



Vacíos en la función asistencial del Trabajo Social en el contexto hospitalario

Johan Sebastián Álvarez Hormaza
Daniela Andrea Bernal Villalobos

Asesor (a)

Walter Julio Sabogal Umaña
Trabajador social
Mg. Desarrollo educativo y social

Corporación Universitaria Minuto de Dios
Rectoría Bogotá Región (Cundinamarca)
Centro Universitario Soacha (Cundinamarca)
Programa Trabajo Social

Mayo de 2026

Título:

Vacíos en la función asistencial del Trabajo Social en el contexto hospitalario

Sub-línea de investigación: (tendencias y perspectivas en la formación y praxis profesional)

Corporación Universitaria Minuto de Dios UNIMINUTO
CENTRO UNIVERSITARIO SOACHA CUS
Facultad de Ciencias Humanas y Sociales
Programa de Trabajo Social.
Soacha, 2026

Agradecimientos

Primeramente, gracias a nuestra universidad quien guió, orientó y apoyó nuestro desarrollo para convertirnos en los profesionales que han escrito esta sistematización. Gracias a los docentes que creyeron en nosotros y fueron empáticos cuando había situaciones difíciles, además de apoyar los procesos formativos y corregirnos en las falencias encontradas.

A la familia Hormaza, gracias por ser mi inspiración en cada cosa que escribo y que hago, gracias por la fuerza brindada que es reflejo de mujeres fuertes y maravillosas que me criaron, a mi madre agradezco el apoyo en cada decisión tomada e impulsarme a dar todo de mí, a mi hermano por recordarme lo capaz que soy y brindarme su mano siempre, a los dos gracias por llenarme de amor siempre y sentirsen orgullosos.

A la familia Bernal Villalobos, infinitas gracias por los esfuerzos que, a lo largo de estos años, han realizado para que hoy pueda estar aquí. Gracias por apoyarme, guiarme y aconsejarme cuando más lo necesité; por recordarme que, ante sus ojos, siempre podía y que era más fuerte e inteligente de lo que yo misma creía. A mi mamá, por ser ejemplo de una mujer que no se rinde, por su fortaleza y por enseñarme, con su vida, el valor de la perseverancia. A mis hermanos, por brindarme desde el primer día la posibilidad de hacer de este sueño una realidad, por su apoyo constante y su confianza en mí.

Gracias a nuestros amigos Daniela Diaz, Jeffrey Aguilera y Diego Garzón, quienes siempre fueron un apoyo incondicional semestre a semestre, gracias porque nos acompañamos mutuamente en este proceso y a la universidad porque permitió que nos conociéramos e hiciéramos parte de la vida del otro, una amistad sin juicios ni críticas, donde solo existe el apoyo y el amor.

Por último, agradecemos también a esos amigos que han sido parte de nuestra vida a lo largo del tiempo, a quienes les hemos confiado miedos, sueños e ilusiones, y que hoy nos ven a un paso de lograrlo. Gracias por su apoyo, por quedarse y por brindarnos una voz de aliento en todo momento.

Gracias a todos por amarnos y acompañarnos en este proceso tan bonito.

Jurados

Nombres completos y apellidos

Filiación

Resumen

El presente documento expone una sistematización de experiencias construida a partir del proceso de práctica profesional en Trabajo Social, experiencia formativa que se desarrolla en la Fundación Hospital San Carlos ubicado en la localidad Rafael Uribe Uribe, en el barrio Bosques de San Carlos durante el año 2025. La experiencia profesional desarrollada en el campo de la salud posibilita suscitar reflexiones disciplinares en torno al ejercicio del Trabajo Social en este contexto específico, especialmente en lo relacionado con los protocolos de intervención aplicados de acuerdo con las particularidades de los casos atendidos.

Se enfatiza en la intervención que realiza Trabajo Social y como se lleva a cabo la práctica profesional. Para ello, se estableció un objeto el cual es la experiencia de intervención profesional de los estudiantes de Trabajo Social durante su practica en el contexto hospitalario y el eje se centra en la acción profesional del Trabajo Social en el marco de la función asistencial, analizada partir de las prácticas desarrolladas y su relación con los protocolos institucionales. En esta perspectiva se plantea una reflexión disciplinar orientada desde el objetivo general el cual pretende contribuir en la mejora de las actividades que desarrolla el Trabajador Social en el área de experiencia al usuario. Para soportar lo anterior se establecen objetivos específicos dirigidos al análisis y comprensión de los protocolos de intervención existentes en el hospital. A partir de ello, se identifican los vacíos presentes en dichos procesos y se formulan propuestas orientadas a mitigarlos y fortalecer la intervención profesional. Entre estas se plantea la elaboración de una guía de intervención que contemple el abordaje de las diferentes poblaciones atendidas, así como un folleto informativo dirigido a la población adulta mayor, con el propósito de contribuir al mejoramiento de la atención psicosocial brindada a pacientes, familiares y redes de apoyo en la Fundación Hospital San Carlos.

Para el desarrollo de la presente sistematización se toma como referencia la propuesta metodológica de Óscar Jara (2018), quien plantea cinco etapas para la reconstrucción y análisis de las experiencias: punto de partida, preguntas iniciales, recuperación del proceso vivido, reflexiones de fondo y puntos de llegada. Estas fases orientan el proceso metodológico utilizado para reconstruir y analizar la experiencia desde una perspectiva reflexiva.

Para este propósito, se adopta un paradigma hermenéutico sustentado en teorías fenomenológicas y constructivistas. La perspectiva fenomenológica permite comprender la experiencia y la percepción de la intervención profesional, articulado a ello la constructivista posibilita, a partir del análisis realizado, la formulación de herramientas que faciliten la atención psicosocial. Este paradigma favorece el diálogo entre actores y autores, lo que conduce a la construcción de reflexiones finales como fase culminante del proceso. Lo anterior se soporta desde un enfoque cualitativo que permite reconocer la subjetividad presente en la reconstrucción de la experiencia y facilita la interpretación de los significados construidos durante el proceso de práctica profesional.

Como resultado de este ejercicio de sistematización, se identifican cinco hallazgos principales, entre los cuales se destaca que la práctica profesional en el campo de la salud impacta de manera significativa la formación y la construcción de la identidad profesional del Trabajador Social. Lo anterior, se evidencia en la articulación entre los conocimientos teóricos adquiridos en la formación académica y las realidades sociales complejas que enfrentan cotidianamente muchas familias. En este sentido, la experiencia permitió reconocer retos, tensiones y transformaciones propias del ejercicio profesional, tales como los vacíos en los protocolos de intervención, las dificultades en la articulación con redes de apoyo y la necesidad de fortalecer las estrategias de

atención psicosocial; lo cual contribuye al fortalecimiento de las habilidades profesionales y a la consolidación de la identidad del Trabajador Social.

Palabras Clave: Trabajo Social; intervención; salud; metodología; atención psicosocial.

TABLA DE CONTENIDO

Plan De Sistematización	13
Objeto	13
Eje	15
Preguntas Derivadas Del Eje	15
Objetivos	16
Línea De Investigación Del Sistema Y Sublínea Del Programa	17
Justificación	18
Ruta Metodológica Y Enfoque De La Sistematización	20
Punto De Partida:	21
Plan De Sistematización:	21
Recuperación Del Proceso Vivido:	22
Reflexiones De Fondo:	22
Puntos De Llegada:	23
Referentes Teórico-Conceptuales	25
Trabajo Social	27
<i>Funciones Del Trabajo Social</i>	28
Atención Psicosocial	29
<i>Atención A Usuarios</i>	30
<i>Interacciones Con Pacientes Y Familiares</i>	30
Salud	31
<i>Acceso A Servicios De Salud</i>	32
Intervención	33
<i>Gestión De Casos</i>	34
<i>Articulación Con Entidades</i>	35
<i>Protocolos De Atención</i>	35
Marco Normativo	36
Contexto De La Experiencia.....	39
Contexto De La Experiencia	39
Actores De La Experiencia	41

Reconstrucción De La Experiencia.....	46
Línea Del Tiempo	46
Inventario De Huellas	53
Levantamiento De Huellas	58
Reflexiones De Fondo.....	62
Hallazgos Trabajo Social	62
<i>Funciones Del Trabajo Social</i>	64
Hallazgos Atención Psicosocial	66
<i>Atención A Usuarios</i>	67
<i>Interacción Con Pacientes Y Familiares</i>	68
Hallazgos Salud	70
Hallazgos Intervención	73
<i>Gestión De Casos</i>	75
<i>Articulación Con Entidades Interinstitucionales</i>	77
Puntos De Llegada	80
Referencias.....	86
Anexos	93

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Normatividad que Rige la Remisión de Casos Hospitalarios	37
Tabla 2. Actores Involucrados	43

INDICE DE FIGURAS

Ilustración 1. Fachada de la Fundación Hospital San Carlos	39
Ilustración 2. Línea del Tiempo	46
Ilustración 3. Caso Reportado de B24X.....	53
Ilustración 4. Caso Reportado de Violencia Intrafamiliar	54
Ilustración 5. Caso Reportado de Abandono Social.....	56
Ilustración 6. Folleto Informativo (Protocolo, Código Blanco).....	57

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Entrevista Coordinadora de Trabajo Social	93
Anexo 2. Entrevista Trabajadora Social.....	94
Anexo 3. Folleto Informativo, Factores de Violencia en Adulto Mayor	96
Anexo 4. Folleto Informativo, Protocolo (Código Blanco).....	97
Anexo 5. Guía de Intervención de Trabajo Social	98

Introducción

Este proceso de sistematización de experiencias se construyó a partir de la práctica profesional desarrollada durante el año 2025 por los estudiantes de Trabajo Social de la Corporación universitaria Minuto de Dios por la rectoría de Soacha Cundinamarca. Dichas prácticas se desarrollaron en la Fundación Hospital San Carlos en el campo de la salud, donde los profesionales en formación reflexionaron sobre las deficiencias en la intervención que realizaba el profesional en su parte asistencial, dirigida a los usuarios, categorizando los conceptos de Trabajo Social, atención psicosocial, intervención y salud, que debían comprenderse para analizar el quehacer del profesional en el campo, encontrando las generalidades de la norma y así el proceder en su intervención, conjugando cada uno de estos conceptos que se integraban en su desarrollo.

Para lograr esto, se planteó como objetivo general contribuir en la mejora de las actividades que desarrolla el Trabajador Social en el área de experiencia al usuario de Fundación Hospital San Carlos ubicada en la ciudad de Bogotá, en la localidad Rafael Uribe Uribe, barrio Bosques de San Carlos, durante el año 2025, con el fin de proponer estrategias para la atención psicosocial donde se realiza acompañamiento familiar y la consolidación de redes de apoyo a nivel familiar e institucional para la remisión de los casos direccionados al profesional del centro hospitalario, identificando aprendizajes que contribuyan al mejoramiento de futuras intervenciones sociales. Asimismo, se plantearon unos objetivos específicos basados en el análisis, la comprensión y la formulación de propuestas orientadas a la mejora en la intervención del Trabajador Social en el campo de la salud.

Del mismo modo, esta sistematización se realizó a partir de la estructura planteada por Oscar Jara, quien define cinco momentos específicos que son: 1. Punto de llegada, 2. Plan de sistematización, 3. Recuperación del proceso vivido, 4. Reflexiones de fondo y 5. Puntos de

llegada, si bien se realiza con base a este autor, estos momentos se dividen en el presente documento en 7 capítulos. En consecuencia, el primero se define como **plan de sistematización**, allí se estableció el objeto de estudio, el eje que correspondía la especificidad del mismo, las preguntas que se realizaron para poder llevar a cabo el estudio y la reconstrucción de la experiencia, el objetivo general y los objetivos específicos que establecieron las metas de la sistematización.

De este modo, el segundo capítulo se definió como; **ruta metodológica y enfoque de la sistematización**, allí se establece que el autor de referencia para definir la ruta fue Oscar Jara, 2018, partiendo desde un enfoque cualitativo para darle subjetividad al estudio, complementado por un paradigma hermenéutico que permitió la interpretación de la experiencia de los actores involucrados.

Por consiguiente, en el tercer capítulo nombrado **referentes teóricos conceptuales** sustentados por la fenomenología y el constructivismo y allí se encuentran las categorías de análisis Trabajo Social, Atención psicosocial, Salud e Intervención, algunas de ellas cuentan con subcategorías que fueron incluidas al momento de reconstruir la experiencia y a partir del relato de los actores involucrados.

En coherencia con lo anterior, el cuarto capítulo, se denomina **contexto de la experiencia**, donde se describen datos sociodemográficos de la zona donde se encuentra ubicado el centro hospitalario y principalmente un cuadro donde se establecen los actores involucrados de la experiencia directos e indirectos. El quinto capítulo **reconstrucción de la experiencia**, es el capítulo que cuenta con más información de la experiencia, pues se encuentra la línea del tiempo con los hitos que marcaron a los involucrados y al hospital, un inventario y un levantamiento de huellas que evidencia los vacíos en la intervención.

A partir de ello en el sexto capítulo nombrado **reflexiones de fondo**, se realiza una triangulación de la información donde se pone en conversación los autores con los actores involucrados de la experiencia, realizando una crítica a las definiciones versus la realidad del Trabajador Social. Finalmente, el séptimo capítulo **puntos de llegada** donde se da cuenta de las metas planteadas en los objetivos específicos y las propuestas de mejora al campo de la salud.

Plan De Sistematización

Objeto

El objeto de la sistematización de experiencias se construyó a partir de la práctica profesional realizada por estudiantes de Trabajo Social de la Corporación Universitaria Minuto de Dios, desarrollada en la Fundación Hospital San Carlos, ubicada en la ciudad de Bogotá, en la localidad de Rafael Uribe Uribe, barrio Bosques de San Carlos, durante el año 2025. Esta experiencia tuvo como propósito reflexionar sobre la intervención y el quehacer disciplinar del Trabajo Social en el contexto hospitalario, mediante el análisis de las funciones definidas por las instituciones, las cuales se encuentran enmarcadas en la normatividad colombiana vigente.

En este sentido, se retoman como referentes principales la Ley 100 de 1993, que establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y diferencia entre los regímenes contributivo y subsidiado; la Ley 1122 de 2007, que introduce ajustes orientados a mejorar la prestación de los servicios de salud; y la Ley 1751 de 2015, la cual regula el derecho fundamental a la salud, garantizando una atención integral, con énfasis en la prevención y en la protección de las poblaciones en condición de vulnerabilidad.

Asimismo, dentro de las funciones desarrolladas en la práctica se destaca la gestión y articulación con servicios institucionales y entidades externas, de acuerdo con las necesidades de cada caso. Entre estas se encuentran la Comisaría de Familia, encargada de orientar sobre medidas de protección en situaciones de violencia intrafamiliar, violencia contra el adulto mayor y otros conflictos que impliquen vulneración de derechos; la Secretaría de la Mujer, que brinda acompañamiento psicosocial y jurídico a mujeres víctimas de diferentes tipos de violencia; la Fiscalía General de la Nación, donde se interponen denuncias por vulneración de derechos; y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, que interviene en la protección de niños, niñas y adolescentes. Estas articulaciones permiten orientar a los usuarios en el acceso a programas sociales, rutas de atención y recursos disponibles.

De igual manera, se promueve la comunicación efectiva entre el equipo interdisciplinario de salud, el paciente y su familia, facilitando la comprensión de los procesos hospitalarios y fortaleciendo el acompañamiento psicosocial tanto durante la estancia hospitalaria como en el proceso de egreso.

Adicionalmente, las funciones del Trabajo Social en el campo de la salud, de acuerdo con la Escuela de Posgrado de Medicina y Sanidad (2025), comprenden la realización de evaluaciones socioeconómicas mediante el estudio social de caso, herramienta que permite identificar y analizar las problemáticas del paciente y su entorno; la coordinación del alta hospitalaria, incluyendo los trámites administrativos necesarios para garantizar la continuidad del cuidado; la orientación sobre derechos y recursos disponibles según la condición de vulnerabilidad; y la articulación con profesionales de psicología y personal médico, con el fin de asegurar una atención integral.

Eje

El eje de sistematización se centra en la acción profesional del Trabajo Social, haciendo énfasis en el análisis de las prácticas desarrolladas durante la experiencia en la Fundación Hospital San Carlos. Este se enmarca en la función asistencial, la cual integra la intervención directa con los usuarios y la aplicación de los protocolos institucionales vigentes, en concordancia con la normatividad del sistema de salud colombiano.

En este sentido, el análisis de la práctica permite identificar vacíos en la atención integral, visibilizar los protocolos existentes y comprender su implementación en el contexto hospitalario. Asimismo, posibilita la formulación de alternativas orientadas a subsanar las deficiencias detectadas, con el propósito de contribuir al fortalecimiento de la calidad de la atención psicosocial brindada a pacientes, familias y redes de apoyo, en coherencia con el quehacer disciplinar del Trabajo Social y los lineamientos establecidos por la Corporación Universitaria Minuto de Dios.

Preguntas Derivadas Del Eje

- ¿Cuál es el rol del trabajador social en el área de la salud?
- ¿Cómo se desarrolla la intervención del Trabajo Social en la función asistencial durante la práctica profesional en la Fundación Hospital San Carlos, y de qué manera los protocolos institucionales inciden en la calidad de la atención psicosocial brindada a pacientes y sus familias?
- ¿Hay una ruta de intervención establecida para cada caso según el centro hospitalario?
- ¿Qué vacíos y fortalezas se identifican en la intervención asistencial del Trabajo Social durante la práctica profesional en la Fundación Hospital San Carlos, en relación con la aplicación de los protocolos institucionales y la atención integral de los usuarios?

- ¿De qué manera la práctica profesional en Trabajo Social permite identificar y proponer mejoras en los protocolos institucionales para fortalecer la atención psicosocial en la Fundación Hospital San Carlos?
- ¿Cómo incide la intervención del Trabajo Social en la atención psicosocial de los pacientes y sus familias durante la práctica profesional en el contexto hospitalario?

Objetivos

General

Contribuir en la mejora de las actividades que desarrolla el Trabajador Social en el área de experiencia al usuario de Fundación Hospital San Carlos ubicada en la ciudad de Bogotá, en la localidad Rafael Uribe Uribe, barrio Bosques de San Carlos, durante el año 2025, mediante el análisis y la comprensión de la intervención profesional y la identificación de aprendizajes derivados de la misma, con el fin de proponer estrategias de atención psicosocial que fortalezcan el acompañamiento familiar y las redes de apoyo familiares e institucionales en la remisión de casos.

Específicos

Analizar la intervención del profesional de Trabajo Social en la Fundación Hospital San Carlos, de acuerdo con los protocolos del área y los reglamentos institucionales, con el fin de determinar su alcance y posibles vacíos en la atención integral a los usuarios.

Comprender la atención psicosocial del Trabajador Social de acuerdo a los aprendizajes, logros, dificultades y vacíos presentados durante la experiencia de intervención social del profesional en los protocolos y reglamentos, conociendo los distintos grupos poblacionales que se abordan en el campo hospitalario.

Proponer recomendaciones que contribuyan al mejoramiento del área, por medio de una guía orientadora del quehacer profesional que establezca lineamientos de atención a los distintos grupos poblacionales, con el fin de optimizar futuras intervenciones de Trabajo Social en Fundación hospital San Carlos.

Línea De Investigación Del Sistema Y Sublínea Del Programa

El presente trabajo se enmarca en la línea de investigación que corresponde a la ***Educación, transformación social e innovación***, la cual se orienta a la construcción de aprendizajes y al fortalecimiento de procesos formativos. En este caso particular, dicha línea se relaciona con la comprensión y reflexión del quehacer profesional desarrollado en el contexto hospitalario. En este sentido, esta línea “posibilita la reflexividad profesional de cara a las demandas sociales actuales, así como el elemento constitutivo de aprehensión de una profesión” (UNIMINUTO, 2020, p. 91).

Lo anterior, se vincula con los desafíos que enfrenta el profesional en este campo, como “la sobrecarga asistencial, la discriminación con respecto a otros profesionales de la salud y poca contratación de Trabajadores Sociales en los servicios de salud” (Abreu & Mahtani, 2017., pag 356), esto en concordancia con diversas problemáticas sociales que presentan los usuarios de manera recurrente en este contexto, tales como la violencia intrafamiliar, el abandono social, el abuso sexual, entre otras situaciones contemporáneas que requieren procesos de intervención profesional desde el área del Trabajo Social.

Así mismo, la sublínea de investigación que se deriva de la presente sistematización corresponde a ***Tendencias y perspectivas en la formación y praxis profesional***, en tanto este ejercicio no solo contribuye al abordaje de diversas situaciones sociales, sino que también permite generar aprendizajes, identificar retos y proyectar aportes para el fortalecimiento de la disciplina.

En este sentido, esta sublínea “se interesa por problematizar y abordar las tendencias y perspectivas en este campo” (UNIMINUTO, 2020, p. 91).

En consecuencia, la sistematización de experiencias en este ámbito se constituye en una oportunidad para identificar tendencias emergentes en la intervención del Trabajo Social en el sector salud. Finalmente, esta sublínea permite visibilizar los aportes y desafíos que se presentan de manera constante en dicho sector, al tiempo que favorece la construcción de conocimiento disciplinar tanto en el proceso de formación académica como en el desarrollo de la práctica profesional.

Justificación

El Trabajo Social se define a partir de la Ley 53 de 1977, “como una profesión de las ciencias sociales orientada a promover el bienestar, el desarrollo y la justicia social mediante programas, políticas, investigación e intervención con individuos, grupos y comunidades” (Congreso de la República de Colombia, 1977, art. 1). Sin embargo, en la praxis profesional existen vacíos para la ejecución de esta, pues si bien se aprenden en la academia las bases como son sus métodos y teoría, la intervención que el profesional debe hacer está estrechamente ligada al campo donde ejecute su labor. Por tanto, esta sistematización se interesa en buscar aquellos vacíos desde los protocolos o normativas que rige el profesional para su intervención en el área de la salud.

Por lo anterior, esta sistematización busca fortalecer la intervención de Trabajo Social en la Fundación Hospital San Carlos en el área de atención al usuario donde se caracterizan y atienden pacientes sin red de apoyo social o familiar, o que presentan dificultades socioeconómicas para realizar pago del copago generado, igualmente se atienden casos de violencia o vulneración de derechos por violencia intrafamiliar, también se atienden y remiten pacientes en condición de calle,

intervención en crisis, casos que requieran gestión del egreso hospitalario como balas de oxígeno, pacientes sin cobertura en el sistema de salud, pacientes con DX de B24X que corresponde a VIH y atención a pacientes judicializados privados de su libertad. Estas poblaciones se beneficiarán mediante una guía de intervención que permitirá una atención más efectiva y remisiones interinstitucionales claras. Asimismo, servirá como orientación para practicantes y nuevos profesionales en su quehacer dentro del centro hospitalario.

En cuanto el aporte práctico, los resultados obtenidos podrán servir para diseñar estrategias y recomendaciones que orienten la intervención del Trabajador Social en los distintos casos que se presentan en la institución, subsanando los vacíos que se encuentren en la falta de protocolos para atención del profesional según las características de cada caso, dejando abierta la posibilidad de que esta pueda ser modificada si la norma cambia o los casos por Trabajo Social en el centro de salud aumenten o se diversifiquen en sus particularidades.

Además, esta sistematización cobra relevancia en la medida en que se contribuye a la consolidación del conocimiento práctico del Trabajo Social en el área de salud, permitiendo no solo identificar vacíos en los protocolos de intervención, sino también visibilizar buenas prácticas que podrían ser replicadas en contextos similares. De esta forma, se aporta al fortalecimiento disciplinar, articulando la teoría con la experiencia directa en el campo de la salud y promoviendo una intervención más humanizada, ética y contextualizada frente a las diversas problemáticas sociales que afectan a los usuarios del sistema de salud.

Por otra parte, el desarrollo de esta sistematización responde a la necesidad de optimizar la atención centrada en el usuario, garantizando el respeto por sus derechos y el acceso equitativo a los servicios de salud. En este sentido, la construcción de una guía de intervención no solo

beneficia al profesional de Trabajo Social, sino también a la institución en general, al mejorar la calidad de la atención, facilitar la toma de decisiones y fortalecer la articulación interinstitucional. Esto permite una respuesta más oportuna y efectiva frente a las situaciones de vulnerabilidad que se presentan en el contexto hospitalario.

Finalmente, la sistematización es viable ya que cuenta con acceso a los protocolos y la normatividad vigente que compete a cada uno de los casos anteriormente mencionados, identificando los vacíos que se encuentran actualmente y se podrán identificar en un futuro de acuerdo con las necesidades que vaya requiriendo cada uno de ellos. Adicional, de proponer una orientación clara en la intervención a los profesionales en formación y aquellos que se encuentran ejerciendo en el campo de la salud.

Ruta Metodológica Y Enfoque De La Sistematización

La ruta metodológica utilizada será la sistematización de experiencias, donde el autor Oscar Jara, 2018 define está como “un factor que permitiría superar la separación entre practica y teoría principalmente del lado de los profesionales, pasando a una praxis científica, la cual significa participar en la participación de la realidad”. Para este estudio específico, no se reconstruye una experiencia comunitaria como tal, sino que se aborda la intervención del Trabajador Social en el área de la salud. específicamente en el centro hospitalario Fundación Hospital San Carlos, reconstruyendo el rol del Trabajador Social, entendiendo la especificidad de cada caso y las rutas de intervención a seguir.

Por lo anterior, es importante buscar la definición del profesional y las rutas de intervención establecidas, conocer si éstas existen en el centro hospitalario, entendiendo su función en la atención a los usuarios para poder dar cuenta si estas, son específicas desde cada centro hospitalario o si por el contrario se generalizan las intervenciones en su quehacer profesional en todo el ámbito

de la salud desde la normatividad colombiana. Para lograr comprender lo mencionado y dar cuenta de ello, se articula los cinco momentos establecidos por Oscar Jara para poder sistematizar una experiencia:

Punto De Partida: Aquí el autor describe este momento como fundamental, dado que se establece lo que se va a sistematizar entiendo que “no se puede sistematizar algo que no se ha experimentado” (Jara, 2018., Pg, 136), es necesario haber vivido la experiencia para poder hablar de ella desde una perspectiva más objetiva y así poder plantear los objetivos de lo que se quiere lograr al sistematizar dicha experiencia. En el desarrollo de esta se sistematización la experiencia durante todo el 2025 en Fundación Hospital San Carlos, permitió la identificación de sus vacíos, entendiéndolo que no solo es necesario la voz y visión de quien la vivió, sino de quienes acompañaron ese proceso como las Trabajadoras Sociales que ejercían allí, obteniendo miradas externas e internas, abarcando el sentir y el vivir.

Plan De Sistematización: En el segundo momento, Oscar Jara plantea que luego de saber la experiencia la cual se desea sistematizar, se debe especificar un tema de la misma, para “transitar en una dirección y que todo lo narrado o descrito sea alrededor de ello” (Jara, 2018., Pg, 141), que ese transitar devienen de preguntas orientadoras como lo son ¿Cuál es el rol del trabajador social en el área de la salud?, ¿Qué métodos de intervención utiliza el profesional durante una valoración?, que brindan claridad al objeto y al eje definiendo la función asistencial como proceso clave en el ámbito de la salud estableciendo un objetivo general que consiste en contribuir a la intervención del profesional planteando objetivos específicos que permitieron llegar a ese fin.

Adicional, en este paso Jara, 2018 establece que las fuentes de información son necesarias sobre la experiencia, como fuentes teóricas que den cuenta de las categorías para comprender la

intervención en la atención del Trabajador Social, y así poder establecer las técnicas de recolección de información y propuestas a realizar.

Recuperación Del Proceso Vivido: Reconstruir la historia de la experiencia es en principio “realizar una línea del tiempo de los hitos que son importantes para lo que se quiere sistematizar, estos pueden ser con base al sentir o vivir” (Jara, 2018., Pg, 150) de acuerdo al proceso vivido y los casos que se abordaron y lograron generar sensación de vacío al momento de realizar la intervención, que fueron tan significativos generando la necesidad de mejorar la atención por medio de alternativas. Al mismo tiempo, se deben hacer “registro de emociones y sensaciones” (Jara, 2018., Pg, 151) de cada actor involucrado en ella, para dar una perspectiva más holística a la sistematización, no solo registrando referentes teóricos que permiten la comprensión general de las categorías, sino los relatos de las Trabajadoras sociales y los registros del profesional que dan cuenta de la experiencia colectiva de un mismo evento o suceso.

Reflexiones De Fondo: Luego de haber definido el tema principal de la sistematización y reconstruir esa experiencia con todo lo que conlleva, este momento plantea “construir interpretaciones críticas sobre lo vivido y desde la riqueza de la propia experiencia” (Jara, 2018., Pg, 154), es decir, hacer un análisis exhaustivo de la reconstrucción de la experiencia abordando tanto lo teórico como lo sentimental y la vivencia en sí misma, esto se logra a través de dos puntos claves: el “análisis/síntesis e interpretación crítica” (Jara, 2018., Pg, 155-156).

Al mismo tiempo, se puede llegar con lo mencionado a un punto de inflexión donde se aborden las dimensiones teóricas versus las prácticas de cara a los vacíos identificados en la atención psicosocial que generan deficiencias en la intervención, haciendo un análisis crítico y una triangulación de información donde se brindan reflexiones más significativas de todos los actores involucrados, para enriquecer la misma, o poder dar cuenta de lo vivido en el centro hospitalario.

Puntos De Llegada: Finalmente, todos los momentos previos se concluyen en los puntos de llegada, que es una respuesta a los objetivos y metas establecidas en el segundo momento, pues más que dar una respuesta a los mismos, es relatar el cómo se atravesó el proceso de sistematizar la experiencia pasando por los cinco momentos, pues “se trata de formular conclusiones y comunicar aprendizajes orientados a la transformación de la práctica” (Jara, 2018., Pg, 158). En este sentido se relata el sentir durante la reconstrucción de la experiencia, viendo desde afuera las deficiencias en protocolos que orienten la atención psicosocial generando dilemas éticos durante las acciones realizadas en la intervención.

Por lo anterior, es necesario complementarse de conclusiones que “podrán ser afirmaciones conceptuales sobre lo reflexionado a partir y desde la experiencia” (Jara, 2018., Pg, 160). No necesariamente deben ser conclusiones de las deficiencias identificados, sino más bien propuestas para mejorar la atención y mitigar esos vacíos encontrados. Pues de esta manera, enriquecerán futuras experiencias propias o ajenas, que, a su vez, va de la mano con la comunicación de los aprendizajes ya que al compartir los resultados obtenidos se genera una crítica y propuestas de todo lo relacionado en el proceso de la sistematización, dando reflexiones que no solo brindan enriquecimiento a está, sino que también pueda orientar a las personas en cuyo caso de vivir la misma experiencia.

Cada momento mencionado anteriormente, permite dar una perspectiva del camino a transitar al momento de sistematizar una experiencia, estableciendo una guía que permite la subjetividad, los cambios dentro del proceso de sistematizar sin perderse en el camino, porque si bien permite la modificación dentro del estudio, nunca se redirecciona el tema central o el sentido de esta.

Del mismo modo, se utilizara el enfoque cualitativo dado que, permite una perspectiva subjetiva para el análisis de datos de las experiencias, esto con el fin de entender el rol del Trabajador Social en el centro hospitalario, para ello (Denzin & Lincoln, 2012) en su documento; Manual de investigación cualitativa, explican que “este enfoque utiliza múltiples métodos interpretativos para comprender los fenómenos sociales desde el significado que las personas les atribuyen”, lo cual es acorde a la metodología utilizada puesto que se establece con base a la experiencia y los aprendizajes de las personas involucradas en ella.

Lo anterior tiene como fin exponer resultados escritos y no numéricos que dan cuenta del análisis de las experiencias abordadas; estos no se presentan como una verdad única, sino como apreciaciones surgidas de la experiencia, así como hallazgos relacionados con los vacíos en el desempeño del Trabajador Social en su quehacer como profesional que ejerce en un centro hospitalario. De igual manera, se analiza si existen rutas de atención establecidas para casos puntuales y si estas son eficaces en la intervención o si, por el contrario, resultan deficientes frente a la particularidad de cada caso.

En este sentido, el enfoque cualitativo no solo permite describir la realidad de la situación, sino también interpretarla de manera crítica, posibilitando la comprensión de los significados, prácticas y dinámicas institucionales que atraviesan la intervención desde el Trabajo Social en el ámbito hospitalario. Esto contribuye a generar reflexiones que pueden orientar el fortalecimiento del ejercicio profesional, así como la formulación de estrategias más pertinentes y contextualizadas en la atención de los sujetos, su entorno y sus realidades.

Referentes Teórico-Conceptuales

Sumado a lo anterior, para poder llevar a cabo el diseño metodológico de esta sistematización se abordan unos referentes teóricos conceptuales específicos en la postura de este estudio para desde allí poder analizar y reflexionar sobre el proceso vivido. Allí se utilizó el paradigma histórico-hermenéutico, que brinda la interpretación de dichas experiencias y permite la reconstrucción de la historia a través de la interpretación de los hitos, dando visibilidad a estos desde la subjetividad que posibilita ahondar dentro de la historia. Desde la postura de (Beuchot, 2015), este paradigma se comprende como una perspectiva que permite interpretar los fenómenos humanos a partir de sus signos y significados.

De esta manera, este paradigma permite profundizar en la historia no solo integrando el suceso del hito en sí mismo, sino también las emociones y percepciones vividas por quienes participaron, esta recolección se hizo por medio de la entrevista semiestructura que Kvale (2011) la define como un dialogo abierto y flexible permitiendo que los actores involucrados expresen sus vivencias y significados, comprendiendo la experiencia de forma subjetiva en el mismo contexto. Adicional, se realizó una revisión documental mediante el correo del área de Trabajo Social del centro hospitalario donde se evidencia el relato y la remisión del caso, reconociendo estos elementos como parte fundamental en la reconstrucción de la experiencia y en la comprensión de los distintos factores que la configuran en su rol asistencial.

En relación con lo anterior, la teoría de la fenomenología aporta una perspectiva que permite comprender los fenómenos desde la experiencia vivida por los sujetos. En este sentido, (Husserl, 1992) plantea que esta teoría busca volver a las mismas cosas, es decir, comprender los fenómenos tal como se presentan en la conciencia de los individuos, priorizando la experiencia

subjetiva como punto de partida para la interpretación de la realidad y desde allí cómo se intervendrá según corresponda el caso, el criterio y la ética profesional del Trabajador Social.

Por tanto, la articulación entre el paradigma histórico-hermenéutico y la teoría fenomenológica posibilita comprender las experiencias desde los significados construidos por los sujetos, reconociendo la importancia de la interpretación y de la subjetividad en la comprensión de los procesos sociales, que esto articulado con la teoría del constructivismo permite desde la escuela popular, analizar la construcción del conocimiento en el campo de práctica profesional y aquellos procesos reflexivos que debe tener el profesional para mejorar la atención en pro del sujeto que se atiende, esperando una respuesta oportuna y eficaz a las problemáticas por las que atraviesa.

Además, la teoría del constructivismo permite comprender que dichos significados no se producen de manera aislada, sino a través de procesos de interacción social. En este sentido, (Berger & Luckmann, 2003) plantean que la realidad social es producto de una construcción colectiva, en la cual los individuos, mediante el lenguaje y la interacción cotidiana, producen y reproducen significados que permiten comprender y dar sentido al mundo social, que abordándolo desde el contexto de la salud, socialmente hay estigmas a grupos poblacionales específicos, por tanto el profesional debe estar en capacidad de eliminar esos constructos sociales para dar una atención pertinente y no discriminada, comprendiendo la realidad del sujeto.

En este sentido, en el presente trabajo de sistematización de experiencias se enfoca la intervención de Trabajo Social en el área de la salud, teniendo en cuenta conceptos claves tales como: Trabajo Social, Atención Psicosocial, Salud e Intervención, con sus respectivas subcategorías de análisis para la comprensión holística de estos conceptos que abarcan factores interdependientes, esto con el fin de analizar y comprender las funciones desempeñadas por el

profesional en este campo definiendo si estas son establecidas por el hospital o algunas cosas son generales en la normatividad colombiana.

En consecuencia, en este segmento se procederá a explicar detalladamente cada uno de estos conceptos, utilizando referentes teóricos pertinentes, con el objetivo de esclarecer la función específica de cada uno dentro del ejercicio profesional del trabajador social en este contexto.

Igualmente, se incorporan subcategorías que posibilitan profundizar en la comprensión del quehacer profesional, articulando elementos teóricos con la experiencia práctica tales como funciones del Trabajo Social, atención a usuarios, gestión de casos, protocolos de atención, entre otras.

Trabajo Social

El Código de Ética de Trabajo Social indica que el concepto de Trabajo Social se entiende como “la profesión ubicada en el campo de las ciencias sociales y humanas, que interviene en procesos y proyectos relacionados con las políticas de bienestar y desarrollo humano y social, teniendo como fundamento los metacriterios de la democracia: bien común, justicia y libertad” (Consejo Nacional de Trabajo Social, 2013).

A lo largo de su formación, el profesional en Trabajo Social adquiere herramientas teóricas y metodológicas que le permiten desarrollar distintos métodos de intervención. Entre estos se encuentra el método de caso o familia, enfocado en la atención individual y en la comprensión de las problemáticas que afectan el desarrollo de vida de las personas; el trabajo con grupos, orientado a promover la participación social y el desarrollo personal; y el trabajo comunitario, que permite analizar las dinámicas colectivas de una comunidad y establecer planes de intervención que orienten el quehacer profesional.

En este campo una de las principales precursoras es Mary Richmond quien define la intervención del profesional como “un arte de hacer ajustes efectivos y recíprocos entre el ser humano y su ambiente social, de manera que cada uno alcance el desarrollo de sus posibilidades”(Richmond, 1917), preparándolo para los distintos campos de intervención en los que se puede desarrollar: como “salud, educación, penal, organizacional éstas se pueden clasificar en instituciones privadas o públicas”(Castellanos, 2023., Pag, 22), en estos distintos campos, se encuentra en la capacidad de desenvolverse para poder intervenir de la mejor forma sin vulnerar a la población con la que se esté abordando.

Así mismo, el Trabajador Social puede realizar “las funciones de desarrollar e implementar programas y proyectos sociales con el fin de atender una problemática específica” (Castellanos, 2023., Pag, 21), sin embargo, en el contexto del centro hospitalario donde se centra esta sistematización, la intervención se orienta principalmente a atender las demandas derivadas del servicio, como capacitaciones sobre humanización, trato al paciente y enfoque diferencial, más que al diseño de proyectos sociales formales.

Funciones Del Trabajo Social

En relación con lo anterior, las funciones del Trabajo Social en el ámbito de la salud comprenden un conjunto de acciones orientadas a la atención de las necesidades sociales de los usuarios, el acompañamiento a pacientes y sus familias, la orientación frente a los servicios y derechos a los cuales pueden acceder, así como la articulación y el fortalecimiento de redes de apoyo. Estas acciones permiten materializar el ejercicio profesional dentro del contexto institucional.

En este mismo sentido, Arango et al. (2019) señalan que las funciones del trabajador social en el área de la salud se caracterizan por el apoyo y acompañamiento tanto a los pacientes como a sus familias y entorno, así como a los miembros del equipo interdisciplinario. De igual manera, destacan el trabajo sobre recursos internos y externos que facilitan el proceso de recuperación de la salud, junto con la identificación de necesidades sociales y problemáticas familiares y sociales que inciden en dicho proceso.

Atención Psicosocial

Ahora bien, de acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social (s.f.), la atención psicosocial es “el conjunto de procesos articulados de servicios que tienen la finalidad de favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales, el sufrimiento emocional y los impactos a la integridad psicológica y moral, al proyecto de vida y a la vida en relación generados a las víctimas, sus familias y comunidades, como consecuencia de las graves violaciones a los DDHH y las infracciones al DIH”.

Por lo anterior, la atención psicosocial se entiende como un enfoque integral de intervención que articula dimensiones psicológicas y sociales, reconociendo al usuario en el contexto que lo rodea. Este tipo de atención no se limita al abordaje individual de lo emocional, sino que incorpora factores familiares, comunitarios e instituciones que inciden en la experiencia de las personas, especialmente en situaciones de vulnerabilidad o crisis. En este sentido, la atención psicosocial busca promover el bienestar, fortalecer las capacidades de afrontamiento y contribuir a la reconstrucción del tejido social, mediante acciones interdisciplinarias orientadas a al trato digno y al restablecimiento de derechos.

Atención A Usuarios

En concordancia con lo expuesto previamente, la subcategoría de atención a usuarios se enmarca dentro del concepto de atención psicosocial, ya que implica no solo brindar respuestas a necesidades administrativas o informativas, sino que también busca la comprensión integral de las personas, considerando el contexto que rodea al sujeto. Es así como la interacción con los usuarios se convierte en un espacio clave para la escucha activa, la empatía y el acompañamiento.

En este marco, la atención a usuarios se relaciona directamente con los procesos de orientación, acompañamiento y respuesta a las necesidades de las personas dentro del contexto institucional, garantizando un trato digno, respetuoso y humanizado. Este proceso no limita su funcionalidad a la entrega de información, sino que busca generar confianza, contención emocional cuando es necesario y facilitar el acceso a los servicios de manera oportuna y pertinente.

De esta manera, el Politécnico COHAN (s. f.) señala que la atención a usuarios es fundamental, ya que permite comprender las necesidades y expectativas de las personas, orientando las acciones hacia el cumplimiento de dichos requerimientos y favoreciendo una atención centrada en el usuario. En otras palabras, se comprende que una adecuada atención contribuye al bienestar de los individuos, fortalece la relación entre la institución, los pacientes y sus familiares, y promueve prácticas basadas en el respeto por la dignidad humana.

Interacciones Con Pacientes Y Familiares

Siguiendo esta línea, las interacciones con pacientes y familiares se inscribe dentro de la atención psicosocial ya que reconoce que los procesos de salud y enfermedad no se desarrollan de manera aislada, sino en relación con el entorno social y afectivo de las personas. Desde esta mirada, el vínculo entre pacientes, familiares y profesionales se convierte en un elemento central para

comprender las experiencias, significados y respuestas emocionales que emergen en contextos de la atención en salud.

Las interacciones con pacientes y familiares permiten comprender las dinámicas sociales y emocionales que influyen en los procesos de salud, facilitando la intervención desde la escucha activa y el acompañamiento psicosocial. Estos espacios de encuentro favorecen la identificación de necesidades, preocupaciones y expectativas, así como el fortalecimiento de redes de apoyo que inciden directamente en el bienestar del paciente.

De igual forma, Berger & Luckmann, (2003) plantean que la realidad se configura socialmente mediante procesos de interacción, lo cual permite comprender como los pacientes y sus familiares interpretan, afrontan y resignifican las situaciones de enfermedad.

Salud

En articulación con los conceptos anteriores, el término de salud se entiende como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la presencia. La organización mundial de la salud (OMS) refiere que la salud es la posibilidad de llevar una vida digna, productiva y con sentido, la cual necesita como mínimo recursos necesarios como lo son la alimentación, la educación, la vivienda y el acceso a servicios de salud. Aquí, la importancia de que la misma sea un derecho fundamental para el desarrollo del ser humano.

Del mismo modo, la (OMS, 1946) establece que la salud no es un concepto netamente médico, pues “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” por tanto, se comprende que las condiciones sociales de un paciente son importantes porque hacen parte de la salud y requieren intervención por profesionales capacitados. En este contexto y como secuencia del tema central, el trabajo social en

este sector desempeña roles estratégicos, pues permite desarrollar, comprender y aplicar herramientas con el fin de determinar cómo las condiciones sociales inciden en el bienestar de la sociedad.

Según (Nucci, et al. 2018) es por esto, que se logra determinar que el Trabajador Social en este campo tan práctico no delimita sus funciones exclusivamente al asistencialismo individual de los pacientes, sino que además trabaja en pro de mejorar los contextos sociales a los que cotidianamente se enfrentan los pacientes, esto desde una intervención humanizada e integral que permite y garantiza un espacio de escucha activa y empático que no re victimiza a quienes han sufrido algún tipo de violencia, ya sea física, verbal o sexual.

Acceso A Servicios De Salud

En lo que se respecta a la categoría de salud, el acceso a servicios de salud se configura como un elemento esencial para garantizar el bienestar integral de las personas, ya que posibilita una atención oportuna, continua y de calidad frente a sus necesidades. Dicho acceso no se limita únicamente a la existencia de servicios, sino que también involucra la capacidad de los usuarios para utilizarlos sin enfrentar barreras de tipo económico, geográfico, administrativo o cultural. Bajo esta perspectiva, se reconoce como un indicador clave de equidad dentro de los sistemas de salud y como un componente fundamental en la garantía del derecho a la salud.

De acuerdo con Vargas et al. (2010) plantean que el acceso a los servicios de salud puede entenderse como “la posibilidad de utilizar servicios de salud cuando se necesitan, lo cual depende de la interacción entre las características del sistema de salud y las condiciones de la población” (p.274). a partir de esta definición, se evidencia que el acceso no depende

exclusivamente de la oferta institucional, sino también de diversos factores sociales, económicos y culturales que influyen en el uso efectivo de los servicios.

Bajo este panorama, el Trabajo Social asume un rol significativo en la facilitación del acceso oportuno a los servicios de salud, dado que, mediante procesos de orientación, acompañamiento y gestión, contribuye a reducir las barreras que enfrentan los usuarios. En la práctica profesional, es frecuente identificar dificultades relacionadas con autorizaciones, trámites administrativos, desconocimiento de rutas de atención y limitaciones en la cobertura, lo cual demanda una intervención activa por parte del Trabajador Social para asegurar la continuidad en la atención.

Por esto, resulta pertinente señalar que el acceso a los servicios de salud trasciende un procedimiento meramente administrativo, constituyéndose como una condición indispensable para la garantía de derechos y la dignificación de las personas.

Intervención

En continuidad, el concepto de intervención en el área de Trabajo Social se concibe racionalmente como una actividad práctica propia de esta profesión, puesto que en el área de la salud se orienta a garantizar la equidad en el acceso a los servicios, fortalecer redes de apoyo, acompañar a familias en situaciones de crisis y promover la participación comunitaria en la construcción de entornos saludables. “La intervención social emerge como acto de atribución de sentido que supone un proceso de aproximación a los contextos, narraciones y testimonios de la situación” (Saavedra, J. 2015) de este modo, se entiende que la intervención surgió como una respuesta a la necesidad de analizar y actuar sobre los diferentes contextos sociales dado que estas problemáticas requieren acompañamientos psicosociales para el afrontamiento de estas.

Desde el sector de la salud, la intervención social es una de las herramientas fundamentales que tiene el trabajador social para comprender, apoyar, acompañar y transformar las realidades, esto desde el fortalecimiento de las redes de apoyo. Desde allí se brinda orientación, psicoeducación y se facilitan espacios de escucha activa donde los familiares e incluso los pacientes tienen la oportunidad de expresar su sentir frente a las diversas situaciones que puedan estar enfrentando, teniendo en cuenta que hay estancias prolongadas que limitan el estilo de vida de las personas en su cotidianidad y esto afecta su nivel emocional, igualmente la intervención social sirve como un factor clave para evidenciar maltratos o abandonos.

Gestión De Casos

En relación con la intervención, esta subcategoría constituye una estrategia metodológica fundamental del profesional para abordar de manera organizada y sistémica las situaciones que afectan a los pacientes. Por ello, la gestión de casos permite desde el área de Trabajo Social, realizar un seguimiento continuo de las situaciones particulares de los usuarios, facilitando la identificación de necesidades y la toma de decisiones oportunas. Este proceso está orientado a diseñar e implementar acciones de intervención ajustas a las características específicas de cada caso.

De esta manera, la gestión de casos se constituye como una estrategia que articula la evaluación, planificación, coordinación y seguimiento de los servicios requeridos por los usuarios, con el fin de garantizar una atención integral (Amelotti & Fernández, 2012). La gestión de casos es clave dentro de la intervención ya que, posibilita una acción profesional planificada y centrada en el sujeto.

Articulación Con Entidades

Por otro lado, la articulación con entidades facilita el establecimiento de redes de apoyo y el trabajo conjunto con diferentes instituciones para garantizar una atención integral y el acceso a servicios sociales, de salud y de apoyo. Este proceso implica la identificación de recursos institucionales, la gestión de remisiones y la construcción de alianzas que favorezcan la continuidad en la atención.

Asimismo, la articulación interinstitucional favorece la coordinación de acciones entre actores sociales, permitiendo abordar de manera integral las problemáticas desde diferentes niveles de intervención (Ander-Egg, 2003). Es así, como se evita la fragmentación de la atención y se promueve una respuesta más coherente y articulada frente a las necesidades identificadas. La articulación con entidades permite optimizar recursos, ampliar las posibilidades de atención y garantizar respuestas integrales, centradas en el bienestar y en la garantía de derechos de las personas

Protocolos De Atención

Finalmente, los protocolos de atención se ubican dentro de la categoría de intervención dado que estos permiten estandarizar procesos, garantizar la calidad de la atención y ofrecer respuestas coherentes y oportunas a las necesidades de los usuarios.

Según Llordachs (2024), los protocolos de atención permiten establecer de antemano muchas de las labores relacionadas con el paciente. De esta forma, se agilizan los procesos de atención y el profesional sanitario cuenta con una serie de recursos para afrontar diferentes situaciones. Por ello, los protocolos de atención orientan al accionar del profesional frente a situaciones específicas, estableciendo lineamientos institucionales para brindar una intervención

integral. Estos promueven buenas prácticas, reducen la incertidumbre y contribuyen a la adecuada toma de decisiones.

Marco Normativo

Es necesario destacar en este apartado, que la intervención del profesional en Trabajo Social, en el ámbito de la salud y específicamente en los centros hospitalarios, va estrechamente ligada al ámbito jurídico dado que dichas entrevistas sociales son consignadas en la historia clínica de los pacientes por ello la normatividad colombiana establece a que entidades se debe remitir el caso. Por ello, se tiene en cuenta que los factores psicosociales que son atendidos desde el área de Trabajo Social son: **código blanco, abandono social/escasa red de apoyo familiar**. Si bien, la normatividad orienta la ruta a la que se debe remitir las atenciones en cuyo caso de aplicar a las entidades correspondientes y el Código de Ética de Trabajo Social (Consejo Nacional de Trabajo Social, 2013) establece en el artículo 10 dirigido a los usuarios que se debe establecer una relación profesional fundada desde la empatía y credibilidad para reconocer al otro como legítimo. Adicional, en el artículo 11 se consigna que el profesional debe investigar su quehacer en el campo el cual se quiere desempeñar, sin embargo, no brinda una guía de cómo se debe abordar un paciente en dichos escenarios.

Por lo anterior, se deja en constancia en la Tabla 1, la normatividad que rige la remisión de casos hospitalarios, adicional de establecer las entidades a las que se debe remitir cada caso según corresponda.

“Se establece en azul los recuadros que más se evidencian en el centro hospitalario”

Tabla 1.

Normatividad que Rige la Remisión de Casos Hospitalarios

Caso	Normatividad y activación de rutas
Código fucsia (Abuso sexual)	Víctimas de violencia sexual (RESOLUCIÓN 459 DE 2012) remitir a: secretaria de la mujer y realizar denuncia ante la página de la fiscalía.
Violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia de género	NNA remitir caso a ICBF y a la Comisaria de Familia y/o fiscalía radicar la denuncia (LEY 1098 DE 2006 Código de infancia y adolescencia)
	Mujeres víctimas de violencia, se debe remitir el caso a la Comisaria de Familia, secretaria de la mujer para seguimiento respectivo del caso y/o radicar denuncia ante la fiscalía (LEY 1257 DE 2008)
	En cuyo caso de ser una violencia intrafamiliar, se radica denuncia ante el agresor, con los datos suministrados por la víctima y se remite el caso a Comisaria de Familia correspondiente de la localidad donde sucedieron los hechos.
	NNA reporte a ICBF, anexando estudio de caso o ficha de intervención.

Abandonos sociales en hospital (escasa red de apoyo, paciente sin familia o en riesgo a quedar en calle)	Personas con discapacidad, se debe reportar adjuntando el estudio de caso o ficha de entrevista social a secretaria de integración social.
	Habitantes de calle, se debe reportar con estudio de caso o ficha de intervención a la secretaria de integración social, en cuyo caso de ser migrantes a migración Colombia y a la comisaria de familia del sector donde frecuenta normalmente el paciente y donde se encuentra hospitalizado.
	Adulto mayor, notificar a comisaria de familia del sector donde se encuentra hospitalizado y donde reside actualmente el paciente, adicional de reportar con personería (LEY 1257 DE 2008). (LEY 1850 DE 2017), establece que dejar a un paciente sin atención, sin compañía y sin cuidado constituye un proceso de tipo penal y tiene de 4 a 8 años de prisión.

Nota. Elaboración propia

En este cuadro normativo, se evidencian las leyes en las cuales se basa el Trabajador Social en el área de la salud para conocer las entidades a las cuales se debe realizar el reporte en cuyo caso de atender estos casos específicos. Si bien, éste establece un tipo de “protocolo” para la atención psicosocial en el área de la salud, no guía la intervención del profesional en su totalidad puesto que, no en todos los centros hospitalarios se atienden todos los casos expuestos en el cuadro,

en Fundación Hospital San Carlos, la mayoría de su atención se centra en los recuadros azules que orientan la remisión de estos casos más no la atención en su totalidad.

Contexto De La Experiencia

Contexto De La Experiencia

En Colombia, el sistema de salud se estructura a partir de la promulgación de la Ley 100 de 1993, normativa que establece el funcionamiento del sistema mediante entidades aseguradoras denominadas Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), encargadas de garantizar la prestación de los servicios a la población.

En la ciudad de Bogotá, para el año 2023 se encontraban registrados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) un total de 14.710 prestadores de servicios de salud, de los cuales 1.586 correspondían a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), según datos de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (2024).

En este contexto, la presente sistematización busca comprender el objeto de la práctica profesional de los trabajadores sociales en formación de la Universidad Minuto de Dios, desarrollada en la Fundación Hospital San Carlos. Esta institución, que funciona como una IPS, se encuentra ubicada en la localidad de Rafael Uribe Uribe, en el barrio Bosques de San Carlos. El hospital se localiza en un entorno caracterizado por su riqueza ambiental, pues cuenta con aproximadamente 20 hectáreas de bosque en su interior, razón por la cual este espacio ha sido reconocido como patrimonio ecológico dentro de la ciudad.

Ilustración 1.

Fachada de la Fundación Hospital San Carlos



Nota. Tomado de Tello (2013).

Está IPS se declara patrimonio histórico en 1996 por el decreto 1973 ya que, es uno de los hospitales más antiguos de Bogotá que sigue en funcionamiento además de su arquitectura republicana del siglo XX que lo hace parte de la memoria histórica de la ciudad. Actualmente, el hospital dejó sin funcionamiento el servicio de urgencias desde el 1 de agosto ese año, en ese servicio se recibían por parte del área de Trabajo Social atención a códigos blancos, pacientes con habitabilidad en calle, violencias intrafamiliares entre otras, que debido al cierre del servicio han disminuido los casos que son atendidos por dichas problemáticas.

En la actualidad, su atención se centra en el adulto mayor, brindando distintas especialidades a pacientes gerontológicos, además de ello la diversidad de población que llega remitida para recibir su atención, sin embargo, los NNA y las pacientes gestantes no son atendidos dado que no se cuenta con la especialidad de pediatría y ginecología, entre otras que no se encuentran ofertadas. Desde el área de Trabajo Social, su quehacer se centra en la intervención a pacientes interconsultados por los médicos tratantes, como también involucrarse en los trámites administrativos para la atención y/o egreso del paciente.

Actores De La Experiencia

Para el mapeo de actores, en un primer momento se define que los actores involucrados de la experiencia son “individuos, grupos o instituciones que son afectados o afectan el desarrollo de determinadas actividades, aquellos que poseen información, recursos, experiencia y alguna forma de poder para influenciar la acción de otros” (ECFAO, 2006, en Tapella, 2007: 3), por ello se identifica primero los sectores involucrados en la praxis profesional, abarcando el público como instituciones legales que realizan seguimiento e intervención en casos que les corresponda, y el privado donde se encuentran la Universidad Minuto de Dios y la Fundación Hospital San Carlos, como lugares físicos en los que se desarrolla la práctica profesional, también se puede definir;

“Lo enunciado exige formar a los actores públicos en prácticas de innovación, e involucrar en el proceso a actores de esferas diferentes a la pública, como: sector privado, organizaciones no gubernamentales (ONG), academia, sociedad civil, entre otros, buscando generar un verdadero tejido social que dé respuesta a necesidades puntuales y en el cual confluyan y se construyan sinergias que faciliten la articulación entre políticas públicas, instituciones, academia, sociedad y gobierno.” (Rojas & Rincón, 2020).

Por lo anterior, en la presente sistematización de experiencias se identificaron diferentes actores que participaron directa o indirectamente en el proceso de práctica profesional realizado en la Fundación Hospital San Carlos. Estos actores se comprenden como individuos, grupos o instituciones que influyen o se ven involucrados en el desarrollo de las actividades y en la intervención realizada desde el área de Trabajo Social.

En primer lugar, se encuentran los estudiantes en práctica de Trabajo Social de la Corporación Universitaria Minuto de Dios, quienes desarrollaron su proceso formativo dentro de la institución hospitalaria, participando activamente en las intervenciones psicosociales, el acompañamiento a pacientes y familias, así como en los procesos administrativos y de remisión de casos a entidades competentes.

En segundo lugar, participaron las profesionales del área de Trabajo Social del hospital, quienes orientan, supervisan y acompañan el proceso de práctica, además de liderar las intervenciones sociales dirigidas a pacientes y familiares, garantizando la activación de rutas institucionales y la articulación con otras entidades cuando la situación lo requiere.

De igual manera, se identificaron como actores relevantes el equipo interdisciplinario de salud, conformado por especialistas, médicos y enfermeros, quienes realizan las interconsultas al área de Trabajo Social cuando identifican necesidades psicosociales en los pacientes hospitalizados.

Otro actor fundamental corresponde a los pacientes hospitalizados y sus familias o redes de apoyo, quienes son los principales beneficiarios de la intervención social, ya que a partir de sus situaciones particulares se desarrollan procesos de valoración, acompañamiento psicosocial y activación de rutas de atención frente a problemáticas como violencia intrafamiliar, abandono social o dificultades socioeconómicas.

Finalmente, también se identifican las instituciones y entidades externas, tales como comisarías de familia, Secretaría de Integración Social, Secretaria de la Mujer y otras entidades gubernamentales, con las cuales el área de Trabajo Social articula acciones para el reporte, seguimiento y restablecimiento de derechos en los casos que lo requieren.

En la Tabla 2 se presentan los actores involucrados de ambos sectores, junto con la descripción de sus roles y funciones. Estos actores son directos y se comprenden como elementos fundamentales en el proceso de la praxis profesional y en la construcción del rol del Trabajador Social en formación, en la medida en que su interacción orienta y da sentido a las dinámicas de intervención dentro del escenario de práctica. Posteriormente, se comprenderán los actores indirectos de la sistematización que también son fundamentales en la construcción del documento, evidenciando a través de los mencionados los vacíos que presenta el profesional en su atención.

Tabla 2.

Actores Involucrados

SECTOR	ACTORES	ENTIDAD/PERSONAS	ROL
PÚBLICO		ICBF	Si bien, el ICBF es un ente que aborda los NNA y en el centro hospitalario no se presentan frecuentemente estos casos, es necesario tener presente la ruta, dado que en cuyo caso de una mujer ser víctima de violencia intrafamiliar que se encuentre hospitalizada y sus hijos también se debe reportar a los menores a ICBF vía correo y llamar a la línea 141 en nombre del hospital para recibir el número de radicado que emite el caso.
		COMISARIA DE FAMILIA	Establecer contacto con el paciente reportado para realizar seguimiento del caso y restablecer derechos. La visita la hacen fuera del centro hospitalario, en el domicilio indicado por el paciente y en cuyo caso de ser adulto mayor establecen comunicación con red familiar para establecer acuerdos en el cuidado.
		S. DE LA MUJER	Establece contacto con la mujer que fue reportada por algún caso de violencia o abuso sexual, para realizar acompañamiento psicosocial y así mismo se pueda hacer el respectivo seguimiento al caso y acompañamiento a la paciente extra hospitalariamente.
		S. DE INTEGRACIÓN	Una vez se reporta el caso a integración social, realizan la visita intrahospitalaria al paciente, donde validan aspectos sociofamiliares y realizan la caracterización con el fin de identificar las necesidades específicas del mismo, igualmente activan las rutas y gestionan cupos en "centro días y centro noches" donde les brindan hospedaje si hay cupo disponible, alimentación, aseo personal y en algunos centros recreación y acompañamiento psicosocial. Si el paciente ya ha tenido egreso establecen comunicación con red familiar para validar lo anterior de igual manera.

	JOHAN ALVAREZ	PRACTICANTE DE TRABAJO SOCIAL	Los practicantes de Trabajo Social de la corporación universitaria minuto de Dios, que realizan su practica en el campo de la salud en Fundación Hospital San Carlos, tienen un rol asistencial y administrativo; en el área asistencial realizan intervenciones sociales entendiendo las necesidades de los pacientes en sus dinámicas familiares, esto con el fin de garantizar el acompañamiento y el cuidado debido a los mismos. igualmente se realizan informes y denuncias notificando a las instituciones legales los casos pertinentes que requieren su atención (violencias, abandonos, habitabilidad en calle, códigos blanco), así mismo se brinda información de ingresos a los familiares de los ppl (personas privadas de la libertad) Y en el área administrativa garantizan egresos seguros de los pacientes, validan temas de oxígenos domiciliarios, socializan deberes y derechos de los pacientes y sus familias (copagos), socializaciones de humanización y demás.
UNIMINUTO SECTOR PRIVADO	DANIELA BERNAL	PRACTICANTE DE TRABAJO SOCIALES	Los practicantes de Trabajo Social de la corporación universitaria minuto de Dios, que realizan su practica en el campo de la salud en Fundación Hospital San Carlos, tienen un rol asistencial y administrativo; en el área asistencial realizan intervenciones sociales entendiendo las necesidades de los pacientes en sus dinámicas familiares, esto con el fin de garantizar el acompañamiento y el cuidado debido a los mismos. igualmente se realizan informes y denuncias notificando a las instituciones legales los casos pertinentes que requieren su atención (violencias, abandonos, habitabilidad en calle, códigos blanco), así mismo se brinda información de ingresos a los familiares de los ppl (personas privadas de la libertad) Y en el área administrativa garantizan egresos seguros de los pacientes, validan temas de oxígenos domiciliarios, socializan deberes y derechos de los pacientes y sus familias (copagos), socializaciones de humanización y demás.
	MARCELA SILVA	PROFE SEGUIMIENTO DE PRACTICA	El rol de la docente es realizar seguimiento a la práctica profesional de los estudiantes en sus diferentes escenarios, es decir, realizar tutorías para aclarar dudas, orientar, visitar el campo práctico con el fin de identificar si allí se desarrollan funciones acordes a la profesión.
	DIANA BALLESTEROS	COORDINADORA DE EXPERIENCIA AL USUARIO Y TRABAJO SOCIAL	La coordinadora del área de SIAU Y TRABAJO SOCIAL, tiene como función principal garantizar que la atención en salud sea humanizada, oportuna, accesible y centrada en las necesidades reales de los pacientes y sus familias, promoviendo el equilibrio entre los procesos asistenciales y los derechos del usuario. Sus funciones se destacan porque: - Diseña, implementa y supervisa estrategias de humanización del servicio. -Articula los procesos clínicos con el acompañamiento psicosocial. -Escucha, recibe y analiza peticiones, quejas y reclamos. -Lidera acciones de educación al usuario y la familia. -Monitorea indicadores de satisfacción del usuario.

FUNDACIÓN HOSPITAL SAN CARLOS SECTOR PRIVADO	ANGIE RODRIGUEZ	TRABAJADORA SOCIAL QUE ACOMPAÑA A DANIELA BERNAL	<p>La trabajadora social Natalia Rodríguez desempeña un papel importante en el Hospital San Carlos, dado que su labor se centra en atender las dimensiones sociales que percuten en la salud y el bienestar de los pacientes y sus familias. Desde su postura, la Trabajadora Social realiza evaluaciones sociales integrales, identificando factores de riesgo, económicos, familiares que puedan influir en el proceso de recuperación o tratamiento del paciente. A partir de esta valoración, diseña un plan de manejo de intervención orientadas a facilitar el acceso a recursos sociales, prevenir situaciones de vulnerabilidad y promover condiciones adecuadas para un egreso seguro. Así mismo, reporta a instituciones externas casos complejos, como situaciones de violencia intrafamiliar, abandono, personas sin red de apoyo, adultos mayores en riesgo o pacientes en situación de calle, con el fin de garantizar una atención integral, priorizando la dignidad y el respeto por los derechos humanos.</p> <p>Por último, coordina juntas médicas otros profesionales de la salud, aportando una mirada social para una atención centrada en la persona y su entorno.</p>
	WENDY CASTAÑEDA	TRABAJADORA SOCIAL QUE ACOMPAÑA A JOHAN ALVAREZ	<p>La trabajadora social Wendy Castañeda desempeña un papel importante en el Hospital San Carlos, dado que su labor se centra en atender las dimensiones sociales que percuten en la salud y el bienestar de los pacientes y sus familias. Desde su postura, la Trabajadora Social realiza evaluaciones sociales integrales, identificando factores de riesgo, económicos, familiares que puedan influir en el proceso de recuperación o tratamiento del paciente. A partir de esta valoración, diseña un plan de manejo de intervención orientadas a facilitar el acceso a recursos sociales, prevenir situaciones de vulnerabilidad y promover condiciones adecuadas para un egreso seguro. Así mismo, reporta a instituciones externas casos complejos, como situaciones de violencia intrafamiliar, abandono, personas sin red de apoyo, adultos mayores en riesgo o pacientes en situación de calle, con el fin de garantizar una atención integral, priorizando la dignidad y el respeto por los derechos humanos.</p> <p>Por último, coordina juntas médicas otros profesionales de la salud, aportando una mirada social para una atención centrada en la persona y su entorno.</p>

Nota. Elaboración propia

Ahora bien, los actores indirectos identificados son los **usuarios o pacientes** que fueron atendidos en la Fundación Hospital San Carlos, ya que, si bien la sistematización se realiza en pro de mejorar la intervención brindada desde el área Trabajo Social y experiencia al usuario, proponiendo que las rutas de atención sean activadas de manera más rápida y que se puedan reconocer las diversas poblaciones que llegan a la institución, esto mejora el desarrollo del Trabajador Social en su ejercicio profesional, siendo los usuarios o pacientes beneficiarios de estas propuestas, pero no directos, porque no harán uso de las mismas. Sin embargo, ayudan a identificar las deficiencias en una remisión de caso o al abordar casos complejos sin conocer la población que se atiende; por tanto, es una población indirecta, porque, si bien su participación

es fundamental en la identificación de vacíos, las propuestas de mejora serán específicamente para el profesional.

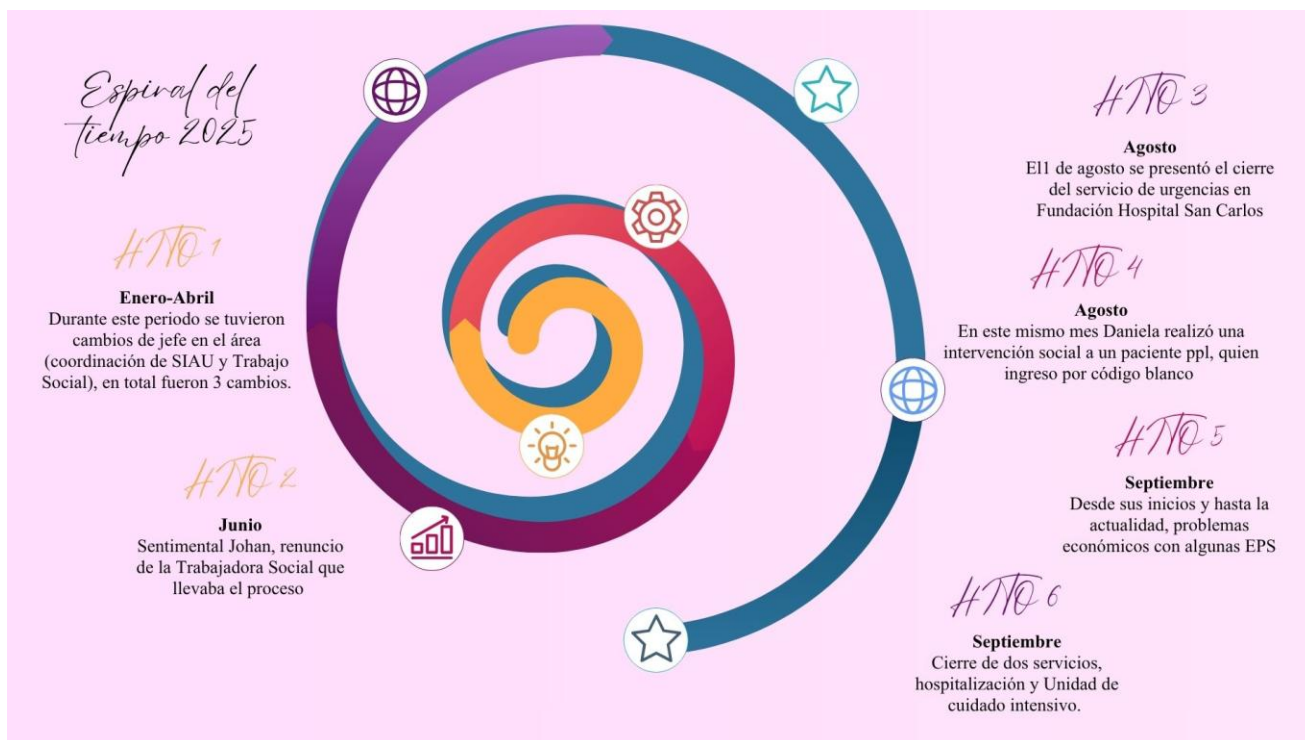
Reconstrucción De La Experiencia

Línea Del Tiempo

Aunque la reconstrucción de experiencia es narrar desde los actores involucrados lo vivido y lo sentido, se debe realizar una línea del tiempo que funciones como una especie de guía, que exponga los hitos más significativos de esta, y así poder desarrollarlos en este apartado, donde no solo se evidenciará el hito como hecho importante de la experiencia, sino también el sentir de los actores, los cambios, las adaptaciones que hubo en el entorno y en los actores involucrados.

Ilustración 2.

Línea del Tiempo



Nota. Elaboración propia, (2025)

HITO 1 ENERO-ABRIL (CAMBIOS EN LA COORDINACIÓN)

Dentro de este hito, que pudiese leerse como un cambio genérico o no tan importante, es necesario resaltar que finalizando el 2024 con la renuncia de la coordinadora del área, el hospital deja sin coordinación durante diciembre de ese año. Posterior a ello, en enero del año 2025 la dirección médica decide poner en la coordinación al psicólogo hospitalario, quien no conocía a fondo los procesos que lleva el área de Trabajo Social, por tanto, en su visión del área y lo que quería lograr con ella, se desdibujaba con la sinergia del grupo y del quehacer profesional del Trabajador Social, por tanto, se evidenciaron múltiples conflictos entre las Trabajadoras Sociales y él, que llevo a su destitución del cargo. Consiguiente a ello vuelve a quedar el área sin coordinación por un tiempo corto dado que una de las Trabajadoras Sociales asumió ese cargo sin remuneración alguna o reconocimiento certificando la experiencia.

Pocas semanas después, asignaron una persona de recursos humanos como coordinadora del área, que significaba un reto para todos dado que, habría que enseñarle a la persona asignada los procesos que se hacían y mostrarle un poco de como funcionaban las intervenciones y las remisiones de caso, que un poco el papel de esta persona era ser una articuladora con las demás áreas administrativas para el apoyo a la sinergia entre equipos para velar por la atención humanizada a los paciente, si bien la persona en mención se adaptó al equipo de trabajo, los administrativos médicos manifestaron inconformidades con ella que se basaban en que ella no era idónea para dicho cargo dada su profesión y rol, por tanto deciden retornarla al área de RRHH y esta vez fue distinto ya que, si hubo una entrega del área a la actual jefe, quien anteriormente era la asistente administrativa del gerente médico, una psicóloga con los estudios recién culminados quien del mismo modo, no contaba con tanta claridad de la intervención que realizaba Trabajo Social y las remisiones de caso. Sin embargo, dado su cargo anterior y sus vinculaciones laborales

con los administrativos ayudo al área a salir adelante, a verse de alguna u otra forma protegida, y sobre toda una apertura al cambio, adaptación y apoyo mutuo entre áreas.

Dado lo anteriormente mencionado, fue necesario destacar que esto constituyó un hito, debido a que, en los cambios de coordinaciones, se desdibujaba la imagen del quehacer del Trabajador Social; de alguna u otra forma, no había un respaldo claro frente a lo que se debía hacer ni a las articulaciones que el profesional debía establecer con otras áreas para hacer efectiva la intervención, además de las funciones que terminaban siendo añadidas por desconocimiento de la profesión. La nueva coordinación, que fue en la medida de lo posible estable, se vio reflejada en la dirección actual, ya que contó con una líder que apoyó las decisiones en equipo, promovió la escucha activa y estableció sinergias que permitieron facilitar algunos procesos como juntas médicas, la realización de pagarés y la vocería en las juntas de pacientes que habían tenido larga estancia hospitalaria y no habían egresado por algún trámite pendiente con Trabajo Social, como citas de control de pacientes con VIH o casos de abandono social.

HITO 2 JUNIO (RENUNCIA DE LA TRABAJADORA SOCIAL A CARGO DEL PROCESO DE JOHAN ALVAREZ)

Desde el ingreso de Johan (practicante) al área, se presentaron muchos cambios, generando inicialmente una sensación de incomodidad por adaptarse a un entorno que no se sentía estable. En un primer momento, el área estuvo a cargo de un psicólogo que desconocía los procesos, esto recargando mucho más trabajo de áreas que no eran competencia. Fue este psicólogo quien asignó a Johan a una de las Trabajadoras Sociales, quien desde el comienzo guio, indicó cómo abordar a los pacientes y familiares, y enseñó a identificar los casos y a qué entes podían remitirse, proporcionando las bases necesarias para ejercer y apoyar de la manera más pertinente. La relación de aprendizaje con alguien contemporáneo facilitó la compatibilidad y permitió establecer un

vínculo que, si bien era laboral, también tenía un componente afectivo debido al proceso de aprendizaje y la gratitud por la enseñanza recibida.

Como se mencionó en el hito anterior, una Trabajadora Social asumió la coordinación temporalmente; fue ella quien acompañaba el proceso de aprendizaje, permitiendo que se realizaran más intervenciones y se tomaran decisiones de manera autónoma respecto a los casos que llegaban a los servicios correspondientes. Esto resultó gratificante, no solo por la oportunidad de asumir responsabilidades, sino también por la sensación de estar preparado y ser lo suficientemente profesional para manejar los casos de manera independiente. En junio del año 2025, cuando la coordinadora temporal decidió aceptar una mejor oferta laboral y dejar el cargo, se generó un impacto emocional importante, debido a la pérdida de la sensación de estabilidad y confort que la relación había brindado. Esto provocó una reacción de cansancio frente a los cambios constantes, dificultad para interactuar y la percepción de desplazamiento dentro de la dinámica del área.

Con el tiempo, se comprendió que estos sentimientos derivaban de la necesidad de adaptarse continuamente a nuevas formas de trabajar y a cambios constantes en el entorno laboral. Actualmente, se aprecia el proceso de adaptación y se reconoce que los cambios no necesariamente son negativos. La persona que acompaña el proceso en la actualidad mantiene una relación de pares, sin jerarquía, estableciendo un vínculo laboral sólido y satisfactorio que trasciende la mera colaboración profesional.

HITO 3. AGOSTO CIERRE DE URGENCIAS

Desde el 1 de agosto del 2025, en Fundación Hospital San Carlos, se presentó el cierre del servicio de urgencias de manera temporal. Esta decisión fue asumida por la junta directiva del hospital con el fin de garantizar la prestación de otros servicios de mayor sensibilidad como lo son

la unidad de cuidados intensivos y la especialidad de cirugía, ya que el sistema de salud en Colombia se ha visto muy afectado económicamente y no era sostenible para el hospital según la dirección médica seguir ofertando este servicio. Por ende, el hospital San Carlos se vio en la necesidad de cerrar temporalmente urgencias y es así como actualmente se encuentra funcionando netamente con remisiones de pacientes ya aceptados para hospitalización y las especialidades que allí se encuentran.

De alguna u otra manera, el cierre de urgencias afecto al servicio de Trabajo Social, dado que los caso que llegaban allí, como lo era habitantes de calle, códigos blancos y abandonos sociales disminuyeron en gran medida, teniendo solo abordajes de esto, cuando de los hospitales que vienen remitidos s los pacientes no se le activan rutas de atención, en algunas semanas se llegó a pensar en dejar solo una Trabajadora Social para todo el hospital, si bien, los casos disminuyeron, con una sola profesional no se logra dar atenciones efectivas ni oportunas.

HITO 4. CÓDIGO BLANCO DE PPL (CASO SIGNIFICATIVO DANIELA BERNAL).

Durante el mes de Julio del 2025, en Fundación Hospital San Carlos, ingresó una persona privada de la libertad (PPL) por código fucsa, sin embargo, la primera valoración que se le realizó al paciente desde el área de Trabajo social fue por parte de una de las Trabajadoras Sociales que estaba a cargo del servicio de urgencias y desde allí reportaron inicialmente el caso. Durante los siguientes días el paciente fue ubicado en el cuarto piso, que es el piso de los internos. Ubicado allí el médico tratante nuevamente solicitó la interconsulta psicosocial, por lo tanto, esa valoración ya la realizó la segunda Trabajadora Social encargada de ese piso, durante esa valoración Daniela (practicante) fue partícipe y estuvo presente durante todo el proceso de él y de su estancia hospitalaria. Si bien, el paciente es una persona privada de la libertad y su contexto ya es complejo

la situación que estaba viviendo lo hacía mucho más difícil, durante las intervenciones en repetidas ocasiones él manifestaba la depresión, la ansiedad y el miedo con el que vivía desde ese día, las valoraciones no solo se limitaron a su motivo de ingreso, sino que también hacía partícipe su vida antes de. Por lo tanto, su historia conmovió a la practicante, generó un conflicto interno de la realidad en la que se vive, en las injusticias y de que nadie debería vivir una situación así. Emocionalmente ella se sentía muy afectada, se cargó de ese suceso y la llevo a empatizar más con él, si bien la relación era netamente de médico a paciente, ella se propuso a hacerle su estancia hospitalaria un poco más amena, más tranquila y que él en cada valoración se sintiera en un lugar seguro. Finalmente, tuvo egreso y regresaba al centro penitenciario, allí se perdió contacto con él, pero como se mencionó su historia y su realidad marco a las profesionales que abordaron su caso.

HITO 5. PROBLEMAS ECONÓMICOS Y LA ATENCIÓN CON ALGUNAS EPS.

Durante el mes de septiembre del mismo año, se comenzó a evidenciar una crisis financiera en varias entidades prestadoras de servicios, como NUEVA EPS y FAMISANAR. Esta situación provocó un declive económico en el Hospital San Carlos, debido a que los convenios con estas EPS comenzaron a limitarse y los pagos pendientes por cuentas de largas estancias fueron retenidos. Esto impactó directamente al hospital, ya que su sostenimiento financiero depende de los pagos oportunos de cada EPS a la que pertenecen los pacientes.

Asimismo, numerosos pacientes resultaron afectados por esta situación, ya que se cancelaron citas y controles programados en los hospitales con los que cada EPS tenía convenio. Como consecuencia, se generó una acumulación de pacientes con diferentes necesidades y demandas, incrementando la presión sobre los servicios hospitalarios.

Adicionalmente, esta problemática generó retrasos en los procesos de egreso, especialmente en aquellos casos que requerían autorizaciones por parte de las EPS para el suministro de insumos, medicamentos o remisiones a otras instituciones. Igualmente, esto incrementó la molestia entre los usuarios por la cancelación de citas o controles, por tanto, desde el área de Trabajo Social esta situación implicó brindar orientaciones a los usuarios frente a sus derechos en salud y las rutas de atención que podían tomar si las EPS no les brindaban una respuesta oportuna, evidenciando así la importancia del rol del Trabajador Social en contextos de crisis del sistema de salud.

HITO 6. CIERRE DE UCI Y UN SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.

Finalmente, en el mismo mes de septiembre se evidenció el cierre del servicio del piso sexto sur, principalmente por arreglos internos; no obstante, esta medida también se debió a la baja demanda de pacientes, dado que, como se mencionó anteriormente, se habían limitado los convenios con dos EPS. De igual manera, el servicio de cuidados intensivos UCI 4 tuvo un cierre temporal durante este mes, ya que la cantidad de pacientes remitidos a este servicio disminuyó, y resultaba suficiente mantener habilitados únicamente UCI 2 y UCI 3. Sin embargo, en la actualidad UCI 4 volvió a estar en funcionamiento debido al incremento en la demanda de pacientes que requieren atención en este nivel de cuidado.

En definitiva, para cerrar este capítulo, es necesario revisar detenidamente cada hito registrado durante el año 2025. Si se analizan con detalle, se evidencia que han ocurrido cambios muy significativos en un solo año, lo cual resulta problemático, no solo para los usuarios del sistema de salud, sino también para los funcionarios. En lo que respecta al área de Trabajo Social, estos cambios han requerido una constante adaptación de las intervenciones y un aprendizaje profundo de aspectos que anteriormente no se conocían, con el fin de garantizar la efectividad de la intervención. Esto incluye comprender los procedimientos administrativos internos y, en el caso de los códigos blancos de los PPL, entender que la

Policía Judicial del INPEC es la autoridad que aborda estos casos y con quien se debe comunicar en primera instancia.

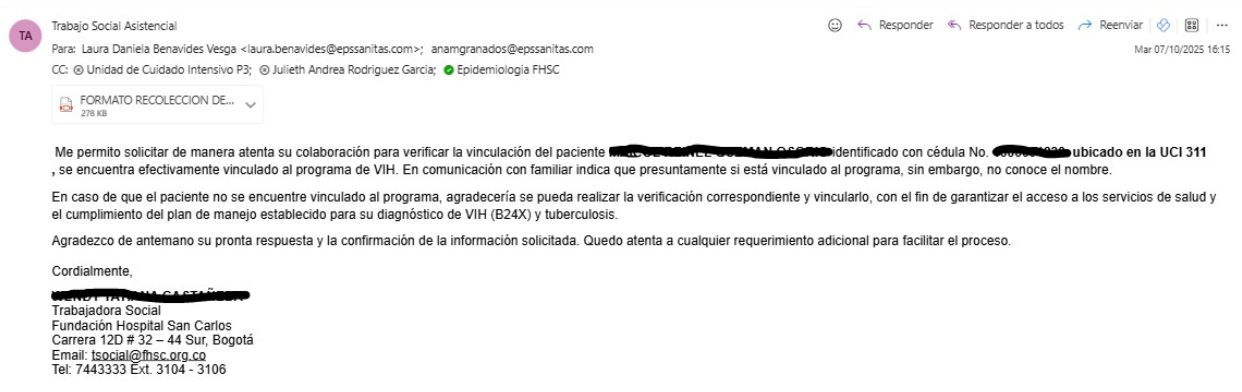
Inventario De Huellas

Para dar cuenta de que insumos o herramientas se utilizaron durante la experiencia, es necesario realizar una búsqueda de aquello con lo que contaba el centro hospitalario y que da cuenta de los aportes que se realizaron al evidenciar vacíos. Para ello, se realizó una búsqueda en el MAIL de Trabajo Social del centro hospitalario que evidencian las remisiones de casos que se hicieron durante el año 2025, esto con el fin de dar a conocer la estructura y los cuerpos de estas remisiones, adicional del quehacer profesional en casos específicos, dando cuenta de la intervención que realiza el Trabajador Social y la articulación con entes pertinentes según el caso lo requiera. A continuación, estos son muestras de intervenciones realizadas por el servicio:

Ilustración 3.

Caso Reportado de B24X

(Reporte B24X (VIH) para vinculación al programa de su EPS)



Nota. (Extraído del área de Trabajo Social FHSC, 2025)

“En los casos donde llegan pacientes con diagnostico B24X (Virus de la Inmunodeficiencia Humana, VIH) y no se encuentran vinculados al programa de tratamiento de su eps, o presente

fallas para la consecución de sus retrovirales, se debe emitir un correo adjuntando una ficha que recolecta los datos del paciente con la información que requiere el programa y el área de epidemiología para sus debidos estudios, es necesario aclarar que la ficha fue realizada por el área de Trabajo Social en el año 2025, ya que la super salud presento novedades con la consecución de estos casos posterior al egreso hospitalario”

A partir de la anterior situación se evidencia como el rol del Trabajador Social es un actor clave en la garantía del acceso efectivo a los servicios de salud, especialmente en contextos donde se presentan fallas en la continuidad del tratamiento. Asimismo, se manifiestan los vacíos y las dificultades que presentan los pacientes en la articulación del sistema de salud que afecta directamente la calidad de vida de los usuarios. En este sentido, la creación de herramientas como la ficha mencionada refleja la capacidad profesional para generar estrategias que respondan a problemáticas emergentes, fortaleciendo los procesos de seguimiento y vinculación institucional.

Ilustración 4.

Caso Reportado de Violencia Intrafamiliar

(Violencia intrafamiliar)

articulación con diferentes instituciones, esto pone en evidencia que el trabajo interinstitucional es muy importante para garantizar la protección de derechos y el seguimiento efectivo de los casos reportados.

Ilustración 5.

Caso Reportado de Abandono Social

(Abandono social)

Trabajo Social Asistencial

Para: Comisaría de Familia Rafael Uribe Uribe <comisaria_rafaeluribe@sdsls.gov.co>; Comisaria Primera de Familia <comisaria1@alcaldiasoacha.gov.co>; y 1 más

CC: Diana Paola Ballesteros

52199914.pdf
105 kb

Buenos tardes,
Cordial saludo

Por medio del presente se deja en conocimiento desde el área de Trabajo Social el caso del paciente [REDACTED] de 66 años, identificado con C.C. [REDACTED] quien ingresa a la **Fundación Hospital San Carlos** el día 01 de SEPTIEMBRE del año en curso, con DX registrado en historia clínica 'paciente de 66 años remitida de Soacha por sospecha de evento coronario ligo el 31/09/25 en contexto de síntomas respiratorios y dolor torácico de 3 días de evolución realizan valoración inicial con evidencia de signos de sobrecarga necesidad de oxígeno suplementario y alteración electrocardiografías consistente en fibrilación auricular por lo cual realizan manejo antiarrítmico, antihipertensivo y estratificación inicial con manejo anti isquémico remiten para valoración ingresa con vitales estables, necesidad de seguimiento en la unidad por fibrilación auricular con indicación de manejo antiarrítmico y estratificación coronaria dado lo niveles de troponina inicial por ahora se ajusta manejo medico y se solicitan exámenes complementario paciente entiende y acepta'. Actualmente, paciente **se encuentra en condición de vulnerabilidad social**; en el servicio de unidad de cuidado intensivo, ubicado en la **CAMA UC407, sin fecha de egreso definida.**

INTERVENCIÓN POR TRABAJO SOCIAL 16.09.2025

Se realiza nuevamente contacto directo con la paciente, dado que servicio medico reporta ideaciones de salida voluntaria por parte de ella, paciente manifiesta "yo estoy cansada de estar aquí, que voy a hacer en un lugar donde no me están haciendo nada". Por lo anterior se indican tramites administrativos y el estado de salud que estarían afectados, realizando psicoeducación sobre su estado en la UCI, paciente refiere entender y aceptar información. Adicional, se establece contacto directo, con red de apoyo solidaria [REDACTED] en calidad de amiga, con número celular [REDACTED] quien refiere que la paciente reside hace 10 años con ella, actualmente reside en el municipio de Soacha-Cundinamarca, en el barrio LA ISLA, ubicadas en el domicilio [REDACTED] donde ella le suministra todas sus necesidades básicas, puesto que la señora [REDACTED] labora, pero ayuda con el quehacer del hogar, adicional refiere que ella es intermitente, pues ha residido con muchos amigos. Finalmente manifiesta que no se hará responsable del egreso de la señora, sin embargo, validará con el hijo de la paciente [REDACTED] con número celular [REDACTED], que harán con ella dado que va a requerir cuidados específicos que su red solidaria no puede suministrar dado que labora para solventar los gastos del hogar y así poder garantizar el cuidado adecuado.

CONCEPTO SOCIAL

Paciente quien se encuentra orientada en tiempo y espacio al momento de las intervenciones realizadas, refiere que es oriunda en el municipio de Soacha, Ubicada en el barrio LA ISLA, ubicadas en el domicilio [REDACTED] quien reside junto a su red Solidaria la Sra. Alicia Ramos, en calidad de amiga, con número celular [REDACTED], quien ha realizado las visitas en el servicio de hospitalización, adicional paciente que no tiene ingresos económicos fijos, pues no labora activamente, no es pensionada y los ingresos que tiene devienen de su red solidaria quien le suple sus necesidades básicas. Del mismo modo, desde el área de Trabajo Social se establece contacto vía telefónica con [REDACTED] en calidad de hijo, con numero celular [REDACTED], se ha mostrado receptivo ante la información suministrada, sin embargo, no cuenta con comunicación con su madre. Por lo anterior, se realiza reporte a entidades correspondientes, en aras de validar el egreso seguro de la paciente cuando sea necesario, dado que en el momento se está a la espera de una posible remisión por CIRUGIA CARDIOVASCULAR, adicional de validar dinámicas de apoyo con sus tres hijos y establecer así el cuidado que la paciente requiere.

Nota. (Extraído del área de Trabajo Social FHSC, 2025)

“Los abandonos sociales tienen algunas generalidades que se pueden evidenciar en la entrevista social, son adultos mayores, quienes no tuvieron hijos ni pareja sentimental, algunos habitan la calle y en otras ocasiones son personas que se evidencian en una posible condición de vulnerabilidad, bien sea porque dado su DX ya no podrá residir solo/sola y deberá contar con un cuidado idóneo, y en algunos casos cuando la red de apoyo se evidencia no diligentes con los tramites hospitalarios para el egreso y generen una brecha para el mismo, se emite correo por

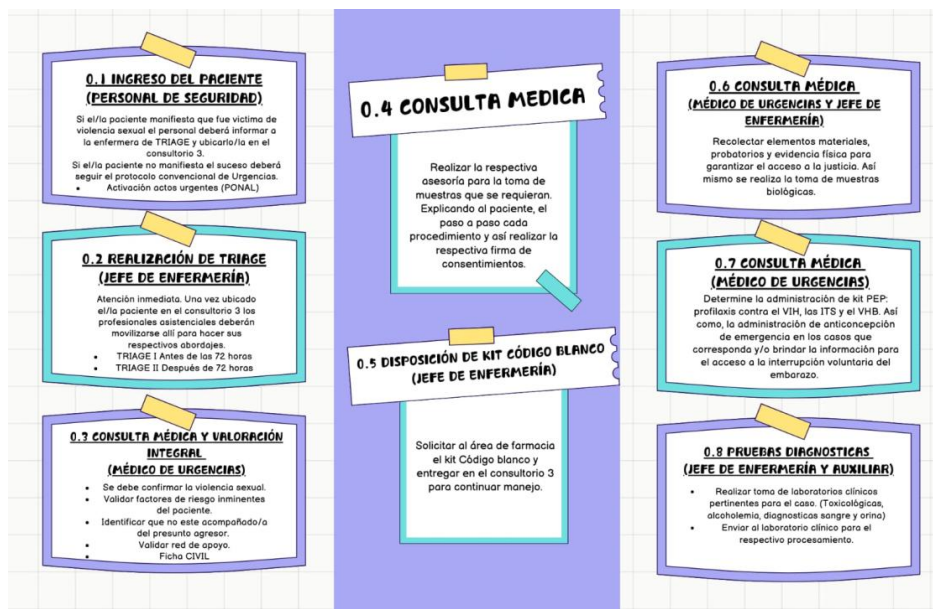
vulneración de derechos, por ello se remite a comisaria de familia de la jurisdicción donde resida en aras de que realicen seguimiento al caso posterior a su egreso para garantizar sus derechos y en otros de mayor urgencia se emite adicional a secretaria de integración social y vejez para lograr una visita durante la hospitalización, sin embargo los procesos son muy largos y en gran parte de estos casos no se logra establecer ni definir algo más allá del reporte”.

Teniendo en cuenta estos MAIL, cabe mencionar que era el insumo más palpable en el área y del cual los practicantes se guiaban para realizar las remisiones de casos, sin una guía específica o un protocolo establecido. De aquí, deviene el primer vacío, pues si bien el protocolo de código blanco (Presunción de un abuso sexual) se encontraba en la base de datos del hospital, no era visible para los servicios médicos ni para el área de Trabajo Social, por tanto, se creó un folleto informativo sobre los pasos esenciales en este caso y como debe accionar las áreas al presentarse en el centro médico.

Ilustración 6.

Folleto Informativo (Protocolo, Código Blanco)





Nota. Elaboración propia, (2025)

Del mismo modo, se realiza a partir de las necesidades del área y de la demanda de pacientes adultos mayores en riesgo de abandono social atendidos en el centro hospitalario un folleto informativo (Anexo 4), en aras de concientizar a la red de apoyo del paciente el cómo identificar la vulneración de los derechos de este grupo poblacional.

En este inventario, se puede dar cuenta de las herramientas con las que cuenta el Trabajador Social y con las que contaron los practicante durante ese periodo, pues define y expone los vacíos que allí se encuentran, si bien hay unos correos que trazan una estructura para las remisiones de caso y unas instituciones pertinentes para cada uno de ellos, no se evidencian protocolos específicos de atención, y allí surge un proceso reflexivo de lo que supone deba hacer el Trabajador Social si no contara con estas estructuras predeterminadas o que aborde casos que no se hayan abordado en su transversalidad en el pasado, que sobre esto se ahondará en el levantamiento de huellas.

Levantamiento De Huellas

En este apartado, se da profundidad acorde a lo presentado en el inventario de huellas y lo que allí se puede evidenciar, que de acuerdo a las notas de MAIL la intervención del Trabajador

Social y el cómo se debe proceder ante la remisión de casos está establecida, sin embargo, no es así, pues se puede deducir que de alguna u otra manera está no deviene netamente de protocolos establecidos si no por el contrario es empírica en su quehacer, conociendo que las herramientas que predominaban para guiar su labor eran estructuras de correos con distintos casos.

Sin embargo, se puede evidenciar en la imagen 3, donde se establece que el servicio fue quien creó la ficha de levantamiento de datos de los pacientes diagnosticados con VIH (B24X) a partir de las demandas específicas requeridas para la vinculación a programas de tratamiento en su EPS y de acuerdo con los seguimientos que debe realizar el servicio de infectología del centro hospitalario, para garantizarles el tratamiento y no vulnerarles los derechos. Desde allí, se puede concluir que la ficha no solo beneficia al área de Trabajo Social, sino transversaliza el beneficio a otros servicios y finalmente en pro de la adherencia al tratamiento del paciente.

Pese a que se establece en la normatividad legal colombiana ciertas generalidades, el Trabajo Social evoluciona y se adapta según lo requiera el sistema de salud y los sujetos que acceden a él, quienes finalmente trazan las problemáticas base a las que el profesional puede verse expuesto a realizarle intervención y remisión de ser necesario, por tanto, de ahí que la normatividad sea general, pues por sí sola no establece rutas claras ni transversales, por ende es efectiva solo si el Trabajador Social las adapta de manera adecuada y pertinente a cada caso que atiende en el centro hospitalario.

Además de los vacíos encontrados en los MAIL como una de las herramientas principales, se encontraron vacíos en la atención del Trabajador Social, pues si bien se tenía conocimiento por parte del área de Trabajo Social de la poca concientización de sobre el acompañamiento al adulto mayor durante la hospitalización y de las posibles violencias que algunos cuidadores ejercen al realizar su labor, no se había tomado acciones correspondientes por parte del área para mitigar

estas acciones y socializar en aras de concientizar sin que demandará tiempo las profesionales, por ello se realizó el folleto, que surgió como una estrategia para ponerlo en puntos focales del centro hospitalario siendo visibles a los pacientes y a las visitas, allí se comunica cuales son las violencias a las que el adulto mayor puede estar sometido, rutas y líneas de atención a las cuales se pueden comunicar la red de apoyo en cuyo caso de evidenciar alguno de estas violencias y se enfatiza la ley 1850 del 2017 donde se penaliza el abandono del adulto mayor.

Del mismo modo, el abandono social está profundamente relacionado con la ausencia o con la debilidad de redes de apoyo bien sea familiar o solidaria, así como algunas condiciones de salud que incrementan su nivel de dependencia y vulnerabilidad social. Por ello, el Trabajador Social no solo identifica estas situaciones y activa las rutas interinstitucionales para la garantía de derechos, sino que también pone en evidencia la existencia de limitaciones en los tiempos de respuesta y en la efectividad de las instituciones, lo que dificulta la continuidad del proceso como la vinculación a un hogar geriátrico del estado y la consolidación de soluciones pertinentes para los pacientes posterior a su egreso hospitalario.

Con relación a las herramientas que se utilizaron, uno de los instrumentos implementados para complementar la reconstrucción de la experiencia adicional de los mencionados en el apartado anterior y en necesidad de establecer una relación entre lo tangible y el sentir de aquellas personas que acompañaron este proceso en la praxis profesional. Se realizó una entrevista semi estructurada, que permitió la expresión de los actores involucrados en la experiencia ya que, está se define como “una entrevista que permite mantener una guía temática, pero también adaptarse a las particularidades del diálogo y profundizar en aspectos relevantes que surgen durante la conversación” (Kvale, 2011).

Del mismo modo, esta herramienta permitirá de acuerdo con el relato de la Coordinadora del área, de la Trabajadora Social y de los practicantes el objetivo de complementar lo tangible suministrado en el apartado anterior y lo dicho por los referentes teóricos utilizados en el tercer apartado, desarrollando una triangulación de datos que dan cuenta en todas sus esferas sobre el quehacer profesional y su intervención en el ámbito de la salud.

Ahondando en la entrevista, las personas involucradas fueron la coordinadora del área que llevaba seis meses en ese momento ejerciendo el cargo, ella es una psicóloga recién graduada quien antes de ejercer el cargo se encontraba siendo la mano derecha del director médico, si bien tenía conocimiento del área, estos eran bagos y por tanto recurrió a un proceso de adaptación donde aquellas personas que se encontraban presentes al momento le indicaron los procesos que se hacían allí y que llevaba a cargo la misma. Consideramos importante la perspectiva de ella puesto que su experiencia en el área administrativa y ahora en el área asistencial, permite una perspectiva más holística de lo que es el Trabajo Social y la importancia de su intervención en el área de la salud.

Igualmente, se realizó una segunda entrevista a la Trabajadora Social quien lleva seis años ejerciendo la profesión y tres meses ejerciendo su cargo en el área de la salud, se consideró pertinente su perspectiva de la profesión acorde a su experiencia y como llevo a cabo su proceso de adaptación en un ámbito que antes no había experimentado, haciendo preguntas encaminadas a los desafíos que presento en su intervención como profesional y estos relatos triangulados en concordancia con lo dicho por los autores en las categorías establecidas, exponiendo de manera clara aquellas deficiencias en el campo de la salud.

Reflexiones De Fondo

Si bien, se cuenta con las definiciones que brindan los referentes teóricos a cada una de las categorías, es necesario compararlas con la vivencia de cada actor involucrado en la experiencia y no solo el individuo que la sistematizará, sino todos aquellos involucrados en el proceso puesto que, permite una mirada más holística para el análisis y comprensión de la experiencia para poder así, abordar los puntos de llegada de cada una de las categorías y subcategorías predominantes establecidas en el marco teórico y que permitieron el análisis específico para el abordaje en la sistematización.

Hallazgos Trabajo Social

Aprendizajes

En los hallazgos de la categoría de Trabajo Social, se pudo encontrar de acuerdo con la triangulación de información con base a los teóricos establecidos en el marco teórico y los relatos de la coordinadora del área y de la Trabajadora Social, reflexiones que devienen del análisis crítico desde las distintas perspectivas establecidas en esta. En principio, la coordinadora del área establece que para ella el Trabajo Social en el campo de la salud es:

“Es muy importante el vínculo del Trabajador Social, porque establece el puente del paciente hacia su red de apoyo que es su familia” (Ballesteros, comunicación personal, 1 de noviembre de 2025)

La coordinadora del área define al Trabajador Social como un puente de comunicación entre la familia, el paciente y el centro hospitalario, que de alguna u otra manera tiene coherencia en su definición y en los distintos ámbitos donde este se puede desarrollar el quehacer profesional, que son; “la salud, educación, penal, organizacional, que éstas se pueden clasificar en instituciones

privadas o públicas” (Castellanos, 2023., Pag, 22) y en todas se puede desenvolver teniendo incidencia en los sectores mencionados, donde se tiene una visión general de su labor, definiéndolo en funciones no específicas de cada uno, pues lo que supone debe realizar es “desarrollar e implementar programas y proyectos sociales con el fin de atender una problemática específica” (Castellanos, 2023., Pag, 21), que profundizando en la experiencia la Trabajadora Social Castañeda, 2025 manifiesta que;

“Tenemos una metodología, inicialmente el estudio de caso después hacemos posteriormente un diagnóstico social donde buscamos identificar que necesita ese paciente y por supuesto que necesita esa familia” (Castañeda, comunicación personal, 1 de noviembre de 2025)

Por tanto, desde el relato se evidencia que el Trabajo Social, en esencia tiene una metodología que hace de ella una profesión, con los distintos métodos, como caso/familia, grupo y comunidad que tiene ciertas particularidades que los diferencia, pero así mismo en el área hospitalaria se define el modelo de intervención según el relato y la vivencia misma del paciente, así mismo se puede decir que la herramienta más utilizada es el estudio de caso que, permite acomodarse a cada caso que presente el paciente según sus condiciones socioeconómicas o acordes algún tipo de violencia o vulneración de algún derecho fundamental y requiera ser remitido alguna entidad gubernamental para los respectivos seguimientos.

Básicamente, la profesión se define como un articulador de redes institucionales, que permite dar a conocer los casos de los pacientes cumpliendo con su rol asistencial que es una de las funciones que realiza en el campo, allí el Trabajador social debe comprender los fenómenos sociales a los que se puede ver expuesto, dado que la salud permite que el profesional indague de

los diferentes grupos poblacionales que pueden llegar al hospital y por tanto a las problemáticas a las que están expuestas aquellas personas. Sin embargo, se podría decir que no es posible saber por completo las problemáticas que se atienden puesto que las personas son tan diversas, que pueden atravesar diferentes problemáticas al mismo tiempo en el que son atendidas.

Por tanto, se realiza una crítica al sistema estructural de acuerdo a (Husserl, 1992) pues él plantea “comprender los fenómenos tal como se presentan en la conciencia de los individuos, priorizando la experiencia subjetiva como punto de partida para la interpretación de la realidad”, porque el sistema estructural no establece protocolos de atención desde la subjetividad y se comprende, dado que no habrían protocolos suficientes y estos tendrían que estar en constante renovación, pero si se realiza una crítica, porque si bien la normatividad tiene las intervenciones estandarizadas, deberían en primer momento permitir promoción de alternativas en mejora a las atenciones y asegurar cubrimiento de suficientes profesionales en Trabajo Social en los centros hospitalarios para atender de forma efectiva todos los servicios y poder permitir seguimiento a los casos que requieran este.

Funciones Del Trabajo Social

Transformaciones

Del mismo modo, dentro de esta categoría es necesario establecer la subcategoría que defina las funciones del profesional en el campo de la salud, dado que se divide en las funciones administrativas, que son aquellas que conllevan tramites de egreso hospitalario, como gestión de oxígenos, citas de control para programas de VIH de acuerdo a sus EPS, afiliaciones al sistema de salud, entre otras gestiones que realiza el profesional para la estancia integral del paciente dentro del centro hospitalario.

Sin embargo, esta sistematización, se enmarca en las funciones asistenciales, pues allí fue donde se evidenciaron vacíos para la atención y remisión de casos, pues si bien se cuenta con un marco normativo que define las instituciones gubernamentales a las que corresponde cada grupo poblacional, orientando las remisiones de caso, no define las atenciones dentro del centro hospitalario en su transversalidad, pues estas funciones se deben caracterizar “por el apoyo y acompañamiento tanto a los pacientes como a sus familias y entorno, así como a los miembros del equipo interdisciplinario” (Arango et. Al, 2009) que, si bien el profesional debe estar en la capacidad de responder a esta demanda, se generan problemáticas en protocolos deficientes por falta de claridad en el quehacer de este.

Ahora, los protocolos para los códigos blancos (abuso sexual) en las personas privadas de la libertad, como se evidencia en el hito 4 en la reconstrucción de la experiencia de la practicante, allí se definía que el contexto del privado era complejo y la situación que estaba viviendo agravaba la situación por la que atravesaba, allí el paciente durante las intervenciones en repetidas ocasiones manifestaba depresión, ansiedad y miedo con el que vivía desde ese suceso, las valoraciones no solo se limitaron a su motivo de ingreso, sino el sistema del que era partícipe limitaba los canales de remisión, puesto que no había un protocolo establecido para esa situación en ese grupo poblacional específico, por tanto el equipo de Trabajo Social decidió denunciar el hecho a la fiscalía, personería, policía e INPEC para que ellos mediante el estudio de caso evidenciaran las intervenciones realizadas y la gravedad de este.

Esto genera un proceso reflexivo para el profesional, comprendiendo que todos los procesos que se evidencian en el centro hospitalario son diversos y los protocolos de atención deben ser actualizados constantemente, si bien hay casos que no son tan “comunes” como el mencionado anteriormente, porque durante la estancia de los actores involucrados solo se vio un

par de veces y por tanto no hay una ruta establecida para ellos, es necesario crearlas y actualizarlas con el tiempo.

Esta categoría permitió identificar como principal **aprendizaje** la comprensión del Trabajo Social en el ámbito hospitalario como un ejercicio metodológico basado en el estudio de caso y la articulación de redes de apoyo, más allá de una función meramente asistencial. Como **reto**, se evidencia la necesidad de responder a problemáticas sociales complejas en contextos donde los protocolos no siempre son claros ni suficientes, lo que exige del profesional una alta capacidad de adaptación y análisis crítico. Igualmente, como **lección** aprendida, se reconoce la importancia de fortalecer el rol del trabajador social como mediador entre el paciente, la familia y la institución, visibilizando también **limitaciones** estructurales relacionadas con la falta de lineamientos específicos y la insuficiencia de recursos profesionales para garantizar una atención integral.

Hallazgos Atención Psicosocial

Retos Y Lecciones Aprendidas

Otra de las categorías establecidas fue la atención psicosocial, que se enmarca como; “un conjunto de procesos articulados de servicios que tienen la finalidad de favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales” (Ministerio de salud), estos daños, son todos aquellos efectos colaterales en un paciente o familia que este atravesando por enfermedades terminales o cuadros de salud relacionados con lo cognitivo o físico presentado en un paciente, este tipo de atención requiere de un recurso humano derivado de las ciencias sociales, capaz de abordar adecuada y oportunamente estas familias y usuarios. En Fundación Hospital San Carlos durante el año 2025, esta atención psicosocial fue acompañada por los profesionales de psicología y Trabajo Social, quienes realizan un trabajo conjunto para abordar a la familia y a los pacientes para acompañar dichos procesos.

Sin embargo, allí se evidenciaron unas dificultades internas entre los profesionales, pues el servicio de psicología durante el segundo semestre del año en mención estaba en el horario de 7:00 AM a 12:00 PM, lo cual dificultaba el trabajo interdisciplinar, no solo en la comunicación de los casos y lo pertinente que era la remisión de caso o el abordaje a la familia de manera conjunta, sino además de las atenciones que requerían inmediatez pero se retrasaban aún más por que dicho servicio se ausentaba mayor parte del día, lo cual representaba procesos de egreso detenidos, intervenciones en crisis en la Unidad de cuidado intensivos en la visita de la tarde de sus familiares que correspondían al horario de 15:00 PM a 16:00 PM, lo cual representaba al Trabajador Social hacer gran parte de esas atenciones puesto que, requerían la inmediatez de un profesional social para las intervenciones en crisis que no dan espera, bien sea a pacientes o familiares, que necesitan de una interacción urgente.

Atención A Usuarios

Transformaciones

Muchas de las atenciones en crisis eran por la pérdida de un adulto mayor dado que, era el grupo poblacional que mayormente se atendía en el centro hospitalario, comprendiendo que la ley 1251 del 2008 “establece que los adultos mayores deben tener acompañamiento permanente en el hospital” (Función pública, 2008), durante el 2025 se evidencio que muchos de los pacientes que pertenecen a este grupo poblacional no contaban con un acompañamiento efectivo y en algunos casos era ausente.

Al ver esta problemática, que si bien en algunos casos eran abandonos sociales o solo contaban con red de apoyo solidaria, los practicantes de Trabajo Social, propusieron realizar un folleto informativo sobre el abandono social en adultos mayores, al evidenciar vacíos en la concientización del acompañamiento que requieren estos pacientes y la poca colaboración con el

servicio de salud, adicional del aumento en emociones negativas en aquellos paciente que su familia se ausenta durante la hospitalización.

Este folleto mencionado, se puede evidenciar en el **anexo 3** cómo se puede identificar una violencia hacia el adulto mayor, la importancia del acompañamiento intrahospitalario y extrahospitalario, adicional de instituciones gubernamentales o canales para realizar denuncias anónimas en cuyo caso de presenciar o saber de algún caso donde se vulnere los derechos de este grupo poblacional. El folleto se ubicó en zonas estratégicas del hospital, uno la recepción del hospital donde concurren todas las personas que ingresan y otro en la ventanilla de la oficina de Trabajo Social y experiencia al usuario, fueron ubicados allí porque son puntos donde hay la visibilidad y el espacio para acercarse a leerlo y poderle tomar foto, con esta estrategia se entiende que no se mitiga la problemática, pero si concientiza y se da a conocer que el abandono social es un delito y que el adulto mayor es un sujeto de derechos donde su familia o red de apoyo tienen corresponsabilidad con él.

Interacción Con Pacientes Y Familiares

Aprendizajes

De acuerdo con los vacíos expuestos en la categoría y en relación con lo realizado para los usuarios, es necesario esclarecer que en este proceso tiene gran relevancia la interacción con los pacientes y sus redes de apoyo, ya que estas permiten la construcción social de significados en torno a la experiencia de la enfermedad, a partir de la relación entre los sujetos y su contexto (Berger & Luckmann, 2003).

La intervención debe orientarse desde la transparencia en la divulgación de la información, garantizando veracidad sin caer en la crudeza, y promoviendo la empatía al reconocer a la familia o al paciente como sujetos que piensan y sienten. No obstante, surgen críticas relacionadas con la

normalización de los hechos o tragedias, pues quienes trabajan en el ámbito hospitalario, a partir de su experiencia, pueden llegar a naturalizar estas situaciones, perdiendo de vista que para muchas familias puede tratarse de su primer duelo o de la vivencia de una enfermedad terminal. Asimilar un hecho que transforma la dinámica familiar y genera una ausencia implica un proceso de duelo que, aunque no corresponde al profesional en su dimensión emocional, sí interpela su ética profesional y la conciencia del rol que desempeña, especialmente en el ámbito asistencial.

En este sentido, el Trabajador Social puede reconocer la experiencia del otro sin involucrarse afectivamente, lo que permite, con base en (Berger & Luckmann, 2003), una construcción colectiva en la que los individuos, mediante el lenguaje y la interacción cotidiana, producen y reproducen significados que ayudan a comprender y dar sentido al mundo social. Esto posibilita comprender el dolor del otro, aun sin experimentarlo directamente, y favorece la reflexión para mejorar la intervención y hacerla más humana. Así, aunque se atiendan de manera reiterada casos de duelo o situaciones de salud complejas, el principio ético debe impedir la normalización del dolor de las familias y los pacientes, promoviendo, en cambio, una retroalimentación constante sobre la importancia de la profesión y el carácter pertinente y sanador de la intervención.

En síntesis, esta categoría permitió evidenciar como **aprendizaje** la importancia del trabajo interdisciplinar en la atención psicosocial, reconociendo que el acompañamiento integral a pacientes y familias requiere la articulación efectiva entre diferentes profesionales. Como **reto**, se identifican las dificultades derivadas de la limitada disponibilidad de servicios, particularmente en el área de psicología, lo que impacta directamente en la oportunidad y calidad de la atención. Como **lección** aprendida, se resalta la necesidad de generar estrategias alternativas desde el Trabajo Social para mitigar estas falencias, como la creación de herramientas informativas y de

sensibilización. No obstante, se evidencian **limitaciones** asociadas a las condiciones institucionales que registren la cobertura y la continuidad de los procesos psicosociales.

Hallazgos Salud

Retos Y Lecciones Aprendidas

Una de las categorías esenciales es la salud, puesto que define el campo de acción, donde se define el rol del Trabajador Social en este ámbito y así poder comprender cuáles son sus intervenciones y pertinencia en la misma. La (OMS, 1946) define esta categoría como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, esta definición permite ver que la salud no es meramente atención médica para el estado físico y/o mental, sino también validar las condiciones sociales con las que cuenta el paciente, es decir, si estas son una barrera para el acceso de salud o por el contrario presenta una amenaza para la recuperación del paciente posterior a su hospitalización.

El rol del Trabajador Social en todos los campos, es ser un puente de comunicación entre la institución a la cual pertenezca y los usuarios o poblaciones que se esté atendiendo, sin embargo, en el área de la salud “trabaja en pro de mejorar los contextos sociales a los que cotidianamente se enfrentan los pacientes, esto desde una intervención humanizada e integral” (Martínez, 2016). Si bien, el profesional trabaja en pro de mejorar los contextos sociales de aquellos pacientes que se les esté vulnerando algún derecho o se evidencie con alguna precariedad, el sistema no permite que el profesional pueda garantizar algo más allá de la remisión respectiva de los casos, dado que, la intervención intrahospitalaria y el alcance al que se puede llegar está limitado al corto tiempo de hospitalización del paciente y la respuesta poco efectiva de las entidades correspondientes quienes son finalmente los que realizan los seguimientos.

Sin embargo, lo anterior no quita el hecho de la violencia sistemática que se evidencia en el sistema de salud hacia los usuarios, cuando no se puede alcanzar más allá de una remisión de caso por parte del profesional en Trabajo Social, esperando una cantidad de tiempo irracional para que estas entidades puedan recepcionar el caso y reestablezcan los derechos vulnerados y quienes brindan el apoyo tangible a la persona que lo necesite según su criterio, puesto que luego de su egreso hospitalario no se realizan seguimientos de las problemáticas atendidas en el centro por parte del mismo, como se evidencia en el relato de la Trabajadora Social del centro hospitalario Castañeda,2025:

“Bueno, creo que es un campo que implica muchos retos, eh sobre todo como en la inmediates de, de las intervenciones porque se necesita una respuesta rápida y eficiente a los diferentes problemas que se presentan en cada uno de los servicios eh pues es importante también porque nosotros somos como ese puente que conectan los servicios de salud con las familias y el paciente” (Castañeda, comunicación personal, 1 de noviembre de 2025)

A partir del relato, se cuestiona en el campo que, como profesional se quisiera hacer más allá de una remisión de caso y poder garantizar lo que el paciente requiere para su adherencia a tratamiento, restablecer los derechos que le fueron vulnerados, su recuperación o su calidad de vida, pero esa inmediatez no se obtiene ni se puede garantizar.

Ante esto el sistema y los profesionales que se involucran dentro y fuera del campo de la salud deberían crear alternativas y no confiar netamente en los seguimientos que realizan estas entidades que en algunos casos como las violencias intrafamiliares, tardan tiempos incoherentes ante procesos jurídicos que requieren inmediatez para las víctimas atendidas en el centro de salud,

lo que perpetua esas violencias, debido a que son las únicas que pueden garantizar extra hospitalariamente lo que necesita el paciente, dado que durante su estancia hospitalaria se llega hasta las últimas acciones como lo manifiesta la profesional de Trabajo Social Castañeda,2025;

“Por supuesto hacemos el cierre del caso o bueno en los hospitales digamos que seguimientos no hacemos mucho, remitimos a entidades competentes para que ellos hagan los respectivos seguimientos” (Castañeda, comunicación personal, 1 de noviembre de 2025).

Desde esta perspectiva, se pueden hacer interrogantes que surgen tanto en el funcionamiento del sistema estructural y aquellas alternativas que se pueden brindar desde el área ante los casos atendidos como seguimientos a realizar posterior a la hospitalización, esto solo aplicaría en adherencia a tratamientos para que cuenten con apoyo psicosocial y psicoeducaciones respectivas.

Del mismo modo, se puede decir que hay límites a los que debe llegar el campo de la salud puesto que, si analizamos de alguna u otra manera esta barrera que interpone la institución de salud es pertinente porque los casos jurídicos y de restablecimiento de derechos van más allá del alcance e inmediatez de un hospital, sin embargo debería contarse con la certeza de que el sistema y las entidades gubernamentales encargadas de los distintos grupos poblacionales hagan el respectivo seguimiento con los datos sociodemográficos suministrados en el estudio de caso que realiza el profesional de Trabajo Social una vez atendido el caso.

A manera de cierre, esta categoría permitió comprender cómo **aprendizaje** que la salud debe abordarse desde una perspectiva integral que incluya no sólo lo físico y mental, sino también las condiciones sociales que inciden en el bienestar de los pacientes. Como **reto**, se identifica la

dificultad del profesional para garantizar procesos de seguimiento efectivos debido a las limitaciones del sistema y la dependencia de entidades externas. Como **lección** aprendida, se reconoce la importancia del rol del Trabajador Social como puente entre el sistema de salud y los pacientes, aunque su alcance se vea restringido por factores estructurales. En este sentido se evidencian **limitaciones** relacionadas con la falta de continuidad en la atención y la respuesta tardía de las instituciones en el restablecimiento de derechos.

Hallazgos Intervención

Aprendizajes

Ahora bien, para que un profesional de Trabajo Social ejerza sus funciones en el campo de la salud, es necesario mencionar que esto se hace bajo una metodología de “la intervención social que emerge como acto de atribución de sentido que supone un proceso de aproximación a los contextos, narraciones y testimonios de la situación” (Saavedra, J. 2015), dado que esta constituye la base desde la cual se orienta la acción profesional y se valoran las necesidades de los pacientes según sus contextos sociales y habitacionales, estos factores presentan en su vida cotidiana una barrera en la recuperación de los derechos o en la vida digna del usuario.

En este sentido, la intervención social en los centros hospitalarios no solo implica una serie de procedimientos o de atención de diferentes especialidades, sino también un proceso relacional y ético que busca comprender las realidades de los pacientes y de sus familias desde una perspectiva integral. Es así como se define el concepto de intervención y para ello, la coordinadora del área, Ballesteros (2025) expone su perspectiva de la intervención del profesional:

“debe ser el ente más principal para todo el hospital o para el personal de la salud, establecer una buena entrevista hacia ese paciente y esa familia”.

Esta afirmación resalta la importancia de generar un espacio de escucha activa y de comunicación asertiva como punto de partida para cualquier acción profesional, evidenciando que el Trabajo Social en salud no se reduce a lo administrativo, sino que se centra en la atención empática y en el acompañamiento asistencial como medio principal para promover el bienestar de los pacientes y sus familias.

No obstante, Richmond (1917) concibe la intervención del Trabajo Social como “un arte de hacer ajustes efectivos y recíprocos entre el ser humano y su ambiente social, de manera que cada uno alcance el desarrollo de sus posibilidades”. Esta perspectiva complementa la anterior, al destacar que la intervención no solo busca resolver problemáticas inmediatas, sino también favorecer la adaptación, el crecimiento y la transformación de las condiciones sociales que inciden en la vida de la persona. Así, el profesional actúa como un mediador entre las necesidades humanas y los recursos institucionales, promoviendo procesos de cambio que fortalezcan tanto a las personas como a sus entornos, esto con el fin de no generar ningún tipo de barrera en su atención intrahospitalaria.

Cómo se mencionó en el apartado anterior, se pretende evitar a toda costa que los pacientes no presenten barreras de atención durante su estancia hospitalaria, sin embargo, es fundamental reconocer que la intervención no se desarrolla en un escenario ideal, sino en medio de múltiples limitaciones institucionales y estructurales que condicionan el accionar del profesional. En este sentido, los tiempos, los recursos y las dinámicas administrativas muchas veces no corresponden con la urgencia y la complejidad de las problemáticas sociales que enfrentan los pacientes y sus familias. Al respecto, la profesional de Trabajo Social Castañeda (comunicación personal, 1 de noviembre de 2025) señala:

“Considero que pues, hay barreras institucionales, digamos que uno necesita la inmediatez de una solución y eso en la vida real y en la intervención de los pacientes muchas veces no pasa, sobre todo en los temas de abandonos”.

Allí se evidencia una tensión constante entre la demanda de respuestas rápidas que los pacientes suelen requerir y la realidad de los procesos institucionales, pues en muchos de estos casos, no se obtiene una respuesta eficaz ni una ayuda oportuna, dado que ante los temas de abandono en la actualidad del país se encuentra una lista indefinida de adultos mayores que están pendientes de ser ubicados en hogares del estado y no obstante siendo esta una necesidad colectiva.

Gestión De Casos

Transformaciones

Del mismo modo, es pertinente poner gestión de casos como subcategoría de análisis, que da cuenta de la estrategia “que articula la evaluación, planificación, coordinación y seguimiento de los servicios requeridos por los usuarios, con el fin de garantizar una atención integral” (Amelotti & Fernández, 2012). Aquí, el profesional ejerce un papel de mediador y de articulador entre un sistema de actores, instituciones y oportunidades, pues de este modo, se convierte en un puente entre el paciente, la familia y las instituciones que, si bien se encuentran en una alta congestión, estas deben garantizar la protección y el restablecimiento de derechos, es así como la Trabajadora Social (Castañeda, comunicación personal, 1 de noviembre de 2025) refiere:

“claro nosotros somos como esa persona que conecta redes en el hospital y que busca respuestas de ese paciente y su familia que están aquí entonces siempre hay que buscar como estar muy activos, tocar muchas puertas, pero yo siento que si hay muchas barreras no

institucionales por parte del hospital sino de las entidades que deben proteger a las familias y por supuesto también a los pacientes”

Este fragmento del relato evidencia que, la mayoría de las barreras que se presentan en los centros hospitalarios durante la atención de los pacientes dependen de externos que deberían suplir ese vacío administrativo que constantemente se mantiene y por el contrario solo retroalimenta un retroceso en los avances de los profesionales. A la vez y dejando de un lado las barreras latentes, es pertinente señalar que dentro del plan de intervención se utilizan rutas de atención adecuadas a las necesidades particulares de cada caso, sobre esto, la Trabajadora Social en su relato también explica que:

“existen unas rutas ehh y creo que son generales entonces uno sabe que los asuntos de familia va a la comisaria de familia pero hay poblaciones que son demasiado específicas y en las cuales no hay una ruta, por ejemplo nosotros en el hospital tenemos privados de la libertad hemos atendido quizás dos casos de código blanco entonces uno se queda sentado y dice como es el protocolo si porque uno digamos lo que les decía en el diagnóstico social hay a veces demasiadas particularidades de esas personas que nosotros atendemos y esas particularidades hacen que la ruta que nosotros tengamos que activar sea demasiado específica y que de pronto en muchas ocasiones no exista la socialización o el conocimiento necesario para activar esas rutas” (Castañeda, comunicación personal, 1 de noviembre de 2025)

Castañeda desde su rol como profesional en Trabajo Social, no solo recalca que la diversidad de casos exige que cada ruta de atención se adapte en la intervención de estos, sino que

además destaca la importancia del profesional psicosocial puesto que su papel es clave y fundamental en la creación, en el ajuste y en el fortalecimiento de esas rutas, como se evidencia en el anexo 4 que se establece el paso a paso del protocolo a pacientes que ingresan por código blanco, que si bien se encuentra en la base de datos del centro hospitalario, no se tenía presente y sus pasos eran difusos ante todos los servicio.

Por tanto, desde el área de Trabajo Social los practicantes, decidieron hacer un folleto con el paso a paso del protocolo, esclareciendo a un lenguaje menos técnico lo que cada servicio debía realizar si un paciente ingresaba a urgencias por ese diagnóstico, sin embargo, cuando deshabilitaron el servicio de urgencias como se evidencia en el hito 3 el protocolo quedo a un costado porque ya no se decepcionaba tanta demanda de estos casos, sino que eran variados y atendidos de otra manera.

En coherencia con esto, dicha acción corresponde a las responsabilidades del profesional que se encuentran “las funciones de realizar y/o desarrollar e implementar programas y proyectos sociales con el fin de atender una problemática específica” (Castellanos, 2023., Pag, 21). Esta perspectiva complementa la experiencia descrita por Castañeda, al resaltar que la labor del Trabajador Social va más allá de seguir procedimientos: implica diseñar respuestas pertinentes y contextualizadas, capaces de abordar la particularidad de cada caso y de promover una atención integral y humanizada dentro del sistema de salud.

Articulación Con Entidades Interinstitucionales

Aprendizajes

Respecto a la remisión de los casos, allí se articula la subcategoría articulación con entidades interinstitucionales, pues se evidencian las deficiencias del sistema estructural y de articulación con entidades gubernamentales, pues está en su buen uso representaría “en favor de

la coordinación de acciones entre actores sociales, permitiendo abordar de manera integral las problemáticas desde diferentes niveles de intervención” (Ander-Egg, 2003). Pero la poca articulación con las mismas representa como se menciona anteriormente, la represa de casos y la alta demanda de personas que dependen de dichas atenciones de seguimiento que realizan estas instituciones.

Adicional, el acceso limitado que hay para acceder de manera eficaz o respuestas con inmediatez de las entidades gubernamentales, pues resulta problemático que adicional de las funciones del quehacer profesional en el campo de la salud, el Trabajador Social deba tener contactos o la facilidad de contactar con los psicosociales o colegas de las instituciones para obtener respuestas rápidas o datos que se necesitan en su inmediatez para alguna remisión puntual o ayuda externa que se requiera en casos específicos, como por ejemplo las citas de vinculación al programa de VIH de cada EPS, donde se tenía acceso rápido a la vinculación del mismo, únicamente a pacientes de salud total porque las Trabajadoras Sociales de Fundación Hospital San Carlos tenían relación de amistad con la Trabajadora Social de salud total que llevaba a cabo esos procesos de vinculación, adherencia a tratamiento y seguimiento en la toma de retrovirales.

Por tanto, surgen estos interrogantes que resultan un tanto problemáticos e indignantes en el quehacer profesional que impiden una intervención y accionar eficaz por falta de redes interinstitucionales con contacto directo, dando visibilidad de problemáticas que relacionan el poder y la vinculación con personas que tengan contactos que puedan servir para futuras intervenciones, es decir que el profesional debe mantener vínculos que le permitan acceder a contactos interinstitucionales para mejorar su función dentro del campo y poder destacar en la resolución de casos y respuestas inmediatas.

A partir de ello, se puede comprender que la labor del Trabajador Social implica no solo intervenir frente a las situaciones de vulnerabilidad, sino también gestionar, mediar y visibilizar las barreras del sistema. De esta manera, la intervención se convierte en un ejercicio de resistencia y compromiso ético, donde el profesional actúa con sensibilidad social ante las limitaciones que impone el entorno institucional comprendiendo que estas barreras devienen de un sistema estructural y de gobiernos que han deteriorado la atención en salud de Colombia, que son latentes y plasmadas en el marco de la urbanización, sin mencionar la precarización que manifiestan los pacientes remitidos de zonas rurales de la nación, donde el acceso a salud es limitado y sus especialidades escasas.

En este sentido, el análisis desarrollado no solo permitió contrastar los referentes teóricos con la experiencia vivida, sino también permitió identificar como **aprendizaje** que la intervención en Trabajo Social en el ámbito hospitalario se configura como un proceso dinámico, ético y relacional, centrado en la comprensión de las realidades sociales de los pacientes y sus familias. Como **reto**, se evidencian las barreras institucionales y estructurales que dificultan la inmediatez y efectividad de las respuestas, especialmente en situaciones que requieren atención urgente. Como **lección** aprendida se destaca la necesidad de fortalecer estrategias como la gestión de casos y la articulación interinstitucional para optimizar la intervención. Sin embargo, se reconoce limitaciones asociadas a la falta de rutas claras para poblaciones específicas y a la dependencia de redes externas, lo que condiciona el alcance del accionar profesional.

Puntos De Llegada

Los puntos de llegada recogen las principales reflexiones derivadas del análisis realizado en la presente sistematización de experiencias. Estos responden al objetivo general y a los específicos que fueron planteados como metas alcanzar, además de permitir describir el proceso vivido y las etapas recorridas para llegar a este momento de reflexión, donde se generan interrogantes, críticas y propuestas para la mejora de lo planteado. Asimismo, hacen posible expresar las percepciones y sensaciones experimentadas en los hitos y durante la reconstrucción de la experiencia en su redacción. A continuación, se presentan los puntos de llegada:

La primera reflexión corresponde al primer objetivo específico, que consistía en analizar la intervención del profesional de Trabajo Social en la Fundación Hospital San Carlos, de acuerdo con los protocolos del área y los reglamentos institucionales. Allí, se pudo identificar que las intervenciones del profesional están regidas por el (Consejo Nacional de Trabajo Social, 2013) donde establece en el artículo 10 la responsabilidad que tiene el profesional con los usuarios, adicional de la ley 1258 del 2008 que corresponde al accionar a la violencia intrafamiliar en todas sus dimensiones, la ley 1257 del 2008 y la ley 1850 del 2017 que establecen el accionar frente a los abandonos sociales, estas son las leyes que se enmarcan en el quehacer del profesional en Fundación Hospital San Carlos, dado que son los casos que se abordan allí.

A partir de esto, se encontraron limitaciones en la atención, pues si bien la norma traza un accionar, este es dirigido a la remisión que se debe realizar en cuyo caso se presente en el centro hospitalario, sin embargo, no brinda orientación o claridad de la atención primaria o las múltiples entidades a las que se debe remitir un caso según las diferentes problemáticas por las que atraviese un solo paciente, y hay otras en las que no hay claridad, como el debido reporte a los privados de la libertad que son víctimas de abuso sexual.

Que como se evidencio en la reconstrucción de la experiencia y las reflexiones de fondo, no había protocolos claros sobre la remisión de la vulneración de derecho a alguien que se encuentra habitando ante un ente de control, que en el accionar del Trabajador Social busco de forma resolutiva con el equipo de trabajo, una ruta creada desde su conocimiento y pertinencia del paciente que permitiera el seguimiento de este ante las entidades gubernamentales. Estos vacíos, generan retraso en la atención posterior a una entrevista social, pues la no claridad y la particularidad de los casos exige constante actualización por parte del profesional y sugiere hacer incidencia para que la institución cree protocolos claros que puedan ser renovados de acuerdo con la modificación de la norma y en compañía del profesional en Trabajo Social.

Del mismo modo, el segundo objetivo responde a la comprensión en la atención psicosocial del Trabajador Social de acuerdo con los aprendizajes, logros, dificultades y vacíos presentados. En este punto se logró comprender que, las poblaciones que mayormente se atienden por parte de Trabajo Social son: habitantes de calle, población LGBTIQ+, adulto mayor, mujeres, donde se abordaban problemáticas como violencia intrafamiliar, abandono social, abuso sexual, diagnóstico de VIH (B24X), diagnóstico a pacientes que se encuentran en plan fin de vida.

Se logro por medio de la praxis en la intervención, realizar de acuerdo a los vacíos en las intervenciones que van más allá de una entrevista social, realizar folletos que permiten al profesional de Trabajo Social y a los usuarios tener claridad en caso como el abandono social y los códigos blancos el accionar frente a los mismos, como se muestra en los anexos 3 y 4. Adicional los relatos de los actores involucrados mostraron que, no hay rutas claras para aquellos profesionales en formación o nuevos en el campo de la salud para poder intervenir coherente a los casos, lo cual genera vacíos y deficiencias en la atención inmediata que requieren los pacientes

que de acuerdo al objetivo anterior, se comprenden que las barreras no solo se generan en el campo, si no también son estructurales frente a los alcances a los que puede llegar el profesional.

Pues allí es donde se busca el acompañamiento humanizado y la gestión administrativa que también se realiza, esto con el fin de garantizar sus derechos fundamentales, la continuidad de la atención médica y la protección integral de los pacientes y sus familias, pero estos alcances son limitados y de alguna u otra manera poco efectivos y se debe a la limitación en contactos interinstitucionales que puedan agilizar procesos, como vinculación a un programa de VIH por parte de las EPS, vinculación a un hogar geriátrico del estado, apoyo jurídico y psicológico oportuno en secretaria de la mujer a mujeres víctimas de algún tipo de violencia, entre otras.

Pues estas, requieren la inmediatez de la dignidad humana y el restablecimiento de derechos que va mucho más allá de la atención primaria psicosocial que se brinda en el centro hospitalario y que llega hasta ahí, comprendiendo que añade a la exigencia que ejerce la institución al profesional y teniendo en cuenta que el alcance compete a adherencia a tratamientos y vitalidad en su integralidad durante la hospitalización intrahospitalaria, por lo que se sugiere la vinculación a grupos interdisciplinarios zonales por medio de redes sociales, donde se vinculen distintos profesionales de las ciencias sociales y se realice un trabajo conjunto con aquellas instituciones que el contacto es limitado, teniendo acceso directo y ayuda efectiva.

El último objetivo específico corresponde con, proponer recomendaciones que contribuyan al mejoramiento del área, esto en principio sería sugerir al centro hospitalario garantizar el servicio de psicología al menos durante el día porque durante el segundo semestre del 2025 estuvo únicamente en una jornada de 7:00 AM a 12:00 PM y si bien el profesional no es del área de Trabajo Social, si hace parte de la atención psicosocial y del equipo interdisciplinario que se comprende como un trabajo conjunto entre profesiones de las ciencias sociales.

Pues estas resultan ser un recurso humano para el manejo de problemáticas sociales que el individuo presente, trabajándolo así en todas sus dimensiones, adicional que es un servicio que el hospital brinda no solo a los pacientes sino a sus familias y que corresponde al trabajo interdisciplinar que realiza junto con Trabajo Social, esto limita la atención y pone en la situación de asumir algunas atenciones que corresponden a psicología a los profesionales de Trabajo Social, que aparte son exigidas por pertinencia del servicio, la urgencia de los usuarios que la requieran, sino que allí recae una carga laboral que no corresponde, por lo que se sugiere al centro hospitalario contar con más profesionales psicosociales que den cubrimiento a las demandas que se presentan y recargar labores sin mencionar la precarización en los salarios y las condiciones laborales que en esencia contradicen la preservación de una vida digna y una salud mental estable.

Del mismo modo, se identifican posibles aplicaciones prácticas de esta sistematización, como el diseño de una guía de intervención (anexo 5) que en principio es pensada para los futuros practicantes de Fundación Hospital San Carlos, pero que en su elaboración se concluye que no solo favorece a practicantes, sino aquellos profesionales que sean nuevos en el campo de la salud o aquellos que ya hayan estado en el pero que no tengan claro la atención de algún grupo poblacional específico y un folleto informativo dirigido al adulto mayor al que todas las personas del centro hospitalario podrán tener acceso ya que, este permite visibilizar la identificación de posibles violencias por las que puede pasar este grupo poblacional y aquellas instituciones y líneas de atención donde pueden acudir en caso de evidenciar lo expuesto allí, esto con el fin de optimizar futuras intervenciones de Trabajo Social en Fundación hospital San Carlos.

Aquí, estrategias como la guía de intervención que si bien está dirigida y pensada para los profesionales en formación y aquellos que se encuentran ejerciendo, favorece a los pacientes y a sus familias o redes de apoyo solidaria que lo acompañen al realizar reportes a entidades de manera

eficaz y teniendo atención más conscientes sobre la población que se va a intervenir y fortaleciendo las redes de apoyo familiares e institucionales para la remisión de los correspondientes que se presentan dentro del centro hospitalario, identificando aprendizajes que contribuyan al mejoramiento de futuras intervenciones sociales, comprendiendo que no solo las mejoras se deben realizar desde la profesión sino que también sirvan como crítica al sistema y que desde allí surjan otras acciones que puedan abarcar más espacios de incidencia que requieren de profesionales sociales.

No obstante, también es necesario mencionar que esta sistematización presenta algunas limitaciones, principalmente relacionadas con el tiempo de la práctica profesional, el alcance de la intervención intrahospitalaria y la dependencia de entidades externas para el seguimiento de los casos. Estas condiciones limitan la posibilidad de evidenciar resultados a largo plazo en los procesos de los usuarios y restringen el impacto de la intervención del profesional en Trabajo Social.

En cuanto a futuras experiencias, se sugiere fortalecer la articulación interinstitucional mediante la creación de canales de comunicación más efectivos entre las entidades responsables, así como garantizar la presencia continua de equipos interdisciplinarios completos dentro de los centros hospitalarios. De igual manera se recomienda la actualización constante de protocolos de atención y la generación de espacios de formación para profesionales en el campo de la salud que permitan responder de manera oportuna a la diversidad de situaciones que se presentan en la práctica.

Esta sistematización de experiencias aporta el programa académico de Trabajo Social al evidenciar la importancia de fortalecer la formación en la intervención en el campo de la salud, especialmente en el manejo de rutas de atención, trabajo interdisciplinar y análisis crítico del

sistema. Asimismo, contribuye a la práctica profesional al resaltar la necesidad de intervenciones más humanizadas, flexibles y contextualizadas, que reconozcan la diversidad de las problemáticas atendidas. Finalmente, aporta al escenario de práctica al proponer herramientas concretas como guías de intervención y folletos informativos, los cuales favorecen la atención a los usuarios, optimizando los procesos institucionales y fortalecen el accionar del profesional dentro del contexto hospitalario.

A manera de conclusión, esta sistematización de experiencias busca contribuir en la mejora de las actividades que desarrolla el Trabajador Social en el área de experiencia al usuario de Fundación Hospital San Carlos ubicada en la ciudad de Bogotá, en la localidad Rafael Uribe Uribe, barrio Bosques de San Carlos, durante el año 2025, proponiendo estrategias como las anteriormente expuestas para realizar acompañamiento a pacientes de forma efectiva y veraz, en la familia de los usuarios comprendiendo el dolor y las inquietudes que pueden surgir al encontrarse en situaciones donde la vida de está en manos de la ética de los profesionales que atienden a sujetos de derechos.

Referencias

- Abreu Velázquez, M. C., & Mahtani Chugani, V. (2018). *Las funciones de los trabajadores sociales sanitarios en atención primaria de salud: Evolución, redefinición y desafíos del rol profesional*. Cuadernos de Trabajo Social, 31(2), 355–368.
<https://acortar.link/66qX6b>
- Amelotti, F., & Fernández, N. (2012). *Estrategias de intervención del trabajo social en salud a nivel interinstitucional*. Margen, 66, 1–21.
- Ander-Egg, E. (1993). *Introducción al trabajo social*. Lumen.
<https://trabajosocialudla.wordpress.com/wp-content/uploads/2009/06/introduccion-altrabajo-social-ezequiel-ander-egg.pdf>
- Ander-Egg, E. (2003). *Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad* (Vol. 1). Lumen.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (2003). *La construcción social de la realidad*.
<https://politecnico metro.edu.co/wp-content/uploads/2021/08/Construccion-social-de-larealidad-Berger-Luckman.pdf>
- Beuchot, M. (2015). *Elementos esenciales de una hermenéutica analógica*. Diánoia, 60(74), 127–145. <https://doi.org/10.21898/dia.v60i74.71>
- Castellanos, M. (2023). *Informe sistematización de experiencias abordaje del ciclo de la violencia en los procesos*. Corporación Universitaria Minuto de Dios – UNIMINUTO.

https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/18548/1/T.TS_CastellanosMichell_2023.pdf

Cedillo, G. J. (2020). *Trabajo social en salud: Teoría y praxis innovadora*. Margen, 97, 1–46.

Concejo de Bogotá, D. C. (1999). *Acuerdo 1 de 1999: Por el cual se declara patrimonio ecológico del Distrito el Bosque San Carlos y se dictan normas sobre los espacios públicos y de recreación de este recurso natural*. Bogotá, Colombia.

Congreso de la República de Colombia. (1977). *Ley 53 de 1977: Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de trabajo social y se dictan otras disposiciones*.

Departamento Administrativo de la Función Pública.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66175>

Congreso de la República de Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993: Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral*. Diario Oficial No. 41.148.

https://www.cancilleria.gov.co/normograma/compilacion/docs/ley_0100_1993.htm

Congreso de la República de Colombia. (2006). *Ley 1098 de 2006: Por la cual se expide el Código de Infancia y Adolescencia*. Diario Oficial No. 46.446.

https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/leyes/2006/ley_1098_2006.htm

Congreso de la República de Colombia. (2008). *Ley 1257 de 2008: Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres*. Diario Oficial No. 47.193.

<https://www.minjusticia.gov.co/Portals/0/Ley1257de2008.pdf>

Congreso de la República de Colombia. (2009). *Ley 1315 de 2009: Por medio de la cual se establecen normas para la protección del adulto mayor en Colombia*. Diario Oficial No. 47.417.

Congreso de la República de Colombia. (2017). *Ley 1850 de 2017: Por medio de la cual se dictan medidas de protección al adulto mayor*. Diario Oficial No. 50.315.
http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1850_2017.html

Consejo Nacional de Trabajo Social. (2013). *Código de ética profesional de los trabajadores sociales en Colombia (5.ª ed.)*. Grupo Editorial Ibáñez.

Consejo Nacional de Trabajo Social. (2014). *Trabajo social en el sistema de salud colombiano*.

Contreras, O., & Garibay, N. (2020). *Comunicación organizacional: Historia, desarrollo y perspectivas de un concepto en constante construcción en América Latina*.
InMediaciones de la Comunicación, 15(2), 43–70.

<https://doi.org/10.18861/ic.2020.15.2.3018>

Correa, M. E., Corena, A., Chavarriaga, C., García, K., & Usme, S. (2019). *Funciones de los trabajadores sociales del área de la salud en los hospitales y clínicas de tercero y cuarto nivel de la ciudad de Medellín, Colombia*. Revista Eleuthera, 20, 199–217.
<https://www.redalyc.org/journal/5859/585961632011/html/>

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2012). *Manual de investigación cualitativa*. Gedisa.
https://pics.unison.mx/maestria/wpcontent/uploads/2020/05/manual_investigacion_cualitativa.pdf

- Departamento Nacional de Planeación. (2012). *CONPES Social 147 de 2012: Política nacional de envejecimiento y vejez 2012–2024*.
<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Social/147.pdf>
- Escuela de Postgrado de Medicina y Sanidad. (2025). *Trabajo social en servicios de salud: ¿Cuál es su papel?*. <https://postgradomedicina.com/trabajo-social-en-servicios-de-salud/>
- Ferguson, H. (2009). *Reclaiming social work: Challenging neo-liberalism and the politics of welfare*. Sage Publications.
- Fundación Hospital San Carlos. (s. f.). *Reseña histórica*.
<https://www.fhsc.org.co/resenahistorica/>
- Hirsch, A. (2013). *Elementos teóricos y empíricos acerca de la identidad profesional en el ámbito universitario*. *Perfiles Educativos*, 35(140), 63–81.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01852698201300020005
- Husserl, E. (1992). *La idea de la fenomenología*.
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/tv/v47n4/art08.pdf>
- Kvale, S. (2011). *Doing interviews*. SAGE Publications.
- Medina, A. (2018). *Trabajo social organizacional*. *Trabajo Social*, 20(2), 197–201.
- Ministerio de Salud y Protección Social & Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2012). *Circular 0031 de 2012: Lineamientos para la atención de casos de violencia intrafamiliar y abuso sexual en IPS – Código Blanco*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Resolución 459 de 2012: Por la cual se adopta el protocolo y modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual.*

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-459-de-2012.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Resolución 5596 de 2015: Por la cual se adoptan los lineamientos para la atención integral a víctimas de violencia en el SGSSS.*

Ministerio de Salud y Protección Social. (s. f.). *Atención psicosocial a víctimas.*

<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocionsocial/Victimas/Paginas/atencion-psicosocial.aspx>

Moreno, J., & Domínguez, M. (2000). *Teoría de sistemas, trabajo social y bienestar.* Nómadas, (1).

Nucci, N., Crosetto, R., Bilavcik, C., & Miani, A. (2018). *La intervención de Trabajo Social en el campo de la salud pública.* ConCienciaSocial, 1(2).

<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/19938>

Ley 1251 de 2008. (2008, noviembre 27). *Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos*

mayores. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=339>

- Llordachs, M. F. (2024, febrero 25). *Qué es y cómo hacer un protocolo de atención al paciente*. Clinic Cloud. <https://clinic-cloud.com/blog/que-es-y-como-hacer-un-protocolo-deatencion-al-paciente>
- Organización Mundial de la Salud. (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. OMS.
- Politécnico COHAN. (s. f.). *Atención y orientación al usuario en instituciones de salud*. <https://politecnicohan.edu.co/cursos-del-mes/atencion-y-orientacion-al-usuario-en-instituciones-de-salud>
- Richmond, M. E. (1917). *Social diagnosis*. Russell Sage Foundation. <https://mariaceciliaurrutiaocampo.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/05/diag-social-mary-richmond.pdf>
- Rojas-Rojas, S. E., & Rincón-Meléndez, M. L. (2021). *Mapeo de actores como metodología innovadora en la implementación de la política de ética de la investigación, bioética e integridad científica*. *Opera*, 29, 117–138. <https://doi.org/10.18601/16578651.n29.07>
- Saavedra, J. (2015). *Cuatro argumentos sobre el concepto de intervención social*. *Cinta de Moebio*, (53), 135–146. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5205787.pdf>
- Schutz, A. (1972). *El problema de la realidad social*. <https://sicologias.wordpress.com/wpcontent/uploads/2015/01/10-schutz-el-problema-de-la-realidad-social.pdf>

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2024). *Plan territorial de salud Bogotá 2024–2027*.

https://www.saludcapital.gov.co/Planes_Estrateg_Inst/2024/Institucional/Plan_T_Salud_2024-2027.pdf

Tapella, E. (2007). *El mapeo de actores claves [Documento de trabajo]*. Universidad Nacional de Córdoba.

Tello, C. J. D. (2013). *Hospital Fundación San Carlos 001.JPG*.

https://es.wikipedia.org/wiki/Archivo:Hospital_Fundación_San_Carlos_001.JPG

Vargas, i., Vázquez, M., & Mogollón, A. S. (2010). *Acceso a los servicios de salud en Colombia: una revisión de barreras y determinantes*. *Revista de Salud Pública*.

12(2), 273-286. <https://www.scielosp.org/article/rsap/2010.v12n2/273-286/>

Anexos

Anexo 1.

Entrevista Coordinadora de Trabajo Social

(Transcripción de la entrevista)

Entrevistador: Estudiante de Trabajo Social UNIMINUTO.

Entrevistada: Coordinadora de experiencia al usuario y Trabajo Social.

- (ESTUDIANTE): Mi nombre es Johan Álvarez soy estudiante de la universidad Minuto de Dios, y hoy vamos a realizarle la entrevista a la coordinadora del área de Experiencia al usuario y Trabajo Social.
- (ESTUDIANTE): Buenas tardes, ¿Nos podrías indicar tu nombre?
- (COORDINADORA): -Coordinadora responde-
- (ESTUDIANTE): ¿Cuál es tu cargo?
- (COORDINADORA): Coordinadora de Experiencia al usuario y Trabajo Social
- (ESTUDIANTE): Nos podrías indicar, ¿Cuál ha sido tu experiencia como coordinadora de experiencia al usuario y Trabajo Social?
- (COORDINADORA): La experiencia como coordinadora ha fortalecido mi aprendizaje, también como persona y como psicóloga que soy.
- (ESTUDIANTE) Ok, ¿Cuánto tiempo llevas ejerciendo en el área?
- (COORDINADORA): 6 meses
- (ESTUDIANTE): 6 meses (voz baja)
- (ESTUDIANTE): ¿Cuáles dirías que son los principales desafíos del área frente al hospital y lo que realizan conjuntamente?
- (COORDINADORA): Bueno un desafío que tenemos nosotros como el área de Trabajo Social y atención al usuario, es atención, una atención con respeto, con calidad humana y brindar empatía hacia el personal y hacia toda la atención al usuario.
- (ESTUDIANTE): Ok, nos podrías indicar si, ¿Para ti como coordinadora del área, ves la importancia y sientes que es significativa el rol del Trabajador o Trabajadora Social, dentro del área de la salud?
- (COORDINADORA): ¡Claro que sí!, es muy importante el vínculo del Trabajador Social, porque establece el puente del paciente hacia su red de apoyo que es su familia, establece comunicación tanto socioeconómico, como (eh...), bueno diría yo que todo el entorno familiar.
- (ESTUDIANTE): Dirías que, ¿Es importante el rol del Trabajador Social en el ámbito debido también a las remisiones de caso que se hacen, a los reportes, a las comisarias, al ICBF y demás, como un articulador o cómo lo ves tú?
- (COORDINADORA): ¡Claro que sí!, y debe ser el ente más principal para todo el hospital o para el personal de la salud, establecer una buena entrevista hacia ese paciente y esa familia.

Anexo 2.

Entrevista Trabajadora Social

Transcripción entrevista a Trabajadora Social de Fundación Hospital San Carlos

Entrevistadora: Estudiante y Practicante de Trabajo Social.

Entrevistada: Trabajadora Social.

Transcripción

- (ESTUDIANTE): Buenas tardes, mi nombre es Daniela Bernal, estudiante de trabajo social de la universidad Minuto de Dios Hoy vamos a realizar una entrevista a la trabajadora social de fundación hospital san Carlos.
- (ESTUDIANTE): Buenas tardes, ¿cuál es tu nombre?
- (TRABAJADORA SOCIAL): -Trabajadora Social responde-
- (ESTUDIANTE): ¿Cuál es tu cargo en Fundación Hospital San Carlos?
- (TRABAJADORA SOCIAL): Soy trabajadora social hago parte del grupo de experiencia al usuario y trabajo social.
- (ESTUDIANTE): ¿Y hace cuanto trabajas en el área de la salud?
- (TRABAJADORA SOCIAL): Soy relativamente nueva, yo tengo seis años de experiencia, pero tres meses en el área de la salud.
- (ESTUDIANTE): Ok ¿y cuál ha sido tu experiencia como Trabajadora Social en el campo de la salud?
- (TRABAJADORA SOCIAL): Bueno, creo que es un campo que implica muchos retos, ehh sobre todo como en la inmediates de, de las intervenciones porque se necesita una respuesta rápida y eficiente a los diferentes problemas que se presentan en cada uno de los servicios ehh pues es importante también porque nosotros somos como ese puente que conectan los servicios de salud con las familias y el paciente.
- (ESTUDIANTE): Ok, considera que la intervención del trabajador social esta guiada por una metodología o por una guía/protocolo establecido o por el contrario cree que esto es de manera empírica, se ejerce de manera empírica?

- (TRABAJADORA SOCIAL): Pues el trabajo social tiene una metodología porque somos una profesión no somos como un oficio entonces si tenemos una metodología nosotros trabajamos con el ingreso, inicialmente el estudio de caso después hacemos posteriormente un diagnóstico social donde buscamos identificar que necesita ese paciente y por supuesto que necesita esa familia, después miramos en ese plan de intervención que tenemos y por supuesto hacemos el cierre del caso o bueno en los hospitales digamos que seguimientos no hacemos mucho, remitimos a entidades competentes para que ellos hagan los respectivos seguimientos.
- (ESTUDIANTE): ¿Desde tu experiencia crees que hay vacíos o dificultades en la intervención que realiza el trabajador social?
- (TRABAJADORA SOCIAL): Considero que pues, hay barreras institucionales digamos que uno necesita la inmediatez de una solución y eso en la vida real y en la intervención de los pacientes muchas veces no pasa sobre todo en los temas de abandonos ehh o en situaciones que queremos una respuesta institucional rápida pero definitivamente cuando dependemos de otras instituciones pues también nos vemos muy maniatados como en esas respuestas que ofrecemos a los pacientes, claro nosotros somos como esa persona que conecta redes en el hospital y que busca respuestas de ese paciente y su familia que están aquí entonces siempre hay que buscar como estar muy activos, tocar muchas puertas pero yo siento que si hay muchas barreras no institucionales por parte del hospital sino de las entidades que deben proteger a las familias y por supuesto también a los pacientes.
- (ESTUDIANTE): ¿Dentro del plan de intervención, como define usted las rutas de atención?
- (TRABAJADORA SOCIAL): Bueno pues como partimos de la metodología entonces lo que encontremos en el diagnóstico social como que eso nos permitirá entender cuáles son las acciones que nosotros tenemos que adelantar, eh, existen unas rutas eh y creo que son generales entonces uno sabe que los asuntos de familia va a la comisaria de familia pero hay poblaciones que son demasiado específicas y en las cuales no hay una ruta, por ejemplo nosotros en el hospital tenemos privados de la libertad hemos atendido quizás dos casos de código blanco entonces uno se queda sentado y dice como es el protocolo si porque uno digamos lo que les decía en el diagnóstico social hay a veces demasiadas particularidades de esas personas que nosotros atendemos y esas particularidades hacen que la ruta que nosotros tengamos que activar sea demasiado específica y que de pronto en muchas ocasiones no exista la socialización o el conocimiento necesario para activar esas rutas.

(ESTUDIANTE): Vale, muchas gracias.

Anexo 3.

Folleto Informativo, Factores de Violencia en Adulto Mayor

HABLEMOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y POSIBLE INSTITUCIONALIZACIÓN AL ADULTO MAYOR



¿CÓMO IDENTIFICAR SI EL ADULTO MAYOR ES VÍCTIMA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR?

La detección de la violencia hacia las personas mayores requiere observar cambios físicos, emocionales y conductuales, como hematomas inexplicables, retraimiento social, miedo hacia el cuidador o alteraciones súbitas en el estado de ánimo; estos pueden ser indicios de abuso físico, psicológico o negligencia.*

¿CUÁNDO DEBO BUSCAR AYUDA?

En cuyo caso de identificar algún tipo de violencia que este presentando el adulto mayor, se debe reportar a la Comisaría de Familia más cercana al lugar de residencia y realizar denuncia si lo requiere pertinente.

**SI NECESITAS AYUDA
Pidela**

ES ABANDONO SOCIAL CUANDO:

- Ausencia de redes de apoyo, tanto de familia nuclear y extensa, como de red solidaria.
- Descuido en la higiene personal y signos de desnutrición o depresión.
- Así mismo, el abandono social es un delito penalizado, **bajo la ley 1850 de 2017** donde se **manifiesta que dejar un paciente sin atención, sin compañía y sin cuidado, constituye un proceso penal y tiene de 4 a 8 años de prisión.**





Está bien darte un respiro

¿CUÁNDO CONSIDERAR UNA POSIBLE INSTITUCIONALIZACIÓN?

- La institucionalización del adulto mayor debe considerarse solo cuando las necesidades de cuidado superan las capacidades del entorno familiar o comunitario, existen riesgos para su salud o seguridad, o se requiera atención especializada continua que no pueda brindarse en el hogar. En cuyo caso de presentar abandono social, se debe buscar una posible institucionalización por parte de Estado.



Referencias:

- Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre la violencia y la salud, 2002.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Guía para la atención integral a las personas adultas mayores, 2019.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Atención integral a las personas mayores: Enfoque de curso de vida, 2017.

Johan Álvarez & Daniela Bernal
TRSO

Anexo 4.

Folleto Informativo, Protocolo (Código Blanco)

0.9 CONSULTA MÉDICA (MÉDICO DE GENERAL Y ESPECIALISTAS)
Se deben generar las interconsultas necesarias por psicología y Trabajo Social.

- Para el área de psiquiatría solo harán su consulta cuando el profesional de psicología lo considere necesario.

11. VALORACIÓN POR PSICOLOGÍA
Brindar atención en crisis si el caso lo requiere y primeros auxilios psicológicos
Generar una relación de empatía y confianza.

12. VALORACIÓN POR TRABAJO SOCIAL

- Evaluar las dimensiones; sociales, familiares, culturales y económicas del/la paciente.
- Verificar Red de apoyo
- Evaluar factores de riesgo y en caso de negligencia de NNA que vulnere sus derechos.
- Reporte a entes correspondientes.

13. CONSULTA MÉDICA (MÉDICO GENERAL Y ESPECIALISTA)
Definir el plan de manejo y entregar las ordenes completas para el egreso, incapacidad, etc..
En caso de remisión a otra institución realizar los tramites correspondientes con el área de referencia y contra-referencia.

14. EGRESO (MÉDICO GENERAL Y ESPECIALISTA)
Entregue documentación completa para que él/la paciente y su familiar pueda tramitar la boleta de salida o bien para que sea remitido a otra institución, según sea el caso.

PROTOCOLO (CÓDIGO BLANCO)
Fundación Hospital San Carlos
Folleto realizado por Johan Álvarez- Daniela Bernal
Aprendices TRSO

0.1 INGRESO DEL PACIENTE (PERSONAL DE SEGURIDAD)
Si el/la paciente manifiesta que fue víctima de violencia sexual el personal deberá informar a la enfermera de TRIAGE y ubicarlo/la en el consultorio 3.
Si el/la paciente no manifiesta el suceso deberá seguir el protocolo convencional de Urgencias.
• Activación actos urgentes (PONAL)

0.2 REALIZACIÓN DE TRIAGE (JEFE DE ENFERMERÍA)
Atención inmediata. Una vez ubicado el/la paciente en el consultorio 3 los profesionales asistenciales deberán movilizarse allí para hacer sus respectivos abordajes.

- TRIAGE I Antes de las 72 horas
- TRIAGE II Después de 72 horas

0.3 CONSULTA MÉDICA Y VALORACIÓN INTEGRAL (MÉDICO DE URGENCIAS)

- Se debe confirmar la violencia sexual.
- Validar factores de riesgo inminentes del paciente.
- Identificar que no este acompañado/a del presunto agresor.
- Validar red de apoyo.
- Ficha CIVIL

0.4 CONSULTA MEDICA
Realizar la respectiva asesoría para la toma de muestras que se requieran. Explicando al paciente, el paso a paso cada procedimiento y así realizar la respectiva firma de consentimientos.

0.5 DISPOSICIÓN DE KIT CÓDIGO BLANCO (JEFE DE ENFERMERÍA)
Solicitar al área de farmacia el kit Código blanco y entregar en el consultorio 3 para continuar manejo.

0.6 CONSULTA MÉDICA (MÉDICO DE URGENCIAS Y JEFE DE ENFERMERÍA)
Recolectar elementos materiales, probatorios y evidencia física para garantizar el acceso a la justicia. Así mismo se realiza la toma de muestras biológicas.

0.7 CONSULTA MÉDICA (MÉDICO DE URGENCIAS)
Determine la administración de kit PEP, profilaxis contra el VIH, las ITS y el VHB. Así como, la administración de anticoncepción de emergencia en los casos que corresponda y/o brindar la información para el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo.

0.8 PRUEBAS DIAGNOSTICAS (JEFE DE ENFERMERÍA Y AUXILIAR)

- Realizar toma de laboratorios clínicos pertinentes para el caso. (Toxicológicas, alcoholemia, diagnósticos sangre y orina)
- Enviar al laboratorio clínico para el respectivo procesamiento.

Anexo 5.

Guía de Intervención de Trabajo Social

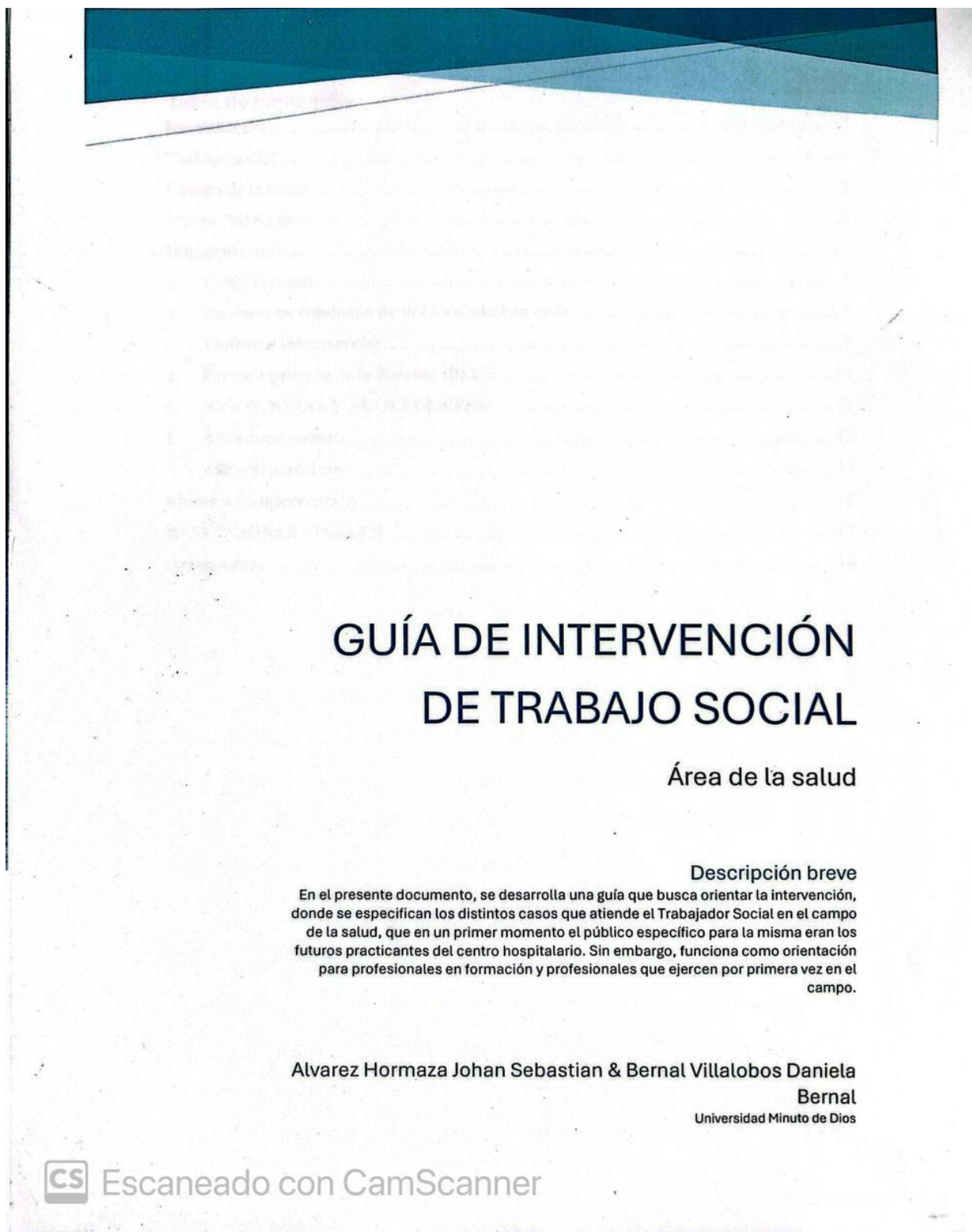


Tabla de contenido	
Introducción	2
Trabajo social	2
Campo de la salud	3
Marco Normativo;	4
Intervención;	5
1. Código blanco:	5
2. Personas en condición de habitabilidad en calle:	7
3. Violencia Intrafamiliar	9
4. Persona privada de la libertad (PPL):	10
5. NIÑOS, NIÑAS Y ADOLECENTES:	12
6. Abandono social:	13
7. Afiliación oficiosa	15
Modelos de intervención	15
REFLEXIONES FINALES	17
Referencias:	18

Introducción

La presente guía de intervención busca comprender la intervención del Trabajo Social en el campo hospitalario en los Trabajadores Sociales, esto en aras de orientar los futuros practicantes en el inicio de estas, y no se encuentren tan dispersos en el campo teniendo una perspectiva más amplia de lo que supone de hacer en su quehacer profesional. Para poder desarrollar lo anterior, se deben comprender conceptos como lo es el Trabajo Social en esencia y el área de la salud como campo de intervención donde los profesionales tienen influencia.

Trabajo social

El profesional en Trabajo Social, a lo largo de su formación se le enseñan los distintos métodos de intervención como lo es caso/familia que se centra en la atención individual conociendo la problemática que le afecta en su desarrollo de vida, grupo, éste promueve la participación social, el desarrollo personal y en comunidad, permitiendo el análisis de las dinámicas estableciendo planes de intervención que guían el quehacer profesional, una de las principales precursoras es Mary Richmond quien define la intervención del profesional como “un arte de hacer ajustes efectivos y recíprocos entre el ser humano y su ambiente social, de manera que cada uno alcance el desarrollo de sus posibilidades ”(Richmond, 2017), preparándolo para los distintos campos de intervención en los que se puede desarrollar: como “salud, educación, penal, organizacional éstas se pueden clasificar en instituciones privadas o públicas”(Castellanos, 2023., Pag, 22), en estos distintos campos, se encuentra en la capacidad de desenvolverse para poder intervenir de la mejor forma sin vulnerar a la población con la que se esté abordando.

Así mismo, puede realizar “las funciones de realizar y/o desarrollar e implementar programas y proyectos sociales con el fin de atender una problemática específica” (Castellanos, 2023., Pag, 21), que desde el ámbito que se centra esta sistematización es el centro hospitalario, que

no establece proyectos sociales, si no las demandas que devienen del centro hospitalario, como capacitaciones sobre humanización, trato a los pacientes, enfoque diferencial, etc... Principalmente de las intervenciones que requieren el quehacer profesional del Trabajador Social para registrar en la historia clínica y seguir la ética profesional que no vulnere los derechos fundamentales de los pacientes, haciendo el debido reporte a las entidades correspondientes según corresponda. Adicional, de no tener sesgo religioso o subjetivo en las intervenciones, dado que en el centro se encuentra un pabellón de PPL (persona privada de la libertad), que devienen de cometer distintos delitos de los cuales no se pueden entrar en cuestionamiento a la hora de intervención, dado que es un derecho cuya familia sepa donde se encuentran ellos y el protocolo que se establece para mantener comunicación con el paciente y las visitas, que se realiza una acción interinstitucional con el INPEC.

Campo de la salud.

Ahora bien, el término de salud se entiende como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la presencia de enfermedades. Es así como la organización mundial de la salud (OMS) refiere que la salud es la posibilidad de llevar una vida digna, productiva y con sentido, la cual necesita como mínimo recursos necesarios como lo son la alimentación, la educación, la vivienda y el acceso a servicios de salud. Aquí, la importancia de que la misma sea un derecho fundamental para el desarrollo del ser humano. Para ello, el autor Breilh (2010) sostiene que “la salud no puede reducirse a un modelo biomédico, sino que debe entenderse como un proceso histórico y social, condicionado por determinantes estructurales como la pobreza, la desigualdad, las políticas públicas y el acceso a servicios básicos”. En este contexto y como secuencia del tema central, el trabajo social en este sector desempeña roles estratégicos, pues permite desarrollar, comprender y aplicar herramientas con el fin de determinar cómo las condiciones sociales inciden en el bienestar de la sociedad. Según (Martínez, 2016).

Es por esto, que se logra determinar que el rol del trabajador social en este campo tan práctico no delimita sus funciones exclusivamente al asistencialismo individual de los pacientes, sino que además trabaja en pro de mejorar los contextos sociales a los que cotidianamente se enfrentan los pacientes, esto desde una intervención humanizada e integral que permite y garantiza un espacio de escucha activa y empático que no re victimiza a quienes han sufrido algún tipo de violencia, ya sea física, verbal o sexual.

Marco Normativo;

Es necesario destacar en este apartado, que la intervención del profesional en Trabajo Social, en el ámbito de la salud y específicamente en los centros hospitalarios, va estrechamente ligada al ámbito jurídico dado que, dichas entrevistas sociales son consignadas en la historia clínica de los pacientes por ello la normatividad colombiana establece a que entidades se debe remitir el caso si es un: **(código blanco, abandono social/escasa red de apoyo familiar)**. Si bien, la normatividad orienta la ruta a la que se debe remitir los casos en cuyo caso de aplicar a las entidades correspondientes, no brinda una guía de cómo se debe abordar un paciente en dichos casos. Por lo anterior, se deja en constancia en la figura 1, la normatividad que rige la remisión de casos hospitalarios, adicional de establecer las entidades a las que se debe remitir cada caso según corresponda.

Caso	Normatividad y activación de rutas
CÓDIGO BLANCO (ABUSO SEXUAL)	Víctimas de violencia sexual (RESOLUCIÓN 459 DE 2012) remitir a: secretaria de la mujer y realizar denuncia ante la página de la fiscalía.
Violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia de género	NNA remitir caso a ICBF y a la Comisaria de Familia y/o fiscalía radicar la denuncia (LEY 1098 DE 2006 Código de infancia y adolescencia)
	Mujeres víctimas de violencia, se debe remitir el caso a la Comisaria de Familia, secretaria de la mujer para seguimiento respectivo del caso y/o radicar denuncia ante la fiscalía (LEY 1257 DE 2008) En cuyo caso de ser una violencia intrafamiliar, se radica denuncia ante el agresor, con los datos

	suministrados por la víctima y se remite el caso a Comisaría de Familia correspondiente de la localidad donde sucedieron los hechos.
Abandonos sociales en hospital (escasa red de apoyo, paciente sin familia o en riesgo a quedar en calle)	NNA reporte a ICBF, anexando estudio de caso o ficha de intervención.
	Personas con discapacidad, se debe reportar adjuntando el estudio de caso o ficha de entrevista social a secretaria de integración social.
	Habitantes de calle, se debe reportar con estudio de caso o ficha de intervención a la secretaria de integración social, en cuyo caso de ser migrantes a migración Colombia y a la comisaría de familia del sector donde frecuenta normalmente el paciente y donde se encuentra hospitalizado.
	Adulto mayor, notificar a comisaría de familia del sector donde se encuentra hospitalizado y donde reside actualmente el paciente, adicional de reportar con personería (LEY 1257 DE 2008). (LEY 1850 DE 2017), establece que dejar a un paciente sin atención, sin compañía y sin cuidado constituye un proceso de tipo penal y tiene de 4 a 8 años de prisión.

Intervención;

1. Código blanco:

El código blanco se activa en el centro hospitalario como activación de un protocolo informativo hacia el servicio médico sobre una presunción de violencia sexual y/o abuso sexual, así mismo se realiza la atención médica correspondiente llevando a cabo exámenes, pruebas de ETS e ITS, y desde el área psicosocial se brinda acompañamiento. También se puede definir como;

"Un protocolo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual, implementado en Colombia desde 2012 mediante la Resolución 0419 de 2012. Su propósito es asegurar que la atención sea inmediata, prioritaria y confidencial, protegiendo la privacidad del paciente mientras se brinda asistencia médica y psicológica" (Zambrano., et al, 2008. Pag. 72)

Del mismo modo, desde el área psicosocial se realiza acompañamiento psicológico, psiquiátrico en cuyo caso de que el profesional de psicología lo considere necesario y Trabajo social que realiza las siguientes funciones:

Función	Descripción
Atención primaria	Se aborda el caso en la habitación en la cual se encuentre el/la paciente, antes de ingresar a la entrevista social se valida con el médico hospitalario lo que el paciente ha dicho sobre ello y poder orientar la conversación de manera adecuada a los hechos. Se brinda un espacio de escucha activa donde se encuentre solo el paciente y el profesional, realizar preguntas adecuadas y no invasivas según el profesional lo vaya considerando en su intervención, así mismo tomar nota de los datos más relevantes del relato para poder plasmarlo en la historia clínica e informe social sin cambiar la versión de lo contado ni transgredir la información suministrada.
Intervención	1. Se realiza informe social donde se debe plasmar: datos sociodemográficos, habitacionales, red de apoyo, económicos, RELATO DE LA VICTIMA , conclusiones del relato especificando los detalles más relevantes y los datos del victimario en cuyo caso de que el paciente tenga conocimiento de ello y concepto social.
	2. Se reporta el caso vía MAIL a la comisaria de familia donde el paciente reside y en la localidad en la cual se encuentra ubicada el centro hospitalario (RAFAEL URIBE) para que realicen seguimiento al caso y se puedan establecer las medidas de protección correspondientes, se reporta a SECRETARIA DE LA MUJER en aras de recibir acompañamiento psicosocial y asesoramiento legal para los debidos tramites. Finalmente, se radica denuncia en la página de la fiscalía suministrando todos los datos manifestados por el paciente, se debe poner en tercera persona y al finalizar este se emite un numero de radicado.
	3. Se registra en la historia clínica el relato, el concepto social y el número de radicado de la denuncia realizada.
Nota	Las violencias de género no generan ningún cobro en la atención hospitalaria

2. Personas en condición de habitabilidad en calle:

Cuando llegan remisiones de caso al centro hospitalario de esta población en específico, se valida en una primera instancia el estado de afiliación del paciente para no generar barreras en el acceso a la atención, revisando si éste se encuentra en régimen contributivo como beneficiario de alguna persona que pertenezca a su red de apoyo, o subsidiado y el nivel en el que se encuentra. Así mismo, se define que los pacientes que se encuentra en dicha condición puede que lleguen al centro hospitalario por un DX derivado de:

“El estilo de vida de los habitantes de calle propicia enfermedades, que, según el diagnóstico realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social en 2016, son en su orden: el VIH/sida, tuberculosis -TB, las infecciones de transmisión sexual -ITS, los trastornos en salud mental y trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, seguidas de las afecciones de la piel, enfermedades gastrointestinales, desnutrición, problemas de salud oral y las hepatitis virales” (Centro especializado de Servicio al Ciudadano, 2025).

Se define la intervención del Trabajador Social en estos casos, cómo un facilitador en los tramites administrativas, en cuanto a su estado de afiliación y caracterización del mismo por lo entes correspondientes;

Función	Descripción
Entrevista social	<p>Se realiza entrevista social al paciente, en aras de validar la red de apoyo con la que cuenta, adicional se deben preguntar datos que son necesarios cómo;</p> <p>1. Red de apoyo: bien sea familiares y/o red de apoyo solidaria con la que el paciente tengan contacto.</p>

	2. Se debe validar; hace cuanto habita en calle, lugar donde frecuenta, de donde devienen sus ingresos económicos, cómo suple sus necesidades básicas, si es consumidor de SPA activo, hace cuanto consume, si asiste algún centro día/noche y si esta caracterizado por la secretaría de integración social	
Facilitador	Si su estado de afiliación presenta alguna inconsistencia, desde el área de referencia se recepciona al área de Trabajo Social para realizar los debidos tramites, en cuyo caso de estar en el régimen contributivo y registre en mora, se debe establecer contacto con red de apoyo según los datos que suministre el paciente para que se haga el pago de los meses o el mes en mora que registra en la plataforma de su EPS.	
Informe Social	Se debe realizar informe social con los datos; sociodemográficos, habitacionales (localidad y barrio donde puede ser ubicado), ingresos económicos, consumo de SPA, red de apoyo y concepto social.	
Reporte a SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	En cuyo caso de que el paciente no cuente con red de apoyo para realizar el acompañamiento o pueda gestionar el estado de afiliación (ACTIVO) del paciente, se debe realizar reporte a la entidad adjuntando el informe social y el documento del paciente.	El reporte se realiza en ambos casos, con el fin de que funcionarios de la secretaria puedan caracterizar el paciente durante su hospitalización y así reciba los beneficios que esto conlleva como; asistencia a centros día/noche, rehabilitación, ser eximido de copago, etc... "EL PACIENTE SERÁ CARACTERIZADO ÚNICAMENTE SI SE RECONOCE COMO PERSONA QUE HABITA EN CALLE, DE LO CONTRARIO NO SERÁ BENEFICIOSO DE LO QUE OFERTA LA SECRETARIA"
	Si el paciente se encuentra en régimen subsidiado nivel 2 o sin caracterización según corresponda, se debe realizar reporte a la entidad	
Nota	En cuyo caso de que el paciente al finalizar su hospitalización no sea caracterizado y le hayan generado el cobro del copago, se debe comunicar con la red de apoyo para realizarlo, si no se tiene respuesta efectiva de ello, se debe realizar un PAGARÉ.	

3. Violencia Intrafamiliar

Una vez se recibe la remisión de la/el paciente en el centro hospitalario, se valida motivo de ingreso, si en este se especifica violencia intrafamiliar o la persona se lo menciona en la valoración médica al servicio, la misma interconsulta al área de Trabajo Social con el fin de validar lo manifestado y realizar la ruta respectiva. Por lo anterior se entiende que:

“La violencia intrafamiliar es entendida como toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia en relación de poder, sin importar el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar, la integridad física, psicológica o la libertad y el derecho al pleno desarrollo de otro miembro de la familia” (Ministerio de Defensa, s.f.)

En los casos de violencia intrafamiliar, el profesional de Trabajo Social realiza un abordaje de atención integral donde se validan diferentes aspectos. Los cuales se mencionan a continuación:

Funciones	Descripción
Atención Integral	Se aborda el caso interconsultado por el servicio médico, se realiza entrevista social con paciente donde se genera un espacio de activa escucha, garantizando un lugar donde el/la paciente pueda hablar con seguridad y expresar las diferentes emociones, allí se indaga sobre la naturaleza de la violencia (física, psicológica, verbal, sexual), duración de la misma, es decir desde hace cuánto está siendo víctima de esto, datos sociodemográficos, habitacionales, económicos, identidad del agresor y datos de este. Se debe tomar nota de todo lo relatado ya que esto será plasmado tal cual en un informe social.

Informe Social	<p>1. Se realiza un informe social con todos los datos manifestados por el/la paciente, allí se describe todos los datos aportados a nivel personal, del agresor, sociodemográficos, habitacionales, económicos, se valida red de apoyo a nivel familiar o solidaria, relato y concepto social. Esto con el fin de reportar el caso a la entidad pertinente: Comisaria de familia, secretaria de la mujer y fiscalía.</p>
	<p>2. Se reporta el caso vía MAIL a la comisaria de familia donde el paciente reside y en la localidad en la cual se encuentra ubicada el centro hospitalario (RAFAEL URIBE) para que realicen seguimiento al caso y se puedan establecer las medidas de protección correspondientes, se reporta a SECRETARIA DE LA MUJER en aras de recibir acompañamiento psicosocial y asesoramiento legal para los debidos tramites. Finalmente, se radica denuncia en la página de la fiscalía suministrando todos los datos manifestados por el paciente, se debe poner en tercera persona y al finalizar este se emite un numero de radicado.</p>
	<p>3. Se registra en la historia clínica el relato, el concepto social y el número de radicado de la denuncia realizada.</p>
Nota	Las violencias de género no generan ningún cobro en la atención hospitalaria

4. Persona privada de la libertad (PPL):

En el centro hospitalario hay un pabellón donde se encuentran las personas privadas de la libertad (PPL), siglas que “refieren a las personas que se encuentran en prisión o reclusas. Instituciones como el INPEC utilizan este término para gestionar la información sobre los internos” (INPE, sf). Así pues, teniendo claro de donde deviene

está población se debe tener una perspectiva profesional, sin juzgamiento, apartando las creencias y vivencias de la intervención social que requiera el paciente según corresponda su caso.

- Red de apoyo:

Intervención	Descripción
Red de apoyo	Se realiza entrevista social al paciente, en aras de obtener datos de contacto de los familiares. En cuyo caso de no obtener datos por el paciente o que su estado de salud impida la comunicación, se debe emitir un correo electrónico al centro penitenciario solicitando el contacto con familiares informándoles que el PPL se encuentra en el centro hospitalario. (SE REGISTRA EN LA HISTORIA CLINICA LA GESTIÓN CON NÚMERO DE CONTACTO DE LA PERSONA CON LA QUE SE ESTABLECIO COMUNICACIÓN, O COPIA DEL MAIL QUE FUE ENVIADO)
Nota	Si el paciente viene de centro penitenciario fuera de Bogotá debe estar asignado a la picota, modelo y/o buen pastor, en cuyo caso de que no sea así se busca el centro penitenciario al cual corresponda y se emite correo.

Adicional, estos pacientes en algunos casos se requieren firma de consentimientos de carácter inmediato, por lo que se establece comunicación con los familiares o con números previamente suministrados por el centro penitenciario, también en sus carpetas que conserva el dragoneante esta registrado un número telefónico que puede ser de utilidad para la gestión. Así mismo, cuando el paciente requiere de garantizar algún equipo y/o saber información sobre la adherencia al tratamiento que lleva en el mismo, se debe establecer comunicación con las psicosociales de los centros penitenciarios y poder obtener la información necesaria y así poder garantizar el derecho a la salud y no generar barreras en la atención.

A considerar: Hay casos esporádicos donde el paciente durante su hospitalización recupera su libertad, allí cuando se desvincule a la unión temporal USPEC que es la aseguradora de los privados de la libertad se debe informar a familiar para que lo

afilien al régimen contributivo o subsidiado, en cuyo caso de no obtener respuesta efectiva se debe realizar afiliación de oficio.

5. NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES:

Ahora bien, en Fundación Hospital San Carlos no se cuenta con las especialidades de pediatría y actualmente el servicio de urgencias se encuentra inhabilitado por lo que casos de menores de edad no se aceptan por medio de remisión. Sin embargo, el (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013), define que:

“La población de niños, niñas y adolescentes se entiende como el conjunto de personas desde la gestación hasta los 18 años cumplidos, reconocidas como sujetos de especial protección en el acceso, atención y garantía del derecho a la salud. Su abordaje incluye acciones de promoción, prevención, atención integral y protección frente a riesgos físicos, mentales y sociales, en el marco de un enfoque diferencial y de derechos”

Por lo anterior y en el marco hospitalario, mientras el servicio de urgencias permanecía activo se recibían casos de códigos blancos en menores y la ruta de atención primaria e integral desde el área de Trabajo Social implementaba el acompañamiento psicosocial, el informe social y la denuncia a las entidades pertinentes.

A continuación, se describirá detalladamente lo anterior:

Funciones	Descripción
Verificación del caso	1. El servicio médico notifica al profesional de Trabajo Social sobre la activación del código blanco en los menores o violencia intrafamiliar. 2. Se validan datos básicos del menor y el motivo que alertó al adulto responsable del paciente.

Valoración	1. Se realiza entrevista social breve y adaptada a la edad del NNA, con el fin de identificar factores de riesgo.
	2. Se valida el estado emocional del paciente, brindando un espacio de escucha activa con herramientas adaptadas a su edad, esto permitirá que, por medio de dibujos, juegos o en una conversación fluida el menor pueda manifestar los hechos ocurridos.
	3. Se realiza entrevista social a familiar responsable del menor, se indaga sobre su núcleo familiar, quien ejerce la custodia, cuidador permanente, presunto agresor, vínculo familiar con él, tiempo desde el cual se ha venido sospechando de los hechos, etc.
Activación de rutas	1. Se notifica a la línea 141 para radicar el reporte de los hechos y la línea 123 donde se reporta el presunto código blanco con el fin de que la policía de infancia y adolescencia brinden medidas de seguridad y protección para que el agresor no pueda acercarse a la víctima.
	2. Una vez realizadas las entrevistas sociales con el menor de edad y el familiar, se toma nota de todo lo mencionado, siguiente a ello, se realiza informe social donde se indica y se plasma los hechos ocurridos, así mismo se agregan datos sociodemográficos, habitacionales, relato y concepto social.
	3. Por medio de MEIL, se reporta caso a los entes pertinentes: ICBF con el número de radicado suministrado en la línea 141, comisaría de familia, fiscalía. Esto dado que, estas entidades establecen medidas de protección y hacen efectiva la denuncia.
NOTA	1. En la historia clínica del menor se documenta los hechos, se deja concepto social y número de la denuncia anteriormente radicado.
	2. Por último, el servicio médico solicita remisión del menor a otro centro hospitalario en el cual brinden servicios de pediatría.

6. Abandono social:

“El aislamiento social en las personas mayores ya no sólo se entiende como falta de relaciones sociales, sino como un factor de riesgo que condiciona su bienestar físico, psicológico y cognitivo, convirtiéndose en un problema de salud pública que demanda una intervención social integral” (Peralta, Moreno, et al., 2023).

Es sabido que, en los centros hospitalarios se presentan muchos casos de abandonos sociales, específicamente en Fundación Hospital San Carlos se presenta este tipo de casos en los adultos mayores, dado que es la población a la que mayormente se le

presta el servicio de salud y es quienes por experiencia presentan posibles abandonos sociales por diferentes factores bien sean habitacionales o sociales a los cuales se ven sometidos por tu ciclo vital:

- Sin red de apoyo familiar ni solidaria.
- Solo cuenta con red de apoyo solidaria.
- Paciente quien no tiene contacto con su familia por problemas intrafamiliares y algunos otros relacionados algún trauma.
- Paciente sin estabilidad económica, no cuenta con ingresos económicos estables, no cuenta con pensión y en gran parte los ingresos devienen de trabajo informal o el bono subsidiario del adulto mayor.
- Condiciones habitacionales no aptas para tener adherencia al tratamiento.

Como se menciona en la cita, el abandono en adulto mayor es un problema de salud pública dado que desprotege los derechos fundamentales, siendo esto un delito en la normatividad colombiana por la ley 1850 del 2017 donde se especifica que dejar a un paciente sin compañía y sin cuidado constituye un proceso penal que puede tener de 4 a 8 años intramural, por tanto, la ruta establecida para ellos es:

Funciones	Descripción
Entrevista social	Se debe realizar entrevista social, en aras de recolectar los datos necesarios para realizar informe social, donde identifique las condiciones habitacionales, datos sociodemográficos y los posibles derechos fundamentales que se estén vulnerando o posiblemente sean vulnerados.
Contacto con red de apoyo	Luego de la entrevista social, se debe realizar contacto con las personas que el paciente haya indicado, esto en aras de complementar la información brindada por el paciente.

	En cuyo caso de no tener absolutamente a nadie o que el paciente no pueda establecer comunicación, se debe reportar al grupo de desaparecidos de la FISCALIA.
Reporte	Se debe emitir reporte a comisaria de familia donde reside el paciente y donde se encuentra ubicado el centro hospitalario (RAFAEL URIBE) Se emite a salud.adultez@sdis.gov.co y integracion@sdis.gov.co
Nota	Se realiza nota en la historia clínica con el reporte realizado Se adjunta el informe social a los correos que se emitió el reporte

7. Afiliación oficiosa

En cuyo caso de llegará un paciente NN (persona desconocida de la cual no se tiene ningún dato), PPL sin afiliación a ningún régimen ni a unión temporal USPEC, habitantes de calle o migrantes, se debe realizar un estudio de caso con los debidos reportes a base de datos y registro que son correos que corresponden a la secretaria de salud esto para que el Fondo Financiero distrital de salud, asuma la cuenta médica sobre lo consumido en su tratamiento. Esto, solo se realiza en cuyo caso de que el paciente dado su estado de salud no se reconozca, no se evidencia red de apoyo luego de buscarla, sea migrante se debe reportar en el SIRE y/o persona que no se pueda identificar.

Del mismo modo, en cuyo caso de que se evidencie paciente que se puede reconocer y con escasa red de apoyo, donde se evidencie retirado del sistema de salud, se puede acudir a la afiliación oficiosa, donde se diligencian todos los datos del paciente, esta afiliación solo permite afiliación a Coosalud o a capital salud. Finalmente, es necesario destacar que estos casos se presentan mayormente en hospitales públicos y todos aquellos que cuentas con el servicio de urgencias.

Modelos de intervención

- Modelos clínico psicosocial:

Es necesario destacar que, la intervención del Trabajador Social es realizada desde su conocimiento adquirido en la academia, el investigar sobre su quehacer en el campo en el que se encuentra ubicado y sobre qué tipo de casos puede abordar para así tener una perspectiva de ello. Si bien, hay una

normatividad que manifiesta el quehacer de cada institución que realiza seguimiento y es veedor de los derechos fundamentales de los distintos grupos poblacionales, está no define a que entidades remitir cada caso ni cómo abordar cada uno de ellos, por tanto, es meramente responsabilidad y decisión del profesional.

En la práctica del Trabajo Social en el campo de la salud es importante resaltar la importancia de abordar los casos o las situaciones de los pacientes y sus familias desde una perspectiva que abarque todos los aspectos necesarios, es decir, aspectos personales, familiares y sociales, dado que estos inciden en su bienestar, por lo tanto, Richmond (1917) plantea que:

"El modelo clínico psicosocial en Trabajo Social, inspirado en los aportes de Mary Richmond, promueve un enfoque integral que reconoce la interacción de los factores biológicos, psicológicos y sociales en la comprensión y abordaje de las problemáticas humanas. Este modelo orienta la intervención tanto en el individuo como en su entorno, destacando la importancia de la familia, la comunidad y las instituciones en los procesos de cambio y bienestar social".

De este modo y como lo explica Richmond este modelo clínico psicosocial permite al trabajador social comprender que las dificultades de una persona no pueden abordarse únicamente de manera personal, sino que además requieren una mirada integral que considere tanto las condiciones internas de la persona, así mismo el enfoque psicosocial facilita y brinda una intervención más humana y contextualizada, donde se prioriza la relación entre el individuo y su entorno como eje fundamental de su proceso.

- **Modelo de intervención en crisis:**

Así mismo, en el contexto hospitalario los profesionales de Trabajo Social se encuentran en su cotidianidad con pacientes o familiares que enfrentan momentos de crisis derivados a pérdidas, enfermedades o conflictos familiares, esto afectando directamente de manera negativa su estado a nivel emocional, es así, como el modelo de intervención en crisis ofrece herramientas para una actuación rápida, empática y efectiva, para ello Golan (1978) manifiesta que:

"El modelo de intervención en crisis en Trabajo Social se centra en brindar apoyo inmediato y estructurado a las personas que enfrentan situaciones críticas, con el fin de restaurar su equilibrio emocional y funcionalidad. Desde esta perspectiva, el profesional actúa de manera activa, empática y breve, ayudando al individuo a movilizar sus recursos personales y sociales para afrontar la situación y prevenir consecuencias más graves".

En la intervención social que se brinda desde el área de trabajo social este enfoque permite al profesional actuar con sensibilidad y empatía, brindando herramientas de contención y espacios de escucha activa donde su sentir y sus emociones hacen parte de una reacción normal del momento que enfrenta, igualmente el trabajador social se convierte en un facilitador del proceso que están viviendo, ayudando a los mismos a identificar los recursos que se tienen disponibles para dicho afrontamiento. No obstante, la finalidad de este acompañamiento también influye en acompañar a la familia o al paciente en la toma de decisiones inmediatas que reduzcan el impacto de la crisis y promuevan su bienestar integral.

REFLEXIONES FINALES.

- Como se puede evidenciar a lo largo de esta guía, si bien los reportes son casi los mismos en los distintos casos, estos tienen particularidades que es necesario no pasar por encima de ellos, adicional de reportar debidamente para que las entidades realicen el seguimiento y acciones necesarias.
- Igualmente, la presente guía de intervención tiene como objetivo principal proporcionar a los futuros practicantes una referencia ya estructurada y fundamentada sobre los pasos a seguir en los distintos casos atendidos en la Fundación Hospital San Carlos y así mismo busca plasmar la labor del Trabajador Social, evidenciando cómo las intervenciones contribuyen a garantizar un acompañamiento asistencial integral, orientado al bienestar del paciente y fundamentado en principios de atención humanizada.
- Los métodos de intervención mencionados en este documento son una sugerencia a tener en cuenta para los futuros practicantes del área para lograr brindar una atención integral y pertinente a los casos que se atienden en el centro hospitalario.

Referencias:

Secretaría Distrital de Salud – Bogotá. (s. f.). *Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el Sector Salud*. Recuperado de http://fapp.saludcapital.gov.co/estadisticos/pai/BASES/DOCUMENTOS%20PAI/STAN%20MULTIMEDIA/protocolo_para_el_abordaje.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (s. f.). *Habitantes de calle*. Recuperado de <https://ciudadanos.sectorsalud.gov.co/ciudadanos/enfoque-diferencial/paginas/info-habitante-calle.aspx>

Armada Argentina – Fuerzas Armadas de la Nación. (s. f.). *Violencia intrafamiliar*. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/armada/oficinas-de-genero-y-familia/violencia-familiar>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Política Nacional de Salud para la Infancia y la Adolescencia en Colombia: Lineamientos técnicos y operativos*. Bogotá, Colombia. URL: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Lineamiento-atencion-integral.pdf>

Gallardo-Peralta, L. P., Sánchez-Moreno, E., Rodríguez Rodríguez, V., & García Martín, M. (2023). *La investigación sobre soledad y redes de apoyo social en las personas mayores: una revisión sistemática en Europa: e202301006*. *Revista Española de Salud Pública*, 97. Disponible en <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/86>

Richmond, M. E. (1917). *Social diagnosis*. New York, NY: Russell Sage Foundation.

Golan, N. (1978). *Treatment in crisis situations*. New York, NY: The Free Press.

