



**ANALISIS DE LA SITUACIÓN DE RIESGO PÚBLICO EN TRABAJADORES DE
LA ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DEL MUNICIPIO DE TARAZÁ ANTIOQUIA
EN EL AÑO 2017**

PRESENTADO POR

JENNY PAOLA CAMACHO RODRIGUEZ

**TRABAJO DE GRADO PRESENTADO PARA OPTAR POR EL TITULO DE
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL
TRABAJO**

**ESCUELA COLOMBIANA DE CARRERAS INDUSTRIALES - ECCI
FACULTAD DE SALUD
BOGOTA D. C.
2017**

**ANALISIS DE LA SITUACIÓN DE RIESGO PÚBLICO EN TRABAJADORES DE
LA ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DEL MUNICIPIO DE TARAZÁ ANTIOQUIA
EN EL AÑO 2017**

PRESENTADO POR

JENNY PAOLA CAMACHO RODRIGUEZ

TUTOR:

ANGY MILENA CAICEDO MONTAÑO

ESCUELA COLOMBIANA DE CARRERAS INDUSTRIALES - ECCI

FACULTAD DE SALUD

BOGOTÁ D. C.

2017

1. JUSTIFICACION.....	2
1.1 JUSTIFICACION SOCIAL	2
1.2 JUSTIFICACION ECONOMICO	3
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
2.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA	5
2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	6
2.3 OPERACIONALIZACIÓN DE CATEGORÍAS DE ANÁLISIS, VARIABLES Y/O HIPÓTESIS.	6
2.3.1 EL CONTROL TERRITORIAL:	6
2.3.2 EL CONTROL ECONÓMICO:	6
3. OBJETIVOS	7
3.1 GENERAL	7
3.2 ESPECÍFICOS	7
4. MARCO TEORICO.....	8
5. MARCO CONCEPTUAL	11
5.1 INFORMACIÓN MUNICIPIO DE TARAZÁ.....	15
5.2 PRESENTACIÓN DE LA EMPRESA.....	16
6. MARCO LEGAL.....	17
7. TIPO DE ESTUDIO.....	19
8. ACTIVIDADES DEL PROYECTO	20
9. FUENTES PARA LA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN	20
9.1 FUENTES PRIMARIAS	20
10. RECURSOS.....	21
10.1 FACTOR HUMANO.....	21
10.2 RECURSOS TÉCNICOS:.....	22
10.3 RECURSOS FINANCIEROS	22
11. CRONOGRAMA.....	23
12. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	23
13. CONCLUSIONES	33
14. RECOMENDACIONES	33

ANEXOS

pag.

Lista de tablas

5

Lista de gráficos

6

Lista de imagen

7

LISTA DE TABLAS

Tabla N° 1 Actividades del proyecto.

Tabla N° 2 Recursos factor humano.

Tabla N° 3 Recursos factor técnico.

Tabla N° 4 Cronograma.

LISTA DE GRAFICOS

Grafico N° 1 Su cargo es.

Grafico N° 2 tiempo de servicio.

Grafico N° 3 Sexo.

Grafico N° 4 Horario de trabajo.

Grafico N° 5 Su sitio de trabajo es.

Grafico N° 6 Tipo de riesgo al que se ha visto expuesto.

Grafico N° 7 Ha sido víctima de alguno de estos tipos de riesgos públicos durante el ejercicio de sus funciones.

Grafico N° 8 Ha presentado alguno de los siguientes efectos por exposición a factores de riesgo público.

Grafico N° 9 Al estar en contacto con personas y cosas presentes en un evento traumático siente usted un malestar intenso.

Grafico N° 10 Al experimentar nuevamente el evento traumático siente usted palpitación, sudoración y deseos de huir.

Grafico N° 11 Habitualmente viene a usted imágenes y pensamientos que reviven la situación traumática.

Grafico N° 12 Se ha encontrado a si mismo sintiendo o actuando como si de nuevo se encontrara en aquella situación.

Grafico N° 13 Hace algún esfuerzo por no pensar en lo que sucedió.

Grafico N° 14 Olvida con facilidad aspectos importantes de su vida.

Grafico N° 15 Tiende a distraerse con facilidad.

Grafico N° 16 Ante una situación similar a la del punto anterior a respondido con temor u horror intenso.

Grafico N° Ha buscado usted ayuda profesional para tratar los efectos evidenciados.

LISTA DE FIGURAS

Imagen N ° 1 Ubicación geográfica del municipio de Taraza

Imagen N ° 2 Fachada de atención urgentes del ESE Hospital San Antonio de Tarazá,

INTRODUCCION

Cuando hablamos de riesgo público en el personal de salud de una Empresa Social del Estado, en un municipio del Bajo Cauca Antioqueño, tenemos que hablar necesariamente de conflicto armado en Colombia.

Cuando, en el año 2004, el gobierno nacional creó la estrategia de Consolidación Territorial con esta pretendía “garantizar la gobernabilidad, legitimidad, presencia y confianza de los ciudadanos en el Estado a través de acciones sociales y económicas en regiones del país afectadas por la presencia de grupos armados ilegales, cultivos ilícitos y débil presencia institucional”, entonces escogió como zona de intervención al Bajo Cauca antioqueño.

Esta Subregión del departamento de Antioquia está conformada por seis municipios, donde habitan cerca de 280 mil personas y con una extensión de 8.445 kilómetros cuadrados, una de las mayores de Antioquia, viene con una historia de violencia continua protagonizada primero por bandoleros y luego, por narcotraficantes, guerrilleros y paramilitares.

El Bajo Cauca entonces fue convertido desde mediados de la década de los ochenta, en el mayor centro de cultivo y procesamiento de coca del departamento; todo ello en medio del más completo abandono estatal. A lo anterior se le suma, además, la situación de pobreza, tan histórica en la región como la misma violencia y una de las más altas del departamento. Esta dura realidad, paradójicamente, contrasta con las bondades naturales de un territorio bañado por las caudalosas aguas del río Cauca, con fértiles tierras que encierran un enorme potencial productivo, una inigualable fortaleza cauchera y cacaotera y, como si fuera poco, una incalculable riqueza aurífera.

Los municipios del Bajo Cauca Antioqueño son: Caucasia, Cáceres, Tarazá, Nechí, El Bagre y Zaragoza.

Cada uno de estos municipios cuenta con una IPS Pública excepto Zaragoza cuyo hospital fue intervenido en el año 2014 y ahora es una IPS privada.

Es de anotar que debido al conflicto armado en la zona y con todos los actores que se tienen, el personal de salud es uno de los más vulnerables al factor de riesgo público que

como su nombre lo dice se relaciona con el orden público, cuando se atiende un usuario en la IPS, para el caso ESE el interés del personal es preservar la vida, pero detrás de esa vida a veces se presenta el grupo rival y es cuando frente a esta situación vivida por el personal de salud y los usuarios y la constante amenaza se sufre como consecuencia estrés postraumático.

Para nosotros como estudiantes de la Especialización en Gerencia de la Salud Ocupacional, es de gran importancia realizar esta investigación, pues nos permite conocer e interpretar de primera mano, los efectos de la violencia en el personal de salud de la ESE Hospital San Antonio de Tarazá.

1. JUSTIFICACION

1.1 JUSTIFICACION SOCIAL

Algunas de las explicaciones más aceptadas que las ciencias sociales han propuesto sobre el conflicto en Colombia: son que obedece a las desigualdades económicas y sociales; lo que expresa una estrategia de dominio territorial; como sabemos en la subregión del Bajo Cauca se vive este conflicto desde hace más de 40 años, inicialmente se tuvo la presencia de grupos ins¹urgentes (FARC, ELN), posteriormente entraron los grupos paramilitares con el Bloque Mineros y posteriormente se habló de Los Rastrojos, Las Aguilas Negras y los Urabeños (ahora denominados Clan Úsuga) en la Actualidad.

A pesar del riesgo público que se presenta en los municipios de la Región, las E.S.E. u hospitales públicos continúan prestando atención a los usuarios, presentándose en los servicios de urgencias la peor situación para el personal de salud asistencial en cuanto a lo que tiene que ver con el orden público generando efectos a largo plazo en ellos y

¹ GALINDO Carolina, GONZÁLEZ Sebastián, PEÑARANDA Leandro, PARALES Carlos, las explicaciones sobre el conflicto en Colombia, Universidad del Rosario, Ministerio de Educación Nacional, 2004-2005, ISSN 1909-0501

agudizando la ocurrencia de enfermedades como la depresión deteriorando la salud emocional y psicológica

El informe de 2004 inserto en el Manual de Misión Médica del Ministerio de salud compila casos ocurridos de enero de 1999 a agosto del 2003, basándose igualmente en distintas fuentes (Organismos de la red de salud Pública, Ministerio de Salud y Protección Social, Cruz roja internacional y colombiana, Observatorio de DDHH, Defensoría del Pueblo). Entre las principales conclusiones se encuentra el aumento de infracciones sobre la vida e integridad personal, especialmente el homicidio y amenazas. El 68% (n=684 de 1006) de las infracciones correspondieron a esta categoría, del cual el 19% (n=130) fueron homicidio y el 36,8% (n= 252) amenazas. El personal que más se ve afectado es el encargado de hacer labores directas con la comunidad y quienes poseen mayor liderazgo frente a ellas, como el Promotor de salud (25,8% de los homicidios registrados) y el auxiliar de enfermería (20,2% de los homicidios),⁴ seguido de los médicos y conductores de los vehículos institucionales o ambulancias (cada uno de ellos 9% n= 49). La enfermera como tal, no se reporta con alta frecuencia, apenas 3% de las infracciones en contra de la vida e integridad personal, mucho más abajo que médicos y conductores.

1.2 JUSTIFICACION ECONOMICO

El Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano (SGSSS) es central para el desarrollo social y económico del país. Creado mediante la Ley 100 de 1993, este sistema rompió la historia de Colombia en un “antes” y un “después”. Se enmarcó en los principios de universalidad, cobertura, integralidad, solidaridad, igualdad, suficiencia, participación y unidad (1). Reemplazó al Sistema Nacional de Salud que funcionaba desde 1975, creó el sistema de aseguramiento y estableció relaciones de mercado entre las aseguradoras denominadas “empresas promotoras de salud (EPS)” y las “instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS)”. Los usuarios se afilian a las aseguradoras, a las cuales el Estado paga una suma de dinero por año denominada “unidad de pago por capitación (UPC)”. Las aseguradoras contratan los servicios con clínicas y hospitales para atender a sus afiliados

dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS) est²ablecido por el Gobierno. El SGSSS por primera vez en la historia colombiana puso los servicios de salud (en el marco de POS), al alcance de la población colombiana, primero de manera fragmentada y restringida y, desde el año 2012, en forma completa para todos. A pesar de este mérito, el SGSSS es objeto de críticas en los medios masivos de comunicación, la prensa profesional en salud, en la arena política nacional y en el mundo académico médico, económico y administrativo.

El autor colombiano Hugo Fazio, entiende la globalización como la expansión del modelo capitalista a escala mundial, basada en el acelerado intercambio de bienes, servicios y mercados que condujo al derrumbamiento de las fronteras nacionales y logró profundizar la interdependencia entre países, regiones, empresas y actores transnacionales que confluyeron en un único sistema de relaciones económicas y de informatización.³

En Colombia, dicha globalización introdujo diversos cambios estructurales y reconfiguró las relaciones económicas, políticas y sociales del Estado colombiano para permitir el libre desarrollo de la fuerza liberalizante del capitalismo mundial. Las tendencias globalizadoras se materializaron en la suscripción de acuerdos de integración, mercados comunes o zonas de libre comercio, la generalización de estrategias encaminadas a atraer inversión extranjera y la creación de condiciones para susci³tar el interés de las grandes empresas transnacionales, así como en el rigor macroeconómico, la preservación de un sano equilibrio fiscal y las políticas de privatización de activos y servicios estatales. A su vez, la globalización exigía una descentralización de las funciones del Estado a fin de hacerlo más eficiente en el manejo de los recursos, así como de fomentar el autosostenimiento de las regiones y localidades del país.

La adopción del neoliberalismo en Colombia se constituyó así en el modelo de desarrollo a través del cual se materializó en buena medida el fenómeno de la globalización, lo que, a su

² MERLANO-PORRAS Carlos Andrés, Sistema de salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura, 25-02-13 SICI: 1657-7027(201301)12:242.0.TX;2-E.

³ MANTILLA VALBUENA Silvia, Scielo, Economía y conflicto armado en Colombia: los efectos de la globalización en la transformación de la guerra, 2012, ISSN 1665-8574.

vez, produjo efectos en la problemática del conflicto armado colombiano. A continuación evidenciaremos los aspectos más relevantes de esta transformación.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE RIESGO PÚBLICO EN TRABAJADORES DE LA ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DEL MUNICIPIO DE TARAZÁ ANTIOQUIA EN EL AÑO 2016

Descripción del problema. Para hablar de riesgo público tenemos que hablar de conflicto armado, Colombia es un país que vive un conflicto de más de 60 años, en un principio en los años 40 se hablaba de “bandoleros” y era la guerra entre Godos (conservadores) y liberales, posteriormente apareció la guerrilla (grupos subversivos de izquierda EPE, FARC, M19, ELN), otros grupos como paramilitares hoy llamados “bacrim” (bandas criminales), todos estos confluyen en el Bajo Cauca Antioqueño.

El personal de salud de todas las Instituciones Prestadoras de Salud y particularmente los que laboran en los hospitales públicos. Nuestro país ha vivido un conflicto constante pasando por cambios ideológicos desde su nacimiento hasta la actualidad, esta situación de conflicto ha generado cambios culturales en los diversos ámbitos, dentro de los actores sociales se encuentran empresas y sus empleados que no han podido ser ajenas a este tipo de conductas violentas, los empleados de las diferentes empresas del país se han visto enfrentados a esta situación de riesgo público, de la que no se escapan los empleados públicos, entre los que se encuentran los colaboradores de la ESE Hospital San Antonio del Municipio de Tarazá, este impacto se ve reflejado en el temor, el estrés que se genera, pues como dicen los empleados del hospital: “sabemos que salimos pero no si llegamos a nuestros hogares.

Se hace necesario que se realicen este tipo de investigaciones con el fin de poner en evidencia la situación que se presenta y tomar decisiones para impactar este tipo de riesgos.

2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el estado actual en cuanto a riesgo público, en los trabajadores de la ESE HOSPITAL SAN ANTONIO del municipio de TARAZÁ ANTIOQUIA en el año 2017?

2.3 OPERACIONALIZACIÓN DE CATEGORÍAS DE ANÁLISIS, VARIABLES Y/O HIPÓTESIS.

Se espera encontrar un alto grado de riesgos público en los trabajadores de la ESE HOSPITAL SAN ANTONIO del municipio de TARAZÁ ANTIOQUIA, con respecto a situaciones de conflicto, agresión intencional y actos delictivos que se ven reflejados en el temor y estrés que se genera.

La guerra tiene varios componentes.

2.3.1 EL CONTROL TERRITORIAL:

⁴El Estado colombiano no ha tenido nunca control sobre todo su territorio. Sus fines esenciales, que son la seguridad, la justicia y la tributación, son disputados en muchos territorios por organizaciones armadas de crimen organizado, que operan como sus propietarios y derivan rentas de su control territorial. La extorsión reemplaza a la tributación, la fuerza sustituye la seguridad y la justicia se ejerce con la intimidación o el asesinato de los infractores. El control territorial privado es el anverso de la ausencia del control estatal de su territorio. Sus rentas son creadas por el vacío de Estado en un territorio determinado y su nivel de exacción depende del grado de vacío o ineficiencia del Estado.

2.3.2 EL CONTROL ECONÓMICO:

⁴ REYES Alejandro, Las redes del control territorial, 2016, El espectador.

⁵Aunque la guerra no es sólo destrucción, armas y hechos bélicos, sus efectos preponderantes son vulneraciones y violaciones a los derechos humanos, impacto recesivo sobre las economías, fragmentación de redes relacionales, destrucción de recursos medioambientales y limitaciones al desarrollo humano y social de amplios sectores de la población. Dado lo anterior, el conflicto armado se ha constituido en una causa socorrida para explicar pobreza, injusticias, inequidades y exclusiones en las cuales subyacen móviles estructurales y coyunturales diversos, no atribuibles sólo al conflicto, aunque este pueda contribuir a generar y mantener tales condiciones de pobreza, injusticia, inequidad y exclusión. La guerra se libra simultáneamente en varios escenarios, y en todos ellos se vulnera a la población civil que se encuentra en medio de fuegos cruzados. Hombres y mujeres, por acción o por omisión, terminan siendo afectados de manera diferencial y suelen estar en la mira de uno, otro o varios de los grupos en confrontación. En todos los escenarios en los que se desenvuelve el conflicto se hacen sentir los efectos sobre los géneros.

Todo esto es incluyente a los diversos grupos que participan en el conflicto armado

3. OBJETIVOS

3.1 GENERAL

Realizar un análisis de la situación de riesgo público en trabajadores de la ESE HOSPITAL SAN ANTONIO del municipio de TARAZÁ ANTIOQUIA Antioquia en el año 2017.

3.2 ESPECÍFICOS

Orientar la investigación sobre los efectos causados al personal de salud que han estado expuestos a riesgo público

⁵ CIFUENTES PATIÑO María Roció, 2003, La investigación sobre género y conflicto armado, RESEARCH ON GENDER AND ARMED CONFLICT.

Documentar por medio de encuestas las situaciones laborales en las cuales los empleados perciben presencia del riesgo público.

Explorar hipótesis de asociación entre factores de riesgo públicos y estrés pos trauma en la población estudiada.

4. MARCO TEORICO

Se entiende por violencia cualquier comportamiento físico, psicológico/emocional y/o sexual que, por medio de la acción u omisión, provoca daño a las personas (Puget y Berenstain, 1998). La violencia, así entendida, se comprueba en hechos cotidianos a los cuales el individuo está expuesto (víctima) o es el responsable (victimario). Hechos en que la violencia puede estar dirigida hacia sí mismo, hacia las personas o hacia las cosas, y que puede ser directa o implícita (Rapaport, 1992). En general, cualquiera sea su dirección, tenemos la tendencia a identificarla de inmediato con ciertas acciones concretas: golpes, balazos y, en su expresión más elocuente y descarnada, la guerra. Es decir, se relaciona con hechos visibles y manifiestos de la agresión física que provoca daños que pueden llegar a producir la muerte (Hacker, 1973). Se reconoce también como expresión de violencia aquellas situaciones en las que existe una percepción de mala calidad de servicios o de mala atención, no satisfacción de necesidades de un cliente, proveer de servicios que están muy lejos de las expectativas del usuario, cuando se abusa o se recibe un trato injusto (Chapell y Di Martino, 1998).⁶

La violencia identificada como fenómeno multicausal (Chapell y Di Martino, 1998; Buinic *et al.*, 1999; Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo, 1999 y OMS, 2002), ha sido abordada por diversos estudios desarrollados por la OIT (1988) como problemática en los ambientes de trabajo, concluyendo que algunos ambientes laborales están más expuestos que otros a diferentes tipos de comportamientos violentos.

⁶ BURGOS MORENO mónica y PARAVIC KLIJN Tatiana, Scielo, violencia hospitalaria en pacientes, 2003, ISSN 0717-9553

Entre los trabajadores con mayor riesgo de actos violentos, según los estudios, se encuentran los que se desempeñan en el sector salud, especialmente en el área intrahospitalaria (Mahoney, 1990; Nogareda, 1990; Beck y col., 1992; Aranetz, 1994 y Sánchez, 2002). Para el CIE (2002) esta problemática tiene carácter universal, es decir, afecta a todos los trabajadores de atención sanitaria en mayor o menor grado, principalmente al personal de ambulancias, médicos y personal de enfermería que se desempeña en servicios hospitalarios. Esta violencia de los funcionarios en el lugar de trabajo también puede generar en ellos comportamientos violentos, extendiéndose hacia los usuarios de los servicios de salud (Kignma, 1999), los que representan el principal foco de atención en este contexto.

Desde nuestra mirada, lo psicosocial es irreverente frente a procesos de atención puramente psicológicos y focalizados en los individuos, e invita a adelantar acciones tendientes a integrar lo emocional y lo relacional con una comprensión desde el contexto. La perspectiva psicosocial permite comprender, así, la particularidad de la población víctima de la violencia socio-política, re-conocer sus múltiples contextos sociales, culturales y políticos como ámbitos en⁷ los que se construye y deconstruye la identidad, el mundo emocional y relacional, los cuales son constituyentes de la realidad que se vive.

En este marco, consideramos que el acompañamiento psicosocial tiene como objetivo construir un proceso reflexivo entre la población víctima, su red social y los acompañantes, que contribuya a la superación de los efectos sociales y emocionales de la violencia a través de la resignificación de la identidad y del reconocimiento de recursos personales y sociales, en el marco de la categoría de sujeto de derechos.

Este objetivo destaca aspectos que consideramos básicos para adelantar procesos de acompañamiento psicosocial: el primero, la relación que se construye entre el acompañante y las personas víctimas de la violencia como el motor y brújula del proceso mismo. El segundo, la identidad como referente de análisis de la población sobre su situación emocional y relacional a partir de la experiencia violenta, lo cual permite reconocer el

⁷ NARANJO Liz Arévalo, Revista de estudios sociales, atención y reparación psicosocial en contextos de violencia sociopolítica : una mirada reflexiva, 2010, ISSN 0123-885X.

cambio abrupto que ésta genera, y desde allí proyectar nuevas explicaciones o miradas hacia el futuro. Y tercero, tener presente que el acompañamiento psicosocial se da en el marco de considerar a las personas como sujetos de derechos, con la capacidad y dignidad de exigir sus derechos, la reparación integral, y con la facultad de promover cambios en la vida.

Según el informe de la Presidencia de la República de Colombia (2009), la violencia está afectando directamente a los trabajadores y trabajadoras de la salud. En los últimos catorce años hubo 796 casos de infracciones hacia la misión médica que incluyeron amenazas, asesinatos, desplazamiento y secuestros. De acuerdo con un reporte de la Dirección General de Emergencias y Desastres del Ministerio de la Protección Social, las agresiones van dirigidas directamente contra los trabajadores y trabajadoras de la salud y contra la población civil (Presiden⁸cia de la República de Colombia, 2009). Las investigaciones realizadas en Colombia que involucran al personal médico se desarrollan básicamente en tres categorías: el registro de misión médica, los lineamientos y protocolos de atención para heridos de guerra y las relacionadas con la acción humanitaria. El registro de misión médica en Colombia se realiza principalmente por el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR & MPS, 2011), Médicos sin Fronteras (MSF, 2010) y el Ministerio de Protección Social (Presidencia de la República de Colombia, 2009). García muestra los tipos de violaciones más frecuentes a los sujetos profesionales de la salud en Colombia, que incluyen la presión para violar el secreto profesional y la intimidación. Se han denunciado casos de médicos y médicas que deben revelar la identidad de sus pacientes porque son amenazados, y por lo tanto eligen salvar su propia vida. Al mismo tiempo, se conoce que en los casos en los cuales no proporcionan los datos son acusados y señalados por cada uno de los actores, y se ven obligados a abandonar la institución de salud donde prestan sus servicios (García, 2004).

Al empezar este año, la Unidad de Víctimas registró a la número 6 millones desde 1984. Pocos conflictos armados en el mundo exhiben una cifra semejante. La cual, por aterradora

⁸ URREGO-MENDOZA Diana Zulima Y QUINTERO MEJÍA Marieta, Dilemas de la guerra: un estudio desde las narrativas médicas en Colombia, 2014, pp. 837-849.

que sea, apenas da una pálida idea de los centenares de miles de destinos individuales, familiares y de comunidades completas que han sido pasto de la moledora de la guerra en estos 30 años.

En los dos años transcurridos desde la sanción de la Ley 1448 o de Víctimas, el Estado ha incluido en el registro nacional a más de 6 millones de víctimas. En su inmensa mayoría, se trata de víctimas de desplazamiento forzoso, las cuales suman casi 5,4 millones desde 1984 (con esto, la cifra oficial se acerca, por fin, a la que han manejado ONG especializadas como Codhes).

Pero están también miles de personas que sufrieron toda suerte de otros crímenes de guerra: más de 130.000 amenazados, cerca de 75.000 que perdieron algún bien, más de 90.000 desaparecidos y sus familiares, más de 21.000 secuestrados, casi 55.000 víctimas de algún tipo de acto de terrorismo, cerca de 95.000 homicidios y más de 540.000 personas afectadas por el asesinato de un ser querido, 10.500 víctimas de minas antipersonas, 6.500 casos de tortura, casi 7.000 de reclutamiento forzado de niños y 4.000 casos de violencia sexual componen la radiografía del padecimiento que ha compilado la Unidad de Víctimas.

5. MARCO CONCEPTUAL

Durante los conflictos armados, la salud mental tanto individual como colectiva, tiene alto riesgo de verse afectada no sólo de forma inmediata sino también a mediano y largo plazo, situación que se agrava por la poca atención que ha recibido. El caos y la violencia -en sus diferentes modalidades incrementan los riesgos de trauma psicológico y, de hecho, los conflictos armados no sólo generan muertes, heridas y discapacidades físicas, sino que también dejan huellas en la vida de las personas, las familias y la sociedad. Los conflictos armados y la secuencia de sucesos que generan son considerados emergencias complejas que, en ocasiones, producen un colapso de las autoridades nacionales y locales. Esto conlleva la pérdida del control de la situación y la dificultad o imposibilidad de proveer

⁹ SEMAN 35 Años, 2014, seis millones de víctimas deja el conflicto armado, ideas que liberan.

apoyo vital y protección mínima a la población civil, convirtiéndose ésta en grupo especialmente vulnerable y actor pasivo del conflicto (1). Con base en las experiencias aprendidas, el enfoque del manejo de las emergencias complejas ha evolucionado hacia una nueva perspectiva que añade a la atención del daño el enfoque de gestión de riesgo, dirigido a eliminar o disminuir la probabilidad de sufrir daños.

¹⁰La protección de la salud en situación de conflicto armado es una prioridad para la población, ya que tales situaciones siempre originan una perturbación del medio ambiente y del equilibrio socioeconómico que, por su parte, son patógenos. Los conflictos armados pueden causar, para poblaciones enteras, pobreza, enfermedad y muerte.

Los Convenios de Ginebra y sus Protocolos adicionales son instrumentos que permitirían lograr más en el ámbito de la protección de la salud, si fueran siempre respetados por los beligerantes.

Así pues, hay que desplegar esfuerzos para obtener una mejor aplicación del derecho, antes de pensar en otros tipos de convenio.

Intervenciones exteriores, basadas en una evaluación permanente de las necesidades y utilizando los recursos en función de las prioridades comprobadas, permitirían un óptimo rendimiento de los recursos.

La protección de la salud incumbe a cada uno y la población local debe participar en la misma, con el apoyo de las organizaciones exteriores, cuya acción pueda llevarse a cabo en diferentes niveles.

Se ha de recurrir a las diferentes posibilidades de manera complementaria, para proteger la salud. Debido a la limitación de los recursos exteriores de personal calificado y de material, ha de desarrollarse el papel de «catalizador» que facilita las acciones locales, así como el de negociador, que puede mejorar el acceso de las víctimas a los recursos vital es.

En este tipo de intervención vemos el futuro de la protección de la salud de las víctimas de los conflictos armados

¹⁰ Rodríguez Jorge , DE LA TORRE Alejandro, MIRANDA Claudio T. 2002, La salud mental en situaciones de conflicto armado, Biomedica.

¹¹La atención psicosocial a víctimas del conflicto armado en Colombia ha sido un proceso en el que han participado instituciones del Estado y organizaciones civiles desde diversas perspectivas y atendiendo a diferentes intereses. La justificación para adelantar acciones dirigidas a mitigar los impactos de la violencia por el conflicto armado en nuestro país es más que evidente. De acuerdo con las cifras oficiales, hasta noviembre de 2014 el número de víctimas registradas era superior a siete millones (Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas, 2014a). Esto quiere decir, que el impacto de la violencia ha alcanzado de manera directa a más del 15% de la población del territorio colombiano. La cifra por sí misma es sorprendente, sin embargo, no logra transmitir la complejidad de la tragedia, pues los efectos de la exposición a los hechos de violencia son tan variables como los sujetos que se han visto sometidos a dichas situaciones. No es tarea sencilla, entonces, hablar de atención psicosocial para las víctimas de la violencia en Colombia. Los discursos oficiales, así como los de las agencias que invierten recursos para apoyar este proceso, se caracterizan por una pretensión de universalidad utópica que pretende encontrar la fórmula adecuada para mitigar los efectos de la violencia en todos los sujetos que se han visto afectados por ella. Partir de reconocer la complejidad del fenómeno, implica de entrada asumir que tal universalidad no es más que una utopía, un tipo ideal a alcanzar, pero en tanto tipo ideal, difícilmente es posible acceder a él de manera pura en hechos concretos de la realidad social. La dificultad de este planteamiento radica en que todas las víctimas tienen el mismo derecho a ser reparadas por haber sido sometidas a tales actos de violencia, por lo tanto, desde la perspectiva oficial la política para la atención a víctimas se caracteriza por estar formulada bajo el precepto del para todos, lo que significa para todos por igual. La más reciente norma dirigida a mitigar los impactos de la violencia en Colombia es la ley 1448 de 2011, también conocida como ley de víctimas y restitución de tierras. En un esfuerzo loable y partiendo de la experiencia acumulada en el país en materia de programas de atención a población afectada por el conflicto, esta ley propone de manera explícita que la atención a las víctimas debe adelantarse con enfoque psicosocial. Dicho encargo, implica

¹¹ Dr. RUSSBACH Rémy, 1991, Comité internacional de la cruz roja, La protección de la salud en los conflictos armados.

un gran desafío para las instituciones y profesionales que representan esta perspectiva de trabajo, en la medida en que tiene la apariencia de ser la fórmula adecuada para aliviar el sufrimiento de los afectados por el conflicto.

Como señalamos con anterioridad la ley de víctimas y restitución de tierras propone de manera explícita que la atención a las víctimas debe adelantarse con enfoque psicosocial. Es importante entonces remitirnos al discurso oficial y la manera en la que dicho enfoque es definido desde esta instancia. Así, encontramos que la ley de víctimas se refiere a la atención como “la acción de dar información, orientación y acompañamiento jurídico y psicosocial a la víctima, con miras a facilitar el acceso y cualificar el ejercicio de los derechos a la verdad, justicia y reparación” (Colombia, 2012, p.36). En este orden de ideas, lo psicosocial es entendido como uno de los componentes de la atención, específicamente hace parte de las medidas de rehabilitación, sin embargo se advierte que dicho componente deberá ser permanente y transversal durante el proceso de reparación. De manera más específica, el ministerio de salud y protección social (2013a y 2013b) y la unidad para la atención y reparación integral a víctimas (2014b), se refieren a los fundamentos del enfoque psicosocial para señalar sus principales características. Entre ellas se destaca que el enfoque psicosocial es ubicado como el resultado de la experiencia de acompañamiento a poblaciones afectadas por eventos generados en contextos de violencia sociopolítica, particularmente en el contexto latinoamericano. De esta manera, el enfoque está orientado al restablecimiento de los derechos vulnerados y la reivindicación de la dignidad de los sujetos afectados por los hechos de victimización.

MORENO CAMACHO, Manuel Alejandro, DÍAZ RICO María Elena, Artículo de revisión, Posturas en la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado en Colombia, 2015, Aceptado: noviembre 20 de 2015¹²

¹² MORENO CAMACHO, Manuel Alejandro, DÍAZ RICO María Elena, Artículo de revisión, Posturas en la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado en Colombia, 2015, Aceptado: noviembre 20 de 2015

5.1 INFORMACIÓN MUNICIPIO DE TARAZÁ

Se evidencia la ubicación geográfica del municipio de Tarazá en el departamento de Antioquia y en la subregión en la imagen 1.

13



Nombre del Municipio: Municipio de Tarazá.

Otros nombres que ha recibido el municipio: en 1959, la ordenanza 25 del 14 de diciembre, creó la inspección de Tarazá, cuando comenzaba a fortalecerse y recibió el nombre de Puerto Bijao, que pertenecía a Puerto Antioquia.

Fecha de fundación: 24 de febrero de 1953.

Nombre del/ los fundadores (es): Familia Ospina.

Descripción física: el municipio lo conforman 5 corregimientos, la Caucana, Puerto Antioquia, el Doce, Barro blanco y el Guaímaro, y posee 54 veredas. Está unido por vía terrestre con Medellín y Cáce¹⁴res.

Límites del Municipio: Tarazá es un municipio de Colombia, localizado en la subregión del bajo cauca del departamento de Antioquia. Limita por el norte con el departamento de Córdoba y el municipio de Cáceres, por el este con el municipio de Cáceres, por el sur con los municipios de Valdivia e Ituango, y por el oeste con el departamento de Córdoba. Su

¹³ ALCALDIA DE TARAZA Antioquia, 2017, galería de mapas, mapa geográfico de Taraza.

¹⁴ VARGAS Carlos Andrés, 2010, Comunicación I, Municipios de Taraza Antioquia.

cabecera dista 222 kilómetros de la ciudad de Medellín, capital de Antioquia. El municipio posee una extensión de 1.569 kilómetros cuadrados.

Economía: Ganadería en general, bovinos de levante, equinos, piscicultura.
Minería del oro.

5.2 PRESENTACIÓN DE LA EMPRESA

Nombre: Empresa social del Estado Hospital San Antonio.

Nivel de complejidad: I

Se observa fachada de la parte dispuesta para la atención de urgencias del ESE Hospital San Antonio de Tarazá, imagen 2.

15



RESEÑA HISTÓRICA DE LA ESE SAN ANTONIO DE TARAZÁ. El 25 de enero de 1964, mediante escritura pública número 40, fue donado al municipio de Tarazá un lote de terreno por parte del señor Jesús Ortega Restrepo, para la construcción de un hospital.¹⁵ El Hospital San Antonio de Tarazá, fue fundado y donado por el señor Antonio Correa Molina en el año 1982, un conocido hacendado de la región, para quien no fueron ajenas las necesidades de la población, pues fue él quien dirigió la construcción de lo que en ese entonces funcionó como centro de salud “San Antonio”.

¹⁵ GUTIERREZ Miguel, 2017, fachada de urgencias del Hospital San Antonio Taraza Antioquia.

¹⁶ Empresa social del estado Hospital San Antonio, 2015, Manual de inducción y reinducción.

Desde sus orígenes funcionó como una institución de caridad para atender desvalidos y enfermos, pero con el transcurso del tiempo ha sido objeto de sucesivas transformaciones tanto en su naturaleza jurídica como en su parte administrativa, hasta convertirse por el acuerdo 015 de 1994, expedido por el honorable concejo municipal, en una empresa social del estado como entidad pública descentralizada, ajustándose así a las disposiciones dictadas por la ley 10 de 1990, la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios. En este transcurrir histórico, la parte administrativa ha estado a cargo de particulares con gran estado cívico como Doctor Héctor Mario Ruiz, Doctor Diego Rafael Coley Hernández.

6. MARCO LEGAL

PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS EN EL MARCO DE LA LEY 1448 DE 2011

Las cuales buscan el restablecimiento de las condiciones físicas y psicosociales de la población víctima y la garantía del derecho a la atención en salud física, mental y psicosocial, dentro de unos marcos éticos que permitan la dignificación y la recuperación de los efectos ocasionados como consecuencia de las Graves Violaciones a los Derechos Humanos e Infracciones al Derecho Internacional Humanitario en el marco del conflicto armado en Colombia.

Resolución 2400 de 1979, por la cual se establecen disposiciones sobre vivienda, higiene y seguridad en los establecimientos de trabajo, sin perjuicio de la reglamentaciones especiales que se dicten para cada centro de trabajo en particular, con el fin de preservar y mantener la salud física y mental, prevenir¹⁷ accidentes y enfermedades profesionales, para lograr la mejor condición de higiene y bienestar de los trabajadores en sus diferentes actividades.

¹⁷ MinSalud, Ministerio de salud y protección social, 2012, programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas en el marco de la ley 1148 de 2011, versión 2 ajustada.

Resolución ¹⁸2013 de 1986, la cual reglamenta la organización y funcionamiento de los Comités Paritarios de Salud Ocupacional: La Resolución 2013 de 1986 reglamenta la organización y funcionamiento de los Comités de Medicina, Higiene y Seguridad Industrial en los lugares de trabajo. Esta norma impone la obligación de conformar un Comité de Medicina, Higiene y Seguridad Industrial, en todas las empresas que tengan más de 10 empleados.

De acuerdo con la Resolución 2013 de 1986, cada comité debe estar conformado por representantes del empleador y de los trabajadores, con sus respectivos suplentes. De acuerdo con el tamaño de la empresa, la conformación debe quedar de la siguiente manera:

- De 10 a 49 trabajadores, un representante por cada una de las partes
- De 50 a 499 trabajadores, dos representantes por cada una de las partes
- De 500 a 999 trabajadores, cuatro representantes por cada una de las partes
- De 1000 o más trabajadores, cuatro representantes por cada una de las partes

Ley 1016 de 2013, Por la cual se regulan algunos aspectos sobre las inspecciones del trabajo y los acuerdos de formalización laboral.

De acuerdo al artículo 348 del Código Sustantivo de Trabajo, “MEDIDAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD”, modificado por el artículo 10 de Decreto 13 de 1967. El nuevo texto es el siguiente: Todo empleador o empresa están obligados a suministrar y acondicionar locales y equipos de trabajo que garanticen la seguridad y salud de los trabajadores; a hacer practicar los exámenes médicos a su personal y adoptar las medidas de higiene y seguridad indispensables para la protección de la vida, la salud y la moralidad de los trabajadores a su servicio; de conformidad con la reglamentación que sobre el particular establezca el Ministerio del Trabajo.

El Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo del Departamento Administrativo de la Función Pública, estará conformado de la siguiente manera:

¹⁸RODRIGO Marin Bernal, Ministerio de trabajo y seguridad social, Resolucion 2400 de 1979.

¹⁹ Propiedad de la secretaria general de la alcaldía mayor de Bogota D.C., 1950, Codigo sustantivo del trabajo.

1. Subprograma de Medicina Preventiva y del Trabajo
2. Subprograma de Higiene Industrial y Seguridad Industrial
3. Comité Paritario de Salud Ocupacional –COPASO

Decreto 1072 de 2015, Capitolio 6, Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST): **Artículo 2.2.4.6.1.** Objeto y Campo de Aplicación. El presente decreto tiene por objeto definir las directrices de obligatorio cumplimiento para implementar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), que deben²⁰ ser aplicadas por todos los empleadores públicos y privados, los contratantes de personal bajo modalidad de contrato civil, comercial o administrativo, las organizaciones de economía solidaria y del sector cooperativo, las empresas de servicios temporales y tener cobertura sobre los trabajadores dependientes, contratistas, trabajadores cooperados y los trabajadores en misión

7. TIPO DE ESTUDIO.

DESCRIPTIVO

²¹Describen la frecuencia y las características más importantes de un problema de salud. La descripción es sencilla, basada en datos ya disponibles o en datos obtenidos en encuestas especiales. Suelen basarse en estadísticas de un grupo durante períodos concretos de tiempo.

Realizan una descripción del estado de salud de la población utilizando los datos disponibles. - No intentan analizar el vínculo entre exposición y efecto (relación causal).

CASTRILLO Martha, 2009, Universidad nacional de Nicaragua, Estudios descriptivos.

²⁰ decreto único reglamentario del sector trabajo, decreto 1072, sistema de seguridad y salud en el trabajo, 2015.

²¹ CASTRILLO Martha, 2009, Universidad nacional de Nicaragua, Estudios descriptivos.

8. ACTIVIDADES DEL PROYECTO

Para la realización de la encuesta se obtuvo una muestra al azar de 24 de las 61 personas que se desempeñan dentro del área asistencial en el personal de enfermería de la E.S.E Hospital San Antonio del municipio de Tarazá, tanto en la sede principal como en los cuatro puestos de salud ubicados en los corregimientos de Barro blanco, la Caucana, Kilometro 12 y el Guáimaro, esto equivale al 39.34% de la población.

En la siguiente tabla número 1 se evidenciarán las actividades del proyecto.

ACTIVIDAD 1	La recolección de datos para la construcción de este documento se realizará en dos tiempos principalmente. El primero consiste en la entrevista con el personal de la empresa para la realización del diagnóstico inicial.
ACTIVIDAD 2	Se seleccionará el personal para la aplicación de la encuesta.
ACTIVIDAD 3	La visita a los centros de trabajo y la realización de la encuesta a los trabajadores participantes en la muestra.
ACTIVIDAD 4	Definir la encuesta que se aplicará.
ACTIVIDAD 5	Análisis de la información

9. FUENTES PARA LA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

9.1 FUENTES PRIMARIAS

Médico general Miguel A. Gutiérrez Cabezas, quien fue la persona que se encuentra en esta institución laborando actualmente y fue el autor intelectual de la aplicación de la encuesta seleccionada, para la elaboración de este proyecto.

10. RECURSOS

10.1 FACTOR HUMANO

PERSONAL	UNIDAD DE MEDIDA HH (horas-hombre)	CANTIDAD	ACTIVIDADES
Profesional de investigación	200	1	Diseñar coordinar, ejecutar, evaluar y controlar la aplicación de la encuesta estimulando al personal, para asegurar el confidencialidad y nivel de requerido en cada uno de los empleados, en cuanto cada una de las preguntas en base en las necesidades detectadas, los requerimientos, las metodologías y lineamientos existentes
Personal del hospital (muestra seleccionada)	48	24	Apoyar la actividad propuesta (encuesta)

En la siguiente tabla 2 podremos evidenciar el factor humano, que se necesitó para la realización del proyecto.

10.2 RECURSOS TÉCNICOS:

ITEM	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	OBSERVACIÓN
Computador Portátil	Unidad	1	Disponible para el Equipo durante el tiempo propuesto
Impresora	Unidad	1	Disponible para la impresión de los materiales de las actividades que requieran
Salón de reunión	Unidad	1	Disponible con mesa y sillas para el desarrollo de la encuesta

En la tabla 3 encontraremos el recursos técnico utilizado en el presente proyecto.

10.3 RECURSOS FINANCIEROS

Para la vigencia 2017 se cuenta con un presupuesto aproximado a CIEN MIL PESOS (\$.100.000.oo) para implementación de las encuestas.

11. CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	MARZO				ABRIL			
	SEMANAS				SEMANAS			
N°	1	2	3	4	1	2	3	4
Se seleccionara el personal para la aplicación de la encuesta.								
Definir la encuesta que se aplicara.								
Aplicación de la encuesta en el personal seleccionado 24 empleados del hospital San Antonio.								
Procesamiento de la información								
Análisis de la información								

En la tabla 4 se evidencia el cronograma de las actividades programadas a realizar en el presente proyecto.

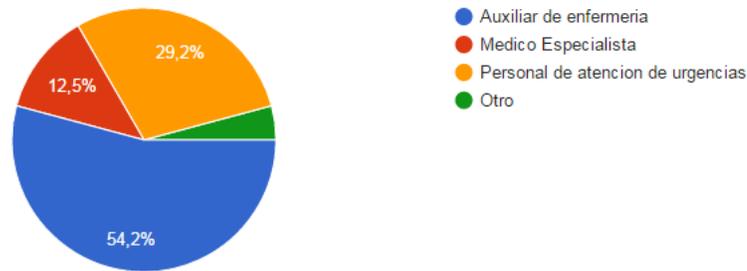
12. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Con el propósito de analizar el estrés pos traumático en los funcionarios del área de la salud que prestan servicios asistenciales en la E.S.E Hospital San Antonio de Tarazá por exposición a factores de riesgo públicos en 2017, se les aplica el instrumento de recolección a través de una encuesta a toda la población de interés correspondiente a $N = 24$ empleados.

Se hizo revisión bibliográfica de los suceso históricos que se han presentado en el Municipio de Tarazá y que se han relacionado directamente con el personal de la ESE Hospital San Antonio, además de entrevistas al personal de mayor antigüedad, con la

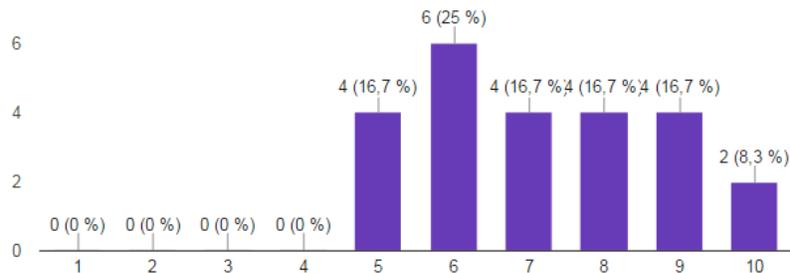
condición de guardar la confidencialidad, todo esto debido a cualquier situación que se pudiera presentar en contra de los trabajadores de la institución.

Su cargo es? (24 respuestas)



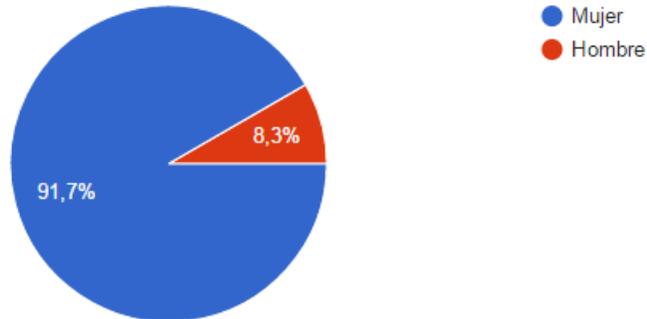
Del 100% de la población encuestada se evidencia que en la gran mayoría pertenecen en un 54.2% es población de auxiliar de enfermería, 29.2 % son personal de atención de urgencias, 12.55% son médicos especialistas. En la gráfica # 1.

Tiempo de servicio (24 respuestas)



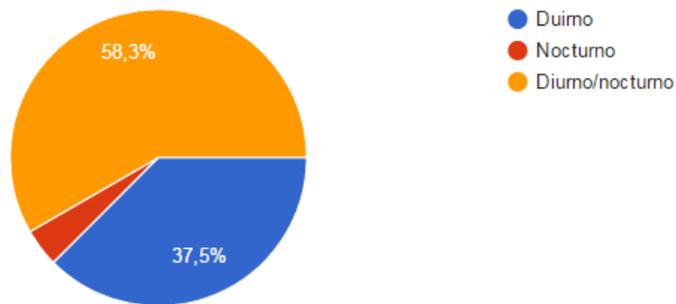
En la gráfica presentada se logra evidenciar que en la gran mayoría el 25% de la población encuestada tiene aproximadamente 6 años de antigüedad en las institución, seguidamente de un 16.7% con 4 y 2 años de pertenecer en la institución. En la gráfica # 2.

sexo (24 respuestas)



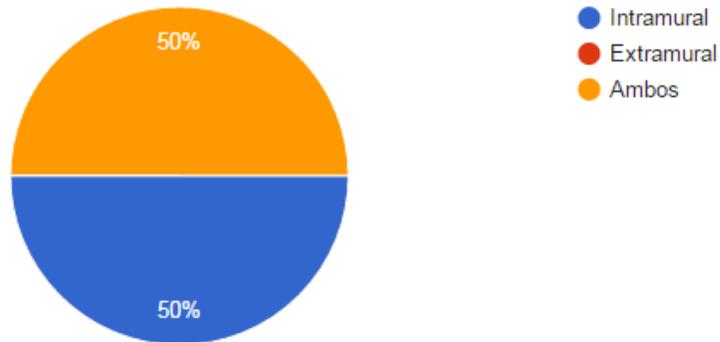
Del 100% de la población encuestada se evidencias que la mayoría de población pertenece a un 91.7% perteneciente a mujeres y un 8.3% son hombres. En la gráfica # 3

Horario de trabajo (24 respuestas)



Del 100 % de la población encuestada se evidencia que en la gran mayoría los horarios de trabajo son diurno/nocturno con un 58.3 %, seguido de un 37.5% con turnos diurnos y por ultimo en menor valor en turnos nocturnos. En la gráfica # 4

Su sitio de labor es? (24 respuestas)



Del 100% de la población encuestada se evidencia que el sitio de trabajo está en igualdad de lugares ya que en un 50% son intramural y un 50% son extramurales. En la gráfica # 5

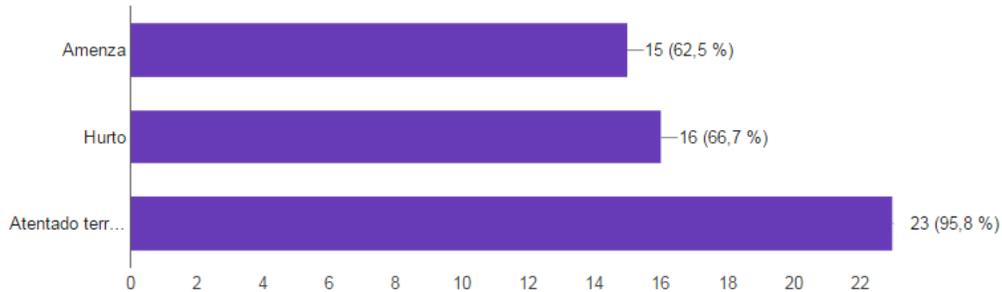
Tipo de riesgo al que se ha visto expuesto? (24 respuestas)



Del 100% de la población encuestada, se evidencia que el total de la población 100% se han visto expuestos a un riesgo publico, 62.5% perteneciente a 15 personas de las 24 seleccionadas se han visto expuestos en riesgo psicosocial, y un 45.8% que equivale a 11 persona de la población seleccionada se ha visto expuesta a otros tipos de riesgos. En la gráfica # 6

¿Ha sido víctima de alguno de estos tipos riesgo público durante el ejercicio de sus funciones?

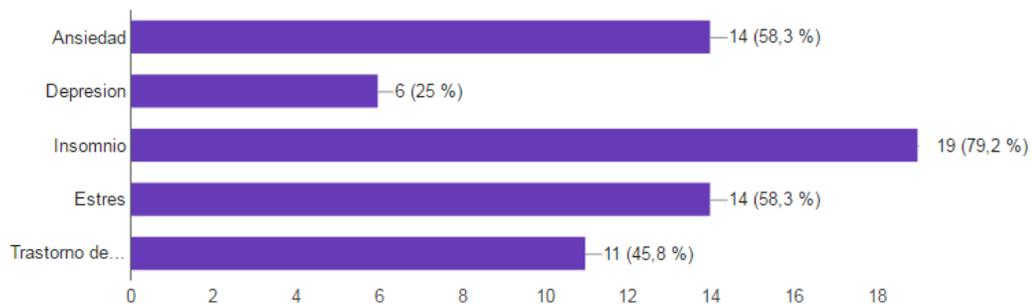
(24 respuestas)



De la población encuestada se logra evidencias que en mayor valor en un 95.8 % equivalente a 23 participantes que han sido víctimas de atentado terrorista durante el ejercicio de sus funciones, seguido de un 66.7 % que equivalen a 16 personas del total de la población seleccionada han sido víctimas de hurto durante el ejercicio de sus funciones y finaliza con un 62. 5% equivalentes a 15 personas del total de la población seleccionada fueron víctimas de amenaza durante el ejercicio de sus funciones. En la gráfica # 7

¿Ha presentado alguno de los siguientes efectos pos exposición a factor de riesgo público?

(24 respuestas)

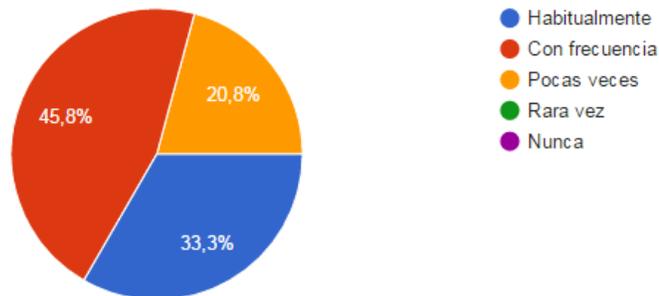


De la población seleccionada se puede evidenciar en cuanto a efectos pos exposición a factor de riesgo público en mayor porcentaje es 79.2% equivalente a 19 personas fue insomnio, 58.3% equivalente a 14 persona en cuanto al efecto pos de ansiedad, 58.3%

equivalente a 14 persona del efecto pos estrés,45.8% equivalente a 11 personas del efecto pos trastornos y un 25% equivalente a 6 personal su efecto pos fue depresión.

¿Al estar en contacto con personas y cosas presentes en un evento traumático siente usted un malestar intenso?

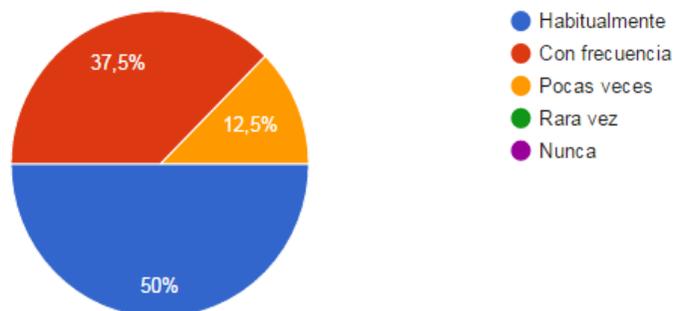
(24 respuestas)



Del 100% de la población encuestada en cuanto a estar en contacto con persona y cosas presentes en un evento traumático siente malestar intenso fue en su mayoría con un 45.8% que se presenta con frecuencia, 33.3 % habitualmente y 20.8% pocas veces. En la gráfica # 8.

¿Al experimentar nuevamente el evento traumático siente usted palpitación, sudoración y deseos de huir?

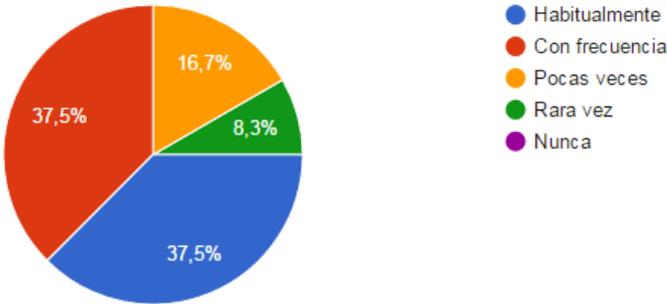
(24 respuestas)



Del 100% de la población encuestada en cuanto a experimentar nuevamente un evento traumático siente palpitación, sudoración y deseos de huir, en la gran mayoría con 50% habitualmente, 37.5% con frecuencias y 12.5% en pocas veces. En la gráfica # 9

¿Habitualmente vienen a usted imágenes y pensamientos que reviven la situación traumática?

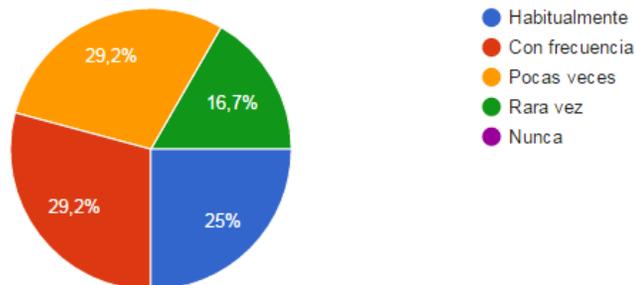
(24 respuestas)



Del 100% de la población encuestada en cuanto a pensamientos que reviven la situación traumática con imágenes, la gran mayoría es 37.5% habitualmente, 37.5% con frecuencia, 16.7% pocas veces y 8.3% rara vez. En la gráfica # 10

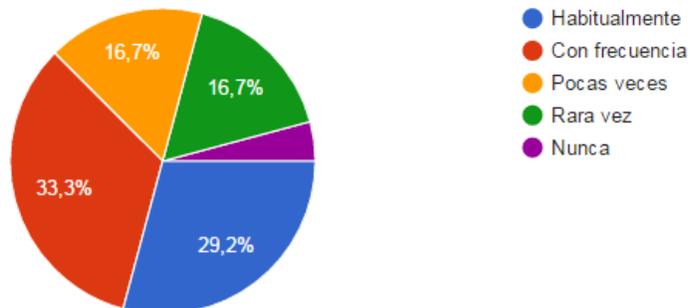
¿Se ha encontrado a sí mismo sintiendo o actuando como si de nuevo se encontrara en aquella situación?

(24 respuestas)



Del 100% de la población encuestada en cuanto a encontrarse a sí mismo sintiendo o actuando como si de nuevo se encontrara en aquella situación en la gran mayoría fue 25% habitualmente, 29.2% con frecuencia, 29.2% pocas veces y 16.7% rara vez. En la gráfica # 11

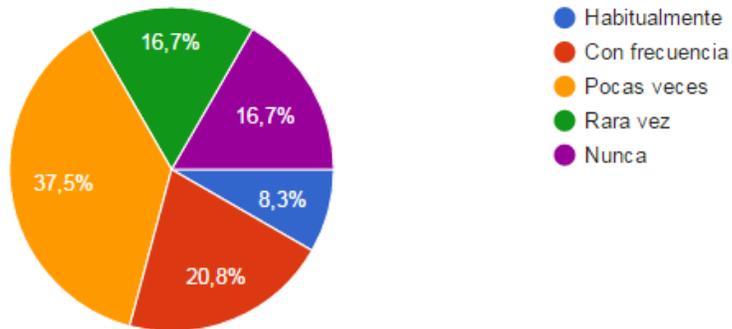
¿Hace algún esfuerzo por no pensar en lo que sucedió? (24 respuestas)



Del 100% de la población encuestada en cuanto a realizar algún esfuerzo por no pensar en lo que sucedió en la gran mayoría fue 33.3% con frecuencia, 29.2% habitualmente, 16.7% pocas veces y 16.7% rara vez. En la gráfica # 12

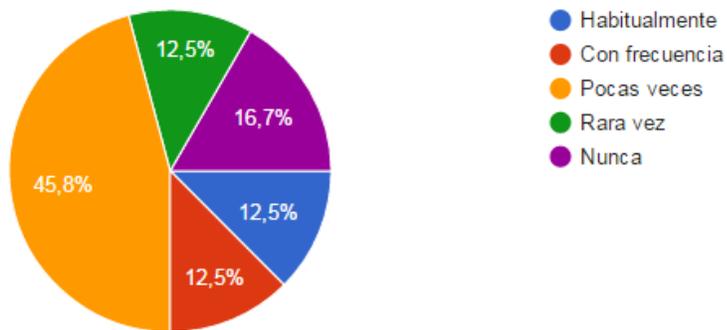
Estado disociativo

¿Olvida con facilidad aspectos importantes de su vida? (24 respuestas)



Del 100% de la población encuestada en cuanto a olvidar con facilidad aspectos importantes de su vida, en la gran mayoría fue 37.5% pocas veces, 20.8% con frecuencia, 16.7% rara vez, 16.7% nunca y 8.3% habitualmente. En la gráfica # 1

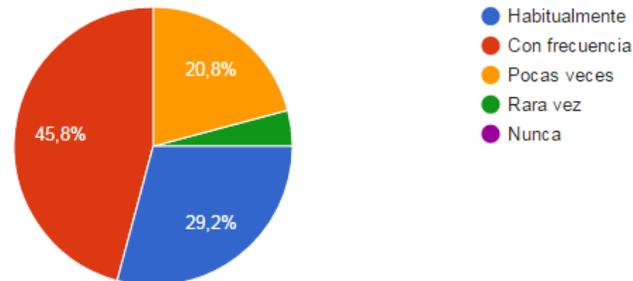
¿Tiende a distraerse con facilidad? (24 respuestas)



Del 100% de la población encuestada en cuanto distraerse con facilidad, en la gran mayoría fue 45.8% pocas veces, 16.7% nunca, 12.5% con frecuencia, 12.5% rara vez y 12.5% habitualmente. En la gráfica # 14

¿Ante una situación similar a la del punto anterior ha respondido con temor u horror intenso?

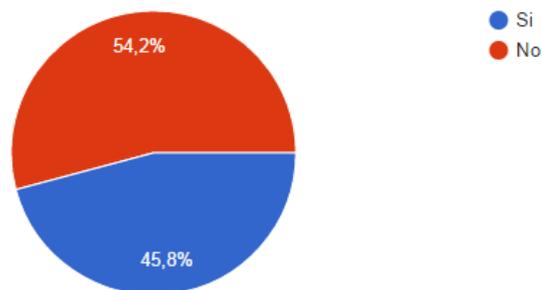
(24 respuestas)



Del 100% de la población encuestada en cuanto a una situación similar a la del punto anterior ha respondido con temor u horror intenso, la gran mayoría fue 45.8% con frecuencia, 29.2% habitualmente, 20.8% pocas veces. En la gráfica # 15

¿ha buscado usted ayuda profesional para tratar los efectos evidenciados?

(24 respuestas)



Del 100% de la población encuestada en cuanto a buscar ayuda profesional para tratar los efectos evidenciados, la gran mayoría fue 54.2 % no ha buscado ayuda profesional y el 45.8% si ha buscado ayuda profesional. En la gráfica # 16

13. CONCLUSIONES

El conflicto armado interno sigue teniendo efectos negativos sobre el desarrollo social, económico y en particular, respecto a la educación y la atención en salud y sobre la seguridad humana. En cuanto a esto último, el aumento de la intensidad y la expansión del conflicto interno ha provocado un aumento en todo tipo de acciones en contra la seguridad humana.

Los empleados de la ESE Hospital San Antonio del Municipio de Taraza Antioquia no han sido ajena a los efectos negativos que pueden afectar psicológicamente todo esto producto del conflicto armado que se ha vivido por décadas en la subregión del Bajo Cauca y de nuestro país en general.

Entre los aspectos de orden psicosocial que se presentan se encuentra, el gran temor a situación vulnerables, la pérdida de un ser querido, miedo al secuestro, la situación de desconfianza, en los puestos de trabajo para todo el personal de salud de esta institución.

14. RECOMENDACIONES

- Instalar equipos de monitoreo por cámaras en los diferentes servicios y el área externa de la ESE Hospital San Antonio.
- Capacitar al personal para que aprenda a conservar la calma en los momentos difíciles
- Realizar acciones de identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo de los factores de riesgo psicosocial en las áreas de trabajo.
- Realizar intervención psicológica en el evento de la situación postraumática.

15. BIBLIOGRAFIA

- PALOU Juan Carlos, ARIAS Gerson, Balance de la Política Nacional de Consolidación Territorial, Fundación ideas para la paz, septiembre 2011, Serie Informes No. 14.
- Amosa, Tierras y territorios, Una iniciativa social, Junio 17 -1899 a _Junio 29-2017, OCHA Colombia / SIDIH
- GALINDO Carolina, GONZÁLEZ Sebastián, PEÑARANDA Leandro, PARALES Carlos, las explicaciones sobre el conflicto en Colombia, Universidad del Rosario, Ministerio de Educación Nacional, 2004-2005, ISSN 1909-0501
- MERLANO-PORRAS Carlos Andrés, Sistema de salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura, 25-02-13 SICI: 1657-7027(201301)12:242.0.TX;2-E.
- GUZMAN Astrid y GIRALDO Luis Carlos, Hospital San Antonio, 10 septiembre 2009.
- FUNCION PUBLICA, sistema de gestión de la seguridad y la Salud en el trabajo, 2006, Paz, Equidad y Educación.
- EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, Manual de inducción y reinducción, 2015, Dirección: Calle 26 No 32 – 131 teléfonos 836 56 16 – 836 56 17 telefax 836 52 22.
- El Congreso de Colombia, por la cual se modifica el sistema de riesgos laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional, 11 de Julio 2012, Dada en Bogotá, D.C
- Ley 9 de 1979, establece la obligación de contar con un Programa de Salud Ocupacional en los lugares de trabajo, Por la cual se dictan medidas sanitarias, enero 24, CXV N° 35193.
- MINISTERIO DE SEGURIDAD SOCIAL, Por la cual se establecen algunas disposiciones sobre vivienda higiene y seguridad en los establecimientos de trabajo, mayo 22.
- Decreto 614 de 1984, por el cual se determinan las bases, para la organización y administración de Salud Ocupacional en el País, marzo 14.
- Resolución numero 2013 junio 6 de 1986, por la cual se reglamenta la organización y funcionamientos de los comités de medicina, higiene y seguridad industrial en los lugares de trabajo, Dada en Bogotá D.E., a 6 de Junio de 1986.
- DECRETO NUMERO 2140 DE 2000, por el cual se crea la Comisión Intersectorial para la Protección de la Salud de los Trabajadores., 25, OCTUBRE, 2000, N. 44205.

EL CONGRESO DE COLOMBIA, Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional, LEY 1562 DE 2012, Publicada en el Diario Oficial 48488 de julio 11 de 2012.

EL CONGRESO DE COLOMBIA, ley 1610, por la cual se regulan algunos aspectos sobre las inspecciones del trabajo y los acuerdos de formalización laboral, 2013, república de Colombia - gobierno nacional.

CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO, Ley 2663 del 5 de agosto de 1950, Sobre Código Sustantivo del Trabajo.

DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR TRABAJO, decreto 1072, sistema de seguridad y salud en el trabajo, 2015.

BOLEINES VERDADABIERTA, Cómo restituir en el convulsionado Bajo Cauca antioqueño, 2014.

SALAS SALAZAR Luis Gabriel, Lógicas territoriales y relaciones de poder en el espacio de los actores armados: un aporte desde la geografía política al estudio de la violencia y el conflicto armado en Colombia, 1990-2012, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá – Colombia.

CARVAJAL Isabela Marin, Dinámicas del conflicto en el Bajo Cauca Antioqueño y su impacto humanitario, 2014.

Ministerio de Salud y Protección Social, Min salud, Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021.

PALACIOS GARCÍA Ana Liliana, Scielo, En estos tiempos de Guerra. Enfermeras ante los conflictos internacionales, 2006, ISSN 1132-1296.

MANTILLA VALBUENA Silvia, Scielo, Economía y conflicto armado en Colombia: los efectos de la globalización en la transformación de la guerra, 2012, ISSN 1665-8574.

NARANJO Liz Arévalo, Revista de estudios sociales, atención y reparación psicosocial en contextos de violencia sociopolítica : una mirada reflexiva, 2010, ISSN 0123-885X.

URREGO-MENDOZA Diana Zulima Y QUINTERO MEJÍA Marieta, Dilemas de la guerra: un estudio desde las narrativas médicas en Colombia, 2014, pp. 837-849.

BURGOS MORENO Mónica y PARAVIC KLIJN Tatiana, Scielo, violencia hospitalaria en pacientes, 2003, ISSN 0717-9553

REYES Alejandro, Las redes del control territorial, 2016, El espectador.

CIFUENTES PATIÑO María Roció, 2003, La investigación sobre género y conflicto armado, RESEARCH ON GENDER AND ARMED CONFLICT.

SEMAN 35 Años, 2014, seis millones de víctimas deja el conflicto armado, ideas que liberan.

Dr. RUSSBACH Rémy, 1991, Comité internacional de la cruz roja, La protección de la salud en los conflictos armados.

MORENO CAMACHO, Manuel Alejandro, DÍAZ RICO María Elena, Artículo de revisión, Posturas en la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado en Colombia, 2015, Aceptado: noviembre 20 de 2015

CASTRILLO Martha, 2009, Universidad nacional de Nicaragua, Estudios descriptivos.

Rodríguez Jorge , DE LA TORRE Alejandro, MIRANDA Claudio T. 2002, La salud mental en situaciones de conflicto armado, Biomedica.

VARGAS Carlos Andres, 2010, Comunicación I, Municipios de Taraza Antioquia.

Empresa social del estado Hospital San Antonio, 2015, Manual de inducción y reinducción.

MinSalud, Ministerio de salud y protección social, 2012, programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas en el marco de la ley 1148 de 2011, versión 2 ajustada.

RODRIGO Marin Bernal, Ministerio de trabajo y seguridad social, Resolucion 2400 de 1979

Propiedad de la secretaria general de la alcaldía mayor de Bogota D.C., 1950, Codigo sustantivo del trabajo.

ALCALDIA DE TARAZA Antioquia, 2017, galería de mapas, mapa geográfico de Taraza.

GUTIERREZ Miguel, 2017, fachada de urgencias del Hospital San Antonio Taraza Antioquia.