable. Comiendo una alimentación saludable y estar en actividad física regular puede ayudarle a mantener un peso normal
- Si tiene problemas de mantener un peso saludable, solicite la ayuda de un nutricionista.

### Mantenerse activo

La Sociedad Americana del Cáncer recomienda que la persona con cáncer deba ser físicamente activa. El ejercicio regular puede ayudarle a:

- Mantener el tono muscular y la fuerza
- Tolerar el tratamiento médico agresivo si es necesario
- Sentir menos ansiedad y depresión
- Realizar las actividades diarias con menos fatiga
- Sentirse bien en su estado general

Su programa de ejercicio debe ser elaborado de acuerdo a sus necesidades personales, por lo que es importante conversar acerca de qué actividades son las más adecuadas para usted antes de empezar o cambiar su rutina de ejercicios.

### Enfrentando la enfermedad en casa

La lucha contra el cáncer gástrico toma mucho tiempo y esfuerzo. Al mismo tiempo, usted también puede tener responsabilidades familiares. Las diversas situaciones que se presentan en su casa por una u otra razón pueden llegar a causarle estrés.

El estrés no es bueno para usted. Aquí hay algunos consejos que puede tomar y que le puede ayudar a reducir el estrés:

- Pídale a la familia y los amigos que le ayuden con el cuidado de los niños, faenas domésticas u otras tareas cotidianas
- No haga más de lo que usted puede hacer. Pare cuando usted comience a sentirse cansado
- Tómese el tiempo para hacer cosas divertidas, como los pasatiempos o compartir con los amigos
- Considere la posibilidad de unirse a un grupo de apoyo, donde se puede aprender y compartir experiencias con personas que entienden lo que están pasando
- Pregunte acerca de los ejercicios de relajación, éstos pueden ser de mucha ayuda en estos casos

### Enfrentando la enfermedad en el trabajo

Usted puede desear o tener necesidad de trabajar fuera del hogar durante su tratamiento.

- Comuníquese con el representante de Recursos Humanos para que esté informado acerca de su enfermedad y el tiempo aproximado de tratamiento. Haga valer sus derechos como empleado ante su empleador, ya que éstos deben estar dispuestos a hacer cambios en sus funciones y su horario de trabajo para que pueda seguir trabajando si así lo desea.

### Recuerde: Usted es un miembro importante para su equipo de atención médica.

Como un miembro clave de su equipo de apoyo médico, sus responsabilidades serán las siguientes:

- Asistir cumplidamente a las citas
- Tomar el medicamento de acuerdo a las instrucciones
- Reportar cualquier efecto adverso que se le presente
- Comunicar si usted está actualmente tomando otros medicamentos
- Hablar con su médico antes de tomar medicamentos adicionales
- Asistir a las citas médicas con las preguntas por escrito

Fuente: Oficina de Trabajo Social, Unidad de Oncología y Radioterapia HUS. 2010.

## Anexo D. Derechos y Deberes del paciente

### DEBERES DE LOS PACIENTES

HACER BUEN USO DE LOS RECURSOS, PRESTACIONES ASISTENCIALES Y DERECHOS, DE ACUERDO CON LO QUE SU SALUD NECESITE, Y EN FUNCION CON LAS DISPOSICIONES DEL SISTEMA SANITARIO.

CUMPLIR CON LAS PRESCRIPCIONES DE LA NATURALEZA SANITARIA, CON EL FIN DE PREVENIR RIESGOS PARA LA SALUD.

HACER USO RACIONAL Y DE ACUERDO CON LO LEGISLATIVO, DE LAS PRESTACIONES

FARMACEUTICAS Y LA INCAPACIDAD LABORAL.

UTILIZAR Y CUIDAR LAS INSTALACIONES EN DONDE RECIBE LOS TRATAMIENTOS, FAVORECIENDO SU CONSERVACION Y CONFORT PARA LOS DEMÁS PACIENTES

TRATAR CON CONSIDERACION Y RESPETO AL PERSONAL PROFESIONAL QUE CUIDA DE SU SALUD

CUMPLIR CON LAS NORMAS ESTABLECIDAS POR EL HUS

*Proyecto por la humanización en la atención a los pacientes y garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público de salud en las Instituciones Hospitalarias Públicas y Privadas.*

**Derechos  
de los Pacientes**



Leer

**HOSPITAL UNIVERSITARIO  
DE SANTANDER**

**UNIDAD DE ONCOLOGIA Y  
RADIOTERAPIA**

**OFICINA DE TRABAJO  
SOCIAL**

## **DERECHOS DE LOS PACIENTES...**

Elegir libremente al médico y en general a los profesionales de la salud, como también a las instituciones de salud que le presten la atención requerida, dentro de los recursos disponibles del país.

Disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiadas a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permitan obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleva.

Recibir un trato digno respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tenga sobre la enfermedad que sufre.

Derecho a que todos los informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y secreta y que,

sólo con su autorización, puedan ser conocidos.

Derecho a que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible, pero respetando los deseos del paciente en el caso de enfermedad irreversible.

Revisar y recibir explicaciones acerca de los costos por los servicios obtenidos, tanto por parte de los profesionales de la salud como por las instituciones sanitarias

Recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera que sea el culto religioso que profesa.

Derecho a que se le respete la voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado, siempre y cuando se haya enterado acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles

e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar

Derecho a que se le respete la voluntad de aceptación a rehusar la donación de sus órganos para que estos sean trasplantados a otros enfermos

Derecho a morir con dignidad y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad



Fuente: Oficina de Trabajo Social, Unidad de Oncología y Radioterapia HUS. 2010.



GENOGRAMA

RELACIONES Y VÍNCULOS FAMILIARES (FAMILIA NUCLEAR-FAMILIA EXTENSA)

---

---

---

---

---

---

PROBLEMÁTICAS PRODUCIDAS O ASOCIADAS POR LA ENFERMEDAD

---

---

---

---

---

CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO

---

---

---

---

---

---

SENTIMIENTOS FRENTE A LA ENFERMEDAD- NIVEL DE AJUSTE O ADAPTACIÓN

---

---

---

---

---

Fuente: Intervención profesional de trabajo social, Unidad de Oncología y Radioterapia HUS. 2010.