

FACTORES DE INFLUENCIA EN LOS INCREMENTOS DE PACIENTES EN RIESGO
CARDIOVASCULAR DEL HOSPITAL E.S. E SANTA ISABEL DE SAN PEDRO
ANTIOQUIA.

Presentado por:

THALIA FERNANDA SEPULVEDA

Asesor

RICARDO GUTIÉRREZ

Asignatura:

OPCIÓN DE GRADO

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

TRABAJO SOCIAL

BELLO-ANTIOQUIA

2020-1.

Tabla de Contenido

INTRODUCCIÓN	4
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
ENFOQUE PRAXEOLÓGICO	7
1. FASE DEL VER	8
1.1. NARRATIVA.....	8
Misión.....	8
Visión	9
Reseña histórica	9
Principios	11
Valores corporativos	11
Organigrama	12
Proyectos y programas	12
1.2. EJE DE LA SISTEMATIZACIÓN	13
1.3. PROBLEMA Y PREGUNTA PROBLEMATIZADORA.....	14
2. FASE DEL JUZGAR	18
2.1. OBJETIVOS Y CATEGORIAS.....	18
2.1.1. Objetivo general	18
2.1.2. Objetivos Específicos.....	18
2.1.3. Categorías:.....	19
2.2. MARCOS	19
2.2.1. Marco Referencial	19
2.2.2. Marco teórico	22
2.2.3. Marco legal.....	32
3. FASE DEL HACER.....	44
3.1. DISEÑO METODOLÓGICO	44
3.1.1. Paradigma.....	44
3.1.2. Enfoque:	45
3.1.3. Tipo	46
3.1.4. Línea y Sub-Línea.....	46
3.1.5. Estrategias metodológicas	47
3.1.6. Técnicas	49
3.1.7. Instrumentos de recolección de información	52
3.1.8. Población universal y muestra poblacional.....	53
3.1.9. Consideraciones éticas.....	54

3.1.10.	Tabulación de Unidad de Análisis	56
3.1.11.	Triangulación	70
4.	FASE DE LA DEVOLUCIÓN CREATIVA	78
4.1.	ELABORACIÓN DE LA PROPUESTA PROFESIONAL.....	78
	Rutas de atención identificadas y clasificadas por orden.	80
4.2.	CONCLUSIONES	84
4.3.	RECOMENDACIONES	87
	Bibliografía.....	89

INTRODUCCIÓN

Este proceso de sistematización e investigación de la práctica profesional surge después de identificar que durante la misma factores que inquietan e incrementan los riesgos cardiovasculares, generando así una necesidad de identificación y atención a los pacientes consultantes en la E.S.E Santa Isabel del municipio de San Pedro de los milagros, lo que genera un valor agregado a las intervenciones empleadas en salud desde Trabajo Social.

Por lo anterior, la identificación de los principales factores de influencia en los incrementos de pacientes en riesgo cardiovascular se vincula a través de una investigación que reúne procesos de un orden conceptual y teórico a partir de la comprensión de las ciencias de la salud y su articulación con lo social, por lo cual el trabajo social genera dicha comprensión a partir de sus habilidades o ejes diferenciadores; por lo tanto se permite hacer una definición oportuna para la elaboración de dicho proceso desde el Trabajo social.

El Trabajo Social se concibe como una profesión disciplina constitutiva de las ciencias sociales, que se desarrolla en el ámbito de las interacciones entre los sujetos, las instituciones, las organizaciones sociales y el Estado, de manera dialógica y crítica. Comporta referentes de intervención que se constituyen en el eje que estructura el ejercicio profesional, confiriéndole un sentido social y político para potenciar procesos de transformación social. (Congreso de la Republica de Colombia, 1977)

Por lo tanto, la relación con la realidad social, en especial en el área de la salud propone una apropiación transformadora de realidades, espacios de intervención y acompañamiento por medio de aportes teóricos y metodológicos de la profesión.

De tal modo que descubrir la contribución realizada por la investigación sobre los principales factores de riesgo cardiovascular, para la mitigación o creación de fundamentos teóricos para la orientación activación de rutas de atención, durante el periodo 2019-2 y 2020-1, en la E.S. E Santa Isabel de san pedro Antioquia, es objeto central en este proceso de sistematización e investigación. Para lograr identificar los diferentes momentos y procesos que contribuyen al incremento de factores de riesgo cardiovascular, este trabajo se distribuye en cuatro fases, esto en base al modelo educativo de la Corporación Universitaria Minuto de Dios, la praxeología como proceso importante para el desarrollo o descripción analítica de referentes en la realidad social o contextual del sector hospitalario.

Por tanto, la primera fase, del ver, se identificará la experiencia significativa a sistematizar e investigar, en la segunda fase del Juzgar, de dará avance sobre los objetivos y las categorías principales con el fin de darle un orden conceptual y teórico al trabajo. En la tercera fase, el hacer, se desarrolla todo el diseño metodológico; en esta fase encontraremos el paradigma, el enfoque, el tipo, la línea y sub-línea de investigación, las técnicas e instrumentos de recolección de información, lo cual permite hacer por medio de consideraciones éticas una tabulación y triangulación de los resultados encontrados en el hospital Santa Isabel, esto permite también generar espacios de interacción y construcción de conocimiento en el área de la salud, especialmente aportes desde la profesión de trabajo social y el nivel de importancia en la articulación y trabajo interdisciplinario con las diferentes áreas de la E.S.E. Finalmente, en la fase de Devolución Creativa se elabora la propuesta profesional, la cual ya tiene antecedentes de implementación y ejecución por los trabajadores sociales que han pasado por el campo, de tal manera que se genera también las conclusiones y recomendaciones todo en base a las tres fases anteriores.

RESUMEN

Este proceso de investigación se desarrolla desde Trabajo Social, articulando un trabajo interdisciplinario en las diferentes áreas de conocimiento de la E.S. E Santa Isabel del municipio de san pedro Antioquia, en el periodo de 2019-2 y 2020-1, donde tiene como fin la identificación de los principales factores de influencia en los incrementos de pacientes en riesgo cardiovascular, utilizando técnicas como la revisión documental, la entrevista y el diario de campo, de tal manera que las mismas permiten la recolección de la información para la comprensión de los principales factores; al final se propone una implementación de rutas de atención, para el mejoramiento de la prestación de servicios y acompañamiento de pacientes en el programa de riesgo cardiovascular, mejorando la respuesta de los pacientes a los controles de consulta sugerido por la entidad, contribuyendo también a una mejor condición de la salud mental y a su vez mejorando la capacidad de atención por parte del personal hospitalario.

Palabras Claves: Trabajo Social, familia, salud, enfermedades, comportamiento humano.

ABSTRACT

This research process is developed from a Social Work, breaking down an interdisciplinary work in the different areas of knowledge of the E.S. E Santa Isabel in the municipality of San Pedro Antioquia, in the period of 2019-2 and 2020-1, the purpose of this is to identify the main influencing factors due to increases in cardiovascular risk patients, using techniques such as documentary review, interviews and field diaries, in order to allow the collection of information to understand the main factors. In the end, an implementation of care routes is proposed, to improve the provision of services and accompaniment of patients in the cardiovascular risk program, improving the response of patients to the consultation controls suggested by the entity, contributing to a better condition of mental health and in turn improving the capacity of care by hospital staff.

Key Words: Social Work, family, health, diseases, human behavior.

ENFOQUE PRAXEOLÓGICO

Para cada uno de los integrantes que conforman la comunidad académica de la corporación universitaria Minuto de Dios ya es un referente hacer referencia al asunto praxeológico. Su arte ha pasado por diferentes instancias como lo es el ámbito de la reflexión sobre el conocimiento, visto también desde la puesta en práctica de iniciativas praxeológicas. Este proceso ha sido impulsado por Carlos Juliao Vargas, quien, en calidad de filósofo, de pedagogo, de investigador, de director educativo, de líder de procesos y de prácticas de formación, ha unido la praxeología al interior de la institución.

De tal manera que se han propuesto tácticas para su ejecución en los campos pedagógicos, investigativos y sociales; Carlos Juliao Vargas ha investigado los fundamentos, el cuerpo de conocimientos que conlleva y las implicaciones de su incorporación en los distintos ámbitos de concentración; finalmente, se ha logrado hacer

una publicación, acompañada de la socialización en cuanto a los avances sobre el estado de análisis desde la propuesta de la praxeología.

En cuanto a lo conceptual se pueden reseñar las siguientes nociones que se relacionan y se implican entre sí. La definición más general sostiene que la praxeología es o pretende ser “una disciplina sobre los diferentes modos de actuar: una teoría, un discurso reflexivo y crítico sobre la práctica, sobre la acción sensata, de la cual se busca el mejoramiento en términos de transformación, pertinencia, coherencia y eficiencia.” (Juliao Vargas, 2011)

1. FASE DEL VER

1.1.NARRATIVA

Dando inicio aclaratorio sobre el contexto institucional donde se realiza este proceso académico profesional e investigativo nos permitimos retomar la información las fuentes oficiales de la institución. E.S.E Santa Isabel de san Pedro de los milagros y específicamente en este caso de la página web, del cual se extrae la principal información como la que encontraremos a continuación.

Misión

La E.S.E. Hospital Santa Isabel del Municipio de San Pedro de los Milagros, ofrece servicios de salud de primer nivel de complejidad intramurales, extramurales y especialidades clínicas a la comunidad local y de la región del Norte cercano de Antioquia; con idoneidad, seguridad humanización con enfoque orientado a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y fomento de los estilos de vida saludable, aplicando el uso de las tecnologías de vanguardia; que contribuyan con el mejoramiento de la calidad de vida de sus gentes, socialmente responsable y amigable con el medio ambiente; en alianza estratégica con nuestros clientes, que permita la sostenibilidad social y financiera de la empresa.

Visión

La E.S.E Hospital Santa Isabel de San Pedro de los Milagros. Al año 2025, tendrá un modelo de atención en salud con enfoque en atención Primaria de Salud, con fortaleza en promoción y prevención, prestando servicio de forma humanizada y segura a sus usuarios. Comprometidos con el mejoramiento continuo de sus procesos, con un talento humano idóneo con capacitación permanente y tecnología de punta, aumentando la oferta institucional de servicios de salud, permitiendo la sostenibilidad social y financiera de la empresa.

Reseña histórica

El Hospital Santa Isabel fue fundado el 2 de junio de 1.957, para tal efecto se reunieron un grupo de personas encabezadas por el Señor Cura Párroco de la localidad de ese entonces, Reverendo Padre Roberto Arroyave Vélez, en la casa demarcada con el número 93 de la Carrera Bolívar de este municipio y de propiedad de la parroquia. Dicho grupo de personas estaba conformado por miembros de la colonia sampedreña residente en Medellín, el señor Alcalde Municipal: Don Gustavo Osorio y representantes de la sociedad de Mejoras Públicas del Municipio.

El nombre de Santa Isabel, que lleva la institución fue en honor y para ponerlo bajo patrocinio de la Santa Reina de Hungría, quien pasó su vida haciendo el bien y consolando a sus enfermos y para prenda y símbolo de gratitud de una ilustre dama sampedreña que consumió sus días en el ejercicio de la más acendrada caridad.

Luego se procedió a conformar la Junta Directiva de conformidad con los Estatutos y las disposiciones legales en vigencia, integrada por el señor Cura Párroco, el Alcalde Municipal, el director del Hospital, un Representante del Honorable Consejo

Administrativo, un Representante de la Sociedad de Mejoras Públicas y dos Representante de la Colonia sampedreña residentes en Medellín, con sus respectivos suplentes.

En el mes de mayo de 1.958 las directivas se vieron en la necesidad de cerrar el Hospital, ya que debía contar con un local propio y para tal efecto los miembros de la colonia sampedreña residentes en Medellín, a la cabeza del Señor Libardo Aristizábal, compraron al señor Arturo Gómez Delgado la casa de su propiedad, ubicada en la Carrera Bolívar, con Córdoba de este Municipio. Dicho acto de compraventa se hace mediante Escritura Pública Nro. 1314 de la Notaria Séptima del Círculo de Medellín, con fecha del 27 de mayo de 1.958. La Personería Jurídica fue otorgada mediante Resolución Nro. 2682 del 27 de agosto de 1.958 emanada del Ministerio de Justicia.

El contrato para la integración de los servicios de salud entre el Servicio Seccional de Salud de Antioquia y el Hospital Santa Isabel de San Pedro, fue firmado el día 24 de Julio de 1.968, siendo Gobernador el Doctor Octavio Arismendi Posada, en Representación del Servicio Seccional de Salud de Antioquia, el Doctor Antonio Yepes Parra, jefe del Servicio Seccional de Salud de Antioquia y el Señor Ramón Emilio Peña Betancur, en calidad de Representante Legal del Hospital.

En enero 26 de 1.990 se hace la reubicación y nueva planta del Hospital Santa Isabel, en terrenos donados por el Señor Genaro Betancur Arango y realizada por el Gobierno Departamental, bajo la presidencia del Doctor Virgilio Barco Vargas y la Doctora Elena Herrán de Montoya como Gobernadora y el Señor Arnoldo Hernández Gómez, Alcalde Municipal se inauguró esta obra, siendo Médico Director el Doctor Orlando Hernández Ortiz.

De conformidad con lo dispuesto por el acuerdo Nro. 008 proferido por el Honorable Consejo Municipal de San Pedro, el día 16 de enero de 1.995, la E.S.E Hospital

Santa Isabel es una entidad descentralizada de Orden Municipal, dotada de Personería Jurídica, Patrimonio propio y autonomía administrativa sometida al Régimen Jurídico, previsto en el Capítulo VI, Título II, Libro Primero del Decreto Ley Nro. 1298 del 22 de junio de 1.994.

Principios

En la E.S.E. Hospital Santa Isabel hacemos lo necesario para que los usuarios tengan las mismas oportunidades y un trato más humano. “En la E.S.E. Hospital Santa Isabel tenemos un compromiso compartido entre el equipo de salud, el usuario y su familia para la búsqueda conjunta del cuidado y mantenimiento de la salud de nuestros usuarios.”

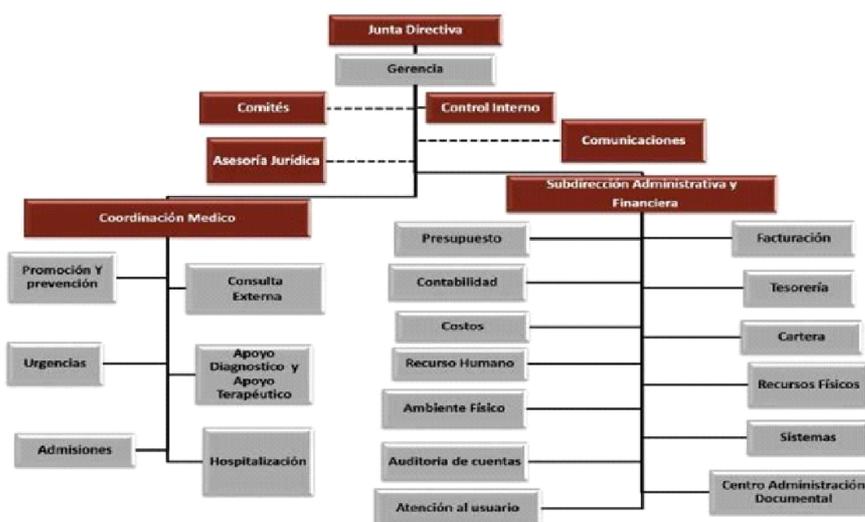
Valores corporativos

- **Honestidad:** En la E.S.E Hospital Santa Isabel se evidencia la transparencia e integridad en cada una de nuestras acciones.
- **Respeto:** En la E.S.E Hospital Santa Isabel reconocemos, apreciamos y valoramos la cualidades, diferencias y derechos de los demás.
- **Responsabilidad:** Los Funcionarios del Hospital Santa Isabel tenemos la capacidad de reconocer y hacernos cargo de las consecuencias de nuestras propias acciones.
- **Servicio:** En la E.S.E Hospital Santa Isabel hacemos lo que esté a nuestro alcance para que los usuarios tengan las mismas oportunidades y un trato más humano.
- **Compromiso:** En la E.S.E Hospital Santa Isabel Los funcionarios asumimos responsabilidades y retos, tomando como propios los proyectos y propósitos institucionales.

Organigrama

En el organigrama encontramos la distribución de áreas y funciones institucionales donde se alcanza una articulación por parte del trabajo social, es decir las funciones específicas dentro de atención al usuario (SIAU), promoción y prevención correspondiente al control de pacientes en riesgo cardiovascular de salud pública.

Cabe aclarar que lo mencionado hasta acá fundamenta y da pie a el proceso de investigación con base a los alcances e intervención de la práctica profesional, es decir se deja claro el organigrama institución, pero se resalta las funciones de trabajo social dentro el mismo.



Recuperado de https://esesantaisabel.gov.co/?page_id=72

Proyectos y programas

En un marco contextual donde se comenta de modelos de gestión es pues netamente aplicable la política de atención integral de salud, donde se habla de una metodología o un modelo basados en la acción inclusiva y participativa es así como desde la administración municipal Amor por San Pedro se logran articular modelos de gestión que

permitan un alcance desarrollista, oportuno y accesible al sector salud; en consecuencia con lo anterior en el párrafo siguiente se explica la política integral de salud y que por ende se convierte en los proyectos y programa que son cumplibles en las áreas hospitalarias del hospital santa Isabel de san Pedro de los milagros.

La Política de Atención Integral en Salud establece la aplicación de un marco estratégico que permitirá la articulación y armonización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas, planes, programas, proyectos e intervenciones en salud individual y colectiva, de acuerdo con la situación de salud de las personas, familias y comunidades. Está formado por cuatro componentes: la primera es la atención primaria en salud (APS), como mecanismo de articulación de las acciones de salud pública, promoción de la salud y atención de la enfermedad; la segunda la salud familiar y comunitaria, como enfoque de intervención en los servicios básicos o primarios y la coordinación del flujo de usuarios a través del sistema; la tercera la gestión integral del riesgo en salud, como actividad central de los agentes del sistema para la minimización del riesgo y mitigación del daño, con énfasis en usuarios con patologías crónicas; y la cuarta el enfoque diferencial para adaptar la política a cada uno de los contextos poblacionales.

1.2.EJE DE LA SISTEMATIZACIÓN

La estructura de la investigación propone establecer los ejes de la sistematización, los cuales facilitan al profesional una perspectiva más amplia sobre la investigación; en concreto, el eje de la sistematización es identificar cuáles son los principales factores de influencia en los incrementos de pacientes en riesgo cardiovascular de la E.S. E Santa Isabel de San Pedro, la cual se orienta desde el conocimiento profesional y específicamente como el Trabajo Social puede vincularse con las diferentes áreas hospitalarias, pero a su vez la aplicabilidad social o articulación entre usuarios e institución, todo ello en busca de un bienestar en la salud mental de los usuarios con enfermedades cardiovasculares y la

prevención de factores de riesgo.

De tal modo que la sistematización propone tres ejes para realizar una interpretación u análisis de la experiencia, el primero el académico, este visto desde la manera como se está formando el profesional en Trabajo social, como también cuáles son sus aportes a la academia.

El segundo se enmarca en lo profesional, entendido desde el accionar de Trabajo Social en el contexto de la salud, el cual es un campo amplio, pero aun así es un área la cual requiere de una viabilidad y construcción de fundamentos para generar así una fundamentación teórica y asertiva para el accionar e intervención de Trabajo Social.

Finalmente, el tercero el eje personal, la cual permite al profesional expresar la experiencia, los aprendizajes y las críticas, de este modo se permite hacer planteamientos y acciones de mejora para la entidad.

1.3.PROBLEMA Y PREGUNTA PROBLEMATIZADORA.

Teniendo en cuenta la organización panamericana de la salud donde se generan los informes latinoamericanos de enfermedades cardiovasculares, se permite pues hacer un análisis donde se denota un alto nivel de enfermedades, es decir donde la prolongación de las mismas son altas en edades entre los 45 y 70 años, pues los riesgos cardiacos incrementan por periodos de tiempos; la salud de los seres humanos debería ser algo continuo que articula la vida saludable y la prevención, diagnóstico lo que quiere decir un tratamiento o cuidado desde los contextos habitacionales de las personas, puesto que los mismos son fundamentales para cada uno de los individuos.

Es de esta manera como los problemas cardiovasculares son una de las principales causas de muerte donde los costos por las mismas son de un grado alto tanto para el sistema

económico como para el sistema de salud que es a quien se va directamente, si bien es cierto los criterios y manejos de sensibilización se han trabajado desde los diferentes programas de prevención y promoción por parte del ministerio de salud con el objetivo de minimización de riesgo y cuidados sobre los mismos, estos trastornos siguen en un incremento y bajo manejo del cuidado por parte de las personas tanto de las que la padecen como la de los que no, esto debido al poco manejo de una alimentación sana y saludable simultáneo a ellos factores de contaminación como lo pueden ser el aire y contaminación ambiental o todas la implicaciones que tiene la misma, lo que quiere decir que entonces no es solo la hipertensión o niveles de colesterol.

Como se menciona de una manera rápida en la párrafo anterior las enfermedades cardiovasculares son pues la causa más frecuente fallecimiento y discapacidad tanto en hombres como mujeres, entre estas enfermedades encontramos la cardiopatía isquémica y las enfermedades cerebrovasculares, si bien todas las enfermedades cardiovasculares son controladas y monitoreadas por el sistema de salud, pero sus implicaciones van más allá que requieren de un cuidado personal y consciente del riesgo que tiene padecerlas, es por esto que se requiere de hábitos saludables y estilos de vida tranquilos y sanos en lo cual el ministerio de salud se encarga de ser pionero y esquemático en el proceso de sensibilización y tratado del problema más alto y extenso a nivel global y latinoamericano.

Concentrando de una manera más concisa trayendo el ejemplo de la problemática nos remitimos al municipio de san pedro de los milagros donde se cuenta con una población de 26.130 habitantes donde en un 20% padece de enfermedades cardiovasculares a consecuencia de hábitos irregulares y falta de cuidado en nutrición, se encuentran factores externos que generan dicha problemática o padecimiento, los cuales son los factores económicos, sociales y familiares, los mencionados acá interrelacionados con el control de emociones y manejo de hábitos de tranquilidad o pasividad.

De tal manera que la intervención de trabajo social resulta altamente importante puesto que posibilita una definición o elaboración académica sobre los factores de riesgo y estilos de vida de pacientes en riesgo cardiovascular, es así cómo es pertinente dejar en claro las funciones o el rol del trabajador social en el área hospitalaria o el sector salud, según el acuerdo 013 de 2015, el cual regula el código de ética del Trabajo Social, donde se concibe este como:

El Trabajo Social se concibe como una profesión disciplina constitutiva de las ciencias sociales, que se desarrolla en el ámbito de las interacciones entre los sujetos, las instituciones, las organizaciones sociales y el Estado, de manera dialógica y crítica. Comporta referentes de intervención que se constituyen en el eje que estructura el ejercicio profesional, confiriéndole un sentido social y político para potenciar procesos de transformación social. (Congreso Nacional de la Republica de Colombia, 1981)

Este quehacer del trabajo social tiene lugar en diferentes espacios de la vida social, de la comunidad, puede ser en una institución pública o privada, en el ámbito educativo, en las organizaciones de base, en el sector de la salud, en las instituciones estatales, entre otras; todo esto partiendo de las herramientas teóricas y metodológicas que permean su quehacer y desde la mirada holística de la realidad que caracteriza a los profesionales de esta disciplina.

Por tanto, empezamos a definir las funciones de trabajo social en la institución, las cuales se han ido constituyendo de forma articulada con las necesidades que se presentan el contexto.

Las actividades se orientan en varios de los programas con mayor proyección social dentro de la institución, principalmente en la oficina de atención al usuario donde en otras

entidades, es un profesional de esta área quien la dirige, ya que se tiene el perfil adecuado en el acompañamiento al usuario, en gestión, en planeación y reconociendo en la labor profesional, la salud como un componente básico que soporta la calidad de vida de las poblaciones, y es labor de la intervención en Trabajo Social, comprender e interpretar la realidad de manera integral, a la luz de la complejidad de los cambios y las dinámicas sociales. Particularmente en el campo de la salud, el (la) trabajador(a) social, puede verse posicionado en ámbito de dirección y gestión comunitaria, a partir del cual se lideren procesos sociales de organización comunitaria con el objetivo de conciencia cada vez más a la población sobre el sentido de la salud entendida en todas sus dimensiones y buscando como fin último minimizar los factores de riesgo sociales de las personas, familias y comunidades.

Otro programa apoyado desde la puesta de Trabajo Social es, en el programa de control a pacientes en riesgo cardiovascular, siendo esta una de las funciones más importantes, puesto que la misma permite la recolección de datos para la elaboración diagnóstica y plan de intervención y creación teórica investigativa, que se alcanza por medio de una caracterización socio-familiar, para identificar factores que ponen riesgo la calidad de vida del paciente y su adherencia al tratamiento; donde se visualiza la profesión con capacidades para trabajar multidisciplinaria e interdisciplinariamente con otros profesionales, generando correlaciones que promuevan el desarrollo y bienestar de las personas.

En último lugar, el apoyo al equipo psico-social del proyecto de salud pública incluye el reconocimiento del programa, sus intencionalidades, apuestas y las estrategias implementadas; pero no sólo en el reconocimiento, sino que también en aportar metodológicamente a las diversas actividades y desde allí sugerir nuevas formas de hacer que puedan fortalecer el programa.

Es de esta manera pues, como se genera un acercamiento al rol que toma el trabajador social de área, que, si bien cada una de las líneas corresponde al acompañamiento que debe tener el mismo con los usuarios en pro del mejoramiento y calidad de vida, en la misma línea se va dando forma o pie a la pregunta problematizadora se deja en claro que se genera a consecuencia de la poca elaboración e información que hay sobre la misma en el municipio y hospital de san pedro de los milagros.

¿Cuáles son los principales factores de influencia en los incrementos de pacientes en riesgo cardiovascular del hospital E.S. E Santa Isabel de San Pedro Antioquia, durante el 2019-2 y el 2020-1?

2. FASE DEL JUZGAR

2.1.OBJETIVOS Y CATEGORIAS

2.1.1. Objetivo general

Identificar cuáles son los factores de influencia en los incrementos de pacientes en riesgo cardiovascular en la E.S.E Hospital Santa Isabel del municipio de San Pedro de los Milagros, durante el 2019-2 y el 2020-1.

2.1.2. Objetivos Específicos

- Indagar los niveles de riesgo cardiovascular a nivel general y local en el municipio de san pedro de los milagros
- Identificar las rutas de atención oportunas para la disminución de factores de riesgo para los pacientes en riesgo cardiovascular.
- Identificar los puntos de articulación entre las necesidades identificadas en las practicas realizadas en la ESE Santa Isabel y los resultados de la investigación

sobre el incremento del riesgo cardiovascular en pacientes de esta misma entidad.

2.1.3. Categorías:

- Riesgo cardiovascular
- Salud
- Hábitos de vida

2.2.MARCOS

2.2.1. Marco Referencial

En correspondencia a las categorías que toman fuerza en la investigación que se realizó de acuerdo a los incrementos de pacientes en riesgo cardiovascular del municipio de san pedro de los milagros, podemos desarrollar como categoría principal el riesgo cardiovascular, el cual se muestra como enfermedades cardiovasculares que afectan a las arterias del corazón y del resto de organismo, principalmente el cerebro, los riñones y los miembros inferiores, dentro de los mismos los más importantes son: el infarto de miocardio y el accidente cerebrovascular (trombosis, embolia y hemorragia cerebral). Son muy graves, mostrándose como la principal causa de muerte; realmente el riesgo cardiovascular es la probabilidad que tiene un individuo de sufrir una de estas enfermedades dentro de determinado tiempo y el mismo depende fundamentalmente del número de factores de riesgo que estén presentes en el individuo, ya sea en su contexto familiar, social, laboral es decir factores externos e internos, modificables y no modificables, que constan de los que se pueden intervenir y los que no tienen intervención.

Con el progreso de la medicina, el desarrollo de los trabajos entre equipos interdisciplinarios y el resultante aumento de la perspectiva de vida, las enfermedades infecciosas transitaron a un segundo plano y la enfermedad cardiovascular, sigue siendo la primera procedencia de discapacidad y muerte prematura, que representa una alta carga en los DALYs (Disability- Adjusted Life

Years) en todo el mundo, esto genera grandes costos para los sistemas de salud.

La presentación clínica de esta enfermedad incluye: enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular, hipertensión, enfermedad arterial periférica y falla cardiaca. (García Rubira, 2012, pág. 02)

Según la OMS, en el 2005 de un total de 58 millones de muertes en todo el mundo, el 30% fueron de causa cardiovascular, esta proporción es igual a la suma de las muertes por enfermedades infecciosas, deficiencia nutricional y causa materna y perinatal. Adicionalmente el 46% de estas muertes ocurrieron en personas menores de 70 años, es decir, en personas que aún están en edad productiva.

En Colombia en el año 1991, las principales causas de muerte fueron; enfermedad cardiovascular y violencia, ambas con una proporción del 27%. En el 2005 en Colombia, la enfermedad coronaria fue la primera causa de muerte en mayores de 45 años, siendo para mujeres del 12.5 al 19.2% y para hombres del 16.6% a 21,2%. (OMS, 2018).

“En Antioquia en el 2006, la enfermedad coronaria fue la segunda causa de muerte en adultos entre 40 y 49 años, (15 a 34.7 por 100.000 habitantes), solo superada por la violencia.” (OMS, 2018, pág. 06). Ahora bien, los índices y las investigaciones arrojan los resultados sobre los factores de riesgo cardiovascular, lo cual le permite a esta investigación desarrollar la categoría de hábitos de vida, mostrándose como eje importante, puesto que como seres humanos la sociedad es influyente, lo que se desenvuelve de tras de lo misma, ejemplos encontramos con la población sampedreña, donde factores como la drogadicción, los conflictos familiares, la infraestructura local, el desempleo, la economía y demás problemáticas que requieren de una sensibilización y elaboración de intervención para la generación de una vida saludable.

De este modo el centro de promoción de la salud de la universidad de Toronto afirma que: la calidad de vida está relacionada con un grado con que las personas aprovechan las posibilidades importantes de la vida. Pudiendo ser simplificada según Locker en el 2004 en la siguiente pregunta: ¿Cuán buena la vida es para usted? El Dr. Locker, relata que existe un consenso actual de que la calidad de vida se refiere a algo mucho mayor que la salud, su modelo inicial sugiere que las condiciones clínicas y problemas de salud generan impactos en la calidad de vida, aunque esto no acontece necesariamente. (Gomez Meneses, 2010, pág. 24).

La interrelación que se desliga de los hábitos de vida con la salud, es unitaria puesto que el hablar de ello es como derecho fundamental, si bien es cierto los seres humanos deben de estar en condiciones sanitarias es decir en capacidad para el accionar tanto físico como mental, para responder a sus propias necesidades y a las posibilidades que como estado y sociedad se les brindan; la salud brinda pues estabilidad y puede definirse como el estado que adquiere el individuo para su libre desarrollo.

En el concepto original de salud pública , su autor, el sanitarista norteamericano Winslow, la define como el arte y la ciencia de prevenir las dolencias y discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, por medio del esfuerzo organizado de la comunidad para el saneamiento del ambiente, el control de las enfermedades, la educación de los individuos, la organización de los servicios médicos para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades, y del desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad. (Rojo Perez, 2000, pág. 16).

La investigación logra pues articular tres categorías que desenvuelven todo el tema de la investigación, reflejando la red y a quienes la misma involucra, mostrando el gran o amplio tejido, retos y muestras que tiene el riesgo cardiovascular, tocado o visto desde algo tan fundamental como lo es la salud y un estado o hábito de vida, lo cual puede ser en si un universo de emociones y vivencias que como seres humanos podemos vivenciar, experimentar o más importante aún desarrollar.

2.2.2. Marco teórico

Para la elaboración del marco teórico, se desarrollan tres categorías que se trabajan durante toda la investigación como lo es el riesgo cardiovascular, la salud y los hábitos de vida los mismos se trabajan continuación:

Riesgo Cardiovascular

Se define factor de riesgo (FR) como un rasgo medible o característica de un individuo que predice la probabilidad de desarrollar una enfermedad manifiesta. El término, aunque algunos lo atribuyen a los creadores del estudio Framingham, fue realmente introducido por Jeremiah Stamler y Joseph T. Doyle en 1963. Los responsables del estudio Framingham utilizaron el concepto de riesgo predictivo y a partir de 1963 lo sustituyeron por factor de riesgo. (Sebán Ruiz, 2012, pág. 06).

De donde puede inferirse la importancia que tiene establecer los nuevos retos médicos para el desarrollo de nuevas estrategias de manera clínica, científica y tecnológica en el pronóstico del riesgo cardiovascular, es ahí donde resalta las pautas y acciones de prevención y manejo de dichas enfermedades; el desarrollar investigación sobre los riesgos cardiovasculares se vuelve sumamente importante e interesante puesto que se puede evidenciar su desenvolvimiento y más que eso que aún hay muchos eventos que aún no se establecen es decir su origen y consecuencia y que si bien se evidencian en edades variables

como por ejemplo en la etapa infantil, se deja pues en claro que el objetivo tanto de investigaciones como trabajos desarrollados es disminuir la incidencia en los factores de riesgo en el mundo. “Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un grupo de trastornos del corazón y los vasos sanguíneos que incluyen la enfermedad coronaria (ataques al corazón), la cerebrovascular (ictus), la hipertensión (tensión alta), la insuficiencia cardíaca y la enfermedad cardíaca reumática.” (González & Soto Bonel, 2009, pág. 13) las enfermedades cardiovasculares conforman la primera consecuencia de muerte en el mundo, dicho así por la organización Mundial de la Salud, donde se muestra también cómo dichas enfermedades generan grandes limitaciones donde de entrada la calidad de vida son los más afectados puesto que dejan innumerables secuelas.

El protagonismo del ciudadano en la prevención mediante la adopción de estilos de vida saludable y su participación activa en el manejo de la enfermedad a través del autocuidado han adquirido un papel creciente según ha avanzado el conocimiento sobre los factores de riesgo de las ECV. No en vano, tabaco, obesidad, sedentarismo e hipertensión son condicionantes graves y principales sobre los que cada individuo puede influir optando por una dieta equilibrada, haciendo ejercicio regularmente y dejando, en su caso, de fumar. (López Farré & Macaya Miguel, 2009)

Hablar de pautas o estilos de vida para la disminución de riesgos cardiovascular es fundamental, aunque el mismo sea adverso con las pautas sociales y culturales de consumo, pero si bien su importancia radica desde la conservación de la vida misma, la vida deseada y la forma en que la misma se transmite, es de esta manera como médicos y equipos interdisciplinarios tratar de sensibilizar cada día más sobre el tema, de tratarlos y brindar nuevas alternativas de solución; es preciso entonces desarrollar los riesgos a medida de que se analicen desde sus diferentes modalidades o si bien la manera en que se presentan.

Asimismo, en algunas enfermedades cardiovasculares conocidas como de origen genético hereditario, se ignora, sin embargo, cuáles son el gen o genes implicados. Un caso concreto es el síndrome de Marfan (responsable de muchas roturas de la aorta), que es de origen genético y en el cual no se han identificado todavía todos los genes responsables (González & Soto Bonel, 2009, pág. 03)

Más aún la concepción de aparición clínica de diferentes enfermedades hereditarias está variando; ejemplos claros encontramos, la displasia del ventrículo derecho dicha es una enfermedad que ocurre por la situación en esta región de las células cardiacas es decir los miocardiocitos por tejido fibrograso, se pensaba que solo en pocas veces y solo al final de la enfermedad se producía también en una afectación del ventrículo izquierdo, es así como se pueden evidenciar cantidad de ejemplos que muestran la disminución en enfermedades cardiovasculares y más aún hereditarias. Siendo esta la probabilidad más baja no puede pues excluirse los demás factores influyentes en el riesgo cardiovascular puesto que los mismos se generan por muchas causas, es decir, falta de ejercicio, malos hábitos alimenticios, contaminación ambiental.

Es de esta manera como lo define José María Lobos Bejarano donde dice que:

Los principales factores de riesgo pueden ser no modificables (edad, sexo, factores genéticos/historia familiar) o modificables, precisamente los de mayor interés, ya que en ellos cabe actuar de forma preventiva: hipertensión arterial (HTA), tabaquismo, hipercolesterolemia, diabetes mellitus (DM) y sobrepeso/obesidad (particularmente la obesidad abdominal o visceral), frecuentemente unidos a la inactividad física. Estos son los denominados factores de riesgo mayores e independientes, y son los que tienen una asociación más fuerte con

la ECV, siendo muy frecuentes en la población (Lobos Bejarano & Brotons Cuixart, 2011)

De tal manera pues que los riesgos cardiovasculares incluyen a la enfermedad isquémica, periférica, cerebrovascular, vascular renal y la insuficiencia cardiaca congestiva, dándose de forma generacional en la población afectada.

Finalmente podemos decir pues que el “Factor de riesgo” se ha definido como a una condición o característica (estilo de vida, características fisiológicas o bioquímicas, características personales) de un individuo que le predispone a la ocurrencia de una determinada enfermedad; mientras que un “Factor de Protección” sería un atributo o característica individual, que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad de una enfermedad. En el campo cardiológico, el Dr. Thomas Royle Dawber, primer director del Estudio del Corazón de Framingham fue el que en 1961 empezó a usar el término “Factor de Riesgo” al identificar al tabaco, la hipertensión arterial y la dislipidemia como condiciones para desarrollar cardiopatía isquémica.

De manera complementaria se van recogiendo una suma de definiciones y precisiones que dan muestra del riesgo cardiovascular consideraciones como edades, sexo, y patologías como colesterol, colesterol total, presión arterial, tabaquismo, diabetes y algunas otras, dando muestra de una existencia y así mismo de soluciones y retos para asumir, pues de manera clara se deja la importancia de asumir responsabilidades como individuos, como sociedad y de manera semejante con alto grado de importancia un trabajo interdisciplinario que se compagina con las necesidades del sector salud y en especial por un acompañamiento de procesos comunes.

Salud

La salud es un término amplio y complejo en definir, ya que se tiene en cuenta que la percepción de este es variable según la época y la cultura en la que esté sumergido por lo tanto comprender el término depende de características que le apunte a un mismo objetivo o que se asemejen. “La salud depende de la interacción de múltiples factores sociales, políticos, económicos, culturales y científicos, es una multiplicidad de procesos que a su vez se relaciona con lo biológico, físico, emocional y espiritual” (OMS) (Moreno, 2008)

El ser humano dentro del término de salud se vinculaba directamente con la enfermedad aislando las demás dimensiones como causantes o influyentes en un tratamiento positivo, la visión es muy objetiva y se abstiene a reconocer la importancia de la integridad plena y los factores de riesgos de la persona enfocándose en la adherencia al tratamiento desde y solo con la persona enferma.

la salud también se ve afectada, en gran medida, por las condiciones económicas y la inclusión social, la disponibilidad de suficiente agua, alimentos y saneamiento básico con la calidad requerida, la adecuación y seguridad de las condiciones de vida en el hogar, la escuela, los lugares de trabajo y la comunidad. (Organización Panamericana de la Salud, 2017)

La multidimensionalidad del término, permite entender que los factores externo del ser humano impactan en su totalidad en el bienestar del mismo, la vinculación de las dimensiones sociales, familiares, emocionales y espirituales posibilita unificar a la persona desde la medicina con un sentido social, preocupándose por su salud mental como factor principal del tratamiento además cabe resaltar los planes estratégicos del Estado, Eps, Ips y Pos que apunte a la integridad de la persona en riesgo y que no afecten dentro de las medidas que tomen, el bienestar del ser humano.

La perspectiva sociología de la calidad de vida nos recuerda que la persona individual no es el objetivo exclusivo de la medicina. La salud de las poblaciones también es un objetivo. Sabemos, por la teoría general de sistemas que ciertas características se hacen solo visibles cuando miramos el sistema al completo más que a sus elementos aisladamente. Estos también es verdad para el estudio de la salud (Fernández López, 2010)

Es preciso decir que abordar la esfera de la salud, independiente de lo social, sería pues asumir modelos quizás abstractos que reflejan visiones distorsionada en lo que corresponde a la realidad, pues si bien es cierto a quien se requiere o quiere brindar salud es a seres humanos que sienten piensan actúan y se desarrollan es sociedad, es decir de manera conjunta o individual pero siempre rodeado de más seres; se refleja entonces necesidades o falencias diferentes es por esto que la salud se muestra como algo amplio y relativo entre la sociedad que sin duda alguna necesita de una intervención pero que para ella no existe definición exacta si no cambiante y variada.

La Constitución colombiana reconoce la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio que se presta bajo control del Estado. Y también señala que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado y que se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. (García Rubira, 2012)

Es fundamental cuando se piensa y se habla de salud, hacer reconocimiento a los entes principales como lo es el estado quien por ley debe garantizar estabilidad y funcionabilidad de los entes de salud, garantizando como derecho fundamental estilos de vida saludable y asequibles; funcionalmente se debe hacer u acercamiento a la regulación de4 un estado de salud, por lo cual es pertinente identificar, analizar, evaluar, como el

estado reconoce y trabaja frente a los factores de riesgo cardiovascular, pues del sistema de promoción y protección surgen los grandes interrogantes, retos y dimensiones frente a las problemáticas sociales que se dan para transversalizar las diferentes insurgencias en problemas de hipertensión, diabetes y demás enfermedades de cardio.

Hábitos de vida

La buena salud es un factor decisivo para el bienestar de las personas, las familias y las comunidades y, a la vez, un requisito del desarrollo humano con equidad. Más aún, las personas tienen derecho a un cuidado equitativo, eficiente y atento de su salud, y la sociedad en su conjunto debe garantizar que nadie quede excluido del acceso a los servicios de salud, y que estos proporcionen una atención de calidad para todos los usuarios.

La identificación de los rezagos y las brechas sociales, en materia de condiciones y atención de la salud, y las medidas para superarlos, deben considerarse estratégicamente como un componente esencial de la acción pública integral destinada a romper el círculo vicioso de la pobreza y, en definitiva, alcanzar el desarrollo humano sostenible. (Cáez Ramírez & Casas Forero, 2007, pág. 04)

Habar de igualdad o equidad es preciso cuando dimensionamos lo que queremos priorizar u optimizar en cuanto a la necesidad a resolver, es necesario entonces hablar de ello cuando decimos hábitos de vida en relación a salud, pues la igualdad permite generar condiciones asertivas individuales, familiares, sociales, nutricionales y demás que permiten disminuir los riesgos de vida y que a su vez potenciar a calidad humana, es preciso entonces entender lo importante que es las garantías para las condiciones de vida con cosas tan simples como lo puede ser un estado ambiental, de aire limpio y sano.

Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de

satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe, pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata, por lo tanto, de un concepto positivo, que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. La promoción de la salud constituye un proceso político y social global, que abarca las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, y las orientadas a modificar las condiciones sociales y ambientales, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual (Cáez Ramírez & Casas Forero, 2007)

Contemplar la satisfacción como índole principal para el estilo de vida es pues hablar de estado o salud mental ya que en consecuencia las mismas dependen unas de otras, cuando decimos que se requiere un estado mental sano y activo es darle prioridad a un estado físico, que permiten un desarrollo de potenciales y habilidades como seres pensantes y racionales que se desenvuelven en una sociedad. La salud mental es pues un estilo de vida que los seres humanos deberían adquirir entendiéndose de una manera consiente y prudente frente a lo que la misma genera en los tiempos.

La vida moderna es bien distinta de la que nuestros antepasados llevaban diariamente hace unos cientos de miles de años. Cambiaron las condiciones ambientales, pero poco y nada nuestras determinaciones biológicas. La “máquina” es la misma, pero el uso y el mantenimiento que hacemos de ella son muy distintos. Veamos por qué, el cuerpo humano tal como lo conocemos es el del homo sapiens, especie cuyo más destacado rasgo es su capacidad de adaptación debida a que tiene el sistema nervioso más desarrollado que cualquier otro animal. “Somos la única especie del planeta que puede adaptarse a cualquier clima, a cualquier territorio y a cualquier alimento”, (Blake, 2012, pág. 18)

Para la salud y en especial para los seres humanos los tiempos han cambiado de manera acelerada pues hacer un paralelo en lo que corresponde a nuestros antepasados la monotonía de enfermedades ahora es realmente alta, pues los hábitos condicionales de vida cada vez están más contaminados y acelerados, lo anterior a consecuencia de la alimentación, el consumo obsesivo de conservantes y sustancias como alcohol y demás que poco a poco van deteriorando el metabolismo humano, si bien es cierto nuestros antepasados contaban con un aire limpio y hábitos de vida de gran movimiento, es decir trabajos agrícolas sanos sin fertilizantes y demás muestras como las de ahora. Finalmente, lo que se pretende mostrar es que la industrialización, el desarrollo de masas aceleradas, generan altos índices de riesgos cardiovasculares a diferencia de tiempos atrás donde la evolución y cuidados de vida estaban en mejores e iguales condiciones.

Marc Lalonde, quien se desempeñará hace unas décadas como ministro de Salud canadiense, identificó cuatro factores que determinan la calidad de la salud de cada persona las condiciones biológicas del individuo, el ambiente en que se mueve, el sistema de salud que lo atiende y el estilo de vida que desarrolla. Como puede observarse, el estilo de vida (esto es, nuestro comportamiento) es el único factor de los cuatro determinantes mencionados que depende de nuestra voluntad. (Blake, 2012)

La voluntad consiente de nuestros saberes es determinante cuando ponemos la salud como un riesgo, pues el cuidado de la misma es fundamental cuando existe un trasfondo que da por exigencia una estabilidad o cuidado, precisamente porque no es unitaria es decir puede convertirse en algo hereditario o de impacto para los demás, ya sea familia, amigos o si bien es cierto la misma sociedad; ser consiente es tener claro que los actos como individuos afectan o corresponden a un colectivo, pues a quienes se tratan o a quien se trata, convirtiéndose pues en un estilo de vida saludable y corresponsable con su medio.

En el campo de la salud, se pueden considerar dos posibles orígenes de las enfermedades, las de causa infecto-contagiosa y las que se asocian al estilo de vida de las personas, estilos de vida que presentan comportamientos perjudiciales y/o beneficiosos para la salud. Así, se puede definir y entender estilo de vida como la “capacidad de tomar decisiones que afectan a la salud y sobre las cuales la persona tiene algún grado de control” (Gomez Meneses, 2010)

Generar una sensibilización sobre estilos de vida saludable parte desde una manera global, donde se evidencia la capacidad que se tiene en la toma de decisiones, es decir que tan consiente se es para asumir responsabilidades individuales que aportan a una condición general, la vida puede ser algo monótono esto visto desde diferentes perspectivas, pero la realidad desde la que se mira puede ser netamente cambiante, es acá donde yace los niveles de consideración en lo que es la vida, la realidad social y un hábito o vida como tal.

2.2.3. Marco legal

Organismo	Documento	Propone
Nacional	Ley 100 (1993)	<ul style="list-style-type: none">• Garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.• Universalidad. El Sistema General de Seguridad Social en Salud cubre a todos los residentes en el país, en todas las etapas de la vida.• Solidaridad. Es la práctica del mutuo apoyo para garantizar el acceso y sostenibilidad a los servicios de Seguridad Social en Salud, entre las personas.• Igualdad. El acceso a la Seguridad Social en Salud se garantiza sin discriminación a las personas residentes en el territorio colombiano, por razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica.

		<ul style="list-style-type: none">• Obligatoriedad. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los residentes en Colombia. Prevalencia de derechos. Es obligación de la familia, el Estado y la sociedad en materia de salud, cuidar, proteger y asistir a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños, las niñas y adolescentes, para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral• Enfoque diferencial. El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares debido a su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación.• Equidad. El Sistema General de
--	--	---

		<p>Seguridad Social en Salud debe garantizar el acceso al Plan de Beneficios a los afiliados, independientemente de su capacidad de pago y condiciones particulares.</p> <ul style="list-style-type: none">• Calidad. Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada.• Eficiencia. Es la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida de la población.• Participación social. Es la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en conjunto.• Progresividad. Es la gradualidad en la actualización de las prestaciones incluidas en el Plan de Beneficios.• Libre escogencia. El Sistema General de Seguridad Social en Salud asegurará
--	--	--

		<p>a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y los prestadores de servicios de salud dentro de su red en cualquier momento de tiempo.</p> <ul style="list-style-type: none">• Sostenibilidad. Las prestaciones que reconoce el sistema se financiarán con los recursos destinados por la ley para tal fin, los cuales deberán tener un flujo ágil y expedito.• Transparencia. Las condiciones de prestación de los servicios, la relación entre los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la definición de políticas en materia de salud, deberán ser públicas, claras y visibles.• Descentralización administrativa. <p>En la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud la gestión será descentralizada y de ella harán parte las direcciones territoriales de salud.</p>• Corresponsabilidad. Toda persona debe propender por su autocuidado, por
--	--	--

		<p>el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos el Sistema General de Seguridad Social en Salud y cumplir con los deberes de solidaridad, participación y colaboración.</p> <ul style="list-style-type: none">• Irrenunciabilidad. El derecho a la Seguridad Social en Salud es irrenunciable, no puede renunciarse a él ni total ni parcialmente.• Intersectorialidad. Es la acción conjunta y coordinada de los diferentes sectores y organizaciones que, de manera directa o indirecta, en forma integrada y continua, afectan los determinantes y el estado de salud de la población.• Prevención. Es el enfoque de precaución que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos y la prestación de los servicios de salud.• Continuidad. Toda persona que habiendo ingresado al Sistema General
--	--	--

		<p>de Seguridad Social en Salud tiene vocación de permanencia y no debe, en principio, ser separado del mismo cuando esté en peligro su calidad de vida e integridad.</p>
	<p>Plan de desarrollo “Pacto por Colombia, pacto por la equidad”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Así mismo, el derecho fundamental a la salud, como derecho autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, se constituye en uno de los elementos primordiales. • Aumentar el acceso efectivo a los servicios y mejorar la calidad en la atención • Generar incentivos para el mejoramiento de la calidad • Política de Atención Integral en Salud • Incentivar la inversión pública hospitalaria en condiciones de eficiencia • Desarrollar esquemas alternativos de operación de hospitales públicos • Mejorar la capacidad de diagnóstico de los laboratorios de salud pública a nivel nacional y territorial • Implementar la Política Nacional de

		<p>Sangre</p> <ul style="list-style-type: none">• Implementar el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI) <p>Mejorar las condiciones de salud de la población y disminuir las brechas de resultados en salud.</p> <ul style="list-style-type: none">• Prevenir y controlar las enfermedades transmisibles, endemoepidémicas, desatendidas, emergentes y re-emergentes• Promover la convivencia social y mejorar la salud mental.• Mejorar las condiciones nutricionales de la población colombiana.• Asegurar los derechos sexuales y reproductivos.• Recuperar la confianza y la legitimidad en el sistema.• Fortalecer la institucionalidad para la administración de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud• Consolidar el Sistema Integral de Información de la Protección Social (Sispro)
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Promover la transparencia, participación ciudadana y rendición de cuentas.
<p>Departamental</p>	<p>Plan de desarrollo “Antioquia piensa en grande”</p>	<p>Se presentan algunas debilidades en las dimensiones del desarrollo poblacional, ambiental, social y económico, evidenciadas en baja cobertura de acceso al agua, y saneamiento básico, riesgo bioquímico y tenencia no responsable de animales de compañía y producción, así como gestión inadecuada de los entornos e incumplimiento de la normatividad sanitaria de establecimientos abiertos al público.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desde la dimensión del desarrollo económico, el sistema de salud presenta déficit financiero que afecta a todos los actores del sistema: Proveedores, IPS, EPS, Municipios y Departamento, reflejado en fallas en los atributos de calidad, incremento de tutelas, fallas en la eficiencia de la prestación asistencial y mal servicio a los usuarios, que son nuestra prioridad.

		<ul style="list-style-type: none">• La gestión de la salud pública busca la intervención organizada de la sociedad para promover y prolongar la vida, minimizando los comportamientos dañinos y las influencias perjudiciales de factores medioambientales y sociales. Así mismo, la respuesta adecuada de los servicios de salud en los casos en que se requieren para prevenir las enfermedades, detectarlas cuando existen y recuperar la salud o, como mínimo, reducir el sufrimiento y la dependencia.
--	--	---

<p>Municipal</p>	<p>Plan de desarrollo “Amor por San Pedro”</p>	<ul style="list-style-type: none">• Los servicios de salud son prestados por el Hospital Santa Isabel, el cual es una Empresa Social del Estado (E.S.E) de carácter municipal con autonomía administrativa, financiera y jurídica, quien ofrece los servicios de Atención en Salud para beneficiarios del régimen subsidiado, nivel 1 de salud, atención hospitalaria y salud oral.• Mejorar el acceso, la calidad y la oportunidad en la prestación de los servicios en salud, mediante la ampliación de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), la prestación de los servicios de salud con énfasis en la población vulnerable desde un enfoque de derechos y equidad, mediante el acercamiento a las entidades prestadoras del servicio y la articulación con el Plan Territorial de Salud y el Plan Decenal de Salud en los temas de competencia y responsabilidad del Municipio como son: salud pública, aseguramiento,
-------------------------	--	--

		<p>prestación de servicios y promoción social.</p> <ul style="list-style-type: none">• Brindar servicios y programas que promuevan la atención, detección temprana y tratamiento oportuno de las enfermedades crónicas, el fomento de hábitos de vida saludables y la promoción de actividades lúdico-recreativas para todos los ciclos vitales.• Implementar la Política Pública Municipal de Salud Mental, los protocolos, rutas y guías de atención para el abordaje integral en la atención de eventos asociados a la convivencia social y la salud mental, Informar y educar a la población en temáticas que permitan la sana convivencia y la salud mental a nivel familiar, escolar y social, motivar a las instancias encargadas de realizar el adecuado control social y familiar para el cumplimiento de la norma, brindar asesoría y acompañamiento a las familias en la formación de sus hijos(as).
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar a través de la estrategia de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes diferentes actividades educativas, informativas, de promoción y prevención con enfoque diferencial y de equidad que prevengan el embarazo en adolescentes y reduzcan la aparición de Enfermedades de transmisión sexual.
<p>Institucional</p>	<p>Plan de desarrollo E.S.E Hospital Santa Isabel</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidar un plan de comunicaciones y mercadeo que arroje un portafolio de servicios acorde a las necesidades actuales de nuestra comunidad Sampedreña y de la región. • Generar mayor economía y eficiencia sin detrimento de la calidad en la adquisición de bienes y servicios, convirtiendo en aliados estratégicos de E.S.E. • Implementar un nuevo modelo de atención en salud, para mejorar individual y colectivamente las condiciones de salud de la población. • Gestionar el mejoramiento continuo de

		<p>las condiciones físicas, ambientales, logísticas y de procesos para la adecuada prestación de los servicios de salud.</p>
--	--	--

Grafica 1: Normanigrama. Fuente: Elaboración propia.

3. FASE DEL HACER

3.1.DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1. Paradigma

Para la definición del paradigma interpretativo se analizan diferentes autores que dan a entender la finalidad del mismo, el cual se basa en el entendimiento del conocimiento científico y su realidad, si bien este se trata de un modelo de investigación fundamentado en la comprensión de realidades y las causas que se han llevado a ser así, en vez de quedarse en lo simple o lo generacional, mostrado como las explicaciones casuales, de tal manera que la relación que el paradigma genera en el ámbito de salud y en especial con los factores de riesgo cardiovascular ya que el mismo permite hacer un análisis social, individual de factores externos que influyen en los procesos de las personas, ahora bien se permite influenciar a nivel nacional se generan partes por el conocimiento y la ciencia desde el factor salud, visto como algo de vital importancia, como énfasis de mediación de problemas y análisis de los mismos “Weber, uno de los mayores representantes de la metodología cualitativa, expresó que mientras en la astronomía los cuerpos celestes nos interesan en sus relaciones cuantitativas, susceptibles de medición exactas, en las ciencias sociales nos concierne” (González Morales, 2003)

Concernirse desde las ciencias sociales es exactamente lo necesario para entender y fundamentar los requerimientos que desde la salud se necesita es decir para estudiar los

factores de riesgo en los pacientes en riesgo cardiovascular se requiere de un análisis interdisciplinar, como lo puede ser desde, lo psicológico, antropológico, sociológico o si bien desde el factor social, para fundamentar y complementar las causas y generalidades de lo que se presenta como déficits en hábitos de vida.

3.1.2. Enfoque:

Cualitativo

Desde el enfoque se considera pertinente desarrollar la investigación de forma cualitativa esto se realiza partiendo desde las observaciones, comprensión, interrelaciones participantes con individuos que toman un papel protagónico en los diferentes contextos o realidades en regencia a estilos o hábitos de vida.

El paradigma cualitativo posee un fundamento decididamente humanista para entender la realidad social de la posición idealista que resalta una concepción evolutiva y del orden social. Percibe la vida social como la creatividad compartida de los individuos. El hecho de que sea compartida determina una realidad percibida como objetiva, viva, cambiante, mudable, dinámica y cognoscible para todos los participantes en la interacción social. (Martínez Rodríguez, 2011, pág. 09).

Desarrollar una investigación cualitativa en referencia a pacientes en riesgo cardiovascular es esencialmente hacer un proceso descriptivo que interpreta acciones, lenguajes, hechos funcionales que pueden ser relevantes y se sitúan de forma amplia desde el contexto social.

Es así como en el análisis y estudio cualitativo de los factores de riesgo cardiovascular se muestra el sentido verificable de las experiencias u observación de las estructuras que posibilitan la comprensión compleja y cambiante de la realidad humana y

social, es decir crear el alcance sobre la sensibilización y comprensión de los factores más influyentes de un riesgo cardíaco.

3.1.3. Tipo

Investigación Explicativa

La investigación que se está desarrollando se posiciona como explicativa, puesto que la misma no se instaura en una sola cosa, es decir la misma se centra en conocer, explicar, analizar y finalmente describir las problemáticas o factores más relevantes o si bien dar soluciones, guías y líneas para la mitigación o solución de las mismas; la investigación explicativa además se acerca a la interpretación de acciones humanas y sociales, donde se genera un efecto de impacto para el perfeccionamiento y alcances de problemáticas o factores que se desenvuelven en ámbitos distintos de la salud.

3.1.4. Línea y Sub-Línea

3.1.4.1. Líneas de Investigación

Educación, transformación social e innovación

La elaboración de una investigación, rastreo bibliográfico, desarrollo de contenido es de gran importancia para la academia y fundamentalmente para el sector salud, como herramienta para el alcance de diferentes objetivos en sensibilización, promoción y prevención, pues si bien es cierto el trabajo Social, tiene interés porque se den espacios de transformación a algunas realidades que denotan desigualdades sociales, para ello es necesario partir por comprender los contextos en que se desenvuelven los sujetos y las concepciones que tienen de los mismos; ya que, a partir de lo comprendido, se puede apostar por procesos de movilización y participación social para cambiar realidades y cerrar las brechas que históricamente se han creado, por lo que la educación, lo social e innovación contribuye a la adquisición de hábitos de vida saludable y preventivos en

correspondencia a alcance específicamente de enfermedades en riesgo cardiovascular.

3.1.4.2.Sub-línea

Investigación epistemológica e intervención del trabajo social

El trabajo social en la salud, en relación con las dinámicas la E.S.E Hospital Santa Isabel, puede materializarse en líneas epistemológicas que dan parte a una o varias líneas de intervención que priorizan las necesidades principales frente los factores o riesgos que están latentes, si bien es cierto la epistemología otorga bases claras frente a un desarrollo social y lo sé que se desenvuelve de lo anterior.

Puede también comprender lo que la epistemología a partir de la fuente de la verdad otorga a una connotación o veracidad de lo que pueden ser la estilosa adquisición de vidas saludables, puede articularse también las fuentes desde el sector salud para la prevención y promoción de vida, finalmente es claro decir que esta línea de investigación se da de manera precisa a consecuencia de las necesidades del sector salud y de trabajo social en cuanto a su intervención.

3.1.5. Estrategias metodológicas

La teoría de sistemas nos permite dar cuenta de un fenómeno social como un todo, y de cada uno de los componentes que lo integran. Un sistema está compuesto por una estructura de elementos y una organización de ellos. Los elementos constituyen la estructura y las propiedades de ellos permiten hacer la organización del sistema. Las propiedades de los elementos son los atributos que éstos tienen para interactuar con otros elementos o con otros sistemas. (Vega Morales, 1998)

La teoría general de sistemas nos ayudara a observar y comprender a los seres humanos vistos como un conjunto de interacciones.

La teoría general de sistemas en relación con los seres humanos posibilita vernos como un todo, donde nos entendemos por la interrelación existente con otros individuos, es por tal razón que la misma se entrelaza con el proceso de investigación sobre los factores de riesgo de los pacientes en riesgo cardiovascular del municipio de san pedro de los milagros; entender pues las dinámicas de dichos procesos desde trabajo social, es entender que los seres humanos necesitamos se sistemas de relación, pues si bien ninguno de los individuos son realmente independientes, esto dependiendo de cómo lo hacemos de las estructuras que sostienen nuestra vida diaria, estar completamente vivo y sano como ser humano requiere de una interdependencia entre redes de personas y sistemas como tal.

Se deja claro pues que independencia no significa adaptarse o condicionarse sin algún tipo de ayuda, pues lo mismo podría generar quizás una vida de insatisfacción o tristeza, esto en relación con los hábitos de vida saludable que requieren los individuos para un manejo apropiado de su vida y en especial con la salud y los riesgos cardio.

Es por tal razón que la teoría general de sistemas en esta investigación que si bien es aplicada en el sector de la salud desde una mirada social e interdisciplinaria, es totalmente asertiva puesto que la misma genera una amplia aplicación e indagación sobre los factores de riesgo y más importante aún de cada uno de los usuarios que normalmente consultan en el sistema de salud, mirándose también desde otros factores ya sean familiares, sociales y si bien factores económicos o religiosos que influyen en cada uno de los procesos. Es así pues como la teoría general de sistemas posibilitara una mejor elaboración investigativa y amplia.

3.1.6. Técnicas

La implementación de las técnicas junto con los instrumentos adecuados, nos posibilitan por medio de información adquirida, desarrollar dichos análisis sobre los usuarios consultantes del E.S.E Santa Isabel, por riesgos cardiovasculares, sus áreas y contextos para determinar dichas situaciones que ponen en pie un proceso de investigación y intervención, además de ello la habilidades que tiene los individuos para crear sus estilos y hábitos de vida, lo cual nos da definiciones más concretas sobre las problemáticas actuales tanto del sistema de salud como en el sistema general y la problemática tratada en esta investigación, es por esta razón que las técnicas que se utilizaran son:

Diario de campo

Acorde con la intencionalidad que se desea trabajar esta nos posibilitara interpretar cada una de las dinámicas a las cuales los usuarios están expuestos, ver también cada una de las caracterizaciones realizadas desde el trabajador social, para interpretar cada uno de los factores, áreas y contextos en los que los usuarios se desenvuelven, logrando de la misma manera que los individuos participen de cada una de las técnicas y espacios que se posibilitan desde el área hospitalaria para reducir riesgos y crear una sensibilización de vida y salud asertiva; el trabajador social por medio del diario de campo o observación participante obtendrá herramientas que facilitan la adquisición de acciones precisas para el alcance de resultados tanto para los sujetos como para la investigación. Por esta razón Carlos Arturo Sandoval Casilimas, psicólogo de la Universidad Nacional de Colombia afirma lo siguiente:

La observación participante surge como una alternativa distinta a las formas de observación convencional. Su diferencia fundamental con el anterior modelo de observación estriba en una preocupación característica, por realizar su tarea desde "adentro" de las realidades humanas que pretende abordar, en contraste con la

mirada "externalista", las de formas de observación no interactivas. La observación participante es la principal herramienta de trabajo de la etnografía y se apoya para registrar sus "impresiones" en el llamado diario de campo. Este no es otra cosa que un registro continuo y acumulativo de todo lo acontecido durante la vida del proyecto de investigación. (Sandoval Casilimas, 2002, pág. 140)

Es pues, así como se requiere conocer las realidades humanas, que comprenden un ámbito individual, familiar, social, económico y en este caso el ámbito de la salud como algo fundamental, esto mediante la articulación del trabajador social en la línea de salud, comunidad y trabajo interdisciplinario.

Para finalizar dejamos claro que el diario de campo nos permitirá plasmar las evidencias obtenidas, lo cual permite dejar en claro todos los factores importantes para de manera consecuente ser interpretados, analizados y trabajados.

Revisión documental

En esta investigación, resulta ser fundamental la revisión puesto que la presentación de estrategias en la recolección de información corresponde a un análisis documental, el mismo frecuentemente constituye el punto de entrada al manejo o ámbito de la investigación que se está abordando en este caso los incrementos de factores de riesgo en pacientes en condición de riesgo cardiovasculares, la revisión documental en el desarrollo investigativo de trabajo social brinda información pertinente para el estudio de fenómenos y nuevas enfermedades cardíacas, dando también fuentes apropiadas sobre análisis medicinales y alternativas de solución desde las miradas e intervenciones sociales. De tal manera que encontramos definiciones sobre la revisión y análisis documental como la siguiente:

Los documentos fuente pueden ser de naturaleza diversa: personales, institucionales o grupales, formales o informales. A través de ellos es posible capturar información muy valiosa para lograr el encuadre al que hicimos alusión en el numeral inmediatamente anterior. Dicho encuadre incluye, básicamente, la descripción de los acontecimientos rutinarios, así como de los problemas y reacciones más usuales de las personas o cultura objeto de análisis. De otra parte, permiten conocer los nombres e identificar los roles de las personas clave en la situación sociocultural, objeto de estudio. Finalmente, es oportuno señalar que los documentos son una fuente bastante fidedigna y práctica para revelar los intereses y las perspectivas de comprensión de la realidad, que caracterizan a los que lo han escrito. (Sandoval Casilimas, 2002, pág. 137)

A manera de conclusión podemos decir pues que la revisión y análisis documental permite a esta investigación buscar diferentes investigaciones, trabajos y documentos desarrollados, donde se podrán encontrar formas que puedan contribuir al desarrollo de las técnicas, del proyecto y de la construcción teórica.

Entrevista estructurada

En este caso se realizará la entrevista estructurada, ya que la misma se caracteriza por la preparación anticipada de un cuestionario que guía y sigue de forma escrita un orden e hilo de conversación y formulación, lo cual permite evidenciar los principales factores de riesgo cardiovascular que presentan a los usuarios del hospital santa Isabel del municipio de san pedro de los milagros.

El cuestionario cumple varias funciones, dice McCracken (1988). Su primer papel es, asegurar que el investigador cubra todo el terreno (tema), en el mismo orden, para cada entrevistado, preservando de manera consistente el contexto

conversacional de cada entrevista. La segunda función es, cuidar el itinerario requerido para mantener la distancia con el entrevistado. La tercera función consiste en, establecer los canales para la dirección y delimitación del discurso. La cuarta función es, permitir al investigador prestar toda su atención al testimonio de su entrevistado. (Sandoval Casilimas, 2002, pág. 145)

De acuerdo con la definición presentada se puede decir pues que es oportuno aplicar la entrevista estructurada en esta investigación ya que la conversación que se genera por medio del cuestionario sigue buscando una proteger una estructura y objetos de la entrevista, de tal manera que en función de trabajador social se pueda atender de manera inmediata sin perder la conexión con los individuos, donde se puede conocer las opiniones, situaciones, dinámicas y contexto de estos, por tal razón no es solo recolectar información y registrar ideas si no también generar aspectos y dinámicas prospectivas de solución para una investigación e intervención desde trabajo social.

3.1.7. Instrumentos de recolección de información

Los instrumentos que dan pues el resultado de cómo se desarrollan las técnicas, se compaginan en el momento de las necesidades tanto de los individuos como las del trabajador social en el momento de intervención o investigación de determinado tema, resulta importante decir que el trabajo es algo organizado y de líneas que resultan ser complementarias al momento de encontrar resultados por medio de un solo proceso.

De esta manera se hace una descripción mostrando pues que las técnicas que felicitaron el trabajo fue la revisión documental, para instruir el procesos realizados y en segunda instancia la continuidad de las caracterizaciones a pacientes en riesgo cardiovascular; este estaba pues alineado por el registro de información y sistematización de la misma el cual se desarrolló por medio de un formato de caracterización , que se

diligencia en un encuentro de aproximadamente 20 minutos, donde se aborda las dinámicas familiares de los usuarios y su relación con su entorno social; aspectos que afectan positiva o negativamente la adherencia del paciente al tratamiento

La sistematización de la información generada se realiza por medio de tabulación en matrices de Excel, a partir de esta tabulación se diseñan gráficos que permitan visualizar la información y finalmente la interpretación de la información generada.

Por otro lado, el seguimiento a pacientes en riesgo cardiovascular a acompañamiento a atención al usuario se realiza por la observación participante con los usuarios, donde se cuenta por los formatos y constancias medicas/ legales de remisiones o traslados primarios; los facilitadores de este proceso son los mismos equipos institucionales, es decir la facilitación de espacios, capacitaciones y gestiones. Al final de la presentación de este documento se adjuntará alguno de los formatos que se utilizan como instrumento para desarrollar las técnicas.

3.1.8. Población universal y muestra poblacional

En el municipio de San Pedro de los Milagros contamos con un número poblacional de 26,592, de personas, del cual se toma una muestra poblacional de 5 personas que fueron entrevistadas en la caracterización socio-familiar con pacientes riesgo cardiovascular, se generó información relacionada con las características propias de los usuarios tales como la edad, sexo, escolaridad, estado civil, entre otros datos; características de las relaciones familiares que los rodean y las condiciones sociales; todas ellas en clave de reconocer factores de riesgo para la adherencia al tratamiento y para tener una buena calidad de vida simultaneo a esto se crea una sistematización y en la parte final se dejan anexos de los formatos utilizados en la recolección de información.

3.1.9. Consideraciones éticas

El trabajo social en el área de bienestar y organizacional, especialmente en el sector de la salud es uno de los componentes fundamentales de intervención e investigación profesional como garantes de los derechos de funcionarios prestadores de servicios, usuarios consultantes y beneficiarios de los servicios de salud en su proceso de adaptación o de formación, generando de esta manera una calidad en el servicio que se presta, donde tiene como inicio el saber y sensibilización de principios, actuar del profesional, de esta manera una comunicación y satisfacción entre funcionario y usuario.

Esto en relación con el artículo 2o del Decreto 2164 de 1992, por el cual se reestructura el Ministerio de Salud y se determinan las funciones de sus dependencias, establece que éste formulará las normas científicas y administrativas pertinentes que orienten los recursos y acciones del Sistema.

Dejando en claro que las funciones de trabajo social en el sector salud debe enmarcarse en investigaciones que den como objeto principal al ser humano, donde prevalece el criterio por el respecto a su dignidad y protección de los derechos humanos y su bienestar.

Así mismo la comunidad perteneciente a las funciones y prestaciones del hospital santa Isabel se ven expuestos a condiciones de auto desenvolvimiento o de autónoma ayuda, con la regulación y concentración de sensibilizaciones o acciones a tomar en casos de atención hospitalaria, investigaciones de necesidades o alternativas de viabilidad y ejecución en casos de vulnerabilidad o insatisfacción con los causales o ya expuestos en el área o entorno donde se encuentras ambas partes, es decir usuarios y funcionarios; es pertinente el involucramiento del trabajador social, como actor principal en estas funciones que se regulan netamente desde un accionar profesional, siendo no solo uno quien realice la

función si no un equipo interdisciplinario como evaluador de procesos e ilustración en las líneas de acción que deben estar constantemente en los que las denomina, “la acción”, el monitoreo y la reflexión de los mismos logros generados.

Es así como lo define las consideraciones éticas desde la investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta (Ministerio de Salud, s.f., pág. 04)

De otro lado esta investigación nos permite también realizar un análisis y crítica epistemológica, de donde se parte desde el rol del trabajador social en Colombia, donde podemos notar los aumentos en los niveles de pobreza, marginada, flexibilidad laboral., desplazamiento de poblaciones que traen como consecuencia desarraigo, desigualdades, deslegitimación de instituciones y como estos muchos más, siendo preciso conocer el contexto nacional en el cual el trabajo social se desenvuelve y necesariamente va avanzando con el fin de no ser un desconocimiento en contexto mundial. Haciendo referencia a lo anterior yace nuevamente la necesidad del compromiso social, donde se asume la responsabilidad de ejercer un trabajo crítico y con fundamentos donde todas estas realidades que como se ven en un contexto amplio en Colombia también se desarrollan o se pueden vivenciar en el área hospitalaria de la E.S.E. Santa Isabel, donde depende de una amplia gestión e implicación del rol profesional para el mejoramiento y calidad de prestaciones de servicios de salud y sobre todo una calidad de vida tanto de usuarios como de funcionarios.

Finalmente se deja en claro la importancia que tienen principios que desde el código de ética rigen el actuar de trabajo social, como el respeto, la calidez, los cuales se deben elaborar no solo en un actuar profesional si no también personal, lo que nos regula desde lo que somos como personas, desde nuestra formación del ser y la entrega de un servicio de calidad o de buena fe, extendiendo los niveles de rigurosidad su campo como lo es en este caso el sector salud en medio de la investigación y creación de contenido y teoría.

3.1.10. Tabulación de Unidad de Análisis

El Trabajo Social, en la comprensión de los factores de riesgo que incrementan los pacientes con enfermedades cardiovasculares, debe poseer diversas capacidades y habilidades que permiten el accionar profesional, de manera que tenga una incidencia positiva y transformadora ante el proceso; de tal manera que dichas características son las que hoy permiten hacer una interpretación de los casos encontrados y caracterizados, de pacientes de la E.S.E santa Isabel de San Pedro(Ant), a continuación, se presentará un análisis de las herramientas y técnicas realizadas y con los resultados obtenidos.

La herramienta utilizada para generar un análisis frente a los factores de influencia para el incremento de pacientes en riesgo cardiovascular, se realizó por medio de un consentimiento informado que garantiza que es un proceso confiable y valido, en la medida en que se presenta desde el encuentro con el sujeto, donde se conoce la realidad particular de su contexto familiar y social desde su propia voz.

Este proceso triangula el relato del sujeto, con la percepción personal de la profesional y los datos obtenidos; esta triada da mayor confiabilidad y soporte al estudio. El registro o generación de información se hizo por medio de un formato de caracterización, que se diligencio en un encuentro de aproximadamente 15 minutos, donde se abordó con respecto a las dinámicas familiares de los usuarios, las categorías de análisis como riesgo cardiovascular, salud y hábitos de vida, por lo cual se indaga y comprende

sobre su relación con su entorno social; aspectos que afectan positiva o negativamente la adherencia del paciente al tratamiento y la determinación de los principales factores que influyen en el incremento de pacientes en riesgo cardiovascular.

La sistematización de la información generada en diferentes momentos con entrevistas y preguntas concretas que permiten generar una interpretación y atención al mismo tiempo frente a las necesidades presentadas de cada uno de los consultantes, se está realizando por medio de la tabulación en matrices de Excel, a partir de esta tabulación se diseñaron gráficos que permiten visualizar la información y finalmente la comprensión de la información generada.

Durante la caracterización socio-familiar de los pacientes en riesgo cardiovascular, se generó información relacionada con las características propias de los sujetos (edad, género, escolaridad, estado civil, entre otros datos), características de las relaciones familiares que los rodean y las condiciones sociales; todas ellas en clave de reconocer factores de riesgo para la adherencia al tratamiento y la identificación de los principales factores en el incremento de los pacientes de riesgo cardiovascular, lo cual permite una transversalización de la información para el alcance o garantía de una buena calidad de vida. A continuación, se presentará un análisis de cada una de las preguntas puestas en la entrevista estas con el respectivo gráfico, que permite una dinamización de la información; es importante dejar en claro que toda la información tabulada sigue la misma línea de preguntas y finalidad.

Edad

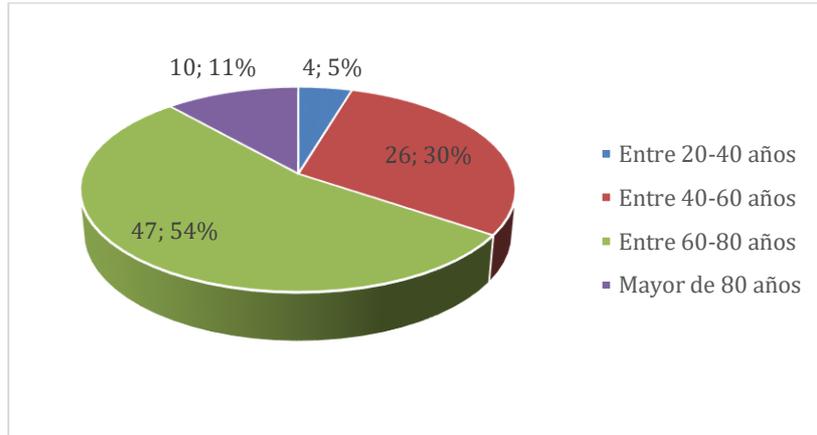


Gráfico 1: Distribución porcentual por edad.

La mayoría de la población oscila entre los 60 y 80 años de edad (54%), seguido del 30% de los pacientes que tienen entre 40 y 60 años; esta característica es muy propia ya que la edad puede determinar en gran medida el padecimiento de este tipo de patologías; pero al mismo tiempo representa un factor de riesgo ya que es una población vulnerable, que depende en su gran mayoría de sus redes de apoyo. Lo anterior no quiere decir que el 5% que tiene entre 20 y 40 años no tengan ningún riesgo, pero este si disminuye ya que es una población que puede defenderse por sí misma y que en la actualidad se genera mayor sensibilidad frente a los cuidados y riesgos que pueden existir a consecuencia del cuidado de la vida.

Genero

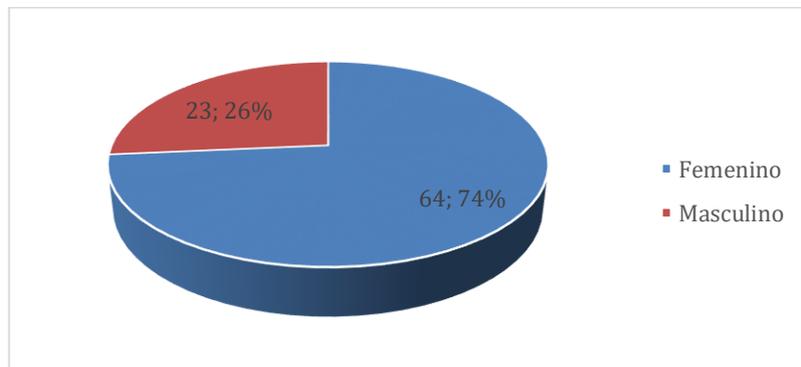


Gráfico 2: Distribución porcentual por sexo.

En el programa de riesgo cardiovascular, la mayoría de los pacientes son mujeres, puede ser una constante por dos razones: en primer lugar, porque las mujeres por sus condiciones fisiológicas tienden a padecer en mayor medida estas enfermedades o segundo, porque pueden tener un mayor compromiso con su salud y por ende ser más consultantes.

Ser mujer dentro de estos contextos puede ser un factor de riesgo ya que muchas de ellas desempeñan labores de cuidado a sus familiares, por lo cual priorizan la salud de los demás por encima de su propio bienestar y calidad de vida, visto esto desde los diferentes estudios y dinámicas mismas de la población femenina.

Escolaridad:

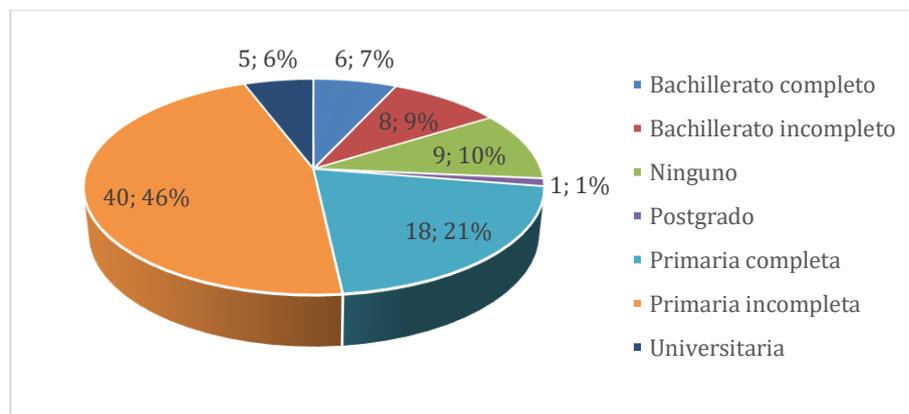


Gráfico 3: Distribución porcentual por escolaridad.

El 46% de los pacientes del programa no finalizaron sus estudios de básica primaria, el 21% logró finalizar estos estudios y el 10% no realizó ningún estudio, estos datos corresponden al 77% de la población encuestada; esta realidad muestra altos niveles de desigualdad social relacionados con el acceso a la educación, lo que pone en alto nivel de vulnerabilidad, ya que al no contar con una formación académica, las posibilidades de tener un empleo con buenas condiciones económicas es casi ninguna y continúa relegando a esta población a oficios con poca estabilidad económica e incluso con una dependencia a otras personas, vista también la causa de niveles de estrés, baja regulación de condiciones estables en cuanto a la calidad humana y disminución de riesgos desde el autocuidado.

Ocupación:

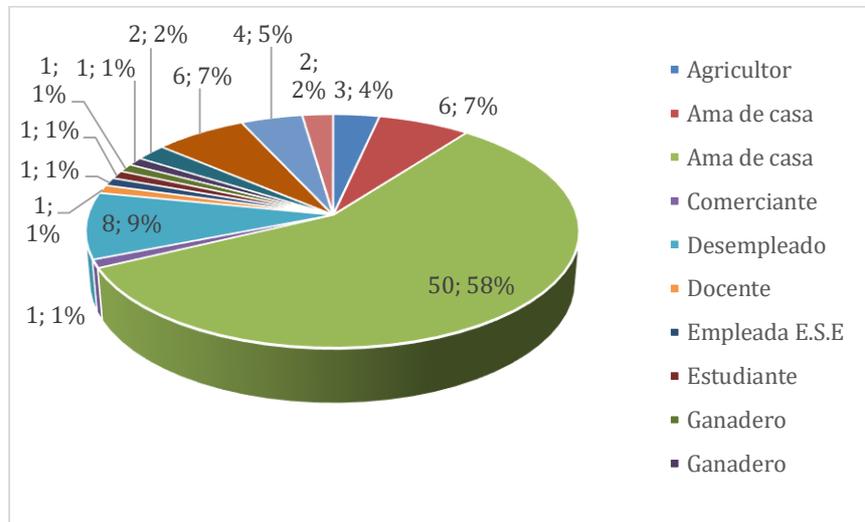


Gráfico 4: Distribución porcentual por ocupación.

El 65% de la población son mujeres amas de casa y un 9% son desempleados; lo que constituye el 74% de la población encuestada estimada como “población no productiva” lo que hace que la mayoría de ellos tengan problemas con el acceso a los recursos y varios de ellos se encuentren en niveles de pobreza, ubicados en los estratos 1 y 2 y con carencias económicas que en numerosos tiempos las suplanta la red de sustento o los programas de apoyo económicos al adulto mayor. Es así como esto genera grandes niveles de vulnerabilidad y poco acceso a derechos fundamentales como vivienda digna, salud que para esta población es tan indispensable, derecho a la educación, entre otros.

Estado civil:

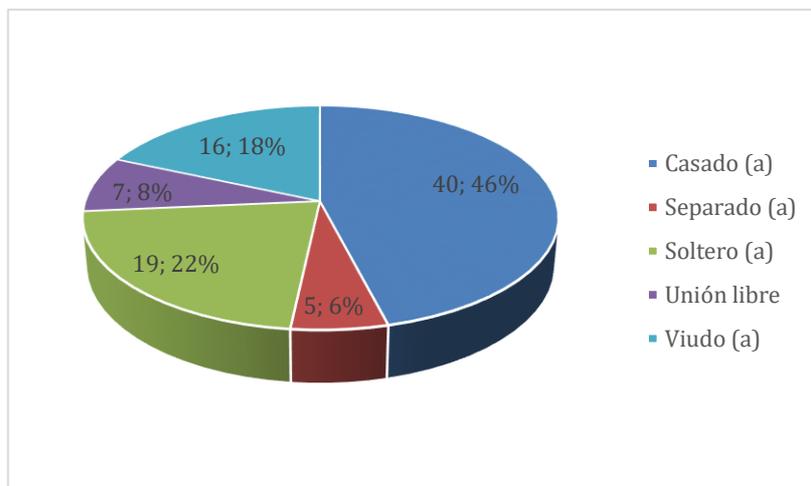


Gráfico 5: Distribución porcentual por estado civil.

El 46% de los encuestados son casados, el 22% solteros y el 18% viudos. Sin embargo, todos tienen algo en común y es que tienen una familia que en muchas ocasiones es una red de apoyo o una responsabilidad más para el paciente. Entender que los usuarios tienen una familia permite concebir oportunidades de apoyo, los cuales no son únicamente en momentos de enfermedad sino también en todas las situaciones que como familia surgen y pueden generarse tanto internamente como externa.

Sin embargo, se presentan casos en los que la familia son principales agresores del paciente, siendo esta una de las principales problemáticas y que elevan el incremento de pacientes en riesgo cardiovascular y de quienes ya están en tratamiento la dificultad para la adherencia al mismo, todo esto pues relacionado con la violencia intrafamiliar, que permite analizar que cada vez recoge más víctimas y que pocas veces son activadas las diferentes rutas o las demandas de estos casos.

Afiliación a EPS:

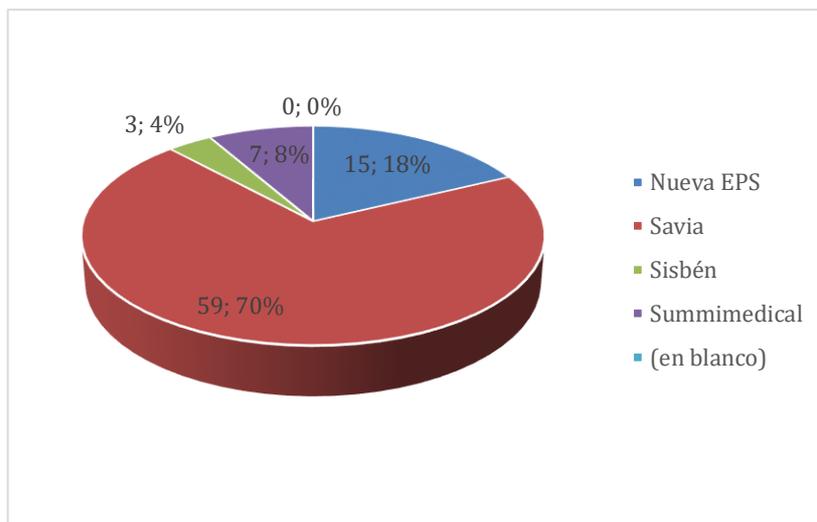


Gráfico 6: Distribución porcentual por afiliación a EPS.

De los usuarios que hacen parte del programa un 70% están afiliados a SAVIA Salud y análogo a ello se identifica que una de las problemáticas que más afecta la adherencia al tratamiento es precisamente que no se autorizan a tiempo los exámenes, los medicamentos y las consultas con especialistas que se requieren, esto hace que sea el sistema el mismo victimario dentro de la vulneración a los derechos fundamentales y que cada día, los pacientes se encuentren en un mayor nivel de riesgo frente a los diferentes factores.

Dinámica Familiar

Con respecto a las dinámicas familiares se plantean varias preguntas, que dan respuesta de acuerdo a los niveles de influencia de características como tipologías de familia, roles, ingresos económicos, contexto y sistema de cosmovisión, para ello yacen preguntas como: ¿Qué antecedentes familiares tiene usted en relación con la enfermedad que padece? En este factor podemos analizar que la mayoría de los casos de hipertensión o demás riesgos cardiacos son de herencia es decir hereditarios por familiares como abuelos, padres, tíos y hasta de mismos hermanos, esto nos permite pues considerarlo como un factor de riesgo sanguíneo y no externo es decir de índole de consecuencia de hechos de alto impacto.

¿Cuáles son sus hábitos alimenticios?

En este factor podemos observar cómo hay diferentes dinámicas frente a las horas y momentos del cuidado alimenticio, por lo regular son pacientes que no siguen ningún hábito nutricional, lo cual va incrementando el factor de riesgo puesto que los sistemas pueden encontrarse débiles; dando continuidad se presentaran algunos análisis sobre lo mencionado en el párrafo introductorio de las dinámicas familiares.

Tipologías familiares

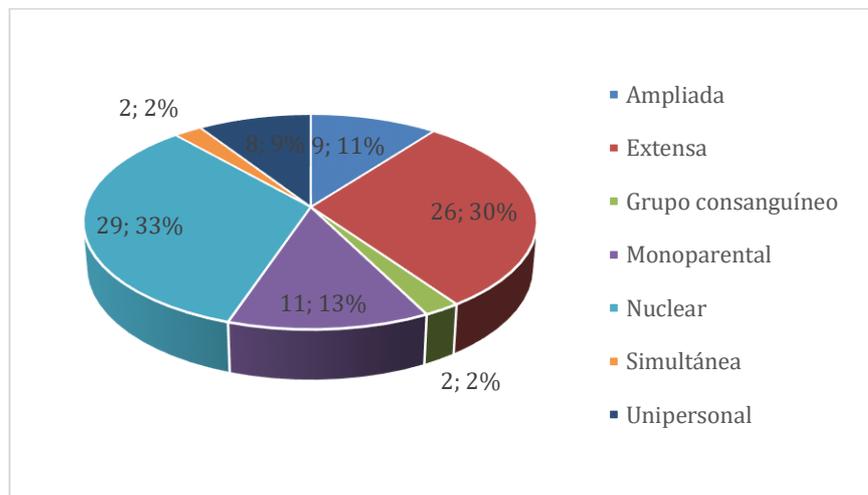


Gráfico 7: Distribución porcentual por tipología familiar.

Respecto a las tipologías familiares que se encuentran dentro del programa, se dan muchas semejanzas en los datos que se lanzan, lo que muestra que no hay una tipología dominante, sino que son poblaciones muy diversas. La mayoría de las familias, 33% son familias nucleares, seguido del 30% de familias que se ubican dentro de las extensas, un 13% son monoparentales todas con jefatura femenina y el 11% son familias ampliadas. Los usuarios muestran una red de apoyo alta puesto que la mayoría son conformadas por cuatro o más miembros.

Roles:

¿Quién(es) está a cargo de las labores de limpieza y cuidado dentro del hogar?

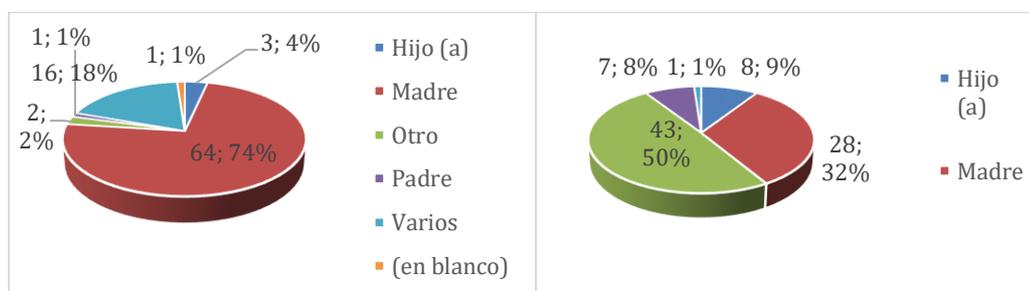


Gráfico 8: Distribución porcentual por roles.

Este paralelo muestra los roles que se establecen dentro de la familia, del lado izquierdo se hace la lectura del miembro o miembros de la familia que ejercen las labores de limpieza y cuidado del hogar, en donde se observa que en un 74% de ellas es la madre quien lo asume; en el lado derecho se observa la gráfica del miembro o miembros de la familia que ejercen el rol de proveedor, donde se visualiza que en el 50% de las familias es el padre quien la asume y en el 32% es la madre.

Tal situación muestra como en contextos tan tradicionales como el del municipio permea la relación y los roles dentro de las familias, pues subsiste la idea de que es la mujer-madre quien debe ejercer esas actividades y en casos en que no es la madre es otro miembro de la familia que en su mayoría es mujer. Pero también se suma una carga y es que en muchas familias la labor de suministrar también es de la mujer, lo que sobrepone cargas muy fuertes sobre ella y hace que en muchas ocasiones deje de lado su bienestar y cuidado propio para propiciar la estabilidad de los demás miembros.

Ingresos Económicos:

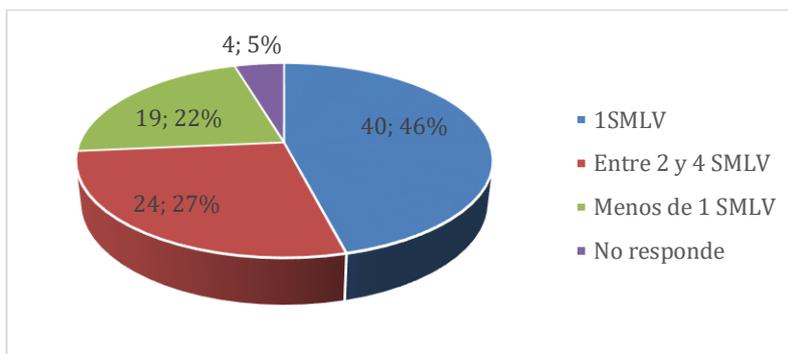


Gráfico 10: Distribución porcentual por ingresos económicos.

El 46% de las familias tienen ingresos económicos correspondientes a 1 smlv, un 27% reciben entre 2 y 4 smlv y un 22% recibe menos de 1smlv, esto permite leer que si bien hay pacientes y familias que tienen condiciones económicas limitadas, muchos de ellos cuentan con un sustento económico apropiado, esto permite también analizar que muchas de las familias tienen muchos miembros y puede ser difícil sobrevivir con condiciones tan limitadas, como también se presentan situaciones complejas puesto que muchas de ellas viven de los subsidios del estado específicamente del adulto mayor.

Vivienda

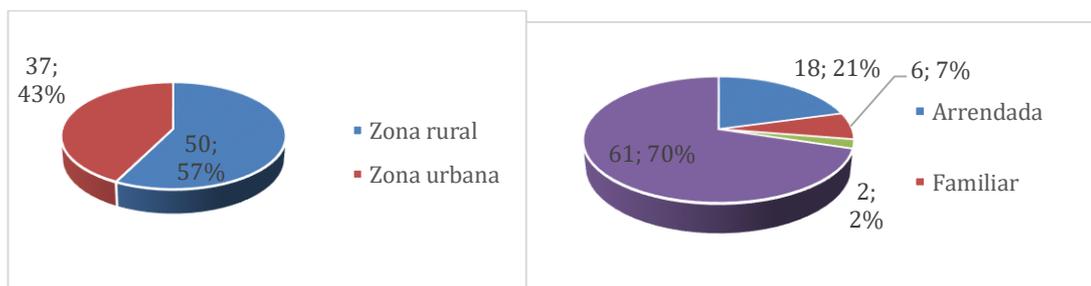


Gráfico 11: Distribución porcentual por vivienda.

En características como la vivienda se nos permite pues analizar que el 57% de la población vive en el área rural del municipio, mientras que el 43% en el área urbana. Y el

70% cuenta con una casa propia. Esta es una oportunidad positiva que tienen la población con respecto al acceso a la vivienda este mencionado como un derecho fundamental y cierta necesidad cubierta.

Contexto:

¿Qué tanto le afecta los comportamientos sociales? Sistema de cosmovisión

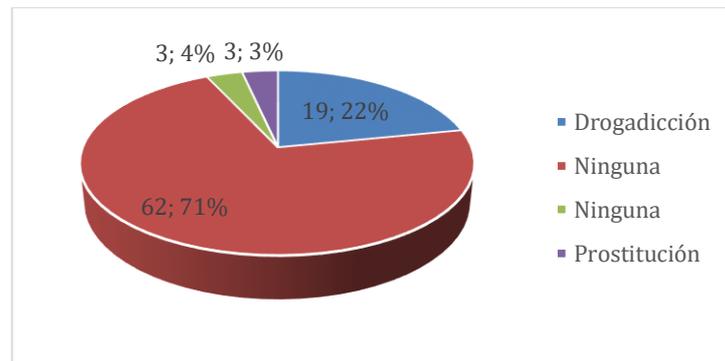


Gráfico 12: Distribución porcentual por contexto.

Este es un factor muy importante que nos permite comprender diversas situaciones pero que dentro de las respuestas encontramos que problemáticas sociales que rodean a los usuarios, un 75% de ellos no identifica ninguna; esto puede deberse a que no es población que tiene mucha relación con los contextos actuales o que simplemente no le da una importancia a estos, sin embargo se observa que el 22% identifica la drogadicción como una realidad que rodea sus familias, incluso muchas madres manifestaban que sus hijos eran consumidores activos, situación que les generaba preocupación y angustia y ponía en riesgo su calidad de vida.

Religión:

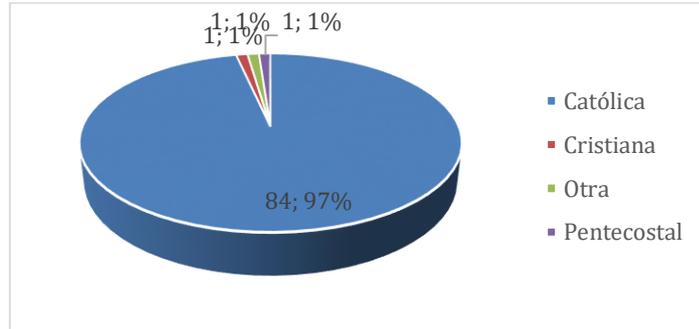


Gráfico 9: Distribución porcentual por religión.

Por el contexto del municipio, en donde la religión tiene gran importancia y marca muchas de las relaciones entre pares, reconocer los datos acerca de la filiación religiosa es importante, en este caso el 97% de los pacientes son católicos, mientras que el 3% profesa otras religiones, esto reflejando dinámicas o pautas de comportamiento como no tomar un medicamento por cambiarlo por una oración, es decir que los pacientes juegan con un sistema de creencia científico y uno religioso.

Tiempo en el programa:

- ¿Cuánto tiempo lleva en tratamiento? Menos de 1 año ____ Entre 1 y 5 años ____ Más de 5 años
- ¿Cada cuánto asiste a los controles? Cada año ____ Cada 6 meses ____ Cada tres meses
- ¿Quién(es) acompaña y/o vigila el tratamiento? Madre ____ Padre ____ Esposo(a) ____ Hijo(a) ____ Otro

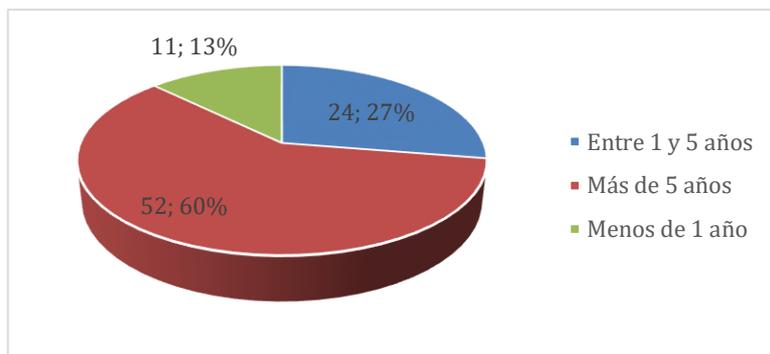


Gráfico 13: Distribución porcentual por tiempo de permanencia en el programa.

Acá podemos evidenciar que el 87% de los pacientes llevan entre 1 y 5 años o más dentro del tratamiento, lo que indica que son patologías que requieren de un manejo médico por una gran cantidad de tiempo y que deben de ir acompañadas por otro tipo de intervenciones que den una mirada más integral de los pacientes, tales como acompañamiento psicosocial.

Acompañante:

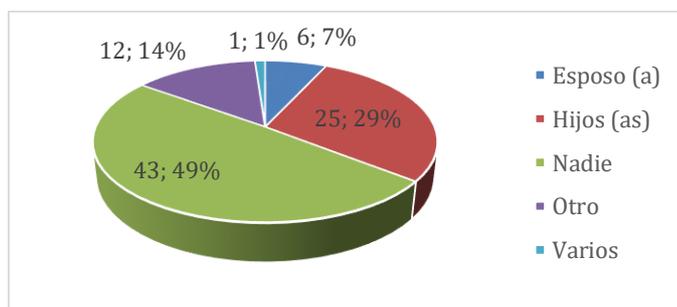


Gráfico 14: Distribución porcentual por acompañante.

En este caso encontramos que el 49% de los pacientes asisten solos a los controles del programa y un 43% asiste con un hijo o con otra persona, es una situación problemática en cuanto los pacientes tienden a quedarse solos frente a su estado de salud y muchos de ellos por su edad y sus condiciones físicas y psicológicas no recuerdan tomarse los

medicamentos, hacerse los exámenes o asistir al control, lo que los pone en una situación de abandono que vulnera sus derechos y que además se evidencia en un nivel alto en el contexto del municipio.

Problemáticas:

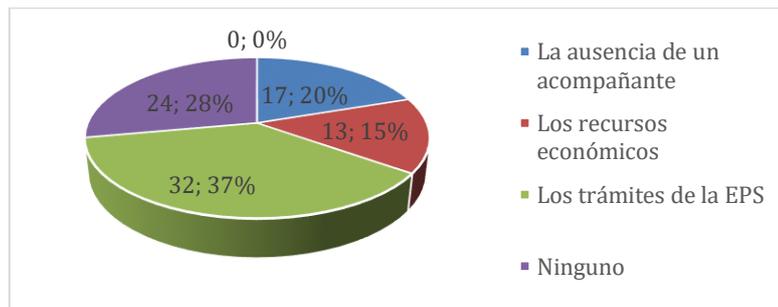


Gráfico 15: Distribución porcentual por problemáticas.

Los trámites de la EPS y la ausencia de un acompañante son las problemáticas más frecuentes y confirman las lecturas y análisis realizados pues el derecho a la salud y a una familia que sustente y apoye a los pacientes son fundamentales, lo cual representa un mayor riesgo y a la hora de adherirse a un tratamiento médico no es posible lo cual genera un alto índice de crecimiento en pacientes en riesgo cardio.

Nivel de Riesgo:

Factores de riesgo

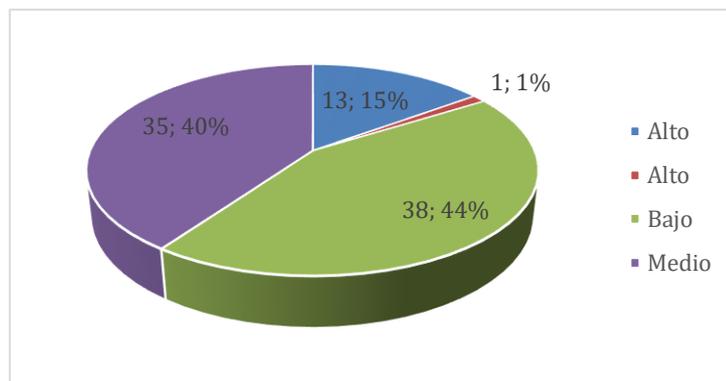


Gráfico 16: Distribución porcentual por niveles de riesgo.

El análisis de estos datos se hace de los pacientes ubicados en riesgo alto, que por suerte representa el 16% de la población encuestada pero que deben de tener una intervención a tiempo para que su riesgo no aumente. Lo cual en el tiempo actual no ha sido posible. De igual manera, se le debe de brindar a los demás pacientes un acompañamiento integral para que se mantengan en ese nivel de riesgo o disminuya y evitar futuras problemáticas emergentes que se pudieron evitar.

Los pacientes ubicados en riesgo alto fueron remitidos a comisaría de familia, personería municipal, entre otros y fueron informados a la psicóloga encargada para que haya un conocimiento y un seguimiento de su situación; igualmente se tiene la investigación sujeta a cambios y a necesidades remotas de intervención.

3.1.11. Triangulación

Para el desarrollo y la comprensión de la investigación es necesario abordar diferentes autores o fuentes que permitan hacer una triangulación entre lo encontrado en la aplicación de las técnicas y lo consultado anteriormente.

Se entiende por factores de riesgo aquellas características biológicas o conductuales cuya presencia confiere una mayor probabilidad de sufrir una

enfermedad en el futuro. Algunos factores pueden ser modificados, tratados o controlados, mientras que otros no. La edad, el sexo o los factores hereditarios no son modificables. (Sans Menéndez, 2002, pág. 04)

De lo cual podríamos afirmar que las enfermedades cardiovasculares son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos que se clasifican como hipertensión, enfermedades cerebrovasculares, cardiopatía entre otras, es sumamente importante hacer una comprensión del incremento del riesgo, puesto que la incidencia de síntomas en los pacientes cardiovasculares tiende a ser alta, esto desde respuesta inflamatoria sistémica, específicamente a los trastornos del sistema inmunológico durante el aumento de la enfermedad y a efectos directos sobre el sistema cardiovascular.

Por lo cual se pone en consideración la definición de salud para la interpretación de cada uno de los factores que subyacen en la investigación o más profundo aun en la vida de cada uno de los usuarios, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud como “Completo estado de bienestar físico, mental y social; y no sólo la ausencia de enfermedad”. (Bascuñan Oyarzún & Manzo Guaquil, 2006, pág. 32).

Por otro lado, se puede evidenciar que dentro de los índices y estudios realizados por la organización mundial de la salud se ha demostrado que los adultos mayores son quien tienen la mayor probabilidad de padecer una enfermedad cardiovascular, pues el sistema inmunológico es más frágil, en ellos se presenta una mayor frecuencia de insuficiencia cardíaca lo que conduce a un deterioro repentino de la condición de los pacientes.

Pasando entonces los resultados de la caracterización por el filtro del comportamiento de humano, es válido mencionar que es uno de los patrones de incremento de pacientes con enfermedades cardiovasculares, aclarando también que los factores de criticidad no son solo para los pacientes adultos sino para todos aquellos que ya tengan un

riesgo cardiovascular y es justo en este punto donde en el que se potencia los factores de riesgo comportamentales toda vez que la forma de prevención o mitigación del riesgo depende de la disposición individual del paciente para cuidarse.

Un fundamento que apoya lo señalado es que Los factores de Riesgo Cardiovascular son condiciones individuales que pueden aumentar el riesgo de desarrollar una Enfermedad Cardiovascular. Se pueden dividir en modificables y no modificables. Los Factores Modificables, son aquellos que pueden ser corregidos o eliminados a través de cambios en el estilo de vida como sedentarismo, tabaquismo, ingesta de alcohol, estado nutricional. Los Factores no Modificables, son constitutivos de la persona, la que siempre tendrá ese factor de riesgo y no es posible revertirlo o eliminarlo, dentro de estos encontramos la edad, la herencia, el sexo. (Bascuñan Oyarzún & Manzo Guaquil, 2006, pág. 17)

Los pacientes en control de riesgo cardiovascular se encuentran enfrentados a un sinnúmero de situaciones que afectan su calidad de vida y su adherencia al tratamiento; gran parte de estas situaciones se dan en entornos familiares o institucionales y las más denotadas en la investigación son las relacionadas con los diferentes tipos de violencia intrafamiliar destacados dentro de ellas la violencia psicológica, el abandono de la población que mostraba alguna codependencia, el maltrato físico y la violencia sexual, siendo esta última una violencia que además tienen relación con los hábitos culturales por la predisposición social de tener obligación sexual con su cónyuge, es importante también la violencia económica que además tiene un lazo de codependencia o de correlación con la violencia sexual ya descrita y con la violencia servil esta última que relaciona la obligación de la persona a realizar oficios no deseados o de alta intensidad para poder acceder a lo que derivaría del beneficio económico es decir alimento o vivienda.

Se puede afirmar que hay una relación entre el trabajo de campo, lo comprendido de los resultados y lo postulado por el autor Marc Lalonde, quien afirma que, quien se desempeñará hace unas décadas como ministro de Salud canadiense, identificó cuatro factores que determinan la calidad de la salud de cada persona las condiciones biológicas del individuo, el ambiente en que se mueve, el sistema de salud que lo atiende y el estilo de vida que desarrolla. Como puede observarse, el estilo de vida (esto es, nuestro comportamiento) es el único factor de los cuatro determinantes mencionados que depende de nuestra voluntad. (Blake, 2012, pág. 09)

De lo encontrado en el proceso de comprensión de los resultados, podemos hacer la relación con lo ya expuesto, viendo los factores de riesgo que alteran o que incrementan los pacientes con enfermedades cardiovasculares donde la violencia es todo un acto completo con fuerza y/o, en contra de la voluntad de una persona, donde la conducta violenta consiste en conseguir algo por impulso, relacionado esto con cada una de las pautas que encontramos en la caracterización socio familiar, donde sin duda alguna hay una alteración del riesgo cardiovascular, sujeto a cada uno de los daños físicos y mentales que se presentan en los pacientes; conociendo cada uno de los riesgos y daños que genera la violencia intrafamiliar podríamos decir, en ningún caso es justificable la violencia intrafamiliar, sea cual sea su tipo y menos cuando en este caso hacemos una interpretación sobre una población de adultos mayores y factores de riesgo comportamentales y humanos como lo son la convivencia y comunicación.

Ahora bien, las enfermedades cardiovasculares no están únicamente relacionadas con la condición física si no también con su estabilidad emocional, lo que nos permite pensar y considerar como se sienten los pacientes al afrontar una enfermedad cardiovascular; en la caracterización socio familiar podemos identificar como este concepto

o sentimiento varía según los pacientes, pues se pueden identificar sensaciones o padecimientos de estrés, angustia, depresión y aislamiento. La salud mental, es un estilo de vida que conduce a condiciones asertivas de los pacientes y a la disminución de factores de riesgos cardiovasculares, estos vistos como factores que se pueden condicionar y mejorar en pro de un sentirse mejor o con óptimas condiciones de salud y que como lo mencionaba en un comienzo darle solución a como se siente el paciente frente a situaciones de riesgo.

Abundando al respecto, Susana Sans, precisa que las pruebas científicas sobre el papel del estrés en la patología cardiovascular son menos robustas y está menos estudiado que los factores anteriores, por la dificultad de medir el estrés de forma objetiva. El estrés ocurre generalmente cuando no se es capaz de dar respuesta a las demandas que la sociedad y la vida imponen. (Sans Menéndez, 2002, pág. 37).

Podemos decir, que los resultados encontrados en este proceso desde la violencia intrafamiliar, la salud mental y otros factores mencionados, permiten poner en consideración el papel que cumplen los cuidadores o personas a cargo de los pacientes en riesgo cardiovascular, donde podemos denotar como existe un factor que incrementa a pacientes con riesgo cardiovascular.

La salud mental de los cuidadores tiende a deteriorarse y a su vez generar pérdida de espacios de relacionamiento por estar al cuidado de persona que padecen una enfermedad, de lo cual podemos decir que puede existir un incremento de comportamientos agresivos, depresivos, he incluso de angustia.

Se plantea también, La inmersión en el rol de cuidador es permanente, por lo que no es posible diferenciar la vida propia de la dimensión del oficio de velar por el bienestar del enfermo. Para los cuidadores, en esta investigación, vivir la enfermedad al lado del paciente implica estar experimentando los mismos

contextos, estar sometido a los mismos horarios, las mismas interacciones. (Yepes Delgado, 2018, pág. 02).

Los cuidadores tienden a ser vulnerables a cambios de su propia salud y bienestar, donde lo encontrado permite afirmar también como estos casos pueden llegar hasta el límite del abandono familiar o abandono del paciente, conectándonos esto con un tipo de violencia intrafamiliar; podemos decir pues que estar en algunas de las situaciones no deja de ser complejo, puesto que la enfermedad cardiovascular cambia sin duda alguna la vida de una persona, tanto para pacientes, como para los cuidadores que en este caso los vemos evidenciados en familiares, amigos y demás personas, todos en ejercicio de cuidar su vida o si bien es cierto de tener condiciones de tranquilidad y estabilidad.

Menciona Dorothea Orem, “el autocuidado, por su enorme potencial de influir positivamente sobre el estilo de vida de las personas, emerge como una acción importante entre las estrategias de promoción y prevención en salud. Esto concede al profesional de enfermería la responsabilidad de proporcionar herramientas a través de la educación a las personas, familias y comunidades para que sean capaces de tomar decisiones y desarrollar comportamientos favorables a la salud, asumiendo así la responsabilidad individual y colectiva de su autocuidado. (Bascañan Oyarzún & Manzo Guaquil, 2006, pág. 07)

Es válido resaltar que dentro de los factores que se presentan en el entorno familiar se desprenden dos líneas importantes a saber:

La primera son los factores genéticos, que da como resultado de la preexistencia del riesgo cardiovascular por herencia genética de los lazos familiares, relacionados directamente con patologías de deficiencia cardiovascular o con otras deficiencias que su desarrollo podría determinar la aparición de un riesgo cardiovascular, entre estas las

deficiencias cerebrovasculares, deficiencias cardiorrespiratorias, la diabetes y entre otras enfermedades coronarias.

Los factores de riesgo genéticos, son de gran importancia entenderlos y analizarlos puesto que como se encontró en los resultados de la caracterización y en los informes o definiciones expuestos por los diferentes autores, adquirir una enfermedad cardiovascular no se controla siempre y cuando se le den manejos y cuidados de manera consiente, en su medida buenos hábitos de vida saludable, de manera tal que como se encuentra en el módulo 6, del libro de enfermedades cardiovasculares, de los antecedentes familiares ese afirma que:

Los hijos/as de padres con cardiopatía isquémica, especialmente si esta ha sido prematura (padres antes de los 65 años, madres antes de los 55 años) o con hipertensión arterial tienen mayor probabilidad de desarrollarla. Existen formas minoritarias de colesterol muy elevado (por encima de los 350 mg/dl) llamadas hipercolesterolemia familiar, que son debidas a trastornos hereditarios y que conllevan un riesgo muy elevado, incluso antes de la menopausia. En estos casos son precisos tratamientos médicos agresivos con hipolipemiantes. (Sans Menéndez, 2002, pág. 16)

La segunda relacionada en el entorno familiar deriva de los hábitos de comportamiento, de los hábitos alimenticios, educativos entre otros hábitos saludables, toda vez que estos son condicionantes en la voluntad y decisión individual del paciente de asumir los cuidados preventivos y correctivos del riesgo cardiovascular, siendo estos últimos el grupo más importante de los factores que incrementan el riesgo cardiovascular.

Se hace referencia también a “la estrecha relación entre bienestar psicosocial y salud cardiovascular también estaría mediada por la práctica de estilos de vida más saludables,

incluyendo una mejor alimentación, hábitos de sueño adecuados, mayor actividad física, consumo moderado de alcohol y ausencia de tabaquismo.” (Nitsche & Bitran, 2014)

Otro de los factores de riesgo cardiovascular sería la negligencia institucional tienen cabida dentro de estos puesto que estos no permiten la entrega de medicamentos a tiempo, demoras en la asignación de citas, es decir una entrega de servicio oportuna, factor que se articula de manera coherente con las tasas de desempleo que conllevan a una disminución de ingresos y que por tanto están produciendo cambios en los estilos de vida, visto desde patrones de comportamiento como depresión, ansiedad entre otros que se relacionan con la escases de estos.

La afectividad positiva podría facilitar la conexión que establece el paciente entre su esfuerzo, el cambio de conducta y el sentido de autoeficacia, atenuar los efectos negativos de la depresión sobre la adherencia a la medicación y estimular la adopción de comportamientos de salud más positivos. (Nitsche & Bitran, 2014)

Finalmente se deja en claro que el presente análisis, recoge una suma de interpretaciones, tanto desde lo que se encontró en la aplicación de las técnicas como la información brindada por los autores u organizaciones como la OMS, que definen los principales factores de riesgo o incremento de pacientes cardiovasculares; esto nos permite en gran medida concluir, que existen diferentes riesgos que están latentes diariamente y que aunque se tengan definiciones claras de que es y que las genera, estas son cambiantes y según el contexto o territorio los factores incrementan haciendo a su vez que hayan más pacientes con enfermedades coronarias y que sin duda alguna se siguen planteando los retos de entenderse de manera consiente las enfermedades cardiovasculares, de seguirse investigando y generando desde diferentes posiciones conocimientos, fundamentos teórico escritos sobre la variedad de factores de riesgo y la mitigación del mismo.

4. FASE DE LA DEVOLUCIÓN CREATIVA

4.1.ELABORACIÓN DE LA PROPUESTA PROFESIONAL

En primer lugar, es importante hablar sobre la apertura del área de trabajo social en la ESE Santa Isabel, puesto que la misma ha posibilitado espacios de acompañamiento a programas y proyectos del hospital, pero más importante aún el seguimiento de pacientes en riesgo cardiovascular, a su vez implementación de estrategias y capacitaciones para el mejoramiento en la prestación de servicios de salud; el accionar de trabajo social en este campo es de gran importancia, puesto que se logran poner en práctica muchos de los recorridos técnicos y académicos vistos durante la formación profesional, de los cuales se permiten hacer una comprensión y análisis del comportamiento humano social, la forma de entender como los individuos enfrentan diversas dificultades y como afecta para los casos de estudio en salud, la influencia del entorno familiar, visto también desde la situación socioeconómica, es decir todo lo anterior como influye en la adherencia del tratamiento o cuales son los principales factores de riesgo que incrementan los pacientes con enfermedades cardiovasculares.

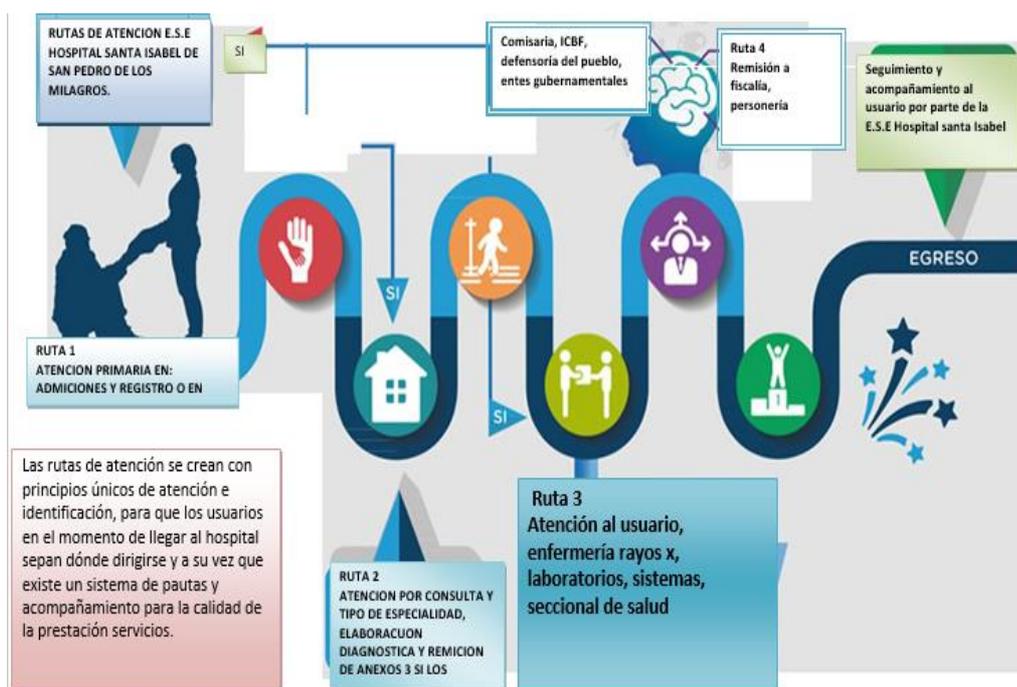
Para el área de trabajo social en el hospital Santa Isabel, es de gran valor contar con experiencia en el campo, ya que gracias a la misma se dejan formatos para la elaboración de intervenciones y levantamiento de diagnósticos, muestras sobre las principales problemáticas de los pacientes y a su vez la línea sobre la cual se puede seguir fortaleciendo la atención hospitalaria, la cual se encuentra en funcionamiento generando mejores condiciones de atención social; trabajo social logra generar un mejor sistema de atención social a la población en riesgo cardiovascular que consulta en el hospital Santa Isabel, como fruto de este trabajo se permite también atender diferentes necesidades sociales de la población.

Una vez sistematizada la práctica profesional y realizado un trabajo de investigación que le da fuerza a todo lo encontrado en el campo con usuarios, funcionarios y población consultante en general, a partir de esto, se propone desde Trabajo Social una forma integradora, refiriéndose a la posibilidad de integrar a las diferentes áreas hospitalarias, con el fin de generar un trabajo interdisciplinario integro, para desarrollar un proceso de atención e intervención oportuno en la población consultante, partiendo del aprendizaje de atención en salud asertiva, ligándolos así directamente con la influencia directa de los usuarios pero a su vez la búsqueda de la armonía laboral e interdisciplinaria, para una buena calidad en la prestación de servicio.

Así, esta propuesta plantea también una ruta de atención para el mejoramiento de la prestación de servicios y acompañamiento a pacientes en el programa de riesgo cardiovascular, mejorando la respuesta de los pacientes a los controles de consulta sugeridos por la entidad y a su vez mejorando la capacidad de atención por parte del personal hospitalario, ya que la misma implica de un sistema comunicacional asertivo, en cuanto al encaminamiento de cada uno de los usuarios, es decir, ¿dónde se deben dirigir al llegar al hospital según su necesidad?, ¿quién debe atenderles?, ¿cuáles debe de ser los tiempos de atención? .

De esta manera, la ruta de atención se crea inicialmente por la necesidad de una organización y estructura de las características principales para evidenciar una atención rápida y oportuna a los usuarios de la E.S.E. hospital Santa Isabel, específicamente por los adultos mayores o pacientes en riesgo cardiovascular. A continuación, se ilustra de una manera gráfica la ruta propuesta.

Rutas de atención identificadas y clasificadas por orden.



Grafica 17: Ruta de atención. Fuente: Elaboración propia.

En efecto, la propuesta de la activación y atención de las rutas explica que en la ruta número uno, encontramos la atención o el recibimiento por admisiones o urgencias, donde la ruta será activada según la necesidad del paciente y por consiguiente el nivel de gravedad o triage, es decir identificar las condiciones físicas y expresivas del paciente, si el mismo presenta heridas, lesiones, desestabilidad emocional, desequilibrio y comportamientos en particular que permitan hacer una realización de la ruta número dos, donde el médico o asistente de turno, cuente con las habilidades para realizar un diagnóstico y por consiguiente, hacer una elaboración activa de ruta, es decir generar anexos de remisiones, o si se presentan casos de violencia, maltrato intrafamiliar, abusos, y comportamientos relacionados remitir a las autoridades competentes es decir hacer una activación de ruta número cuatro, o de lo contrario hacer uso de los demás servicios de la ruta número tres, donde encontramos servicios de autorización de órdenes, asignación de citas y orientación

de procesos médicos, también en esta encontramos el servicio de farmacia donde el usuario puede encontrar todos los medicamentos que estén regulados para la sede santa Isabel, los servicios también se ofrecen desde el área de laboratorios y rayos x, en este caso se deja claro, que en caso de emergencia no se encuentran disponibles.

La cuarta ruta, pretende también de hacer una regulación y seguimiento de los usuarios que cumplen más de cinco inasistencias a sus controles médicos, en este caso pacientes con enfermedades cardiovasculares o caso también de los padres de familia que no asisten con los niños al programa de crecimiento y desarrollo. Esto para generar un control sobre pacientes que posiblemente se encuentran en estado de vulnerabilidad.

Dicho de otra manera, las líneas de acción y activación de las rutas tocan a cada una de las áreas del hospital santa Isabel, ya que las mismas aparte de ser importante de ser importantes en el sistema informativo para los usuarios consultantes, también contribuyen al sistema de comunicación interno, permitiendo así a los usuarios identificar como se mantiene el hospital frente a los casos y como es la vinculación con los mismos, es decir en cuanto a información, seguridad y servicio tanto interna como externa.

Para el profesional en trabajo social, se vuelve fundamental la ruta de atención y activación puesto que la misma es herramienta y fundamento para el seguimiento y acciones de mejora en el hospital, cabe resaltar que aunque la gráfica nos lleve a pensar que estos protocolos de atención se siguen en todos los hospitales, en este caso se generan acciones mas no un control de orden y seguimiento de protocolos actos para los usuarios, en especial cuando se trata de pacientes en riesgo cardiovascular, quien sin duda alguna necesitan de una atención, oportuna, detallada y que no solo se quede en la atención de enfermedades medicas si no también que sean identificados esos factores psicosociales que

no permiten una adherencia al tratamiento asertiva y que por el contrario incrementa los pacientes con enfermedades cardiovasculares.

En definitiva, la propuesta que trabajo social genera para el hospital santa Isabel, no solo se queda en la implementación de rutas sino también en el acompañamiento y apoyo que le brinda al área de bienestar, al sector organizacional y a cada uno de los programas y proyectos que tiene el mismo, como lo puede ser capacitaciones, talleres y charlas educativas, informativas y de intervención, si bien el profesional como garante de los derechos fundamentales debe estar informado de los acontecimientos y por tanto contribuir a la institución la entrega de un servicio de calidad que al mismo tiempo otorga una comunicación y satisfacción entre necesidades y soluciones oportunas, se deja claro que la humanización y bienestar son muy relevantes en la propuesta entregada y más aún la mitigación de riesgos o la disminución de pacientes con enfermedades cardiovasculares .

Así mismo la comunidad perteneciente a las funciones y prestaciones del hospital Santa Isabel se ven expuestos a condiciones de auto desenvolvimiento o de autónoma ayuda, con la regulación y concentración de sensibilizaciones o acciones a tomar en casos de atención hospitalaria, intervención de necesidades o alternativas de viabilidad y ejecución en casos de vulnerabilidad o insatisfacción con los causales o ya expuestos en el área o entorno donde se encuentras ambas partes, es decir usuarios y funcionarios; es pertinente el involucramiento del trabajador social, como actor principal en estas funciones que se regulan netamente desde un accionar profesional, siendo no solo uno quien realice la función si no un equipo interdisciplinario como evaluador de procesos e ilustración en las líneas de acción que deben estar constantemente en los que las denomina, “la acción”, el monitoreo y la reflexión de los mismos logros generados.

Adicionalmente, esta propuesta es innovadora, ya que vincula todas las partes hospitalarias pero la más importante la apertura de terapias y acompañamiento desde trabajo social para los usuarios, en especial con los pacientes con enfermedades cardiovasculares y los filtros que se realizan con la demás población consultante para la identificación, prevención y mitigación por medio de intervenciones y campañas que se realizan en el área social basadas en el análisis del comportamiento humano. Una de las principales áreas en las que Trabajo Social puede estar como pilar de apoyo es en atención al usuario, puesto que es uno de los focos de atención del hospital y sobre todo de concentración de cada una de las necesidades de los pacientes y a su vez de la institución, por lo tanto, se permite decir que también es uno de los sitios más oportunos para la activación de rutas y accionar desde el área social.

En conclusión, podríamos decir pues que el trabajo social, propone también profundizar en su articulación a partir de la apropiación social de la ciencia, la tecnología y la innovación como herramientas alternativas para entender una realidad, un contexto, sus relaciones de autoridad, una situación o hecho familiar u social. También, como recurso para restablecimientos de la identidad, preservación de la memoria, marginalidad, reconstrucciones del tejido social y familiar, procesos educativos enfocados a la investigación y a la producción del conocimiento, en pro de seguir aportando a la construcción del campo de Trabajo Social y su marco de intervención e investigación en el área de la salud y especialmente en este caso desde el hospital Santa Isabel del municipio de San Pedro donde las expectativas frente a lo que se propone pero que también ya tiene un trabajo muy adelantado son altas y de gran viabilidad.

4.2. CONCLUSIONES

El proceso desarrollado en la E.S.E Santa Isabel, permitió adquirir herramientas y conocimientos sobre el punto o problema que motiva a investigar, cuáles son los principales factores de influencia en los incrementos de pacientes en riesgo cardiovascular, donde inicialmente se hace un acercamiento institucional, para la identificación de las acciones a realizar, permitiendo también conocer las principales características de la población con la que se realiza la investigación y a su vez conocer el contexto hospitalario en el cual se realiza la atención a los pacientes consultantes. A su vez la investigación permite exponer una mirada crítica de acuerdo a los hallazgos y autores que fundamentan el riesgo cardiovascular.

Los principales factores que contribuyen a la aparición de enfermedades cardiovasculares, están ligados a la edad, a la inactividad física, al sobrepeso u obesidad, a los hábitos alimenticios, pues las enfermedades cardiovasculares son un conjunto de desórdenes en el corazón y de los vasos sanguíneos; de esta manera se puede afirmar que el estado que generan las enfermedades cardiovasculares es de riesgo, lo cual hace que factores internos y externos del usuario alteren en cualquier momento su condición, es decir factores emocionales, como la angustia, el estrés, el miedo, la depresión, entre otros, todos afectando la salud mental de los usuarios. De tal manera que la investigación sobre cuáles son los principales factores de influencia en los incrementos de pacientes en riesgo cardiovascular ha permitido identificar como el estrés es un factor altamente prevalente, convirtiéndose así en uno de los elementos principales para la intervención y acompañamiento desde el área de Trabajo Social, pues el mismo si no es regulado puede contraer un sinnúmero de situaciones que alteran cada vez más los riesgos, como lo pueden ser violencia, conflictos, entre otros .

En síntesis, podemos afirmar que los principales factores de riesgo y que a su vez incrementan los pacientes con enfermedades cardiovasculares están ligados netamente al comportamiento humano, presentándose así, factores de riesgo como la violencia intrafamiliar, visto también como la violencia psicológica, el abandono de los usuarios con enfermedades cardiovasculares que presentan codependencia, el maltrato físico, la violencia sexual, teniendo esta una gran relación con los hábitos culturales a consecuencia de la predisposición social de tener relaciones sexuales con su cónyuge, otra de las violencias es la económica que se presenta en los diferentes roles y posiciones dentro del hogar; en suma se puede evidenciar como cada uno de estos hechos comportamentales disparan las enfermedades cardiovasculares relacionadas netamente su estabilidad emocional o para bien decirlo con su salud mental .

Lo anterior permite establecer otra conclusión, de tal modo que la investigación en campo accede entender que los factores de riesgo cardiovascular no solo se debe a situaciones de salud física o si bien a condiciones como la edad, pues las enfermedades cardiovasculares la puede padecer cualquier persona y en cualquier edad, si bien los factores de riesgo son propiciados por los mismos seres humanos, hábitos alimenticios, funciones comportamentales, lo cual genera nuevas ramas de investigación y retos para los profesionales de las ciencias humanas y sociales; si bien es cierto las dinámicas sociales y comportamentales logran trascender en la cotidianidad y en especial las consecuencias que las mismas pueden generar, por tal razón que los resultados que arroja la investigación nos deja en claro que los factores mismos de riesgo son cambiantes y que día tras día se generan más apariciones de los mismos a consecuencia de las decisiones y acciones que los individuos como tal ponen en marcha, lo que permite validar nuevamente y entender que somos seres totalmente cambiantes y que como podemos alterar nuestro sistema de salud

también lo podemos cambiar de una manera asertiva y totalmente propicia para el bien que se requiere.

Al mismo tiempo, otro de los factores de influencia en los incrementos de pacientes en riesgo cardiovascular, debe a la condición de los cuidadores, puesto que la misma genera un deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud, tanto la disminución física como la psicología, está a consecuencia de tener que pasar un sinnúmero de horas dedicadas al cuidado, donde se presentan momentos de esfuerzo, de estrés y de poco cambio de aire o lugar, la investigación permitió también generar una comprensión a consecuencia de esto, pues las situaciones repetitivas y de agotamiento bajo el cuidado puede llegar a tal punto de sufrir pérdidas o en otros casos situaciones de adultos mayores o pacientes que requieren de cuidado y atención, ahora bien es válido afirmar que dos cuerpos que no se sienten en condiciones óptimas de cuidarse a sí mismo pueden generar más daño y riesgo.

No obstante, se logra evidenciar como el territorio y contexto influye en los condicionantes o tipos de factores de riesgo cardiovascular, como por ejemplo el sistema de cosmovisión, problemas ambientales, comportamientos o vivencias sociales, es decir el consumo de sustancias psicoactivas entre otras situaciones que se presentan en el entorno social, vistos estos como el reflejo que causa en el otro un comportamiento ajeno, tal motivo por el que en la investigación se le da tanta importancia al comportamiento individual pero también en el impacto de lo social en la salud.

Finalmente, aprovechando el impacto generado por la articulación entre Trabajo Social y el área de la salud, donde sin duda alguna el proceso de práctica e investigación dejan grandes avances en área social del hospital, es un compromiso y su vez una obligación por parte de la E.S.E, hacer un seguimiento y tener un control de todas las

situaciones que afectan como tal la salud mental de los pacientes, por lo cual se establecen unas rutas de atención y traslado de los casos más vulnerables a las autoridades competentes, pero también la institución pone a disposición su recurso humano al servicio de los pacientes, donde se hacen seguimientos psicosociales, campañas de sensibilización, guía , acompañamiento, prevención y cuidados en salud.

Igualmente es importante que este proceso de construcción del campo de Trabajo Social en el hospital Santa Isabel se siga fortaleciendo, para ver otro tipo de variables que surgen a consecuencia de los cambios, permitiendo así seguir en el diseño, el acompañamiento, en la promoción y prevención de programas desde el área social para la atención de pacientes en riesgo cardiovascular, generando así a los pacientes mejorar sus condiciones de salud al tener un acompañamiento profesional en las situaciones personales pero también familiares, sociales e institucionales.

4.3.RECOMENDACIONES

- Teniendo en cuenta los asuntos ya planteados, se propone una serie de acciones que pueden contribuir a fortalecer la calidad de atención de la ESE Santa Isabel del municipio de San Pedro.
- Dentro de estos aspectos a mejorar se encuentra, establecer un grupo base de trabajo consolidado con habilidades de análisis, lectura social y planeación organizacional estableciendo una estructura sólida que permita la intervención desde trabajo social con los individuos consultantes del hospital.
- Contratar a otra persona o posibilitar espacios de practicantes que hagan las veces de colaborador dentro del programa u oficina de atención al usuario para contribuir

a la carga de funciones y la atención oportuna a los usuarios que requieren de un acompañamiento psicosocial o encaminamiento de soluciones, propiciando así un mejor servicio a la comunidad.

- Facilitar más espacios de acompañamiento del grupo psicosocial a programas y a la comunidad consultante por parte de la gerencia para el alcance de objetivos y que haya un buen respaldo.
- Impulsar la participación de la comunidad por medio de alianzas estratégicas como centro día, administración municipal, junta de acción comunal urbanas y rurales y demás iniciativas comunitarias para generar acciones como visitas domiciliarias, es decir el área activa de trabajo social y por supuesto un profesional para así alcanzar una extensión clara y que realmente se construya el aporte de usuarios y prestadores de servicio en la incidencia de las decisiones y mejora continua del hospital.

Bibliografía

- Bascuñan Oyarzún, G., & Manzo Guaquil, M. (18 de Noviembre de 2006). *Biblioteca Lascasa*. Obtenido de Evaluación de riesgo cardiovascular en adolescentes de segundo y tercer año de enseñanza media de establecimientos educacionales: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0135.php>
- Blake, A. (2012). *Hacia un estilo de vida saludable*. Buenos Aires: Universitaria de Buenos Aires Sociedad de Economía Mixta.
- Cáez Ramírez, G. R., & Casas Forero, N. (2007). *Formar en un estilo de vida saludable: otro reto para la ingeniería y la industria, educación y educadores*. Chía.
- Congreso de la Republica de Colombia. (23 de Diciembre de 1977). *Consejo Nacional de Trabajo Social*. Obtenido de Ley 53 1977: <http://www.consejonacondetrabajosocial.org.co/>
- Congreso Nacional de la Republica de Colombia. (9 de Octubre de 1981). *Consejo Nacion de Trabajo Social*. Obtenido de Decreto 2833 de 1981: <http://www.consejonacondetrabajosocial.org.co/http://www.consejonacondetrabajosocial.org.co/>
- Fernández López, J. A. (2010). *Dialnet*. Obtenido de Salud Publica: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=201315720>
- García Rubira, J. C. (2012). La salud en Colombia: logros, retos y recomendaciones. En A. López Farré, & C. Macaya Miguel, *LIBRO DE LA SALUD CARDIOVASCUAR DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS Y LA FUNDACIÓN BBVA*. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Gomez Meneses, E. J. (2010). *El repositorio de la producción académica en abierto de la UCM*. Obtenido de Salud bucodental y calidad de vida oral en los mayores: <https://eprints.ucm.es/12303/>
- González , F., & Soto Bonel, J. (2009). Presentación. En A. López Farré, & C. Macaya Miguel, *LIBRO DE LA SALUD CARDIOVASCULAR DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS Y FUNDACIÓN BBVA* (pág. 18). Fundación BBVA.
- González Morales, A. (2003). *Los paradigmas de investigación en las ciencias sociales*. Islas: Universitaria.
- Juliao Vargas, C. G. (2011). *El enfoque praxeológico*. Bogotá: Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO.
- Lobos Bejarano, J., & Brotons Cuixart, C. (2011). Riesgo cardiovascular y atención primaria: evaluación e intervención. *Atención Primaria*, 473-474.
- López Farré, A., & Macaya Miguel, C. (2009). Introducción. En A. López Farré, & C. Macaya Miguel, *LIBRO DE LA SALUD CARDIOVASCULAR DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS Y LA FUNDACIÓN BBVA* (pág. 19). Madrid.
- Martínez Rodríguez, J. (2011). MÉTODOS DE ONVESTIGACIÓN CUALITATIVA. *Revista de la Corporación Internacional para el Desarrollo Educativo*, 13.
- Ministerio de Salud. (s.f.). *Ministerio de Salud*. Obtenido de GARANTIZAR LA FUNCIONALIDAD DE LOS PROCEDIMIENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Garantizar%20la%20funcionalidad%20de%20los%20procedimientos%20de%20consentimiento%20informado.pdf>
- Moreno, G. A. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Revista Universitaria de Investigación*, 98.
- Nitsche, M. P., & Bitran, M. (2014). Recursos Psicosociales positivos y Salud. *Revista de Medicina de Chile*, 3.

- OMS. (2018). *Organizacion mundial de salud*. Ginebra.
- Organizacion Panamericana de la Salud. (2017). *Organizacion Panamericana de la Salud*. Obtenido de Salud en las Américas+. Resumen: Panorama regional y perfiles del país: <http://iris.paho.org>
- Rojo Perez, N. (Diciembre de 2000). *Scielo*. Obtenido de Sociologia Y Salud. Reflexiones para la accion, red revista cubana de salud publica: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662000000200003&lng=es&tlng=es
- Sandoval Casilimas, C. A. (2002). *Investigación cualitativa*. Bogotá: ARFO.
- Sans Menéndez, S. (16 de octubre de 2002). *Scielo*. Obtenido de El estado de la prevención cardiovascular en España: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4533331>
- Sebán Ruiz, J. (2012). *Introducción al riesgo cardiovascular estudio Framingham*,. Ediciones Díaz de Santos.
- Vega Morales, P. (Agosto de 1998). *Cidpa*. Obtenido de TEORIA DE SISTEMAS Y EVALUACION DE PROGRAMAS SOCIALES: <http://www.cidpa.cl/wp-content/uploads/2013/05/9.7-Morales.pdf>
- Yepes Delgado, C. E. (20 de Enero de 2018). *scielo*. Obtenido de El oficio de cuidar a otro: "cuando mi cuerpo está aquí pero mi mente en otro lado": <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v16n2/1692-7273-recis-16-02-294.pdf>