

ACERCAMIENTO DESDE LA EDUCACIÓN POPULAR AL ÁMBITO DE LA SALUD Y A
UNA IPS, A TRAVÉS DE LA CARACTERIZACIÓN DE LA CLÍNICA COLOMBIA E.S. Y
DE LA PROBLEMÁTICA DE LAS MADRES ADOLESCENTES CON MÁS DE UN
ALUMBRAMIENTO O MÁS DE UN ABORTO

NANCY HENAO GIRALDO
CÓDIGO 200531749

UNIVERSIDAD DEL VALLE
INSTITUTO DE EDUCACIÓN Y PEDAGOGÍA
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN POPULAR - 3486
SANTIAGO DE CALI, VALLE DEL CAUCA
2016

ACERCAMIENTO DESDE LA EDUCACIÓN POPULAR AL ÁMBITO DE LA SALUD Y A
UNA IPS, A TRAVÉS DE LA CARACTERIZACIÓN DE LA CLÍNICA COLOMBIA E.S. Y
DE LA PROBLEMÁTICA DE LAS MADRES ADOLESCENTES CON MÁS DE UN
ALUMBRAMIENTO O MÁS DE UN ABORTO

NANCY HENAO GIRALDO
CÓDIGO 200531749

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN EDUCACIÓN POPULAR

DIRECTORA
VICTORIA VALENCIA CALERO
COMUNICADORA SOCIAL
MAGÍSTER EN SOCIOLOGÍA

UNIVERSIDAD DEL VALLE
INSTITUTO DE EDUCACIÓN Y PEDAGOGÍA
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN POPULAR - 3486
SANTIAGO DE CALI, VALLE DEL CAUCA
2016

Notas del jurado:

Firma del jurado

Firma del jurado

Cali, junio de 2016

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTO.

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN

TABLA DE CONTENIDO	4
INTRODUCCIÓN.....	7
I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	10
II. OBJETIVOS	26
I. Objetivo General:.....	26
II. Objetivos Específicos:	26
III. MARCO CONTEXTUAL	27
<i>Plan de Atención Básica</i>	32
<i>Regímenes del Sistema</i>	33
IV. MARCO CONCEPTUAL.....	36
I. ESCENARIOS DE LA EDUCACIÓN POPULAR	36
II. EDUCACIÓN LIBERADORA.	39
III. DIÁLOGO DE SABERES.....	43
V. METODOLOGÍA.....	46
VI. EL ESCENARIO: RELATOS DE ALGUNOS PROTAGONISTAS.....	51
I. Médico Especialista.....	51
II. Relato de una Enfermera Jefe	54
III. Madre Adolescente en Estado de Gestación	57
VII. PISTAS Y CONCLUSIONES.....	60
BIBLIOGRAFÍA.....	64

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad, por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias, esperanza y sobre todo felicidad.

Le doy gracias a mis padres Amanda Giraldo y José Marino Henao por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado y por la oportunidad de tener una educación en el transcurso de mi vida.

A mi hermano Jhon Edward Henao Giraldo por ser parte importante de mi vida, por ser un ejemplo de desarrollo profesional a seguir llenando mi vida de alegrías, consejos y amor cuando más lo he necesitado y representar la unidad familiar.

Le agradezco la confianza, apoyo y dedicación de tiempo a mis profesores: Victoria Valencia, Javier Fayad, José Luís Grosso, Daniel Campo, Mireya Marmolejo, Norma Bermúdez, Carlos Arango y Jorge Rojas. Por haber compartido conmigo sus conocimientos y sobre todo su amistad.

Gracias Dr. Libardo Córdón A. por creer en mí y haberme brindado la oportunidad de desarrollar la investigación en el servicio de la Unidad Materno Fetal de la Clínica Colombia ES. Por el apoyo y facilidades que fueron otorgadas en la empresa. Por darme la oportunidad de crecer profesionalmente y aprender cosas nuevas.

A mis amigos Carlos Andrés Guevara, Carmelina Ramírez y Mónica Victoria por confiar, creer en mí y haber hecho de mi etapa universitaria un trayecto de vivencias que nunca olvidaré.

RESUMEN

El sector salud y el escenario de una IPS no han sido abordados de manera profunda en trabajos de grado de la Licenciatura en Educación Popular de la Universidad del Valle. Este documento, producto de un largo ejercicio etnográfico de observación en campo y descripción densa es una aproximación a una IPS, tomando como caso la Clínica Colombia ES, en tanto escenario posible para la acción de los profesionales de la Educación Popular. La autora habla como estudiante de la Licenciatura, como mujer y como funcionaria de la Institución observada. Este trabajo presenta, a grandes rasgos, el Sistema de Salud en Colombia y se centra en el equipo médico asistencial para analizar sus dinámicas y cómo éstas no contribuyen a generar procesos más humanizantes en la relación médico o enfermera con sus pacientes. Para realizar el estudio se tomó como objeto de análisis la problemática de la Unidad Materno Fetal de la Clínica Colombia ES, espacio al que llegan jóvenes madres en estado de gestación, algunas menores de edad, y que presentan un segundo, tercero o hasta cuarto embarazo, o que arriban con abortos mal practicados. En este espacio se desarrolló una metodología cualitativa y etnográfica, apoyada por datos cuantitativos.

Palabras claves: educación popular, diálogo de saberes, escenarios de la educación popular, educación liberadora, jóvenes embarazadas, madres gestantes, Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud, IPS, sector salud, promoción y previsión en salud sexual.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de grado es el resultado de un ejercicio de exploración del sector salud como un escenario posible para el quehacer de los educadores y las educadoras populares. Se trata de una etnografía, que tiene como principal propósito realizar una caracterización del sector salud y de una IPS como posibles escenarios de acción profesional de los Licenciados y Licenciadas en Educación Popular de la Universidad del Valle.

Al estar vinculada laboralmente al sector de la salud durante más de doce años desempeñando cargos administrativos y a la vez realizando mis estudios universitarios de Licenciatura en Educación Popular, percibí en mi entorno escenarios donde los pacientes tenían situaciones complejas que en un momento podían, a mi parecer, haberse evitado para no sufrir sus consecuencias por carencias en la educación, asesoría, capacitación.

En ese momento visualicé, desde mi experiencia personal y desde las habilidades desarrolladas durante la formación como Licenciada en Educación Popular, la posibilidad de aportar elementos que ayudaran a que estas situaciones manifestadas tuvieran un desenlace con mejores resultados, por lo que consideré que los conocimientos adquiridos podía aplicarlos en un posible problema de investigación dentro de este contexto.

Una de las situaciones identificadas en la primera etapa de observación de este trabajo fue la de jóvenes mujeres, muchas de ellas menores de edad, que llegaban con un segundo, tercero o hasta cuarto embarazo a término o aborto mal realizado. Ahí fue cuando comencé a plantearme: ¿Cómo sería mi existencia si hubiera quedado embarazada en mi adolescencia? ¿Cómo sería el cuidado que le brindaría a ese ser con mi poca madurez e inexperiencia frente a la vida? ¿Cuál sería mi proyección como mujer frente a la sociedad? ¿Tendría los suficientes recursos económicos para sostener a esta criatura? ¿Cómo sería con dos o tres hijos siendo todavía adolescente?

Éstos y otros interrogantes me ubicaron dentro de una búsqueda en mi pasado, llevándome a reflexionar sobre los muchos descuidos y pocas precauciones que tomé en mis primeros encuentros sexuales; puedo decir con sorpresa que no pensé en nada de eso, no tuve en cuenta las precarias enseñanzas de educación sexual del colegio. A mis 17 años no sabía cómo utilizar un condón o con qué frecuencia usar pastillas, inyecciones, óvulos u otro método de planificación, que al igual tampoco pensaba en utilizarlos.

En mi hogar hablar de la sexualidad es un tema vetado, ya que mi madre fue educada en un ámbito conservador donde hacerle preguntas referentes a este tema era faltarle al respeto. En la escuela primaria y en el bachillerato sólo me enseñaron la parte biológica de la concepción, donde el maestro por medio de un video contaba cómo era la fecundación y el desarrollo del bebé en el vientre de la madre. Si esto lo viví yo, podría pasar lo mismo con las jovencitas que llegan a la IPS y el asunto me inquietaba como futura Licenciada en Educación Popular.

Al encontrarme laborando en un entorno hospitalario logré evidenciar las diversas situaciones que se manejan en este escenario, por tanto las preguntas se hicieron cada vez más objetivas: ¿Cuántas madres adolescentes ingresan a la clínica diariamente? ¿Cuántas de ellas son primerizas? ¿Cuántas cursan su primero, segundo, tercero, cuarto y hasta quinto estado de gestación siendo todavía adolescentes?

En principio, el interés de esta investigación fueron las jóvenes y su formación, en especial el rol que podría jugar una IPS como escenario para desarrollar estrategias de Educación Popular encaminadas a sensibilizarlas frente a la posibilidad de futuros embarazos sino planificaban de manera adecuada; y frente a las consecuencias de traer varios hijos al mundo sin tener las condiciones para sacarlos darles una buena calidad de vida: darles un techo digno, alimentación adecuada, educación y salud. El problema con este objeto de estudio tuvo que ver con las delicadas condiciones de salud en las que llegan esas jóvenes mujeres a la clínica y al poco tiempo que

permanecen en la institución, lo cual hacía inapropiado importunarlas durante los dos o tres de su estancia con preguntas de corte académico en momentos en los que acababan de ser madres, estaban débiles, emocionadas, asustadas o incluso emocionalmente afectadas.

La dificultad para abordar el trabajo de campo con las adolescentes y con sus familias: madres, compañeros sentimentales u otros acompañantes, y la pregunta por el “qué” podría hacer la IPS Clínica Colombia y su personal médico asistencial para aliviar un poco la problemática social de muchas mujeres jóvenes, menores de edad, siendo madres en condiciones difíciles, cuando ni ellas mismas se han terminado de formar como personas, llevaron a que esta investigación se enfocara en el equipo de trabajo de la institución. En la Unidad Materno Fetal de la Clínica Colombia ES, se visualiza una posible falencia en los profesionales en salud porque cuentan con poco tiempo, prestan sus servicios en otras instituciones para poder tener salarios que les permitan vivir bien y tienen múltiples ocupaciones que los llevan a atender a cada paciente con mucha distancia y desprendimiento. No hay espacios de reflexión y sensibilización para visibilizar el papel preventivo y formativo que podría tener el personal médico y el grupo de enfermeras en la problemática de las jóvenes adolescentes embarazadas.

A continuación se presentan los resultados de esta investigación, en la que se logró obtener cifras sobre embarazos de mujeres jóvenes, que permitieron dimensionar la problemática, enriqueciendo la mirada desde la Educación Popular. Las tablas estadísticas, elaboradas por mí como parte de este trabajo de grado, enriquecen la observación etnográfica y la mirada autoetnográfica de este estudio.

I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Desde una posición como trabajadora administrativa en una Institución Prestadora del Servicio de Salud (IPS) de carácter privado, donde me he desempeñado laboralmente durante cuatro años en funciones de revisión y verificación de actividades asistenciales de salud, me encuentro con la incertidumbre de estar involucrada en dos realidades que se me presentan como diferentes y a primera vista, sin puntos en común: Una experiencia laboral que me satisface y mi formación académica como Licenciada en Educación Popular. Desde una mirada desprevenida se podría pensar que el área administrativa de una IPS no es un ámbito de acción para una Educadora Popular, por eso, la pregunta que guía este trabajo de grado es por mi lugar como futura Licenciada en Educación Popular laborando en la Clínica Colombia ES.

Para responder esta pregunta me propuse el ejercicio de mirar la institución de una manera diferente, no tanto como funcionaria imbuida en sus dinámicas cotidianas, sino como estudiante de la Universidad del Valle. Lo primero que hice fue una observación del contexto, del escenario específico y de las problemáticas frecuentes. Así fue como hallé un asunto que llamó mi atención y me facilitó enfocar la mirada en algo concreto que me permitiría realizar un acercamiento al campo como Educadora Popular: El ingreso constante y alarmante de jóvenes mujeres adolescentes, menores de 18 años, por complicaciones con sus segundos, terceros o hasta cuartos embarazos o abortos; en ese instante vi la posibilidad de aportar elementos que ayudaran a que esta situación se visibilizara para el personal de la Clínica Colombia, que en la rutina del día a día ha ido viendo todo como repeticiones sin solución. Tanto los médicos como las enfermeras, incluso el cuerpo administrativo, se ha ido anestesiando ante las realidades sociales (a menudo trágicas) que llegan en masa y se deben tramitar con agilidad para cumplir con los lineamientos del Sistema Nacional de Salud.

Desde mi experiencia personal y laboral pude percibir en mi entorno pacientes con situaciones complejas que en un momento pudieron (a mi parecer) haberse evitado para no sufrir sus consecuencias. En ocasiones las carencias educativas, económicas o

las creencias culturales, como por ejemplo: “en estado de lactancia **NO** se queda en embarazo, los anticonceptivos hacen daño a las madres lactantes, una madre recién parida queda estéril por un periodo de tiempo” (tomado de testimonios de enfermeras de la IPS que han escuchado esto en su trato con las jóvenes embarazadas), impiden que embarazos no planeados vuelvan a ocurrir en corto tiempo, haciendo que algo que se pudo evitar, finalmente suceda.



(Anonimo, 2015) Foto donada para este trabajo de grado por personal de la clínica¹.

Recordando un poco mi adolescencia, ahora como adulta y como mujer profesional que labora en una IPS, surgen en mí las siguientes preguntas: ¿Cuántas adolescentes quedan en embarazo sin planearlo? ¿Las parejas de estas adolescentes son de su edad o mayores? ¿Quién tiene el poder en esas relaciones? ¿Afrontan esta experiencia solas o con su pareja? ¿Cuántas de ellas reciben respaldo de sus familias? Son

¹ Quienes tomaron estas fotos solicitaron la reserva de su identificación.

diversas inquietudes que se mueven en mí ser y que desde mi entorno laboral se hacen cada vez más visibles permitiéndome caminar hacia la búsqueda de respuestas.



(Anonimo, 2015) Foto donada para este trabajo de grado por personal de la clínica².

Al encontrarme en medio de un entorno hospitalario evidencio las diversas situaciones que se manejan y las preguntas se hacen cada vez más objetivas: ¿Cuántas madres adolescentes ingresan a la clínica diariamente? ¿Cuántas de ellas son primerizas? ¿Cuántas cursan su primero, segundo, tercero, cuarto y hasta quinto estado de gestación siendo todavía adolescentes?

El de las adolescentes con múltiples embarazos es un problema cotidiano pero nadie, ni el personal médico, ni el cuerpo de enfermería, ni la parte administrativa, parecen prestarle suficiente atención.

Es así como mis cuestionamientos toman fuerza y se materializan desde mi rol laboral y ahora desde el profesional como Licenciada en Educación Popular. Ante esta realidad me pregunto si la presencia activa de un Licenciado o Licenciada en

² Quienes tomaron estas fotos solicitaron la reserva de su identificación.

Educación Popular en esta IPS podría marcar una diferencia en el escenario presentado.

Para resolver este último interrogante los invito a que me acompañen en la búsqueda de un espacio para un profesional de esta carrera en una organización de carácter privado dedicada a la prestación de servicios en salud a una población vulnerable agrupada en un sistema administrativo llamado régimen subsidiado.

Una de las características que me inquietaba saber era entre qué edades están las mujeres que solicitan el servicio de atención del parto. Para hallar información solicité al área de estadística una base de datos con los ingresos de las mujeres que requirieron la prestación del servicio en el año 2011, 2012, 2013 y 2014.



(ElHeraldo, 2015) "Buscan prevenir el embarazo en mujeres adolescentes".

Esta información fue básica para la concepción y desarrollo de esta investigación y los ítems que la componían son los siguientes: Identificación del paciente, Nombre del Paciente, Edad y Entidad de Salud. Por tanto, revisar y analizar los datos requirió mucho tiempo para indagar en cada una de las pacientes, teniendo en cuenta que se requería ingresar a la Historia Clínica y en la nota de evolución realizada por el médico especialista en ginecología, quien por su formación tecno-científica simplifica el diagnóstico y en el historial de gestación se limita a poner iniciales: G (número de veces

que ha estado en proceso gestación), P (parto), C (cesárea), A (aborto), M (muerto). Las anteriores letras se complementan con números para saber cuántas veces han estado en algún proceso anteriormente mencionado. Ejemplo: *“la Señorita Marcela Galindo en su Historial de gestación se encuentra que es una G3P1C1A1.”* Esto significa: Gestante tres veces, representados en los siguientes estados: Parto uno, Cesárea uno y Aborto uno.

Con las bases de datos proporcionadas por el área de estadística se construyen las siguientes tablas para tener claridad sobre el problema observado:

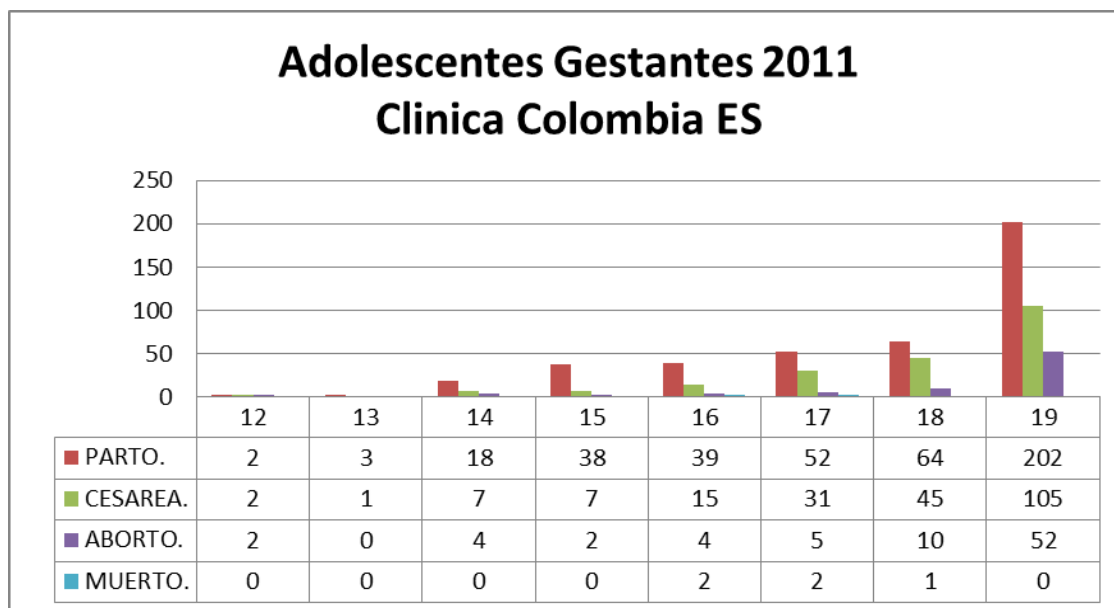
Tabla 1:

**CLÍNICA COLOMBIA ES
ADOLESCENTES GESTANTES 2011**

EDADES	CANTIDAD	GESTANTES	PARTO	CESAREA	ABORTO	MUERTO
12	3	6	2	2	2	0
13	4	4	3	1	0	0
14	24	29	18	7	4	0
15	46	47	38	7	2	0
16	53	60	39	15	4	2
17	76	90	52	31	5	2
18	89	120	64	45	10	1
19	180	359	202	105	52	0
TOTAL	475	715	418	213	79	5

(Henao, 2014 - 2015) “*tabla 1 Información recolectada, trabajada y clasificada*”

Gráfico1:



(Henao, 2014 - 2015) "Gráfica 1 Información recolectada, trabajada y graficada"

Tabla y Gráfica 1: como se puede observar se focaliza la atención en las adolescentes que se encontraban en los rangos de 12 a 19 años de edad. Teniendo como resultado en el año 2011 se realizaron 475 atenciones a adolescentes en algún proceso de gestación (Cesárea, Parto y Aborto).

En el Historial de gestación de cada una de las adolescentes nos encontramos que:

Rango de Edad	No. de Procesos Gestación Actual	No. de Procesos Gestaciones Anteriores
De 12 años de edad	3 proceso de gestación	3 proceso de gestación.
De 13 años de edad	4 proceso de gestación	0 proceso de gestación.
De 14 años de edad	24 proceso de gestación	5 proceso de gestación.
De 15 años de edad	46 proceso de gestación	1 proceso de gestación.
De 16 años de edad	53 proceso de gestación	7 proceso de gestación.
De 17 años de edad	76 proceso de gestación	14 proceso de gestación.
De 18 años de edad	89 proceso de gestación	31 proceso de gestación.
De 19 años de edad	180 proceso de gestación	179 proceso de gestación.

(Henao, 2014 - 2015) "Información recolectada, trabajada y clasificada"

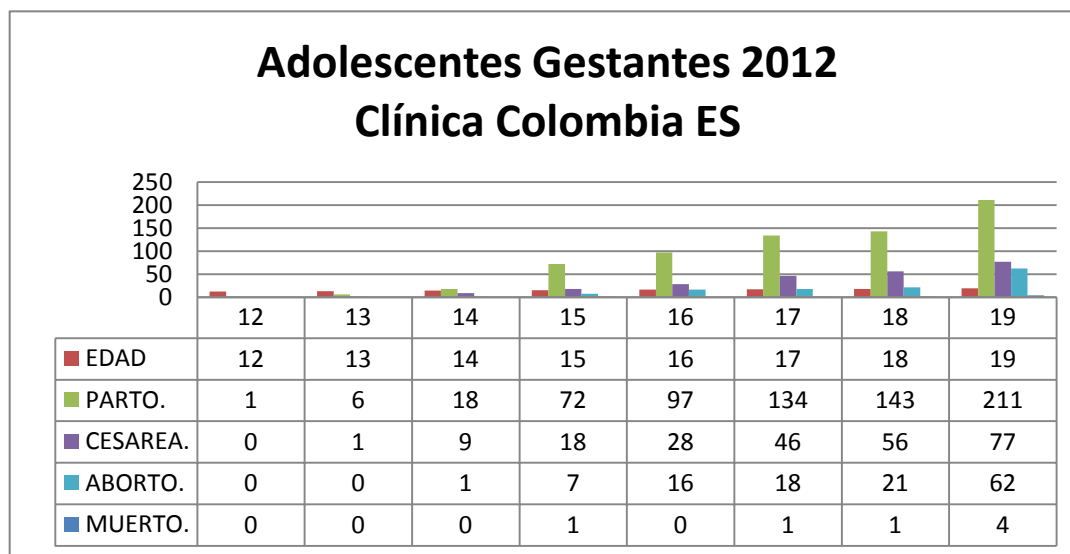
Tabla 2:

CLÍNICA COLOMBIA ES
ADOLESCENTES GESTANTES 2012

EDAD	CANTIDAD	GESTATES.	PARTO.	CESAREA.	ABORTO.	MUERTO.
12	1	1	1	0	0	0
13	7	7	6	1	0	0
14	27	28	18	9	1	0
15	87	98	72	18	7	1
16	119	141	97	28	16	0
17	167	199	134	46	18	1
18	174	221	143	56	21	1
19	217	354	211	77	62	4
TOTAL	799	1049	682	235	125	7

(Henao, 2014 - 2015) "tabla 2 Información recolectada, trabajada y clasificada"

Gráfico 2



(Henao, 2014 - 2015) "Gráfica 2 Información recolectada, trabajada y graficada"

Tabla y Gráfica 2: la Atención de adolescentes en estado de gestación en año 2012 en los rangos de 12 a 19 años de edad. Teniendo como resultado 799 atenciones en algún proceso de gestación (Cesaría, Parto y Aborto). En el Historial de gestación de cada una de las adolescentes nos encontramos que:

Rango de Edad	No. de Procesos Gestación Actual	No. de Procesos Gestaciones Anteriores
De 12 años de edad	1 proceso de gestación	0 proceso de gestación.
De 13 años de edad	7 proceso de gestación	0 proceso de gestación.
De 14 años de edad	27 proceso de gestación	1 proceso de gestación.
De 15 años de edad	87 proceso de gestación	11 proceso de gestación.
De 16 años de edad	119 proceso de gestación	22 proceso de gestación.
De 17 años de edad	167 proceso de gestación	32 proceso de gestación.
De 18 años de edad	174 proceso de gestación	47 proceso de gestación.
De 19 años de edad	217 proceso de gestación	137 proceso de gestación.

(Henao, 2014 - 2015) "Información recolectada, trabajada y clasificada"

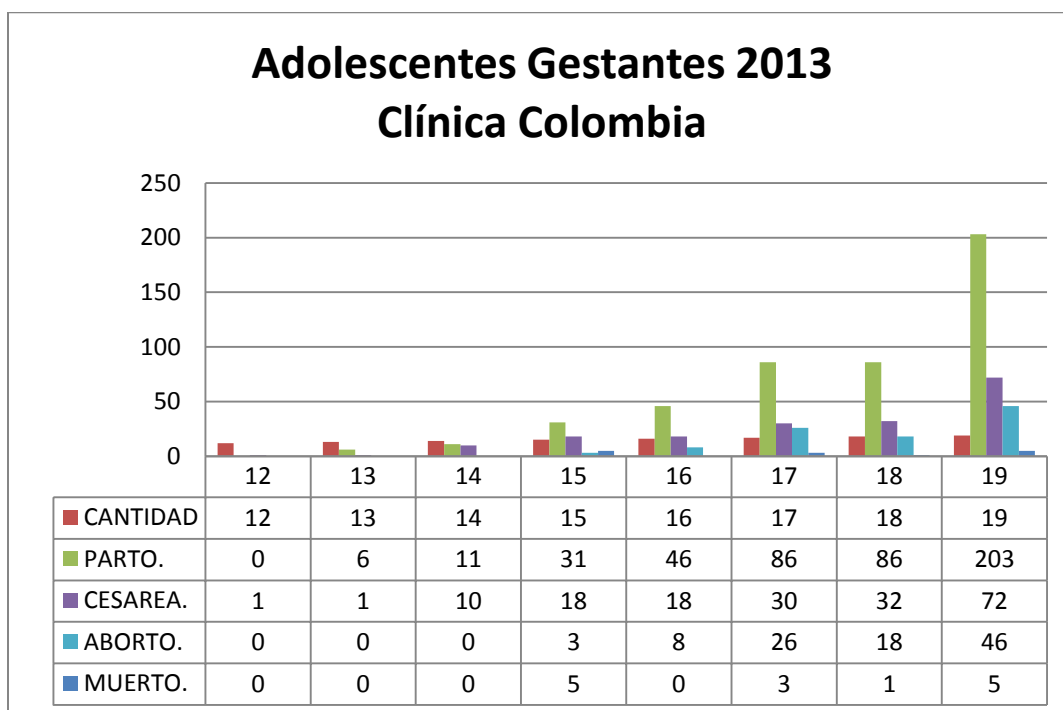
Tabla 3:

**CLÍNICA COLOMBIA ES
ADOLESCENTES GESTANTES 2013**

CANTIDAD	CANTIDAD	GESTATES.	PARTO.	CESAREA.	ABORTO.	MUERTO.
12	1	1	0	1	0	0
13	7	7	6	1	0	0
14	21	21	11	10	0	0
15	50	57	31	18	3	5
16	65	72	46	18	8	0
17	116	145	86	30	26	3
18	98	137	86	32	18	1
19	194	326	203	72	46	5
TOTAL	552	766	469	182	101	14

(Henao, 2014 - 2015) "tabla 3 Información recolectada, trabajada y clasificada"

Gráfica 3:



(Henao, 2014 - 2015) "Gráfica 3 Información recolectada, trabajada y graficada"

Tabla y Gráfica 3: La Atención de adolescentes en estado de gestación en el año 2013 en los rangos de 12 a 19 años de edad. Teniendo como resultado 552 atenciones en algún proceso de gestación (Cesárea, Parto y Aborto). En el Historial de gestación de cada una de las adolescentes nos encontramos que:

Rango de Edad	No. de Procesos Gestación Actual	No. de Procesos Gestaciones Anteriores
De 12 años de edad	1 proceso de gestación	0 proceso de gestación.
De 13 años de edad	7 proceso de gestación	0 proceso de gestación.
De 14 años de edad	21 proceso de gestación	0 proceso de gestación.
De 15 años de edad	50 proceso de gestación	7 proceso de gestación.
De 16 años de edad	65 proceso de gestación	7 proceso de gestación.
De 17 años de edad	116 proceso de gestación	29 proceso de gestación.
De 18 años de edad	98 proceso de gestación	39 proceso de gestación.
De 19 años de edad	194 proceso de gestación	132 proceso de gestación.

(Henao, 2014 - 2015) "Información recolectada, trabajada y clasificada"

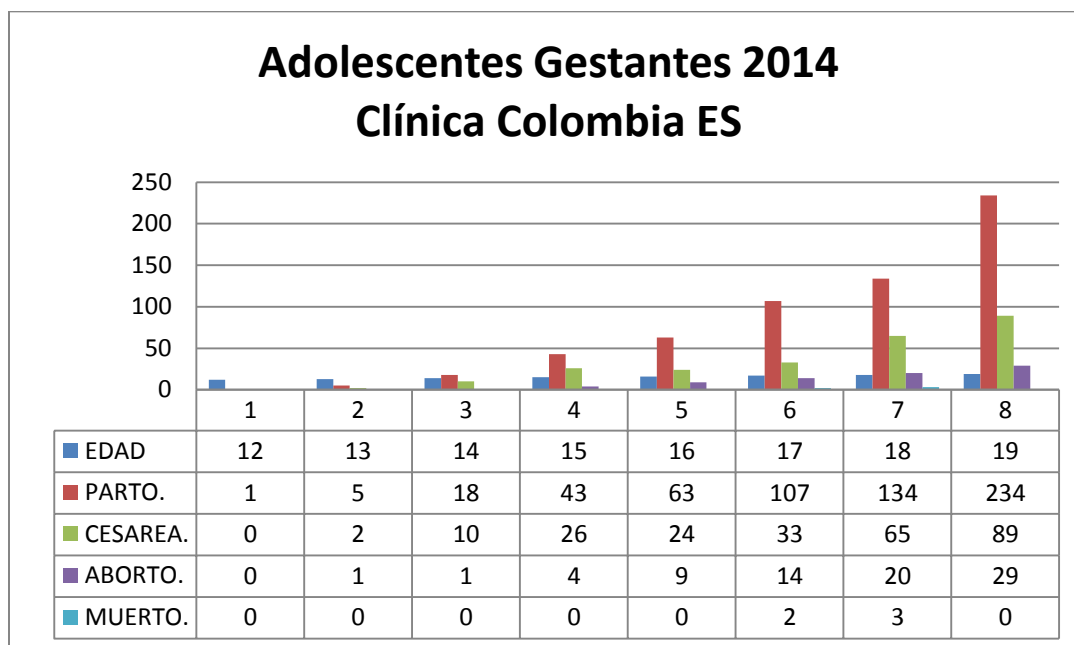
Tabla 4:

CLÍNICA COLOMBIA ES
ADOLESCENTES GESTANTES 2014

EDAD	CANTIDAD	GESTATES.	PARTO.	CESAREA.	ABORTO.	MUERTO.
12	1	1	1	0	0	0
13	8	8	5	2	1	0
14	28	29	18	10	1	0
15	73	76	43	26	4	0
16	96	105	63	24	9	0
17	133	156	107	33	14	2
18	171	222	134	65	20	3
19	243	352	234	89	29	0
TOTAL	753	949	605	249	78	5

(Henao, 2014 - 2015) "tabla 4 Información recolectada, trabajada y clasificada"

Gráfico 4:



(Henao, 2014 - 2015) "Gráfica 4 Información recolectada, trabajada y graficada"

Tabla y Gráfica 4: La Atención de adolescentes en estado de gestación en año 2014 en los rangos de 12 a 19 años de edad. Teniendo como resultado 753 atenciones en

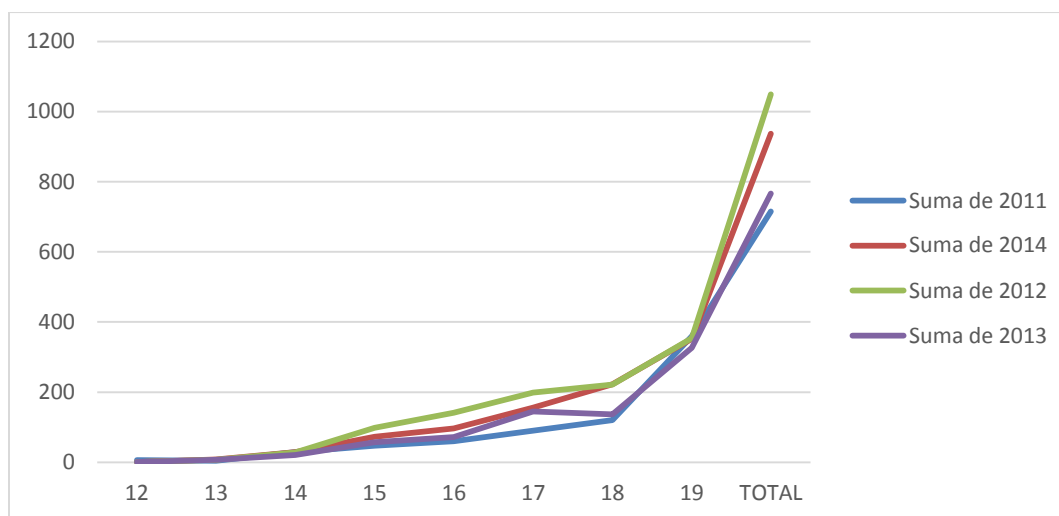
algún proceso de gestación (Cesárea, Parto y Aborto). En el Historial de gestación de cada una de las adolescentes nos encontramos que:

Rango de Edad	No. de Procesos Gestación Actual	No. de Procesos Gestaciones Anteriores
De 12 años de edad	1 proceso de gestación	0 proceso de gestación.
De 13 años de edad	8 proceso de gestación	0 proceso de gestación.
De 14 años de edad	28 proceso de gestación	1 proceso de gestación.
De 15 años de edad	76 proceso de gestación	3 proceso de gestación.
De 16 años de edad	96 proceso de gestación	9 proceso de gestación.
De 17 años de edad	133 proceso de gestación	23 proceso de gestación.
De 18 años de edad	171 proceso de gestación	51 proceso de gestación.
De 19 años de edad	243 proceso de gestación	109 proceso de gestación.

(Henao, 2014 - 2015) "Información recolectada, trabajada y clasificada"

Para obtener un panorama global de la información se unificó los años, para lograr una perspectiva de la infurción adquirida dando como resultado lo siguiente:

Clínica Colombia ES
Atención de Adolescentes
2011, 2012, 2013 y 2014



(Henao, 2014 - 2015) "Información recolectada, trabajada y graficada"

Gráfica 5: Podemos observar como a medida que avanzan los años las adolescentes están propensas a estar en estado de gestación en su edad pos-adolescente. Se debe tener en cuenta que el número de atenciones realizadas en la clínica puede variar por la contratación y convenios que se tenga con las entidades subsidiadas. Al cumplir el tope máximo de atenciones contratadas por las partes se suspenden los ingresos a pacientes de esas entidades. Por tanto, puede ser que las adolescentes que no son atendidas en ese tempo ingresen a otras instituciones, por eso se observa que en el año 2013 hay una leve disminución de atenciones a adolescente en estado de gestación. La Clínica Colombia ES comienza a funcionar asistencialmente a partir del mes de febrero del año 2011, por lo tanto es un año donde se inicia el mercadeo para lograr los convenios de las diferentes Entidades Promotoras de Salud EPS del régimen subsidiado.

**CLÍNICA COLOMBIA ES
ADOLESCENTES GESTANTES**

EDADES	2011	2012	2013	2014
12	6	1	1	1
13	4	7	7	8
14	29	28	21	29
15	47	98	57	73
16	60	141	72	96
17	90	199	145	156
18	120	221	137	222
19	359	354	326	352
TOTAL	715	1049	766	937

(Henao, 2014 - 2015) "Información recolectada, trabajada y clasificada"

Como podemos observar, en la Clínica se atienden un número importante de adolescentes en estado de gestación, sin importar en que proceso quirúrgico se encuentre: trabajo de parto, cesárea, aborto mal practicado o bebés que mueren en el vientre de la madre adolescente. A partir de los 14 años edad el número de adolescentes que enfrentan la vivencia de ser madres empieza a ser preocupante, porque significa que los programas de prevención y promoción planteados no están reflejando los resultados esperados.

Rango de Edad	No. de Procesos Gestación Actual	No. de Procesos Gestaciones Anteriores
De 12 años de edad	9 proceso de gestación	3 proceso de gestación
De 13 años de edad	26 proceso de gestación	0 proceso de gestación
De 14 años de edad	107 proceso de gestación	7 proceso de gestación
De 15 años de edad	275 proceso de gestación	22 proceso de gestación
De 16 años de edad	369 proceso de gestación	45 proceso de gestación
De 17 años de edad	590 proceso de gestación	98 proceso de gestación
De 18 años de edad	700 proceso de gestación	168 proceso de gestación
De 19 años de edad	1391 proceso de gestación	557 proceso de gestación

(Henao, 2014 - 2015) "Información recolectada, trabajada y clasificada"

Las cifras reveladas en el anterior cuadro permiten efectuar algunos interrogantes sobre los procesos de gestación anteriormente vividos por las adolescentes, los cuales son 900: ¿Cuántos estados de gestación llegaron a término? ¿Cuáles terminaron abruptamente el proceso de gestación colocando en peligro la vida de la adolescente? ¿Cuántas adolescentes están cursando un segundo, tercero, cuarto o quinto embarazo?

Para encontrar algunas respuestas a los interrogantes inicialmente planteados fue necesario ir a cada una de las atenciones realizadas por los médicos especialistas, construir de forma organizada y cuantitativa la información en las tablas y gráficos presentados en este trabajo de investigación. Logrando con esto realizar

comparaciones anuales, de frecuencia por edades y número de embarazos presentados, como a continuación se puede evidenciar.

Tabla 1:

CLÍNICA COLOMBIA ES
ADOLESCENTES GESTANTES 2011

FRECUENCIA	12 AÑOS	13 AÑOS	14 AÑOS	15 AÑOS	16 AÑOS	17 AÑOS	18 AÑOS	19 AÑOS	TOTAL
1	2	4	22	45	46	64	62	52	297
2				1	7	10	23	88	129
3			1			2	4	32	39
4	1		1					6	8
5								1	1
6								1	1
TOTAL	3	4	24	46	53	76	89	180	475

(Henao, 2014 - 2015) "Tabla 1 Información recolectada, trabajada y clasificada"

Tabla 2:

CLÍNICA COLOMBIA ES
MADRES ADOLESCENTES GESTANTES 2012

FRECUENCIA	12 AÑOS	13 AÑOS	14 AÑOS	15 AÑOS	16 AÑOS	17 AÑOS	18 AÑOS	19 AÑOS	TOTAL
1	1	7	26	78	100	137	129	115	593
2			1	8	17	28	43	76	173
3					1	2	2	20	25
4				1	1			3	5
5								3	3
TOTAL	1	7	27	87	119	167	174	217	799

(Henao, 2014 - 2015) "Tabla 2 Información recolectada, trabajada y clasificada"

Tabla 3:

CLÍNICA COLOMBIA ES
MADRES ADOLESCENTES GESTANTES 2013

FRECUENCIA	12 AÑOS	13 AÑOS	14 AÑOS	15 AÑOS	16 AÑOS	17 AÑOS	18 AÑOS	19 AÑOS	TOTAL
1	1	7	21	44	58	91	65	89	376
2				5	7	21	28	81	142
3				1		4	4	22	31
4							1	1	2
5								1	1
TOTAL	1	7	21	50	65	116	98	194	552

(Henao, 2014 - 2015) "tabla 3 Información recolectada, trabajada y clasificada"

Tabla 4:

CLÍNICA COLOMBIA ES
ADOLESCENTES GESTANTES 2014

FRECUENCIA	12 AÑOS	13 AÑOS	14 AÑOS	15 AÑOS	16 AÑOS	17 AÑOS	18 AÑOS	19 AÑOS	TOTAL
1	1	8	27	70	88	110	129	152	585
2			2	6	14	40	68	138	268
3					3	6	21	54	84
4							4	8	12
TOTAL	1	8	29	76	105	156	222	352	949

(Henao, 2014 - 2015) "tabla 4 Información recolectada, trabajada y clasificada"

Como podemos observar en el año 2011 se evidenciaron 475 casos de madres adolescentes en estado de gestación, donde 178 son embarazos o abortos por segunda o más veces. En el año 2012 se realizó la atención a 799 madres

adolescentes en estado de gestación, obteniendo como resultado 206 casos que presentan más de un embarazo o aborto. En el año 2013 se realiza la atención de 552 madres adolescentes en estado de gestación, presentando 176 casos con más de un embarazos o abortos. En este año se evidencia una disminución de atención a madres adolescentes por el incumplimiento de los convenios económicos pactados entre las entidades, ocasionando el cierre de atención a los usuarios. En el año 2014 se genera atención a 949 madres adolescente en estado de gestación, teniendo un número de 364 casos de adolescentes con más de un estado de gestación o aborto. Lo anteriormente mencionado permite evidenciar y deja el sin sabor que cada año que transcurre son más las adolescentes en estado de gestación por uno, dos, tres y hasta más embarazos o abortos no deseados en la ciudad de Cali.

A estas cifras se le suma la dificultad que enfrenta una madre adolescente: estudios básicos inconclusos, cambios corporales y emocionales que se generan por los diferentes contextos de vida que desarrolla cada individuo, y estereotipos que crea nuestra sociedad al respecto.

Después de realizar esta indagación me surgió la pregunta guía de este trabajo:

¿Qué puede hacer una Licenciada en Educación Popular, que trabaja en el área administrativa de una IPS, para intentar sensibilizar al personal de esa institución sobre la urgencia de contribuir a la formación de las jóvenes para que no regresen en poco tiempo con nuevos embarazos o con abortos mal practicados?

A partir de esta pregunta se realizó el presente estudio de corte etnográfico. Lo que se presenta es una caracterización de la IPS, reflexionando cada elemento desde la Educación Popular, como forma de visibilizar en un caso concreto el potencial que significa el sector salud para la Licenciatura en Educación Popular.

II. OBJETIVOS

I. Objetivo General:

Caracterizar la clínica Colombia E.S. para explorar el sector salud como posible escenario de acción de Licenciados y Licenciadas en Educación Popular.

II. Objetivos Específicos:

- Caracterizar, desde la Educación Popular, la Clínica Colombia E.S., como ejemplo de un escenario del ámbito de la salud.
- Visibilizar en una Institución Prestadora de Salud (IPS), las problemáticas de atención a madres gestantes y las posibles consecuencias que esto conlleva, y que pueden pasar desapercibidas en medio de la rutina diaria y las formalidades que exige el sistema colombiano de salud.
- Realizar un ejercicio de auto-reflexión sobre las posibilidades de acción de una Licenciada en Educación Popular que ocupa un cargo administrativo en una Institución Prestadora de Salud (IPS).

III. MARCO CONTEXTUAL³

El edificio de La Clínica Especializada del Valle se constituye mediante escritura pública No. 7808 del 15 de Septiembre de 1992, ubicado en la Carrera 46 No. 9C – 85 en la ciudad de Santiago de Cali.



Imagen tomada de <https://inelco.com.co/portfolio/clinica-especializada-del-valle-cali/>

“Fue una de las obras en salud más grande de Suramérica con servicios de laboratorio clínico, imagenología, urgencias, cirugía, partos, cuidados intensivos, fisioterapia y locales comerciales relacionados con la salud, según folleto publicitario” (Nullvalue, 1995).

En ese momento la clínica gozaba de gran prestigio en la alta sociedad vallecaucana, donde los usuarios que la frecuentaban tenían credenciales de medicina prepaga o la

³ La información descrita a continuación tiene soporte de registros históricos hallados en Internet, como también información recopilada de una entrevista realizada al Dr. Libardo Cerdón Aztrós gerente general y dueño de la Clínica Colombia ES y así mismo, esta información es complementada por mi reconocimiento del lugar luego de cinco años como coordinadora de auditoría de cuentas médicas.

forma de pago era en efectivo. La clínica atraviesa una crisis en el año 1995, porque se ve involucrada en procesos de investigación por posible nexos con el cartel de Cali: *“teniendo en cuenta que uno de los socios de la época era el señor José Arnoldo Estrada Ramírez, sargento viceprimero retirado del Ejército, quien tenía un vínculo de asesoría en cuanto a la seguridad de los hermanos Rodríguez Orejuela.”* (Nullvalue, 1995).

A consecuencia de esto, y de sucesos de sicariato ocurridos tiempos después en las instalaciones, la Clínica Especializada del Valle perdió credibilidad, confiabilidad y seguridad para los usuarios que la frecuentaban.

Los socios de la época, en su afán de recuperar el prestigio perdido, realizaron diferentes intentos de transformar la mala imagen: uno de ellos fue el cambio de la razón social de la clínica, que pasó a ser “Clínica Especializada del Valle”, “Clínica Santillana” y “Propiedad Horizontal Santillana”.

La Clínica Santillana fue subarrendada en varias ocasiones, por algunas empresas como fue: Clínica Materno Infantil Farallones a consecuencia del terremoto del 15 de Noviembre 2004 (tiempo de transición para la recuperación de infraestructura del edificación inicial) y Saludcoop EPS sus pacientes fueron atendidos mientras terminaron el proyecto de la Clínica Saludcoop ubicado al norte de la ciudad de Cali.

En el año 2011 el empresario Libardo Cordón Astroz subarrienda el 50% de la capacidad de la propiedad horizontal de Santillana para fundar la (IPS) Clínica Colombia ES, en la actualidad se encuentra con una ocupación del 80% de la propiedad.

En el primer piso se ubica el servicio de Urgencias con atención las 24 horas del día, con cuatro consultorios atendidos por médicos generales, los cuales identifican y definen el manejo del diagnóstico del paciente: hospitalario o ambulatorio. También se encuentra ubicado en el mismo piso el servicio de consulta externa, atendido por

especialistas en traumatología, ginecología, cirugía plástica, cirugía maxilofacial, anestesia y neurocirugía, entre otras especialidades. Igualmente, se puede ubicar el servicio de hemodinamia, imagenología y el laboratorio clínico de Cedit, empresa que pertenece al mismo empresario.

El segundo piso encontramos el área de cirugía con cuatro quirófanos intervenidos por las diferentes especialidades médicas, Unidad de Cuidado Intensivo, Unidad de Cuidado Intermedio y Unidad de Cuidado Neonatal, con sus respectivos especialistas en el área.

El tercer piso es el área administrativa de la clínica donde se encuentran los departamentos de: Gerencia General, Auditorías de Cuentas, Cartera, Radicación, Compras, Contabilidad, Dirección Médica, Planeación Estratégica, Calidad, Jurídico, Costos y Sistemas.

El cuarto piso es de hospitalización de medicina interna donde los pacientes por su tipo de diagnóstico requieren estancias prolongadas; también encontramos el área comercial, autorizaciones, referencia y contrareferencia.

El sexto piso es de hospitalización quirúrgicas: ahí están los pacientes que salen de algún procedimiento quirúrgico y requieren un tiempo corto de observación médica. Ahí también se encuentra el área de recursos humanos. El séptimo, octavo, noveno y décimo pisos también son de hospitalización quirúrgicas.

En el onceavo piso se encuentra la Unidad Materno Fetal de la clínica: este lugar está dotado de tres cubículos, donde se ubican las madres en trabajo de parto. Cuenta con ocho habitaciones, las cuales son brindadas para la recuperación del trabajo de parto, cesárea o culminación de aborto de las usuarias, y una sala de espera para los familiares o acompañantes.

El resto del edificio se encuentra subarrendado a varias entidades de salud, como lo son: Clínica Su Vida, Cirujanos Plásticos Santillana, Seres, Cedit y consultorios particulares, entre otros.

La población que atiende la IPS Clínica Colombia ES pertenece, su gran mayoría, al régimen subsidiado I, II y III. Las madres adolescentes provienen de estratos socio-económicos de nivel 0, 1, 2 y 3 e ingresan por tener embarazos de alto riesgo obstétrico.

En el servicio de Urgencias, Consulta Externa Especialidad Ginecología y en la Unidad Materno Fetal, llegan las mujeres adolescentes en estado de gestación, ahí, es donde observo las falencias frente a los programas educativos de prevención y promoción en salud sexual. Esta observación me permite reafirmar mi inquietud acerca de mi labor como educadora popular en este sector y cómo mi formación académica puede influir en estos escenarios.

Considero entonces que una manera podría ser la de educar y guiar tanto a las adolescentes respecto de su responsabilidad como madres y proyección de vida, como también, la de trabajar con el personal de la Clínica Colombia acerca de nuestra responsabilidad frente al tema de la prevención y promoción en salud sexual para intentar evitar los múltiples embarazos en jóvenes menores de edad o que apenas entran a la adultez (18 o 19 años).

Es en espacios como éstos donde se puede integrar los conocimientos científicos y técnicos con los saberes populares de las madres adolescentes gestantes por primera, segunda, tercera y cuarta vez, así como los del personal de la IPS. Podría ser aquí donde un Licenciado o Licenciada en Educación Popular generase un espacio de participación, intercambio de saberes y experiencias; todo esto puede sopesar, aunque sea un poco, las falencias de los programas de prevención y promoción en salud sexual.

Sistema de Salud en Colombia (Sistema de Salud en Colombia , 2015)

Una manera de entender cómo se vincula el trabajo pedagógico con el sistema de salud en Colombia es analizando su estructura; allí se evidencian espacios donde las políticas en salud requieren de un apoyo educativo en cuanto a la promoción y prevención desde diversas áreas, por ello presento un resumen (con apartes textuales) de la estructura de funcionamiento del sistema de salud en Colombia:

En los años 50's la salud de los ciudadanos colombianos se encontraba monopolizada en una sola entidad llamada Instituto Colombiano de Seguros Sociales (después Instituto de Seguros Sociales ISS). En los años 90's comenzó el movimiento y la creación de la Constitución Nacional de 1991 [...] creó entes reguladores para el cumplimiento de la ley contenida en la Constitución Política Colombiana. El sistema en salud está compuesto básicamente por tres entes:

1. El Estado (Ciudadano): *actúa como Usuario-Beneficiario del sistema y cumple deberes y responsabilidades acorde con las reglas y principios [...]*

1.1. El Estado (Gobierno): *actúa como ente de coordinación, dirección y control. [...]*

2. Los aseguradores: *son entidades privadas que aseguran a la población, actúan como intermediarias y administradoras de los recursos que provee el Estado en forma de prima anual [...]*

3. Los prestadores: *son las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS): los hospitales, clínicas, laboratorios, etc., [...]*

NIVELES DE COMPLEJIDAD

Baja complejidad: *[...] se dedican a realizar intervenciones y actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, consulta médica y odontológica, internación, atención de urgencias, partos de baja complejidad y servicios de ayuda diagnóstica básicos en lo que se denomina primer nivel de atención.*

Mediana complejidad: *Son instituciones que cuentan con atención de las especialidades básicas como lo son pediatría, cirugía general, medicina interna, ortopedia y ginecobstetricia con disponibilidad las 24 horas en internación y valoración de urgencias, además ofrecen servicios de consulta externa por especialista y laboratorios de mayor complejidad, en lo que es el segundo nivel de atención.*

Alta complejidad: *Cuentan con servicios de alta complejidad que incluyen especialidades tales como neurocirugía, cirugía vascular, neumología, nefrología, dermatología, etc. con atención por especialista las 24 horas, [...]*

PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS)

Artículo principal: Plan Obligatorio de Salud

El Plan Obligatorio de Salud, es el conjunto de servicios de atención en salud a los que tiene derecho un usuario, cuya finalidad es la protección de la salud, la prevención y curación de enfermedades, incluye el suministro de medicamentos para el afiliado y su grupo familiar junto al reconocimiento de indemnizaciones en caso de incapacidad por enfermedad y maternidad. [...]

Plan de Atención Básica

También denominado Plan Nacional de Salud Pública. La Ley 100, a diferencia de la anterior legislación, contempla un cambio de visión en salud, en donde, atendiendo a la política mundial de Atención Primaria enfoca el manejo de las comunidades desde una perspectiva preventiva y se crea el Plan de Atención básica (PAB) como la política de Salud Pública que reúne un conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos, de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad el cual se encuentra consignado mediante la resolución 4288 de noviembre de 1996. Este conjunto de actividades se realizan para toda la población de manera gratuita y no está sujeto a ningún tipo de afiliación en salud.

Las actividades de vigilancia en salud pública van encaminadas a la prevención de enfermedades de interés en salud pública como VIH, meningitis bacteriana, tuberculosis, cólera, rabia, hepatitis B, C y D, fiebre reumática, lepra y enfermedades de transmisión sexual, investigación y control de brotes, control de la calidad sanitaria del agua para el consumo humano, de los procesos de producción, transporte y expendio de alimentos para consumo humano, de los establecimientos públicos que impliquen alto riesgo sanitario y de los puertos fluviales, marítimos, aéreos y terrestres.

Acciones de prevención: vacunación según el esquema único nacional del Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI), control del crecimiento y desarrollo en niños y niñas menores de 10 años, fluorización, aplicación de sellantes y detartraje en población de 5 a 14 años, planificación familiar, control prenatal, parto limpio y seguro, citología cérvicouterina en mujeres de 25 a 65 años y examen físico de mama en mujeres mayores de 35 años.

Este plan, por medio el Decreto número 3039 del 10 de agosto de 2007, fue estructurado por el Ministerio de la Protección Social y actualmente se denomina Plan Nacional de Salud Pública y al Gobierno Nacional, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 33 de la Ley 1122 de 2007, le corresponde definir cada cuatro años este Plan.

El Plan tiene la función de proveer de manera integral, las acciones de salud individuales y colectivas con la participación responsable de todos los sectores de la sociedad, que mejoren las condiciones de salud de la población, incluyendo:

1. Las prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud, en coherencia con los indicadores de situación de salud, las políticas de salud nacionales, los

tratados y convenios internacionales suscritos por el país y las políticas sociales transversales de otros sectores.

2. Define las responsabilidades en salud pública a cargo de la Nación, de las entidades territoriales, y de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, que se complementarán con las acciones de los actores de otros sectores definidas en el Plan Nacional de Desarrollo y en los planes de desarrollo territorial.

Propósitos

1. Mejorar el estado de salud de la población Colombiana.
2. Evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad.
3. Enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica.
4. Disminuir las inequidades en salud de la población Colombiana.

Regímenes del Sistema

Existen dos formas de afiliación al sistema, mediante el régimen contributivo y el subsidiado.

Régimen contributivo

El régimen contributivo es el sistema de salud mediante el cual todas las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago, hacen un aporte mensual (cotización) al sistema de salud pagando directamente a las EPS lo correspondiente según la ley para que a su vez éstas contraten los servicios de salud con las IPS o los presten directamente a todas y cada una de las personas afiliadas y sus beneficiarios. [...]

Beneficios en el régimen contributivo

Al afiliarse al régimen contributivo el afiliado (cotizante) y sus beneficiarios tienen derecho a recibir:

- Los beneficios del Plan Obligatorio de Salud
- Un subsidio en dinero en caso de incapacidad por enfermedad.
- Un subsidio en dinero en caso de licencia de maternidad.

Régimen subsidiado

En este régimen el Estado subsidia la afiliación a la población sin empleo, contrato de trabajo o ingresos económicos, es decir considerada pobre y vulnerable, quien no tiene capacidad de pago que le permita cotizar al sistema (ingreso menor a dos salarios mínimos legales vigentes) por lo tanto quienes ingresan a él reciben subsidios totales o parciales, los cuales se financian con dos recursos fundamentales: las transferencias de la nación a los departamentos y municipios y el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, [...]

Beneficios en el régimen subsidiado

Al afiliarse al régimen subsidiado el usuario tiene derecho a recibir:

- *Los beneficios del POS que a partir del 1 de julio de 2012 son los mismos que en el Régimen Contributivo. (Ver: Unificación del POS del régimen subsidiado con el del régimen contributivo)*
- *Exención de copagos si está clasificado en el nivel I del Sisbén.*

En el Plan Obligatorio de Salud Pública del Sistema de Salud en Colombia tiene como función realizar un trabajo conjunto entre los ciudadanos que forman nuestra sociedad y el personal asistencial de los hospitales, clínicas e IPS, los cuales son los responsables de prestar un servicio integral, donde sus acciones satisfagan las necesidades del individuo como de la comunidad a la que pertenecen, teniendo una comunicación clara y contextualizada a las realidades de los usuarios.

El rol que desarrollan los médicos, enfermeras-os y auxiliares de enfermería en las instituciones de salud tanto del nivel bajo, mediano y de alta complejidad, es de suma importancia, son las personas que tienen la oportunidad de realizar un acercamiento real, contextualizado y basado en hechos actuales, que son fundamentales para establecer el patrón a transformar, para mejorar las condiciones del individuo y de las comunidades a las que pertenecen.

No obstante, esta oportunidad que posee el personal asistencial, no se aprovecha como se esperaría, aunque debería generarse un constante contacto educativo entre sus conocimientos y los saberes de los pacientes, esta relación esta desatendida, el personal médico y de enfermería se ha limitado a realizar su labor asistencias, y se ha dejado a un lado esta posibilidad de vínculo con los usuarios. Perdiendo así, oportunidades de reflexionar, generar empoderamiento de ese saber popular y realizar una mejor trasmisión de la información tecno científica a los pacientes.

En cuanto a las jóvenes que llegan a este contexto hospitalario, desde mi perspectiva, su rol no es a partir de una decisión voluntaria, sino más bien un rol generado por una serie de circunstancias que le colocan en este lugar por necesidad de atención. Estas madres adolescentes se ven enfrentadas a factores de desinformación, la poca

educación sexual, desconocimiento, desinterés y/o ausencia de programas de prevención en salud sexual y reproductiva, conllevando a consecuencias diversas, entre ellas la que nos convoca a este trabajo de investigación, los embarazos no deseados en edad adolescente, situación que coloca a estas jóvenes en una condición de alto riesgo obstétrico debido a la edad de la madre. Esta razón de peso, hace que estas jóvenes, sean remitidas para su respectivo procedimiento de parto, en clínicas de tercer y cuarto nivel, como esta.

La problemática que enfrentan nuestras madres adolescentes se relacionan con aspectos educativos y emocionales, donde se enmarca el desconocimiento frente a su sexualidad; ignorancia promovida desde las escuelas, familias y contextos sociales a los que pertenecen, pero esto no exime a las instituciones prestadoras de servicios de salud a tener un programa de prevención y promoción en salud sexual constante, todos los niveles de complejidad deberían tener la responsabilidad de educar a las pacientes constantemente en los diferentes contextos de atención al usuario.

El contexto de estos panoramas, nos evidencian una necesidad urgente de atender estos escenarios donde el aporte de un o de una Educador(a) Popular sería una herramienta fundamental para realizar transformación social desde entornos como este.

IV. MARCO CONCEPTUAL

I. ESCENARIOS DE LA EDUCACIÓN POPULAR

Es importante para una Licenciada en Educación Popular encontrar la interacción de los autores trabajados en la carrera con la cotidianidad de los contextos de las comunidades a investigar, donde las problemáticas identificadas por nuestra mirada nos pueda conducir a realizar o contribuir a transformaciones en escenarios sociales, económicos, culturales e individuales.

En nuestro diario vivir podemos evidenciar como nos sumergimos en intereses cotidianos sin darnos cuenta de que participamos, directamente o indirectamente, en los escenarios de los otros individuos. Es mágico detenerse por un instante y observar a nuestro alrededor, dándonos cuenta que el escenario que vemos tiene una conexión y un dinamismo entre saberes, culturas, religiones, creencias, etc., escenarios, que no me detendré a ahondar en descripciones de sus características, ni en las interacciones que aquí podríamos construir como educadores populares, sin embargo veo necesario mencionarlos puesto que de una u otra forma, como ciudadanos regulares, como seres humanos habitantes de realidades y experiencias cotidianas, desde nuestra sola existencia, desde nuestra acción u omisión, desde estos planos legibles y aquellos que se quedan en el trasfondo ya estamos influenciando en la toma de decisiones de corto, mediano o largo plazo de los sujetos que se relacionan con nosotros en el entorno que compartimos. Uno de los escritos realizado por la profesora Claudia Bermúdez me permite tener una conexión con este planteamiento:

“Los contextos deben dar cuenta de una dinámica que está afectando a la experiencia, pero sobre todo es la interacción que hacen los actores de su entorno, de lo que ocurre en la exterioridad definida desde ellos y afectan la experiencia” (Bermúdez, 2008, pág. 15)

Trasladando el punto de vista de la autora al contexto de la Unidad Materno Fetal de la Clínica Colombia ES, podemos evidenciar cómo que los actores que convergen en este escenario desarrollan espacios humanizadores donde el dinamismo surge entre el personal asistencial, administrativo y los usuarios.

Es por ello que frente a esta dinámica y al rol de los actores de este entorno veo viable y necesario la labor de nosotros los educadores populares para acompañar estos procesos, puesto que podríamos ser un conector circunstancial entre el contexto real del paciente aprovechando los recursos de instituciones asistenciales como esta, generando y construyendo puentes de una nueva comunicación asertiva entre paciente y personal asistencial. Podemos decir que una institución de salud con metodología pedagógica constante, puede prevenir y promocionar el bienestar en salud a los usuarios, generando como resultado menores costos en la atención y tratamiento de enfermedades a tiempo; con un modelo de atención humanizado y consiente, sería una oportunidad de cambiar la cara negativa del sistema en salud y convertirla en una institución que genera bienestar y cuidado a sus usuarios.

Reconociendo la realidad de las madres, sus circunstancias y estilos de vida, en conjunto con los conocimientos tecno científicos de los profesionales en la salud y la metodología de los educadores populares, se lograría ofrecer una atención integral a los usuarios, un acercamiento construido por saberes comunes, en un trabajo desarrollado para ser aplicado a sus verdaderos contextos de vida cotidiano, teniendo como resultado claridad con el presente y futuro de los pacientes.

“Los contextos deben dar cuenta de una dinámica que está incidiendo en la experiencia así como es indispensable diferenciarlos de la noción de entorno”.
(Bermúdez, 2008, pág. 15)

Nuestro sistema de salud actual no tiene contemplado en sus programas de prevención y planificación a las madres adolescentes que pueden estar en riesgo de un posible nuevo estado de gestación. Es aquí, desde el escenario de la salud, donde se ve un

potencial espacio para trabajar con esta población de madres adolescentes en total vulnerabilidad, ya que la probabilidad de que una madre adolescente vuelva a sumergirse en un nuevo estado de gestación es alto, por lo que se debe desarrollar un trabajo de orientación familiar y educación para la sexualidad responsable, entre muchos otros espacios de promoción y prevención en salud.

II. EDUCACIÓN LIBERADORA.

Uno de mis autores favoritos de la carrera fue el escritor Paulo Freire, es un autor poético, tiene esa particularidad de hacer soñar y ver un mundo ideal, donde la educación es la esencia principal de la sociedad, con ella hay libertad absoluta de participación ciudadana, por tanto se pueden tomar decisiones asertivas en su gran mayoría.

“Solo cuando los oprimidos descubren nítidamente al opresor, y se comprometen en la lucha organizada por su liberación, empiezan a creer en sí mismos, superando así su complicidad con el régimen opresor. Este descubrimiento, sin embargo, no puede ser hecho a un nivel meramente intelectual, sino que debe estar asociado a un intento serio de reflexión, a fin de que sea praxis” (Freire, 1970, pág. 30).

En la Clínica Colombia ES, Unidad Materno Fetal, las oprimidas pueden ser nuestras madres adolescentes en estado de gestación y los opresores el personal asistencial, pero también se puede decir que el personal asistencial es oprimido por el sistema en salud en Colombia y los requerimientos administrativos de la IPS. En el plan obligatorio en salud está presente la necesidad y obligación de prevenir y promocionar la salud sexual a los usuarios del sector de salud, pero se evidencia la falta de pedagogía educativa clara y oportuna en nuestros usuarios (pacientes). El POS propone justamente un PAB en el cual las instituciones de salud ofrezcan, sin ningún cobro, programas de prevención y promoción en salud, espacio visible desde las políticas en salud que nos abren un espacio para proyectar nuestras acciones en estos entornos, espacio que como educadores populares deberíamos propender en su recuperación, para que validar y materializar lo escrito en la ley, puesto que aunque esto esté dicho en la ley, no es igual en los manuales de funciones del personal ya que no está contemplado el componente formativo como principio ético y de compromiso social. Los procesos de atención en salud se volvieron mecánicos, regidos por el afán del día a día y la saturación del servicio. El inconveniente es que la apatía del personal se fortalece

con la falta de controles, de sensibilidad social y el desconocimiento de las pacientes. El componente pedagógico está ausente de la IPS Clínica Colombia ES.⁴

El protocolo de atención a las madres adolescentes en la clínica es: llegan a la institución en proceso de pre-término de parto, se realiza el proceso administrativo y de asistencial, se espera la recuperación de la madre y su recién nacido. Cuando el médico les genera la salida para sus hogares, las pacientes en un previo egreso del servicio, son informadas de manera muy rápida y somera acerca de los cuidados que deben tener con su herida, en ese mismo instante les informan que debe asistir a su cita de planificación familiar en su IPS más cercana a los quince días y que no deben tener relaciones sexuales durante cuarenta días para evitar posibles infecciones. Todo esto aunado al estado de emoción y júbilo en el que se encuentran las madres, puesto que llevan en brazos a su recién nacido y la información recibida de forma oral se hace justo en el transcurso de su despacho.

Es evidente que el contenido que entrega el personal médico o de enfermería es de carácter superficial y llega sin trasfondo a las madres adolescentes, esto es entendible teniendo en cuenta que en la Ley 100 esta responsabilidad solo recae directamente a las EPS que pertenezca la usuarias, ya sea de carácter contributivo o subsidiado. Se puede establecer por los informes estadísticos suministrados en este trabajo de investigación que la estrategia utilizada en las EPS no cumple con las necesidades oportunas de las pacientes. Cada día son más los casos de madres adolescentes en estado de gestación con más de un alumbramiento o aborto. Es poco alentador saber que en las clínicas, hospitales e IPS no existen protocolos educativos institucionales con estrategias metodológicas para la enseñanza de los cuidados al paciente y de atención a la continuidad del proceso postparto.

Adicionalmente, debemos tener en cuenta que en su mayoría del personal asistencial tienen múltiples empleos (son contratado por otras clínicas o hospitales) restándole con

⁴ Para ampliar información remitirse en este mismo documento a “Capítulo III Marco contextual”, en el subtema Plan Obligatorio de Salud.

esto una buena calidad de atención a los pacientes a tratar el estado de su enfermedad actual. El área administrativa no contempla ni promueve la importancia para incluir en los planes de mejoramiento un departamento o área de estrategias pedagógicas para sensibilizar frente al cuidado y mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes. Para la clínica pensar un modelo educativo liberador significa un costo elevado que no se ha pensado asumir; a su vez, un usuario educado e instruido exige sus derechos para una mejor atención hospitalaria. El opresor es el sistema de salud en Colombia, donde solo predominan los intereses individuales de unos pocos sin importar la vulnerabilidad de una sociedad con más pobreza y menos oportunidades de educación.

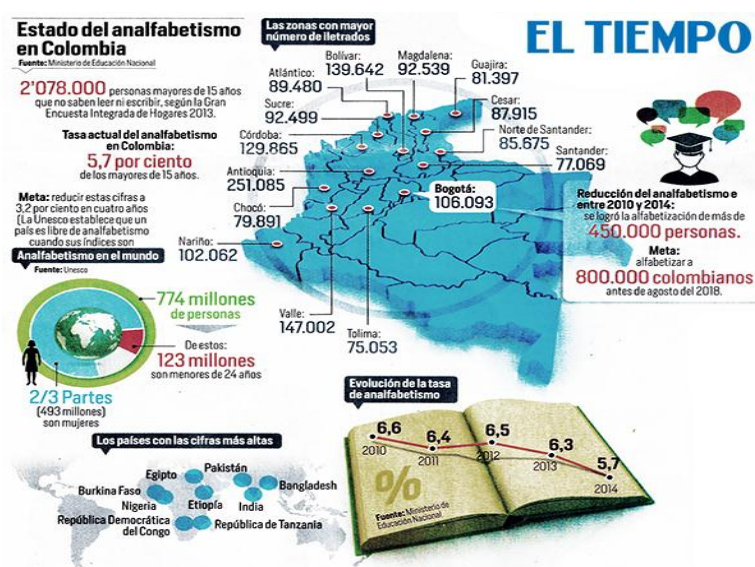
Freire plantea que *“esta búsqueda de ser más no puede realizarse en el asilamiento, en el individualismo, sino en la comunión, en la solidaridad de los que existen y de ahí que sea imposible que se dé en las relaciones antagónicas entre opresores y oprimidos. La búsqueda del ser más a través del individualismo conduce al egoísta a tener más, una forma de ser menos”*. (Freire, 1970, pág. 68). Esto es coherente con la salud en Colombia, que es un negocio que tiende a lo privado, al bienestar particular, donde el usuario se convierte en un signo pesos desde que ingresa a una IPS; la parte humanizadora se perdió con el pasar del tiempo. El personal asistencial se influenció del consumismo y el sostenimiento de una calidad de vida individual. El área administrativa está manejada por personas que trabajan en modo automático, desarrollando funciones establecidas y repetitivas. Debemos tener en cuenta que levantarnos contra un sistema opresor significa hacer cambios y a su vez transformaciones que pueden generar desacuerdos que involucren la pérdida del empleo. Es aquí donde nuestros opresores nos ganan la pelea: en el miedo a perder un empleo que suple un gran porcentaje de nuestras necesidades básicas diarias.

Durante la observación que guió este trabajo de grado quedó claro que muchos de los mitos planteados por Paulo Freire son utopías en las cuales se basan teorías sociales no aplicables a nuestro diario vivir.

“El mito del derecho de todos a la educación cuando, en Latinoamérica, existe un contraste irrisorio entre la totalidad de los alumnos que se matriculan en las escuelas primarias de cada país y aquellos que logran el acceso a las universidades.” (Freire, 1970, pág. 36).

Es por ello que se hace necesario intervenir los modelos educativos, especialmente en los sectores donde se evidencian mayores riesgos, pues es en la educación la manera mediante la cual se podrían transformar y minimizar condiciones como los embarazos a temprana edad y no deseados; sin embargo, nuestra sociedad se encuentra en un estado convulsivo, donde hemos concentrado nuestros esfuerzos en supuestos “principios” que buscan restablecer el poder entre los que ya lo poseen, y definiendo estrategias para la guerra y la política. Cuando nuestro principal objetivo debería ser el fortalecer la educación y generar formas de acceder al conocimiento primario y ponerlo en práctica en los contextos donde se presentan las dinámicas que afectan las experiencias.

Acá damos inicio a otra razón básica de nuestro vivir, donde se pone en juego al opresor frente al oprimido, Esto es totalmente verificable en la IPS Clínica Colombia ES y hace aún más pertinente la presencia de la Educación en estos escenarios:



Artículo del tiempo “Colombia busca bajar el analfabetismo de 2,1 a 1,3 millones” Octubre 23 de 2014

III. DIÁLOGO DE SABERES.

“Cuando hablamos de diálogo de saberes en procesos de educación popular o de investigación comunitaria estamos reconociendo principalmente la posibilidad de un encuentro dialógico entre sujetos. Éste tiene la característica de ser contextualizado en un tiempo y en un territorio desde donde pueden ser objetivados, comprendidos, interpretados y recreados el sentido particular de vivencias, interacciones y lenguajes. Las relaciones que se establezcan entre aspectos, focos y componentes permitirán hacer visibles e invisibles unas expresiones, unos sentidos y unos conocimientos” (Ghiso A. , 2000). En la Educación popular el dialogo de saberes permite el reconocimiento del otro, que en una IPS se encuentra inmerso en una comunidad que afronta variedad de problemáticas cotidianas. Para cualquier proceso de investigación que se inicie se requiere la participación del individuo por eso es elemental el desarrollo del diálogo de saberes como principio de partida, eje y, al mismo tiempo, componente clave en la metodología: *“El dialogo de saberes en educación popular e investigación comunitaria se ha comprendido como principio, enfoque, referente metodológico y como un tipo acción caracterizada por el reconocimiento de los sujetos. Que participan en los procesos”* (Mejía, Balbin, & Ghiso, 1988 - 1986 - 1993).

El postulado del diálogo de saberes lo que visibiliza es la importancia de reconocer a los actores de los diferente escenarios contextuales planteados. Recuperar la humanización de nuestros profesionales, técnicos y tecnólogos en sus labores cotidianas, donde el contacto con el individuo es importante para lograr la transformación de la vida; en el caso de las jóvenes adolescentes que han tenido varios embarazos o abortos, esto es posible, siempre y cuando, se genere una información mediante un dialogo asertivo y de conciencia con el tema de planificación familiar, para que ellas tengan la oportunidad de asumir a conciencia las consecuencias de sus decisiones en el presente y futuro de sus vidas. Ghiso plantea que *“...se puede construir una semántica de los hechos, de los intereses e intencionalidades, de los saberes, de las expresiones e interacciones, de las percepciones, de las vivencias y deseos. Es ir tras la pista de recuperar, las experiencias, las referencias sensibles que faciliten explorar, expresar y recrear nuestro conocimiento sobre la identidad y*

transitividad de las prácticas, resolución creativa de problemáticas y la configuración de vínculos sociales” (Ghiso A. , 2000). Uniendo con cada vivencias, creencia, contexto cultural, sociales, políticos y educativos, podemos construir por medio del dialogo de saberes un mejor mundo para nuestras madres adolescente; generando la oportunidad de llegar a término con sus etapas de desarrollo fisiológico, psicológico y educativo, para que cuando se tome la decisión de ser madre, se pueda brindar un contexto de vida entre madre e hijo acorde a unas habilidades que se desarrollan instintivamente pero con bases fundamentadas por experiencias, habilidades, enseñanzas y sus instintos de madre más avanzados.

“En el desarrollo de una semántica de los hechos, característico de un proceso diálogo en el que el conocimiento social se construye, distinguimos tres tareas claves a realizar:

- *Reconocer la diferencia y la identidad en experiencias semejantes o análogas.*
- *Identificar los códigos, símbolos e imaginarios que permiten expresar, comprender, interpretar y recontextualizar saberes y experiencias sociales comunes, cotidianas pero profundamente vividas, por consiguiente altamente significativas.*
- *Reconocer los sentidos y supuestos ocultos están mediando la expresión y la comprensión de la experiencia y posiblemente condicionando la apropiación de saberes exógenos a las personas y a los grupos”.* (Ghiso A. , 2000).

Desde el reconocimiento del otro, desde la dimensión dialógica de las relaciones humanas y desde el poner en común saberes, podemos ser agentes transformadores que, en cualquier escenario, logremos potenciar habilidades, circular conocimientos, identificar una problemática, sensibilizar poblaciones y lograr modificaciones de situaciones, actores y contextos sociales. Si los profesionales médicos generales, médicos especialistas, enfermeras jefes, auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos, guardas de seguridad y camilleros de la Clínica Colombia tuvieran herramientas que les permitiera realizar un acercamiento a estas madres adolescentes con fines formativos, con responsabilidad, quizá podrían comenzar a construir unas condiciones pedagógicas que las alejaran de regresar en nueve meses con otro

embarazo o con un aborto. Esta hipótesis se basa en que *“el reto de los procesos educativos e investigativos, que asumen el diálogo de saberes como criterio y acción, es el de problematizar las imágenes, ideas, creencias, nociones y construcciones sociales de sentido, que al relacionarse con prácticas, historias, deseos, sentimientos, vivencias y emociones, se constituyen en referentes configurativos de proyectos o escenarios sociales posibles”* (Ghiso A. , 2000).

V. METODOLOGÍA

La metodología de este trabajo de grado corresponde a un diseño de carácter cualitativo con aportes de información cuantitativa organizada por mí para este trabajo de investigación, a partir de información aportadas por la Clínica Colombia ES.

El enfoque metodológico está basado en la etnografía, que es el fundamento de la antropología y se caracteriza, en esencia, por la observación profunda, la descripción densa y la interpretación contextual de la información conseguida: *“...la etnografía ha cambiado mucho a lo largo del siglo XX y en la primera etapa del siglo XXI; incluso algunos autores hablan actualmente de una ‘etnografía global’ (Burawoy, 2001). Sin embargo, a pesar de que en poco más de cien años la concepción de lo que se entiende por etnografía —y su práctica— han ido cambiando de manera notoria, llegando incluso a desbancar como definitoria la idea inicial del estudio del ‘otro’ ‘muy diferente’, hay un aspecto relevante que tiene que ver con la asociación que se hace entre etnografía y la realización de trabajo de campo; a partir de la afirmación de que el trabajo de campo no es exclusivo de la etnografía pero sí su principal soporte. De esta manera, hemos visto cómo a lo largo del siglo XX y principios del XXI la etnografía ha ido ampliando su rango de aplicaciones y adaptaciones, lo cual no necesariamente quiere decir que los estilos más tradicionales de este quehacer vayan o ‘tengan’ que desaparecer. Con todo, en el nuevo milenio se sigue discutiendo en torno a la pregunta de ‘qué es una <verdadera> etnografía’, como lo reporta el conocido antropólogo Michael Agar; este autor responde que una pregunta así no funciona ya que ‘...no hay nada más una sola o verdadera etnografía’ (Agar, 2006: 21).”* (Blanco, 2012, págs. 53-54) Este enfoque metodológico ha sido una guía para encontrar respuestas a las preguntas de investigación planteadas en el presente trabajo. La etnografía desarrolla el estudio de las realidades humanas donde se establecen pasos a seguir para la concepción de las repuestas, donde el saber científico no es suficiente y permite darle el valor del trabajo que realiza el autor cuando está inmerso en la comunidad de estudio generando la posibilidad de realizar transformaciones en contextos trabajados.

Para Clifford Geertz la etnografía es descripción densa y dice que *“lo que en realidad encara el etnógrafo es una multiplicidad de estructuras conceptuales complejas, muchas de las cuales están superpuestas o entrelazadas entre sí, estructuras que son al mismo tiempo extrañas, irregulares, no explícitas, y a las cuales el etnógrafo debe ingeniarse de alguna manera, para captarlas primero y para explicarlas después. Y esto ocurre hasta en los niveles de trabajo más vulgares y rutinarios de su actividad: entrevistar a informantes, observar ritos, elicitar términos de parentesco, establecer límites de propiedad, hacer censo de casas... escribir su diario. Hacer etnografía es como tratar de leer (en el sentido de “interpretar un texto”) un manuscrito extranjero, borroso, plagado de elipsis, de incoherencias, de sospechosas enmiendas y de comentarios tendenciosos y además escrito, no en las grafías convencionales de representación sonora, sino en ejemplos volátiles de conducta modelada.”* (Geertz, 1987, pág. 24).

También se considera en este trabajo la autoetnografía. *“Franco Ferraroti —figura señera en el desarrollo del método biográfico— afirma en una entrevista que concedió en 1986: ‘La tesis central es que es posible leer una sociedad a través de una biografía’* (Iniesta y Feixa, 2006: 11). Sin embargo, el mismo autor explica: *‘El individuo no totaliza una sociedad global directamente. Lo hace a través de la mediación de su contexto social inmediato y de los grupos limitados de los cuales forma parte... [...] De igual manera, la sociedad totaliza a cada individuo específico a través de las instituciones mediadoras...’* (Ferraroti, [1983] 1988: 94). Según algunos autores (Anderson, 2006), el término autoetnografía empezó a utilizarse hacia finales de los años setenta del siglo XX y, con fuerza, desde la década de los ochenta. En sus versiones iniciales (Hayano, 1982) la autoetnografía se aplicaba al estudio de un grupo social que el investigador consideraba como propio; ya fuera por su ubicación socioeconómica, la ocupación laboral o el desempeño de alguna actividad específica. Así, en este primer momento, sí se hacía la distinción entre el estudio de un grupo de personas afines de textos esencialmente autobiográficos. Es hasta la década de los noventa que Carolyn Ellis y Arthur Bochner (1996) —fundadores y activos promotores del género de la

autoetnografía como ‘método de investigación’— junto con Laurel Richardson (2003) —otra de las figuras más conocidas de ‘la escritura como método de investigación’ — plantearon que esta vertiente ‘explora el uso de la primera persona al escribir, la apropiación de modos literarios con fines utilitarios y las complicaciones de estar ubicado dentro de lo que uno está estudiando’. De esta manera, la autoetnografía amplía su concepción para dar cabida tanto a los relatos personales y/o autobiográficos como a las experiencias del etnógrafo como investigador —ya sea de manera separada o combinada— situados en un contexto social y cultural. (Gaitán, 2000: 1). De esta manera, la autoetnografía amplía su concepción para dar cabida tanto a los relatos personales y/o autobiográficos como a las experiencias del etnógrafo como investigador —ya sea de manera separada o combinada— situados en un contexto social y cultural. De manera ya más concreta, una variedad de autores afirma que la autoetnografía usualmente se escribe en primera persona y los textos aparecen en una variedad de formas.” (Blanco, 2012, págs. 55-56).

Con el enfoque cualitativo presentado desarrollé un proceso cuidadoso de observación de mi contexto laboralmente cotidiano, permitiéndome identificar unos posibles escenarios de trabajo para un licenciado en educación popular. Al tener identificado los escenarios seleccione uno de ellos teniendo en cuenta el interés generado, mayor cercanía al área y la variedad de interrogantes generados. Para encontrar posibles respuestas a las preguntas establecí una sistematización de la información suministrada por el área de estadística de la empresa, permitiéndome revisar y obtener unos indicadores (a partir de una pequeña muestra) de las madres adolescentes atendidas en la Clínica Colombia ES.

Conversaciones con médicos y enfermeras:

Se desarrollaron diez entrevistas abiertas con las madres adolescente, donde primó el relato de la experiencia actual, los interrogantes y su mirada al futuro. Se dio la oportunidad de compartir sus propios saberes en contraste con los tecnocientíficos de los profesionales en salud. Esto dejó en evidencia los vacíos en nuestros sistemas de educación, salud y apoyo familiar.

Se desarrolló un grupo de discusión con las Enfermeras Jefe y Auxiliares de Enfermería, quienes dejaron ver que seres humanos encerrados en un sistema de salud capitalista donde la atención humanizada se diluye basándose en una carrera contra reloj para la supervivencia.

Se realizaron cuatro entrevistas individuales a médicos especialistas, durante las cuales quedó claro que en Colombia a muchas personas que tienen un pregrado en medicina les toca endeudarse para poder realizar una especialización. Si nuestros médicos se especializaran obtendría un mayor conocimiento en las enfermedades de los pacientes. Teóricamente sería así, pero en la realidad por el costo de vida y el endeudamiento los obliga a emprender carreras veloces enfocadas en obtener un mayor número de empleos para poder cubrir el costo de sus estudios y los estándares de vida que se esperarían en un médico o médica que ejerza. Por el conocimiento que tengo del medio y del contexto concreto de la Clínica Colombia ES, los doctores y doctoras intentan tener buenos carros, vivienda propia, viajes de vacaciones, hijos en colegios privados. Para obtener esto, con los salarios que hoy en día devengan, es necesario laborar en varias IPS, con diferentes turnos, lo que baja la calidad de la atención de cada paciente. Por eso, una mujer adolescente que llega con su segundo, tercero o cuarto embarazo o aborto, pasa a ser un caso más, entre los otros que se pueden ver en un día, en una semana.

La escritura como parte de la investigación:

Escribir este informe etnográfico, por momentos, fue agotador porque tengo una jornada laboral tan ajetreada como la de todo el personal de la Clínica Colombia y he tenido que asumir funciones de varios cargos, pero la escritura también fue un ejercicio catártico porque fue reflexionar sobre un escenario desde la Educación Popular y auto-reflexionar sobre mis estudios, mi campo laboral y mis propios dilemas en este contexto. Aquí me hizo sentir muy cómoda el enfoque de la autoetnografía.

Durante el proceso de escritura fue enriquecedor poder escuchar varias veces las entrevistas grabadas, en las que cada persona (paciente, médico o enfermera) me confió impresiones e información que fue posible obtener por la confianza que me tuvieron al ser parte del equipo de trabajo de la Clínica Colombia. Los testimonios (que no reproduzco porque tienen información confidencial) reflejan, por ejemplo, la ingenuidad, la falta de educación, la rebeldía y los muchos vacíos emocionales que atraviesan nuestras adolescentes. Tratar de crear un relato que permitiera ver un poco sus emociones, sueños y realidades vividas fue un reto que me llevó a cuestionarme, a proyectarme por momentos, a sentir tristeza o a alegrarme con la historia de cada bebé cargado en los brazos de sus jóvenes madres.

Escuchar las entrevistas de las Enfermeras Jefes y Médicos Especialista respecto a su diario vivir, a sus preocupaciones, angustias, afanes, presiones y prioridades, fue algo abrumador y, en ocasiones, llegué a cuestionarlos; pero hice el ejercicio de tomar distancia, escucharlos y dejarlos expresar sus sentires profesionales y personales. Durante la escritura procuré como educadora popular establecer un relato que le permita al lector hacer su propia reflexión. Dejo claro que no se puede generalizar que todos nuestros profesionales tengan el perfil relatado en este proyecto de grado; con seguridad deben existir profesionales de la salud que tendrán un solo empleo, trabajarán las horas reglamentadas por la Secretaría del Trabajo y tendrán vidas estables que les darán la serenidad para realizar atenciones de calidad a sus pacientes.

VI. EL ESCENARIO: RELATOS DE ALGUNOS PROTAGONISTAS

I. Médico Especialista

Relato de un médico especialista

“Hoy como todos los días voy a ver mis pacientes, tengo cirugías programadas, debo hacer unas vueltas personales, tengo que recibir turno en mi otro trabajo a las 7:00pm etc. ¿Sabes? cuándo salí de bachillerato con la energía de la juventud pensé ¿qué voy a estudiar? Y claramente tenía el deseo de ser un Doctor salvando vidas... ¡que emocionante!



(Clinica colombia ES, 2015)

Fue difícil manifestar mi deseo educativo a mi familia, mi madre quedó viuda muy joven con dos hijos pequeños, yo tenía cinco años; por tanto, sería muy difícil lograr este sueño, pero ella, como todas las madres lograron el milagro de hacer realidad mi sueño y con muchos sacrificios estudié medicina. Años después obtuve mi título de Médico General. Trabajé fuertemente para tener una vida económica estable y poderle brindar

a mi familia unas mejores condiciones de vida. Cuando elegí ser médico pensé que era la carrera que permite generar unos ingresos con los cuales gozaría de un bienestar económico, pero a medida que ejercí se reflejó que las cosas no eran tan bonitas como las creía, para tener un ingreso representativo trabajé en dos clínicas a la vez, con jornadas extensas en una realizaba 12 horas día por medio y en la otra 8 horas diarias de lunes a viernes y a veces si salían turnos extras también los realizaba.



(Clinica colombia ES, 2015)

El tiempo personal para disfrutar con mi pareja, familia y amigos fue muy poco con un grado de cansancio alto; luego, con el tiempo comencé a evaluar mi vida y las metas alcanzadas; es cuando decido realizar una especialización con mil sacrificios y dejando mi familia en Colombia por dos años, viaje a uno de los países que más especialistas genera para Colombia, México.

Llego a mi hermoso país donde las mujeres son bellísimas, los paisajes son de ensueño, el calor de la gente es confortante, la comida hecha por mi madre no tiene valor, donde te reciben, llaman y hablan con respeto por ser médico especializado en ginecología y obstetricia, le pongo toda la energía positiva para realizar mi nueva proyección como especialista.

Comienzo a buscar empleo. ¿Pero saben?Las realidades golpean mientras que los sueños se destruyen, para los profesionales de la salud emplearse se convirtió en la pelea del centavo, donde el profesional que desarrolle su labor como especialista bajo un precio más económico es contratado rápidamente por las instituciones prestadoras de salud. Esto se debe a la sobre oferta de profesionales en algunas especialidades que se tiene actualmente en las grandes ciudades como Bogotá, Cali y Medellín. Para su conocimiento, nosotros somos contratados por la empresa en una modalidad que se llama prestación de servicios, donde los profesionales deben pagar la EPS, pensión y ARL proporcional a lo que se devengue mensualmente y este valor es cancelado por nosotros.

Durante los turnos encontramos congestión por el volumen de mujeres en proceso de parto, legrado, o alguna molestia ginecológica. En mis días de atención por consulta externa solo tengo 20 minutos por cada paciente que atiendo; cada una de ellas tiene un valor económico, entre menos tiempo me tarde en la atención significará más pacientes y por lo tanto más ingresos “No me pagan por calidad, el valor agregado es por volumen de usuarios que atienda”.



Adicionalmente le debo confesar que nuestro sistema de salud estableció unos manuales con los cuales nos pagan; son llamados manuales tarifarios ISS y SOAT. Lo que tenemos claro es el deber de escribir todo en la historia clínica sobre el usuario "porque lo que no está escrito no existe y por tanto no es pagable". Si llego a olvidar algo relacionado con el paciente, como un procedimiento, insumo o material utilizado será descontado de mi salario.

Escasamente en la preconsulta sé que mi paciente se llama Margarita y está en proceso de terminación del parto. Así son todos los días desde que empecé a desarrollar mi profesión como médico general y especialista; la humanización y calidad humana se fueron perdiendo en el camino, convirtiéndome en un trabajador incasable que todos los días se despierta con el firme deseo de hacer las cosas bien para poder generar el sustento y el bienestar económico mío y de mi familia".

II. Relato de una Enfermera Jefe

El día a día en nuestra profesión...

"Cada día suena el despertador a las 5:00 a.m. cuando estoy en casa con mi esposo y mis dos hijos, cada uno tenemos actividades diarias diferentes. Mi esposo asiste a su empleo como Analista Contable en una empresa comercial, mis hijos a la escuela y yo a mis dos empleos. Mi nombre es Cristina tengo 41 años con una profesión maravillosa y una familia hermosa a la que debo cuidar.

Cuando recibo el grado de la universidad como Enfermera Jefe e ingreso a trabajar, el solo hecho de usar el uniforme blanco y la toca⁶ que significa elegancia, distinción, responsabilidad, jerarquía y respeto ante mis subordinados, pacientes y familiares, generaba en mi sentir un orgullo de mi profesión; luego realizo mi sueño de conformar un hogar con mi esposo del cual me enamore perdidamente a mis 24 años, tenemos

⁵ Quienes tomaron estas fotos solicitaron la reserva de su identificación.

⁶ "La Cofia o Toca: Prenda que forma parte del uniforme de las enfermeras de color blanco que permite distinguir jerarquías" (Plamplona., s.f.)

dos hijos maravillosos a los cuales les queremos dar todo el bienestar educativo, de salud, vivienda, alimentación y recreación.



(Anonimo, 2015) "Foto donada para este trabajo de grado por personal de la clínica"⁷

Diariamente convivo con la deuda hipotecaria, los gastos educativos en los colegios privados, donde la lista de útiles escolares, salidas educativas, presentaciones lúdicas, tienen mensualmente un costo elevado, el mercado quincenal cada vez es más costoso y los recibos de energía, parabólica, gas e internet son un escándalo. El transporte escolar, el pago mensual de la empleada doméstica, el pago adicional de la medicina prepagada para el núcleo familiar y los sitios de recreación, fueron el detonante para tomar una decisión que reduciría mi tiempo de goce con mi familia por alcanzar el sueño de tener un mejor mañana.

Lo anteriormente mencionado, hicieron que tomara una decisión de adquirir otro empleo, teniendo en cuenta que el ingreso económico de mi esposo no alcanza a cubrir todos los gastos mensuales de mi hogar. Por esta razón trabajo en dos clínicas, con turnos de seis horas y otros de doce, a mi hogar retorno tres o cuatro veces a la

⁷ Quienes tomaron estas fotos solicitaron la reserva de su identificación.

semana, donde trato de descansar y Lo anteriormente mencionado, hicieron que tomara una decisión de adquirir otro empleo, teniendo en cuenta que el ingreso económico de mi esposo no alcanza a cubrir todos los gastos mensuales de mi hogar. Por esta razón trabajo en dos clínicas, con turnos de seis horas y otros de doce, a mi hogar retorno tres o cuatro veces a la semana, donde trato de descansar y compartir un poco con mi familia, es corto el tiempo pero todo es validado por el bienestar de ellos.

Los turnos en la Unidad Materno Fetal a veces son complicados, cuando vengo de mi otro empleo de velar por el cuidado de 35 usuarios en sala de hospitalización quirúrgica. Luego recibo una a una las 20 usuarias con múltiples diagnósticos ginecológicos para la continuidad del manejo de su procedimiento.

Yo soy el puente entre el médico y el paciente, teniendo como responsabilidad el cumplimiento de cada una de las órdenes médicas establecidas por él. Debo revisar y establecer los pendientes para solicitar a cada área responsable la entrega oportuna de los medicamentos, solicito los turnos para las cesáreas programadas en la revista hecha por el médico, si hay traslados a otras instituciones o toma de exámenes, realizar la labor administrativa para que sea ejecutada la actividad establecida por el especialista.



(Clínica Colombia ES, 2015)

A las 11 de la mañana tengo todo el trabajo administrativo hecho; pero no me quedó tiempo de realizar una verificación presencial a mis pacientes, espero que las auxiliares de enfermería cumplan a cabalidad mis órdenes impartidas durante la mañana. Estoy cansada llevo diecisiete horas trabajando; debo llegar a hacer tareas con mis hijos y atender a mi esposo, del esfuerzo que realice ahora depende que mis hijos tengan una oportunidad en esta sociedad”.

III. Madre Adolescente en Estado de Gestación

Proyecto de Vida Incierto...

“Contar mi historia no me llena de orgullo, está llena de tristeza, rabia, pena y nostalgia. Vengo de una familia de campesinos del Cauca, mi mamá y mi papá estudiaron hasta segundo de primaria. Cuando yo cumplí 14 años fuimos desplazados del campo y llegamos a la ciudad de Cali. Donde un familiar le consiguió trabajo a mi papá como vendedor ambulante y mi mamá trabajaba como sirvienta en varias casas de familia. Mientras mi mamá y mi papá se iban a trabajar yo hacía los oficios de la casa y cuidaba a mis hermanos.



Imagen ilustrativa tomada de <http://www.vanguardia.com/colombia/307626-alarmantes-cifras-por-embarazo-en-menores-en-colombia>

El vecino de la casa de al frente era amable conmigo y para que me dejara tocar me daba plata y yo compraba dulces; él me decía que me quería y me trataba bien hasta que un día empecé a vomitar y me puse mal, mi mamá me llevo donde el médico y me atendió una doctora que me preguntó qué cuando me había llegado la regla y yo me asusté y le dije que desde hacía dos meses no me llegaba, entonces me hicieron unos exámenes y ella se los entregó a mi mamá y ella se puso a llorar, después nos fuimos para la casa y me dio una paliza para que le dijera de quien estaba embarazada y tuve que contarle que era del vecino del frente, entonces mi mamá se fue para la casa del vecino y le hizo un escándalo delante de la mujer, a los días siguientes ellos se fueron del barrio y mi mamá me hecho de la casa y me fui a vivir donde una tía que me puso

de sirvienta y niñera. Después mi mamá me fue a buscar donde mi tía y me compro las cosas para la niña.



Imagen ilustrativa tomada de <http://www.imagui.com/a/nacimiento-de-un-bebe-caricatura-ckeBPkAjz>

Al cabo de nueve meses me llevaron al hospital porque tenía los dolores del parto, todo salió bien y el medico dijo que era una niña que si no había complicaciones al otro día me daban salida; al otro día cuando llegó mi mamá, le dije que ya tenía salida y la enfermera me dijo unas cosas que yo no le entendí. A los pocos meses me volví a encontrar con el vecino que me embarazó y nos seguimos viendo a escondidas; ahora la niña tiene casi un año y tengo un nuevo bebe, porque yo no sabía que dándole el seno a la niña me podía volver a embarazarse, mi papá y mi mamá no me hablan y me volvió a echar de la casa, vivo en una pieza que paga el papá de mis hijos, a veces toca aguantar hambre, gracias a Dios mis hijos toman leche materna por lo menos permite darme tiempo mientras logro recuperarme, ya que el último parto fue de alto riesgo por quedar embarazada tan rápido.

Mi pensado es recuperarme, hablar con la dueña de la casa para que cuide a los niños mientras yo busco trabajo en lo que resulte. No termine mi bachillerato, ni puedo pensar en estudiar; mis hijos necesitan muchas cosas y tengo que trabajar para poderles dar algo mejor y sacarlos adelante.



Imagen ilustrativa tomada de <http://equinoxio.org/destacado/embarazo-adolescente-enamoramiento-descuido-falta-informacion-jovencitas-7804/>

Soy Melissa, tengo 17 años, soy madre soltera de dos hijos una niña de menos de un año y un bebe de días de nacido. Estudie hasta sexto grado, repetí dos años. El papá de los niños me pasa \$300.000.00 pesos mensuales para pagar el arriendo que son \$100.000.00 y resto para los demás gastos.

Mis sueños son: poderle dar un techo a mis hijos, trabajar fuertemente para alimentarlos y darles educación para que el día de mañana sean unas buenas personas.

VII. PISTAS Y CONCLUSIONES

Este último aparte se realiza como un aporte para estudiantes de Educación Popular que tengan interés en pensar procesos de transformación en una institución de salud. Decidí realizar la investigación de la problemática de las madres adolescentes y la actitud del personal médico asistencial de la clínica Colombia ES, teniendo en cuenta los contextos de ambas partes, tanto del profesional asistencial como de las usuarias, logrando con esto la visibilización de una problemática que ha estado pulsando permanentemente en el contexto caleño, pero a la que desde la Salud y la Educación no se le ha prestado la atención que requiere.

El no darle trascendencia a un problema tan delicado como el que se plantea en este trabajo de grado, lo que ha originado es que las IPS y los actores del Sector Salud evadan acciones y decisiones oportunas en cuanto a la educación que requieren las jóvenes que acuden con uno, dos o más embarazos en periodos muy cortos de tiempo entre uno y otro alumbramiento o aborto. El personal médico asistencial (y ni qué decir de las directivas) de las clínicas han terminado por ver los embarazos adolescentes como algo inevitable sobre lo que no tienen incidencia, por lo que se limitan a facilitar el momento del parto, a diligenciar los formatos administrativos y hasta ahí llega su intervención.

Quedan por visibilizar muchas problemáticas cotidianas en un escenario como el presentado en este trabajo que podrían ser abordadas en una próxima investigación realizada por un educador popular; por ejemplo:

- ✓ Las condiciones emocionales, familiares, sociales, culturales y económicas que reproducen los casos de madres adolescentes con varios embarazos y abortos.
- ✓ Desnutrición y el nacimiento prematuro de los neonatales⁸.
- ✓ Padres varones adolescentes con parejas mujeres en edad adulta.

⁸ Neonatales son llamados a los recién nacidos que no completan las semanas de gestación en el vientre de la madre

- ✓ Promoción para el cuidado de heridas quirúrgicas y prevención de afecciones postquirúrgicas.
- ✓ Diseño de protocolos pedagógicos, con el apoyo del personal asistencial y redes profesionales, para la rehabilitación y atención a madres adolescentes abusadas sexualmente.
- ✓ Diseño y acompañamiento de un programa educativo y de rehabilitación para pacientes que por un accidente de tránsito pierden miembros de su cuerpo.

Los Licenciados en Educación Popular tienen varios campos de acción, los más comunes son: el escolar, el comunitario y las organizaciones sociales. Sin embargo, hay otros que no son tan frecuentes y, quizá, por eso no se tratan en las asignaturas de la Licenciatura, como el ámbito de la salud, por ejemplo. Mi experiencia en la Clínica Colombia ES me ha dejado claro, como Licenciada en Educación Popular, que una IPS es un escenario en el que lo pedagógico, lo comunitario y lo social son factores presentes, fundamentales por los tipos de problemáticas y poblaciones que atendemos, pero no se tienen en cuenta porque lo urgente es atender pacientes, cumplir con las normas y regulaciones del sistema de salud, facturar y cobrar. En este escenario hay luchas por dar y se puede hacer desde la Educación Popular.

En la actualidad, los profesionales de la salud con los que me relaciono a diario, no tienen formación pedagógica y el trato humano que debería guiar la prestación de sus servicios se ha diluido entre los afanes, las carreras y la necesidad de llenar decenas de formatos para no ser sancionados o para que les paguen por lo que hacen; en ocasiones el personal de enfermería o el personal médico parece más administrativo que de salud. Habilidades como la escucha, el observar, el percibir detalles y el dialogar se han perdido.

Luego de realizar este trabajo de grado e indagar más a fondo las experiencias que se viven en este entorno, vislumbro con gran optimismo cómo la intervención de Educadores y Educadoras Populares lograría brindar la oportunidad a las comunidades

hospitalarias para fortalecer una nueva concepción de la educación en salud, donde la comunicación asertiva y construida bajo las necesidades de los contextos cotidianos de los usuarios y las adecuadas redes profesionales, sean elementos imprescindibles.

Podría sugerir a próximo estudiantes que aborden investigaciones del sector salud que realicen el diseño participativo de estrategias pedagógicas desde la Investigación, Acción-Participativa, ya que esta metodología permitiría desarrollar procesos formativos que generaran una sensibilización y una mayor vinculación del personal médico asistencial para con las realidades de su entorno. Así mismo, como otra opción se puede crear un espacio de discusión y reflexión constante entre médicos y enfermeras frente a las diferentes problemáticas y situaciones adversas que atraviesan los pacientes.

Por otra parte, considero importante aprovechar elementos cuantitativos como una forma de ampliar el panorama que un estudiante de Educación Popular se hace sobre los problemas que aborda en un trabajo de grado. La correcta combinación de las características descriptivas y las cifras medibles de una experiencia, se pueden convertir en una gran herramienta que permite aclarar, afirmar y definir el problema de investigación, como ocurrió en este caso.

Con la intervención de la Educación Popular se podría recuperar la importancia de observar y escuchar al otro como un actor válido desde lo que es, desde dónde viene, desde sus saberes, creencias. Quizá ese reconocimiento del otro, en este caso de las madres adolescentes, se puede lograr que tanto médicos, como enfermeras y el mismo personal administrativo, pase de la apatía a la acción, deje de obviar el problema de los muchos embarazos en una misma niña, que llega por un par de días a la IPS, se va sin recibir una verdadera formación anticonceptiva o una charla con un adulto responsable que le haga reconocer lo delicado que es traer a tan corta edad bebés al mundo, sin garantía de cómo sacarlos adelante, con tendencia de regresar en nueve meses (o un poco más) con otra criatura en su vientre. En la IPS Clínica Colombia ES, como en muchas otras IPS, se ve de manera palpable cómo cada cual habita y resuelve lo que importa en su pequeña parcela; cada paciente se convierte en formatos, historias

clínicas, reportes y lo que pueda ocurrir con esas jóvenes o con sus bebés pasa a no ser “responsabilidad social y ética” de nadie.

Estos conocimientos en su gran mayoría son adquiridos en el intercambio de diálogos de saberes directos o indirectos, dándonos la oportunidad de poder contribuir, corregir y ayudar por medio de estrategias pedagógicas al personal asistencial, administrativo, operativo y usuarios en la transformación de sus rutinas, creencias y mitos, dando la oportunidad de un autocuidado en salud apropiado.

Como Educadora Popular puedo aportarle a la Clínica Colombia ES. los conocimientos teórico-prácticos adquiridos durante la carrera, dándome la oportunidad de generar estrategias metodológicas diseñadas conjuntamente con el personal administrativo, asistencial, operativo y usuarios de la clínica. Dándose una alternativa de mejoramiento de las condiciones de atención del personal hacia los usuario y un debido manejo de los procedimientos de diagnósticos y terapéuticos.

Sin desconocer que en el sector de la salud y en las IPS intervienen profesionales muy capaces como los Trabajadores Sociales, se debe visibilizar que la labor que hoy en día éstos desempeñan en un entorno hospitalario se ha limitado a un trabajo más protocolario y de gestión administrativa, resolviendo a diario situaciones que enfrentan los usuarios respecto de pagos, programación de citas, cirugías, recepción y respuesta de quejas, entre otras labores que se hace necesario que una persona le brinde el correcto manejo para que el sistema desarrolle una atención más oportuna. Las y los Educadores Populares, seríamos los profesionales en el manejo pedagógico que requieren las intervenciones en salud. Nuestro aporte y enriquecimiento a este campo se sustenta desde la transformación de la mirada que tenemos para con los contextos donde intervenimos, en el caso de los entornos hospitalarios, nuestra mirada propende un empoderamiento de los profesionales en salud y usuarios en la búsqueda de espacios para la promoción de la buena calidad de vida y la prevención de enfermedades o experiencias inesperadas que pongan en riesgo la vida del paciente, como lo puede ser un embarazo adolescente.

Después de realizar este trabajo de grado, puedo concluir que el escenario de la salud es supremamente rico y sugerente para realizar observaciones, investigaciones, transformaciones de conocimientos y actitudes e intervenciones desde la Educación Popular. Es evidente entonces, que quedan varios retos para nuestra Licenciatura en la ciudad de Cali, en la región y en Colombia.

BIBLIOGRAFÍA

Sistema de Salud en Colombia. (23 de Julio de 2015). Obtenido de https://es.wikipedia.org/wiki/Sistema_de_salud_en_Colombia

Anonimo. (2015). "Foto donada para este trabajo de grado por personal de la clínica". Cali, Valle del Cauca, Colombia.

Bermúdez, C. (2008). El contexto: reflexiones desde siete experiencias locales de educación popular en Colombia. *Este artículo, hace parte de los resultados de la investigación "Violencia y Convivencia en Cali: Los nuevos escenarios de la educación popular", adelantada por el grupo de investigación en educación popular de la Universidad durante los años 2003- 2005.*, 15.

Blanco, M. (mayo-agosto de 2012). Autoetnografía: una forma narrativa de generación de conocimientos. *Andamios. Revista de Investigación Social*, 8(19), 49-74.

ElHeraldo, S. (15 de Julio de 2015). "Buscan prevenir el embarazo en mujeres adolescentes". Obtenido de eldiarioacontecer.com

Freire, P. (1970). *Pedagogía del Oprimido*. Siglo Veintiuno Editores; 36 edición, 216p.

Geertz, C. (1987). Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura". En C. Geertz, *LA INTERPRETACIÓN DE LAS CULTURAS*. México: Gédisa.

Ghiso, A. (1999). Acercamientos. El taller en procesos investigativos interactivos. *Publicado en Revista colombiana de trabajo social* 13.

Ghiso, A. (2000). *POTENCIANDO LA DIVERSIDAD (Diálogo de saberes, una práctica hermenéutica colectiva.)*. Medellín.

Henao, N. (2014 - 2015). *Tabal 1 investigación y elaborada por autora*. Cali.

Mejía, M., Balbin, J., & Ghiso, A. (1988 - 1986 - 1993). *Mejía M.R. Educación popular temas y problemas, "Diálogo de saberes; una búsqueda // en Lenguaje popular,*

Cuando el saber rompe el silencio, diálogo de saberes en procesos de educación popular. Bogota Cinep, Santiago: En lenguaje - En la Piragua.

Nullvalue. (23 de Mayo de 1995). *Acción del Bloque Llega a una Clínica de Cali.* Obtenido de Acción del Bloque Llega a una Clínica de Cali: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-330403>

Pilar, R. (1998). *Recuerdos Metodológicos.* Medellín.