

**APORTES DE LOS PROCESOS SOCIOEDUCATIVOS, IMPLEMENTADOS DESDE
TRABAJO SOCIAL EN EL CAMBIO EN LAS RELACIONES PROFESIONALES DE
LA SALUD – USUARIOS, EN LA EXPERIENCIA DE PRÁCTICA EN EL HOSPITAL
SAN BERNABÉ E.S.E BUGALAGRANDE
PERIODO FEBRERO – DICIEMBRE DEL AÑO 2011**

DIEGO FERNANDO GOMEZ.

FABIAN ANDRES JIMENEZ.

**UNIVERSIDAD DEL VALLE SEDE TULUA
FACULTAD DE HUMANIDADES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO
TULUA-VALLE.
2014**

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I

SISTEMATIZACIÓN: OBJETO, METODOLOGIA Y TRANSITOS 1

1.1 CONCEPCIÓN DE LA SISTEMATIZACIÓN 1

1.1.1 Para Qué Sistematizar 3

1.2 Ejes De Sistematización 4

1.3 Objetivos de la Sistematización 5

Recuperación Y Ordenamiento De La Experiencia: 5

Segunda Recuperación De La Experiencia Desde El Objeto: 8

Operacionalizacion De Las Preguntas (Análisis): 9

CAPITULO II MARCO CONTEXTUAL 11

CONTEXTO Y/O UBICACIÓN DE LA EXPERIENCIA 11

2.1 Contexto Municipal 11

2.2 Contexto Institucional 15

2.3 Contexto de la Práctica Pre- Profesional 21

CAPITULO III: MARCO TEORICO- CONCEPTUAL	31
CAPITULO IV: RECONSTRUCCIÓN DE LA EXPERIENCIA	57
Procesos asumidos	58
CAPITULO VI REFLEXIONES: LOGROS, CONTRIBUCIONES, APREDIZAJESYCONCLUSIONES.	85
BIBLIOGRAFIA	91

INTRODUCCIÓN

Esta sistematización surgió a partir del proceso de la experiencia de práctica pre-profesional realizada en el Hospital San Bernabé E.S.E Bugalagrande Valle, En el año 2011; vinculados a líneas de intervención como el SIAU (Sistema de información y atención al usuario) y AIEPI (atención integral a enfermedades prevalentes de la infancia), de donde surgieron situaciones y aspectos relacionales los cuales determinan la dinámica profesional médico – paciente que finalmente se convierte en el tema central, pretendiendo generar un aporte desde el quehacer del trabajador social mediante los procesos realizados durante el periodo de práctica.

Proceso que desde su inicio, obligo a enfrentar retos importantes como el posicionamiento de Trabajo Social en la institución, aspecto que mostró ventajas y desventajas para el transcurso de la intervención y que es reconocido al final del proceso; evidenciado en las peticiones de los usuarios y la necesidad de continuar realizando actividades socioeducativas que involucren a la comunidad en temas y dinámicas propias de la institución, lo cual permite realizar un trabajo más integral llegando a los actores comunitarios de forma certera, logrando una eficiencia en la prestación y socialización del servicio en la atención que se brinda el Hospital San Bernabé E.S.E Bugalagrande.

Todo lo anterior concluyó en la implementación de programas y estrategias que facilitaron la prestación del servicio, acompañado de la ampliación del equipo interdisciplinario del Hospital lo que permitió resolver eventos de carácter no solo médico sino que involucró el ámbito social de forma eficaz y oportuna.

De esta manera la presente sistematización pretende evidenciar los logros obtenidos en la experiencia que hacen referencia a tres elementos importantes, como son el posicionamiento de trabajo social en la institución, la implementación de dinámicas socio educativas entre actores institucionales y usuarios, que dieron respuesta y solución a las problemáticas que existían entre estos; y el mejoramiento y humanización de la relación médico- paciente.

Para lograr la sistematización, se realizó una reconstrucción del proceso haciendo énfasis en cada una de las etapas que se desarrollaron, teniendo en cuenta que los procesos de sistematización se realizan sobre experiencias vividas constituyen, no solo procesos de reconstrucción histórica sino también una reconstrucción de conocimiento desde la práctica con una forma de estatutos metodológicos y técnicos determinados a realizar por los propios protagonistas de la historia. Mediante dicha reconstrucción las personas tienen la posibilidad de observar y reflexionar colectivamente sobre el papel que cada una de ellas juega en los acontecimientos. Posibilita, por tanto, no sólo procesos de concientización, sino, sobre todo, la conservación y la transferencia de los conocimientos, los procedimientos y las técnicas a presentarse en el futuro.¹

El eje central de la presente sistematización fué los aportes de los procesos socioeducativos, implementados desde trabajo social en el cambio en las relaciones profesionales de la salud – usuarios, en la experiencia de práctica en el Hospital San Bernabé E.S.E Bugalagrande – Valle - 2011. El determinar dichos procesos y sus

¹ ALFORJA, Jara, Oscar. “El aporte de la sistematización a la renovación teórico-práctica de los movimientos sociales”. 19 pp. Ponencia presentada al Seminario latinoamericano Sistematización de prácticas de animación sociocultural y participación ciudadana en América Latina. Documento policopiado. Medellín, 1998.

transformaciones y aportes, fueron los vehículos que dieron paso a la reconstrucción de dicha experiencia.

Por todo lo anterior se presenta el informe final de sistematización denominado **“APORTES DE LOS PROCESOS SOCIOEDUCATIVOS, IMPLEMENTADOS DESDE TRABAJO SOCIAL EN EL CAMBIO EN LAS RELACIONES PROFESIONALES DE LA SALUD – USUARIOS, EN LA EXPERIENCIA DE PRÁCTICA EN EL HOSPITAL SAN BERNABÉ E.S.E BUGALAGRANDE PERIODO FEBRERO – DICIEMBRE DEL AÑO 2011”** el cual se espera sirva de insumo en primera instancia a la institución para poder dar continuidad en el proceso implementado, en segundo lugar al programa de Trabajo Social de la Universidad del Valle sede Tuluá como evidencia de los aportes a la transformación y cambio desde la academia a los procesos desarrollados en el sector salud, a través de la practica institucional y por ultimo aportar en general a los profesionales de trabajo social y áreas de las ciencias humanas, sociales o ciencias de la salud en la formulación de herramientas que permitan humanizar la relación médico- paciente.

Valga decir, que esta sistematización se llevó a cabo al finalizar la ejecución de la experiencia y constituyó como equipo sistematizador a aquellas personas que tuvieron directamente la responsabilidad de implementar en dicha institución desde la profesión de trabajo social estrategias encaminadas a humanizar la relación entre profesionales de la salud y usuarios.

Es por ello que se hace necesario precisar que uno de los elementos favorables dentro del proceso sistematizador tuvo relación con el hecho que las personas encargadas de sistematizarlo han estado en el proceso desde su inicio, su desarrollo

y evaluación final, por lo tanto este documento contiene la visión ante, durante y posterior al proceso, alimentado además por las percepciones, vivencias, experiencias y comentarios de aquellos que fueron receptores de la intervención en este caso los usuarios y el personal profesional de la salud del hospital san Bernabé E.S.E Bugalagrande.

Así mismo el aporte conceptual, operativo e institucional aquí contenido permite constituirse en un trabajo de grado dentro del programa de Trabajo Social de la Universidad del Valle, siendo este un campo de acción prioritario para la profesión, a través de la cual se puede aportar en la construcción de una atención dignificante para los usuarios del sistema general de seguridad social en salud, toda vez que las experiencias reflexionadas constituyen referentes de la acción profesional.

Tanto las necesidades de la institución, las necesidades de los usuarios y el posicionamiento de la profesión en el sector de la salud, justifica la realización de la sistematización de dicha experiencia, pues aunque con dificultades y obstáculos al final de la intervención existió un consenso mas o menos generalizado entre los actores de la experiencia de la importancia y los aportes de la practica pre-profesional de los estudiantes en el hospital san Bernabé de Bugalagrande.

El desarrollo de este documento se plantea en cinco (5) capítulos. El primero denominado Sistematización: Objeto, Metodología y Tránsitos, el cual define la concepción de sistematización y metodología que se aplicó, el segundo capítulo Marco Conceptual ubica al lector en el contexto de la experiencia, el tercero Marco Teórico- Conceptual donde se aborda la confrontación teoría vs experiencia con su respectivo eje de reconstrucción, el cuarto capítulo recoge la reconstrucción de la

experiencia en torno a los alcances del proceso, las construcciones definidas a partir de la sistematización y los retos para los actores del proceso. Y por ultimo el capítulo quinto donde se especifican las reflexiones mediante la identificación de aciertos, desaciertos, vacíos, contribuciones, aprendizajes y las conclusiones desde el rol de trabajo social que surgen a partir de esta sistematización.

Para entrar en materia en el proceso sistematizador, se abordan elementos como la Concepción de la Sistematización del proceso, la ubicación contextual de los procesos socioeducativos y el posicionamiento de trabajo social como experiencia objeto de esta sistematización, el eje de sistematización como la base a través de la cual se construyó el análisis reflexivo y descriptivo y por ende sus categorías de análisis; mostrando la metodología utilizada y los argumentos metodológicos, institucionales, académicos y sociales que soportan la realización de la misma.

El resultado que aquí se presenta esta sujeto a retroalimentar por parte de los lectores y en especial de los actores que estuvieron presentes en la experiencia; así mismo se agradece a todas aquellas personas que hicieron posible esta construcción, en especial a los trabajadores del Hospital San Bernabé de Bugalagrande, los usuarios del SIAU y los programas de AIEPI y en especial al docente **David Fernando Erazo Ayerbe** Director del presente trabajo de grado.

Trabajo de Grado
Sistematización de Experiencias Hospital San Bernabé E.S.E Bugalagrande

Trabajo de Grado

Sistematización de Experiencias Hospital San Bernabé E.S.E Bugalagrande

CAPITULO I

SISTEMATIZACIÓN: OBJETO, METODOLOGIA Y TRANSITOS

1.1 CONCEPCIÓN DE LA SISTEMATIZACIÓN

La sistematización es un proceso sistemático, donde “la experiencia se concibe como un todo, un sistema de complejidad que requiere de análisis a través de un permanente proceso acumulativo de conocimiento”² a partir de la recuperación de las experiencias; este proceso metodológico de reconstrucción aborda a los proyectos sociales objetos de sistematización como un sistema donde cada fase o momento entra a ser parte de un ciclo de análisis que pretende comprender la relación entre la práctica y la teoría.

La sistematización se fundamenta en la acción, que en este caso correspondería a la acción profesional de los practicantes de trabajo social. Es por ello que esta vuelve al mundo de las experiencias en busca de la confrontación con un sistema de abstracción que permite comprender la realidad; así mismo, la experiencia requiere de una recuperación ordenada de la práctica, mediante un permanente proceso acumulativo y cíclico que se materializa en el intento de articular teoría y práctica, donde quien sistematiza está en la capacidad de validar y construir nuevos conceptos.

En un proceso de sistematización sobresalen tres elementos importantes a tener en cuenta en la reconstrucción analítica de la experiencia: la población participante, en este caso constituida por la comunidad usuaria y los profesionales de la salud del Hospital San Bernabé Bugalagrande, el soporte teórico, profesional e institucional y

² AYLON VIAÑA Maria del Rosario, Una Propuesta Operativa Para Sistematizar.

las condiciones del contexto en las cuales se desenvuelve la experiencia a sistematizar. Cabe anotar que para esta sistematización en particular estos elementos serán concebidos como actores, intencionalidad y circunstancias. Elementos retomados de la propuesta metodológica de Mario L. Persson T. (2000).

Lo esencial de la “sistematización de experiencias” reside en un proceso de reflexión e interpretación crítica sobre la práctica y desde la práctica, que se realiza con base en la reconstrucción y ordenamiento de los factores objetivos y subjetivos que han intervenido en esa experiencia, para extraer aprendizajes y compartirlos. Por ello, la simple recuperación histórica, narración o documentación de una experiencia, aunque sean ejercicios necesarios para realizarla, no son propia ni suficientemente una “sistematización de experiencias”. Igualmente, si se habla de ordenar, catalogar o clasificar datos o informaciones dispersas, estamos hablando de “sistematización” de datos o de informaciones; nosotros utilizamos el mismo término, pero referido a algo más complejo y vivo que son las experiencias y que implican realizar una interpretación crítica, por lo que utilizamos siempre el término compuesto: “sistematización de experiencias” y no sólo decimos “sistematización³”.

Las reflexiones que se pretende generar desde la experiencia de práctica en el Hospital San Bernabé E.S.E Bugalagrande, parten de que dicha institución no contaba en su momento con referentes de Trabajo Social y por ende, existe un desconocimiento de la labor que cumple la disciplina en procesos sociales, esto con el fin de determinar qué aportes se dieron para la intervención en la institución, además de dar cuenta de la necesidad de contar con un profesional en ésta área, y los aportes teórico – prácticos para futuras intervenciones en campos desconocidos,

³ La sistematización de experiencias: aspectos teóricos y metodológicos. Entrevista a Oscar Jara

donde no se brinda conocimientos desde la academia sobre campos como el de la salud, que se logran desde experiencias personales que pueden ser referentes para estudiantes próximos a enfrentarse a su proceso de práctica.

1.1.1 Para Qué Sistematizar

La sistematización tiene el propósito de provocar procesos de aprendizaje. Estas lecciones pueden estar destinadas a mejorar prácticas en el futuro, o también pueden estar destinadas a que otras personas y equipos, en otros lugares y momentos, puedan apoyarse en la experiencia vivida para planificar y ejecutar sus propios proyectos.

Para Jara (1994, 29), el meollo de la sistematización es la interpretación crítica para poder extraer aprendizajes que tengan una utilidad para el futuro⁴.

El proceso de sistematización de la experiencia de práctica sobre el cual se construye este proyecto se da bajo el enfoque **histórico – hermenéutico**⁵, donde se privilegian la comprensión, la significatividad, la relevancia socio-cultural del proceso de conocimiento: “ La perspectiva comprensiva aporta criterios para asumir la complejidad y dinámica de las experiencias que se sistematizan, fundamentar procesos de construcción de conocimiento que respondan a las características y condiciones del contexto, rescatando la riqueza de la pluralidad, de la experiencia cotidiana, se reconoce en cada persona un sujeto de conocimiento” (Cifuentes, 1999:60)

⁴ america.volensarchive.org/IMG/pdf/61Sistematizacion.pdf

⁵ LILIANA PATRICIA TORRES VICTORIA - Miradas sobre la sistematización de experiencias en trabajo social- facultad de humanidades – escuela de trabajo social. Pág. 35.

Así, para realizar esta sistematización fue necesario reconstruir la experiencia una vez fue vivida lo que hace que esta sistematización sea de tipo retrospectiva; además, la intencionalidad, orientación y desarrollo del proceso sistematizador estuvo a cargo de los estudiantes practicantes de trabajo social del hospital San Bernabé de Bugalagrande que si bien fueron los que agenciaron la intervención no son parte orgánica de la institución ni tampoco pertenecen a la población de base beneficiaria de la misma lo que caracteriza este proceso como una sistematización agenciada. Finalmente el énfasis puesto en las reflexiones sobre los procesos, procedimientos y la acción profesional caracteriza esta sistematización de acuerdo al énfasis de las experiencias en una sistematización de orden metodológico.

1.2 Ejes De Sistematización

El eje de sistematización hace referencia a lo que se visualiza como la pretensión del proceso sistematizador. Qué se sistematiza, qué sentido tiene y las metas que la coyuntura propone; se constituye entonces en el centro de la sistematización, aquel elemento en torno al cual se desarrolla el ejercicio reflexivo y analítico de reconstrucción y confrontación teórica

De esta forma se constituye como eje sistematizador la siguiente pregunta: **¿Cuál ha sido el aporte de los procesos socioeducativos implementados desde Trabajo Social en el cambio en las relaciones profesionales de la salud – usuario en la experiencia de práctica en el HSB en el año 2011?**

6 FEDERICO COPPENS

Módulo 6, Curso E-DC. 6.1: Sistematización (octubre 2005) PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN GESTIÓN DEL DESARROLLO COMUNITARIO / CURN-CICAP - Estelí, Nicaragua. p.14

Para el desarrollo de este eje, fue necesario definir algunos Sub Ejes o ejes de apoyo como elementos orientadores del análisis de la experiencia, con los que se construyen las categorías, que en el escenario de la sistematización se pueden identificar como sub ejes o ejes de apoyo para el análisis, a saber estos fueron:

- Caracterización del proceso socioeducativo.
- Participación de los Usuarios en el proceso socioeducativo.
- El cambio en las Percepciones de los usuarios y funcionarios frente a la prestación del servicio y las relaciones profesionales – usuarios.
- Obstáculos y fortalezas del proceso (qué permitió que el proceso avanzara)

1.3 Objetivos de la Sistematización

General

Específicos

- Caracterizar los procesos socioeducativos del proceso de intervención.
 - Establecer el nivel de participación de los usuarios en el proceso socioeducativo.
 - Identificar los cambios en las percepciones de los usuarios y funcionarios frente a la prestación del servicio y las relaciones profesionales – usuarios.
 - Identificar los obstáculos y fortalezas de los procesos socioeducativos
- Así pues, el proceso metodológico operativo para esta sistematización se implemento en las siguientes 5 fases:

- Recuperación y ordenamiento de la experiencia
- Segunda recuperación de la experiencia desde el objeto
- Operacionalización de las preguntas y recopilación de la información (análisis)

- Síntesis
- Exposición

Recuperación Y Ordenamiento De La Experiencia: esta fase correspondió al decantamiento de la información referente a la experiencia, se hizo a través de la ubicación de las diferentes fuentes de información propias de la experiencia como lo fueron documentos referentes a informes de práctica, diarios de campo, documentos contruidos durante el proceso como encuestas con sus respectivos análisis de resultados, memorias de procesos de capacitación, entre otros; todos relacionados con la implementación del SIAU y AIEPI.

Después de ubicar la información se procedió a su ordenamiento sistemático de los insumos necesarios para la reconstrucción de la experiencia de práctica pre-profesional en el HBS.

Durante la organización de la información se definieron elementos que permitieron clasificar los insumos tanto en calidad de aporte a la reconstrucción que se adelantó, como también en el momento de la experiencia, de esta manera la matriz que se trabajó definió el nombre del insumo, momento de la experiencia y pertinencia para la sistematización.

De esta forma el nombre del insumo hace referencia al documento existente para la revisión, el momento dentro de la experiencia permitió ubicar dentro de la cronología de la misma, utilizando las siguientes variables:

EI PREVIO: recoge los documentos elaborados desde las condiciones que generaron la experiencia, pasando por los requisitos y situaciones que rodearon su formulación y propuesta.

LA PRÁCTICA: hace referencia a los insumos surgidos en el desarrollo de la práctica y que se concibieron como insumo fundamental en la reconstrucción de la experiencia desde la confrontación permanente entre la propuesta documental y los desarrollos en la práctica.

LA REFLEXIÓN: son los documentos e insumos producidos en la fase de evaluación y posteriores a la ejecución; por lo general hacen referencia a las condiciones resultantes y los resultados. Entre las primeras está la evaluación de logros, los cambios significativos, los aciertos y desaciertos, vacíos, impactos y contribuciones a la transformación de la realidad.

Y por último este ordenamiento de la información contó con una valoración de la pertinencia de los insumos para la experiencia, donde se denominó de acuerdo a su aporte e importancia como alta, media o baja.

TABLA N° 1

NOMBRE DEL INSUMO	MOMENTO DENTRO DE LA EXPERIENCIA	PERTINENCIA PARA LA SISTEMATIZACIÓN
Propuesta De Intervencion Practica Siau	Previo	Alta
Propuesta De Intervencion Practica Aiepi	Previo	Alta
Informes Finales De Practica Siau- Aiepi	Reflexion	Alta
Encuestas De Satisfaccion	Previo- Practica	Baja
Encuesta Socio Economica	Previo- Practica	Baja
Consolidado De Pqrs	Reflexion	Alta
Registro De Atencion Al Usuario	Practica	Alta
Guiones De Practica	Practica	Media
Supervision De Practica	Practica	Baja
Instructivos De Planeacion	Practica	Media

Segunda Recuperación De La Experiencia Desde El Objeto: para dar paso a esta fase se condensó la información en una matriz de inventario de información, (ver anexo 1) organizada acorde al eje de sistematización y de acuerdo con las categorías de análisis, con el objetivo de ir seleccionando la información pertinente para la reconstrucción de la experiencia, a partir del análisis de la misma.

Al finalizar la fase se contó con insumos importantes para la reconstrucción de la experiencia y para la caracterización de los procesos educativos; sin embargo se identificó un faltante importante, el cual fue la recolección de información con respecto a las percepciones de los actores que estuvieron en el proceso, pues a pesar de contar con consolidados de pqrs, se evidencio la poca aplicación de instrumentos que permitieran posteriormente reconstruir de forma cualitativa.

Operacionalización De Las Preguntas (Análisis): esta fase correspondió al análisis de la información previamente seleccionada y ordenada, el análisis se realizó operativizando las preguntas que consolidan el eje sistematizador y las categorías o sub ejes de sistematización, a parte del análisis de la información se llevó a cabo la respectiva confrontación teórica que da soporte en la reconstrucción de la experiencia. En consecuencia lo que se pretendió fue hallar las respuestas a las preguntas movilizadoras de la presente sistematización.

Como producto queda un primer borrador de análisis de la experiencia que fue puesto a consideración de algunos miembros del HSB.

Síntesis: siendo este un proceso sistemático y consecuente, posterior a la organización de la información, el análisis de la misma y la confrontación teórica de las categorías de análisis, se procedió con la consolidación de las respuestas a las preguntas movilizadoras y sus respectivas conclusiones; esto se hizo a través de una revisión de la información y el análisis obtenido con la intención de evaluar la pertinencia con la cual se había abordado el proceso y su acoplamiento a los planteamientos y objetivos propuestos; obteniendo de esta manera un avance significativo en la cualificación del documento final.

Exposición: se concibe como el momento culminante del proceso y se espera llevar a cabo mediante una socialización de resultados tanto a los actores académicos, a fin de obtener el aval de la Universidad del Valle, en su programa de Trabajo Social, de la sede de Tuluá, como a los actores institucionales donde se concibió la

propuesta, el HSB, para quienes representará un insumo importante en el mantenimiento de la áreas creadas como SIAU y AIEPI y su operativizacion a través de procesos socio educativos. Es importante reiterar la consolidación de recomendación y conclusiones que hacen parte del capítulo final y que toman relevancia dentro de esta fase.

CAPITULO II MARCO CONTEXTUAL

CONTEXTO Y/O UBICACIÓN DE LA EXPERIENCIA

Para ubicar a los lectores en el contexto de la experiencia, se inicia con el abordaje del municipio Bugalagrande, posteriormente con el contexto institucional y finalizando en los programas y áreas del hospital donde se desarrolló la practica pre profesional.

2.1 Contexto Municipal

El municipio de Bugalagrande se encuentra ubicado en la parte central del departamento del Valle del Cauca; es un municipio relativamente pequeño, con gran diversidad cultural, económicamente estable, cuenta con presencia de la multinacional NESTLE como la mayor fuente de empleo del municipio.

Se extiende actualmente desde la margen derecha del río Cauca hasta la vertiente occidental de la Cordillera Central. Su región montañosa cuenta con alturas hasta de 2.000 m.s.n.m. Su hidrografía con numerosas corrientes menores, está compuesta por los ríos Bugalagrande, Cauca y La Paila. Limita por el Norte con el municipio de Zarzal; por el Sur con Andalucía, por el Oriente con Sevilla y Tuluá y por el Occidente con Trujillo y Bolívar.

El municipio de Bugalagrande cuenta con 22 veredas y 8 corregimientos tanto en zona montañosa y plana con la siguiente división político-administrativa:

TABLA 2
CORREGIMIENTOS Y VEREDAS DE BUGALAGRANDE

CORREGIMIENTOS	VEREDAS
CEYLÁN	CAMPO ALEGRE LA COLONIA LA ESMERALDA LAS VIOLETAS SAN ISIDRO
CHORRERAS	ALTO BONITO JAGUALES
EL GUAYABO	CARAMANTA CHONTADURO PASO MORENO
GALICIA	CHICORAL RAICERO SAN MIGUEL VOLADERO TETILLA
EL OVERO	ALIZAL EL BUEY MEDIA LUNA
PAILARRIBA	LAGUNILLA
SAN ANTONIO	EL PITAL
URIBE	COLLAJERO ESMERALDA

En la actualidad, el municipio de Bugalagrande cuenta con 25.000 Habitantes y según el informe de desarrollo humano para el Valle del cauca se identifican los siguientes indicadores para esta localidad:

TABLA 3
INDICADORES DE DESARROLLO HUMANO DE BUGALAGRANDE

INDICADOR	
INDICE DE DESARROLLO HUMANO	0.83
NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS NBI	29.1
ESPERANZA DE VIDA	72.7
DIFICULTAD DE ACCESO AL EMPLEO	47%
SERVICIOS PUBLICOS (ENERGIA, GAS Y TELEFONOS)	94.1%
COBERTURA DE ACUEDUCTO	85%
COBERTURA EN ALCANTARILLADO	68%
DEFICIT DE VIVIENDA	22.5%

ASPECTOS SOCIO CULTURALES DE BUGALAGRANDE

La cultura ha sido tradicionalmente asociada a las manifestaciones artísticas denotando con ello la visión eurocéntrica construida en el proceso de conquista y colonización. Sin embargo, esta visión ha venido sufriendo en las últimas dos décadas un descentramiento que permite reconocer como cultural manifestaciones de la vida cotidiana de las comunidades y sus formas de ser, estar, sentir y pensar que construyen sentidos individuales y colectivos, afirmando con esto el sentido de pertenencia territorial y de identidad socio-cultural.

En los albores del siglo XX la localidad estaba signada por un ambiente de marcada connotación rural que se reflejaba en las construcciones de las viviendas y en los comportamientos pueblerinos de sus gentes. El mercado se constituía en un punto de encuentro importante para el intercambio de información y relacionamiento. Un mercado que hacia la década de los 90's prácticamente desapareció y con él un

aspecto de la economía local. Las manifestaciones artísticas de la época estuvieron definidas por el montaje de obras de teatro y veladas que se realizaban en diferentes casas de la localidad.

En la actualidad el diagnóstico de la comunidad indica una falta de asociación y organización comunitaria, recalcando la ausencia de un enfoque artístico y cultural que ha tenido como consecuencia el debilitamiento de la identidad y el no reconocimiento de los saberes locales. En los procesos de formación artística no hay continuidad en los programas y la cobertura de los mismos no presenta impactos significativos en la población, además que estos no llegan a los sectores rurales montañoso y plano convirtiéndose en una demanda permanente para ofrecer a ***la juventud espacios que les permitan construir opciones de vida distintas a las que ofrece el consumo de sustancias psicoactivas y el alcohol.***

En términos de los espacios públicos hay subutilización de los mismos y la convivencia ciudadana se ve afectada por la no articulación de lo cultural con lo educativo en términos de crear las condiciones para una vida mejor.

Con respecto al perfil epidemiológico de salud para el municipio de Bugalagrande se tiene la siguiente información encontrada en el informe de desarrollo humano para el Valle del Cauca:

TABLA 4
INDICADORES DEL PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE BUGALAGRANDE

INDICADOR	
Tasa De Mortalidad Den Menores De 1 Año	
Tasa De Mortalidad Por Deficiencias Y Anemias Nutricionales	4.6%
Mortalidad Por Vih	4.5%
Porcentaje En Aseguramiento	79.4%
Cobertura En Vacunación	75%

2.2 Contexto Institucional

El Hospital SAN BERNABE₇ de Bugalagrande, es una institución hospitalaria de carácter público, del orden departamental, en proceso de descentralización, constituida de acuerdo con las exigencias del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Empresa Social del Estado y licenciada para la prestación de servicios ambulatorios y hospitalarios del primer nivel de atención, en los procesos de fomento de la Salud y Prevención de la enfermedad, control de riesgo, tratamiento y rehabilitación.

El HSB se constituye como la única IPS publica del municipio de Bugalagrande y una de las empresas de mayor desarrollo y relevancia de la región dando cobertura a toda el área de influencia (zona urbana y rural plana y montañosa del municipio) y parte de la población de otros municipios.

Esta Empresa Social del Estado tiene como misión Contribuir con el mejoramiento de calidad y esperanza de vida de los habitantes del municipio de Bugalagrande,

brindando servicios de salud costo - efectivos a las aseguradoras y al Estado para la población del municipio y su área de influencia con oportunidad y calidez, encaminados hacia la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con enfoque social, ajustados a estándares de calidad, teniendo como base los principios legales del sistema general de seguridad social en salud.

Su visión pretende para el año 2018 que la institución sea reconocida por los habitantes como su principal aliado para mejorar su calidad de vida y atender sus problemas de salud, ello a través del cumplimiento de objetivos de calidad, tales como medir y mejorar el clima organizacional, lograr que los usuarios y servidores del hospital conozcan sus deberes y derechos, desplegar sus principios y valores del código de ética institucional a los servidores y partes interesadas y actualizar, difundir, implementar y auditar las guías de atención de las primeras causas de morbilidad por servicios y procedimientos de enfermería, con el fin de brindar servicios de salud con calidez cumpliendo con los debidos requerimientos y expectativas establecidas por los usuarios de la salud y partes interesadas, especialmente brindando una atención de calidad al usuario, aplicando los principios y valores del código de ética, previniendo riesgos inherentes a la atención e implementando una política de seguridad del paciente, con el fin de mejorar la eficacia del sistema de gestión de calidad (SGC), la infraestructura, dotación y formación del talento humano.

Por otra parte, la realidad del HSB de Bugalagrande no es ajena al panorama nacional, en este año se le redujeron los aportes estatales a un 50%, lo que genera tener una serie de recortes en capacitaciones, despliegues de información, participación a la comunidad, calidad en el servicio, selección del personal y por último, en la atención al usuario de salud.

Entre los principales Programas de salud que permiten la implementación de la visión, misión y sus objetivos institucionales, están:

PROMOCION Y PREVENCION (PYP)

Se rige principalmente por la norma 412 del 2000

PYP cuenta con programas como:

- Crecimiento y desarrollo – planificación familiar – citologías

Donde se atienden todos los niños sin discriminación alguna, se le realiza un chequeo médico y un monitoreo del sistema SISBAN (alteraciones de peso y talla); se cuenta con el apoyo de la comisaría de familia, hay conformados comités de política social, infancia y adolescencia articulados con los monitores de las ludotecas.

Se trabaja con madres líderes adscritas a familias en acción, donde se brindan capacitaciones sobre lactancia y estilos de vida saludable.

Frente a lo relacionado con Planificación familiar se otorgan citas de control de planificación anuales y se entregan métodos cada mes.

- Mujeres gestantes
- Jóvenes y adolescentes:

Con los jóvenes se realizan jornadas educativas frente a los métodos de planificación familiar y consumo de SPA.

- **Crónicos**

Atiende los pacientes con enfermedades crónicas diagnosticadas y adultos mayores; se cuenta con aproximadamente 30 pacientes donde se les brinda el control de presión, apoyo psicológico y con gerontólogos; se pretende conformar el club de los hipertensos, y se busca el apoyo a las familias de los adultos mayores.

- **Salud Oral**

Se realizan jornadas barriales cada semana los días viernes en horas de la tarde, además de las visitas que realiza la higienista a las escuelas del municipio.

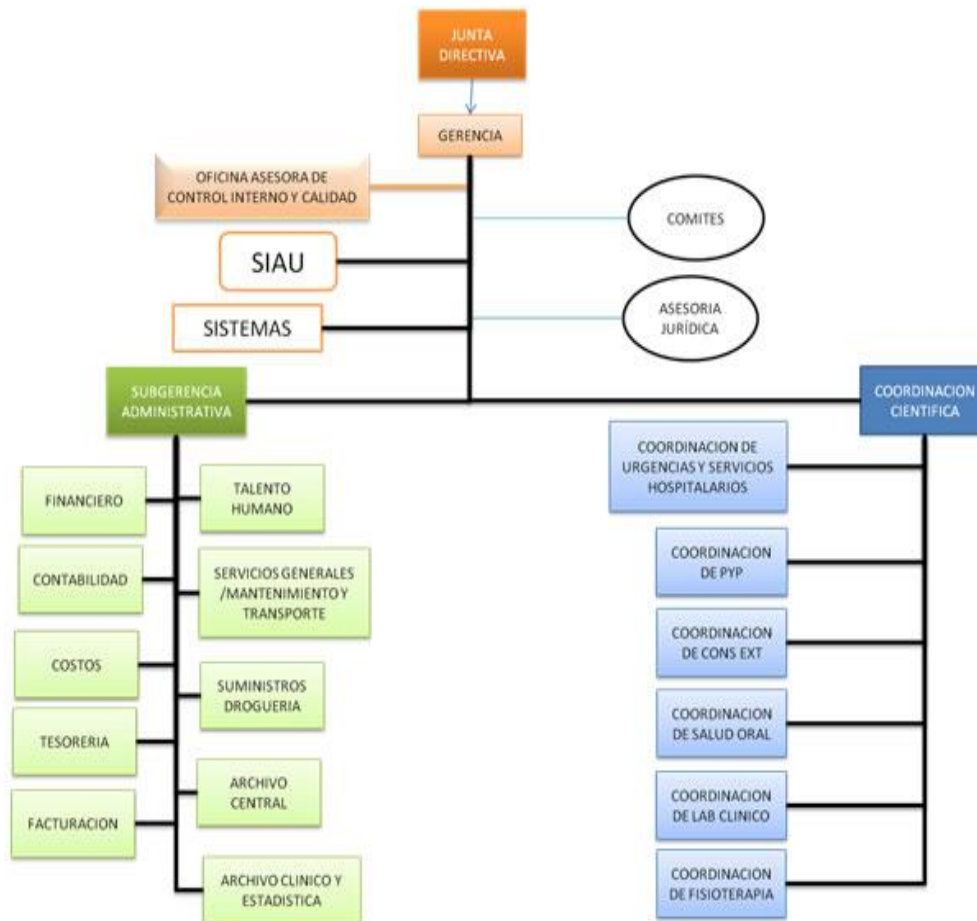
También se llevan a cabo brigadas en zona rural plana y montañosa, las cuales se enfatizan en población vulnerable, quienes son principalmente las personas que más hacen uso del servicio.

Se le prestan los servicios a toda la población sin discriminación de edad siempre y cuando se encuentren vinculados a un régimen de salud.

Para el caso de los estudiantes de trabajo social, se ubicaron en las áreas de intervención como el SIAU (Sistema de información y atención al usuario) y AIEPI

(atención integral a enfermedades prevalentes de la infancia); Aunque la ubicación era diferente, los procesos estaban encaminados con un mismo objetivo generar procesos socioeducativos con usuarios, funcionarios y demás actores incidentes en la dinámica de la institución.

ORGANIGRAMA:



FINANCIACIÓN:

El hospital San Bernabé tiene actualmente unos convenios de los cuales derivan su financiación para su funcionamiento y mantenimiento. Convenios con instituciones como:

Principalmente con la Secretaria Departamental de Salud.

Alcaldía Municipal

Régimen Subsidiado:	Régimen Contributivo:	Régimenes Especiales:	ARP:	Particulares:
CAFESALUD EMSANAR	S.O.S SALUDCOOP SALUD TOTAL COMFENALCO COOMEVA NUEVA EPS. CRUZ BLANCA SANITAS FAMISANAR SALUD COLPATRIA SUSALUD	CLINICA ORIENTE COSMITET COOMEVA PREPAGADA	SURAMERICANA COLPATRIA COLMENA SEGUROS BOLIVAR POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS	NESTLE POLICIA NACIONAL
Accidentes de Tránsito:				
SURAMERICANA QBE SEGUROS SEGUROS COLPATRIA LIBERTY SEGUROS MUNDIAL SEGUROS SEGUROS DEL ESTADO				

2.3 Contexto de la Práctica Pre- Profesional

En cuanto a lo específico de la práctica pre- profesional se debe empezar diciendo que la institución HSB no contaba con las áreas de sistema de información y atención al usuario SIAU y atención integral a infecciones prevalentes en la infancia (AIEPI); es así como la creación de estos dos espacios prioritarios para los usuarios y para la institución se concibieron como el campo de acción para la intervención institucional desde la profesión de Trabajo Social.

Las situaciones encontradas en el diagnóstico inicial realizado por los estudiantes en práctica del programa de trabajo social hacen referencia a lo siguiente:

- La inexistencia de la oficina SIAU, se evidenció en primera instancia como una dificultad para el buen funcionamiento de los procesos al interior de la institución, se propuso la creación desde trabajo social
- Se identificó un arquetipo asistencialista en la relación institución- usuario con respecto a los procesos de atención a la comunidad, lo que deterioraba e imposibilitaba el cumplimiento de estándares de calidad.
- Se identificó que el bajo nivel de quejas y reclamos realizadas por los usuarios del HBS se debía en primera medida al desconocimiento de los derechos y deberes en salud por parte de los mismos, lo que se concibió como una de las problemáticas principales a resolver en esta experiencia profesional de Trabajo Social.

- En lo que respecta a la atención a la primera infancia se identificaron dificultades y limitaciones en la prestación del servicio, específicamente en el nivel de atención en la relación médico- paciente, la cual era plana y no trascendía de la atención en consultorio, por lo tanto no se daba orientación, información y calidad humana de manera más integral, de allí surgió la necesidad de implementar la estrategia AIEPI en el HBS

Por las condiciones nombradas se propuso la intervención para la creación e implementación en el HSB de la estrategia AIEPI y SIAU.

PROPUESTA DE ATENCIÓN INTEGRAL DESARROLLADA

ESTRATEGIA AIEPI

Proceso Socioeducativo

Este proceso fue dirigido a grupos de niños, niñas, cuidadores y comunidades, con el objetivo de informar y capacitar a la población sobre lo que concierne a la salud infantil, enfermedades y tratamientos, y promover la adopción de practicas adecuadas que permitan brindar un bienestar integral a los menores.

Este proceso socio – educativo, se llevo a cabo por medio de:

- Talleres/ Micro-talleres
- Charlas/ Video-foros
- Conversatorios/ encuentros
- Jornadas Lúdicas

Donde se trataron temas como las enfermedades prevalentes en la infancia tales como las tradicionales (EDA, IRA, dengue, malaria, desnutrición, otitis), y los nuevos eventos que componen el foco de atención como: asma, diabetes, epilepsia, salud bucal, tuberculosis, VIH / SIDA, obesidad, anemia y atención al menos maltratado, información que se brindó con el apoyo de profesionales de la salud, con quienes se buscó como primera medida la concientización de la importancia que tiene brindar la mejor atención a los niños,.

Proceso de Orientación Psicosocial

Orientación Psicosocial Individual y Familiar, que permitió el compromiso de los cuidadores de cumplir con los protocolos y procedimientos que lleven al cumplimiento y eficacia de la atención y la adopción de prácticas adecuadas, por medio de contratos terapéuticos para garantizar la posibilidad de llevar a cabo la intervención, el control, evaluación y el seguimiento de los procesos y acciones que se emprendieron para brindar bienestar a los infantes.

Además del proceso socio – educativo, se llevó a cabo un proceso de orientación Psicosocial, el cual estuvo definido según la complejidad de los eventos que

requirieron intervención desde la recepción del evento, complementado con la respectiva visita domiciliaria de la cual se desprendió el debido proceso de orientación.

PROCESO METODOLÓGICO

Componente N° 1: Caracterización de la población participante

En un primer momento, se pretendió conocer más a fondo a los sujetos y familias con las que se trabajó; esto incluyó los cambios por los que ha pasado la población teniendo en cuenta los diferentes factores socio-económicos y culturales, las lógicas y dinámicas de sus habitantes, sus costumbres, formas de ser, de convivir, de relacionarse, y la interacción entre ellos como comunidad y dentro de cada una de sus familias.

- **La Encuesta:** es un instrumento del método cuantitativo de investigación social que permite la recolección ordenada de datos numéricos, dando cuenta (de manera global) de la realidad social de una población determinada.

- **La Entrevista semi estructurada:** es una de las técnicas de recolección de información del método cualitativo de investigación social. La entrevista profundiza en aspectos subjetivos como vivencias, percepciones, puntos de vista, que no podrían ser identificados mediante un instrumento cuantitativo. Consiste en una conversación entre dos personas acerca de un problema o cuestión determinada, teniendo un propósito profesional.

Componente N° 2: convocatoria de cuidadores de niños y niñas de 0 a 5 años de edad, usuarios del Hospital San Bernabé.

El segundo momento, consistió en convocar a los cuidadores para que hicieran parte de los procesos que se llevaron a cabo en la estrategia de fortalecer los espacios educativos frente a la atención integral de los infantes que se encontraban adscritos en el programa de crecimiento y desarrollo en el HSB, y que requerían de apoyo y orientación profesional.

Esto se llevó a cabo, luego de una caracterización de la población, por medio de llamadas telefónicas, publicación de documentos en carteleras y perifoneo por medio del radio vaticano de la Iglesia San Bernabé del municipio.

Componente N° 3: Capacitación, Formación Humana y Desarrollo humano.

Y un tercer momento, el cual consistió en el acompañamiento a la comunidad en su proceso de constitución como Sujetos Sociales, en la organización social y en la dinámica interna de esta (participación, comunicación y resolución de conflictos). Esto se hizo a través de estrategias pedagógicas para la sensibilización, concienciación y sentido de responsabilidad social de los padres y cuidadores.

Las estrategias lúdicas, experienciales y de acompañamiento que posibilitaron el desarrollo de esta fase fueron:

Taller: Su objetivo es desarrollar habilidades y conocimientos a partir de los conocimientos y experiencias de los asistentes. Los talleres se desarrollaron a través de una metodología participativa donde aprenden todos de todos, y se produce el intercambio y la cualificación de las ideas. Las características del taller son: un trabajo practico, permanente y de libre participación

TABLA 5
CUADRO DE TALLERES AIEPI

TEMA	POBLACION PARTICIPANTE
Capacitación sobre atención integral a enfermedades prevalentes en la infancia	Personal medico
Capacitacion sobre prevencion y control de enfermedades infantiles	Funcionarios hsb
Capacitacion a sobre prevencion de enfermedades infantiles	Madres fami y madres comunitarias
Capacitacion a sobre prevencion de enfermedades infantiles	Madres lideres del programa mas familias en acción
Capacitacion a sobre prevencion de enfermedades infantiles	Asociación de usuarios del hsb

Video – Foro: Este tipo de técnicas posibilitan que mediante la revisión de material audiovisual (películas, documentales, etc.) pueda hacerse lectura de la realidad social y propiciar la reflexión articulando los contenidos del material que se revise, con las propias experiencias y puntos de vista de los participantes. Esta técnica reconoce lo audiovisual como una estrategia pedagógica.

Charlas o conversatorios: las charlas son un medio por el cual, los cuidadores pueden hablar de situaciones que se están presentando en su dinámica o se pueden llegar a presentar. Con estas charlas el orientador puede guiar a los cuidadores a

reflexionar y adoptar prácticas adecuadas sobre temas como salud infantil, atención integral y enfermedades prevalentes de la infancia.

El componente N° 3 se llevó a cabo con el apoyo de los profesionales médicos y de enfermería, ya que los temas que se deben abordar tienen un componente médico, por el cual son ellos quienes están en la capacidad de abordarlo de manera clara y precisa. Referente a la parte social y de adopción de prácticas adecuadas si será liderado desde Trabajo social.

El proceso socio – educativo, giró alrededor del tema de AIEPI, con todos sus componentes, principalmente lo que concierne a la prevención y control de las enfermedades infantiles, entendiéndose enfermedades infantiles como:

- IRA
- EDA
- DENGUE
- DESNUTRICIÓN
- ENFERMEDADES RESPIRATORIAS OBSTRUCTIVAS
- MALTRATO

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DESARROLLADA SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO SIAU

¿QUÉ SE PROPUSO?

El objetivo propuesto fue promover el reconocimiento de los procesos del SIAU entre los usuarios de la salud.

Inició con una caracterización institucional que se ejecutó en el hospital San Bernabé, para luego tener una imagen, conceptos y percepciones de la misma que permitió descubrir algunas dificultades como la deficiencia en el conocimiento y las prácticas adecuadas en participación ciudadana en la institución, por consiguiente con este imaginario lo que se pretendió fue dar claridad y solución por medio de un plan de intervención que desarrolló a través de los siguientes momentos:

- Revision documental
- Observación a participantes
- sondeos y la aplicación de una encuesta.

Como herramientas fueron útiles para dar forma y claridad. La prueba piloto se hizo con los usuarios del puesto de salud de Galicia.

Su orientación filosófica fue a partir de un enfoque socioeducativo con el objeto de promover y desarrollar espacios reflexivos, formativos y educativos con diversos grupos poblacionales, como la asociación de usuarios, que fue el puente por el cual

se desplegó la información a los usuarios en general. Información con relación a las deficiencias en conocimientos de derechos y deberes en salud y actualidad de la institución

La estrategia metodológica con la cual arrancó la intervención se basó en el enfoque de la ciencia social crítica como una teoría social que surge de los problemas de la vida cotidiana y se construye con una visión solucionista. Es así como logró que el proceso por el cual la localidad, o asociación de usuarios de la salud pudieran ser intervenidos como sujetos conscientes, para así alcanzar una comprensión cada vez más profunda tanto de la realidad socio histórica que configura sus vidas, como de su capacidad para transformar.

La estrategia de orientación institucional proceso socio educativo y fortalecimiento organizativo fue llevada a la acción por medio de talleres, presentaciones, encuentros, jornadas lúdicas, atención personalizada a usuarios con demandas de información y atención, despliegue de información y educación a la asociación de usuarios de la salud y sus comités de apoyos estratégico de expansión de información.

¿CON QUIÉNES TRABAJAMOS?

En este plan de intervención se trabajó con la asociación de usuarios del HSB, conformado por 28 integrantes. Esta asociación de usuarios se reúne una vez por

mes en el auditorio de la institución con el propósito de actualizarse en la realidad de la institución y con el fin de brindar dicha información a los usuarios en general.

¿QUÉ TRABAJAMOS?

Se implementaron los siguientes procesos:

- Orientación institucional: acompañamiento organizativo y de gestión de los grupos poblacionales, caracterización de los usuarios y seguimiento a procesos.
- Procesos socioeducativos : se partió de los sondeos de percepción y mejoramiento sobre programas y servicios
- Fortalecimiento socioeducativo.
- Orientación psicosocial. Desde el ámbito individual y familiar

CAPITULO III: MARCO TEORICO- CONCEPTUAL

Esta sistematización se apoya teórica en diferentes autores y conceptos que permiten definir, analizar y conceptualizar los ejes de la experiencia, de esta forma en el presente capítulo presenta las definiciones, la comprensión y el análisis de dichos conceptos.

El punto de partida es la conceptualización del marco general en el que se desarrolla la experiencia, partiendo así del concepto de salud en general hasta llegar a las particularidades y los diferentes programas específicos como AIEPI y SIAU,

posteriormente se abarcan los conceptos de Participación Social y por ultimo Procesos Socioeducativos. Como eje movilizador de la experiencia se abarca el concepto de empoderamiento. También se definen los conceptos de los grupos poblacionales, actores institucionales y comunitarios que hacen parte de la propuesta

CONCEPTO DE SALUD

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su constitución de 1946, define salud como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales. Esta definición es utópica, pues se estima que sólo entre el 10 y el 25 % de la población mundial se encuentra completamente sana.

Para el abordaje de la salud, se adopta el concepto de Víctor Mario Estrada que permite “conceptualizar la salud y la enfermedad como un proceso social colectivo, abrir la posibilidad de generar conocimiento complejo al respecto y demandar la formulación de políticas para la promoción de la salud y de la vida. En este sentido se asume desde el equipo de sistematización a la salud como un estado de bienestar de los seres humanos que abarca el componente físico, el mental y el ambiente que como estrategia para su mantenimiento a la promoción de la salud que consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

La promoción de la salud se nutre de muchas disciplinas y crea una innovadora teoría y práctica de salud pública que permite cumplir con metas y objetivos sociales, como conseguir comunidades e individuos que actúen más saludablemente, alcanzando mayor bienestar con equidad social y mejorando su calidad de vida.

Principios básicos para la promoción de la salud según la OMS

- Implica a la población en su conjunto y en el contexto de su vida diaria, en lugar de dirigirse a grupos de población con riesgo de enfermedades específicas.
- Se centra en la acción sobre las causas o determinantes de la salud para asegurar que el ambiente que está más allá del control de los individuos sea favorable a la salud.
- Combina métodos o planteamientos diversos pero complementarios, incluyendo comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizativo y desarrollo comunitario.
- Aspira a la participación efectiva de la población, favoreciendo la autoayuda y animando a las personas a encontrar su manera de promocionar la salud de sus comunidades.
- Aunque la promoción de la salud es básicamente una actividad del ámbito de la salud y del ámbito social, y no un servicio médico, los profesionales

sanitarios, especialmente los de atención primaria, desempeñan un papel importante en apoyar y facilitar la promoción de la salud.

Prevención de la enfermedad

Se define como la protección contra los riesgos, las amenazas del ambiente, de las comunidades, y de las personas que más que integrarlas las instituyen. Para ello se tipifica la prevención de la enfermedad en:

- * Prevención Primaria: Encaminadas a evitar que se produzca la interacción entre las causas componentes y el individuo.
- * Prevención secundaria: Su misión es la detección precoz de los casos. Son medidas que se toman en el periodo subclínico de la enfermedad. (Periodo que transcurre entre el comienzo de la enfermedad y la aparición de los primeros signos y síntomas)
- * Prevención terciaria: Aquellas medidas que se toman en el periodo clínico de la enfermedad. (Desde la aparición de los primeros signos y síntomas hasta el desenlace de la misma). Y están encaminadas a mejorar la calidad de vida del paciente.

ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA INFANCIA AIEPI⁸

Cada vez más, son muchos los padres que acuden a hospitales, centros de salud, farmacéuticos, médicos y sanadores que aplican prácticas tradicionales en busca de atención sanitaria para sus hijos enfermos. Los estudios indican que en muchos casos estos dispensadores de salud no evalúan ni tratan adecuadamente a los niños, y que los padres tampoco reciben asesoramiento adecuado.

En los servicios sanitarios de primer nivel de países de bajos ingresos, el apoyo diagnóstico de servicios como los de radiología y laboratorio es mínimo o inexistente y a menudo escasean los medicamentos y el equipo. La limitación de suministros y de equipo, junto con el ritmo irregular del flujo de pacientes, reducen las posibilidades de que los médicos de este nivel de atención puedan aplicar procedimientos clínicos complejos. Por el contrario, para determinar un tratamiento aprovechando al máximo los recursos disponibles suelen basarse en la historia médica y en un examen semiológico.

Debido a estos factores, la prestación de atención de calidad a los niños enfermos supone un importante desafío. Para abordarlo, la OMS y el UNICEF han elaborado la

⁸ UNICEF, State of the world is children, Geneva: UNICEF; 2003.

estrategia denominada Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).

La estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) surgió en 1992, por iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y por el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) con la finalidad de disminuir la mortalidad y la morbilidad en los menores de 5 años de edad y mejorar la calidad de atención que reciben en los servicios de salud y en el hogar.

Es una propuesta que contribuye a reducir el número de muertes por enfermedades transmisibles y prevalentes, en los niños menores de cinco años de edad, considerados como el grupo etario más vulnerable por este tipo de patologías. Contempla un conjunto básico de medidas de prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y rehabilitación que influyen en las enfermedades y problemas que con mayor frecuencia afectan la salud de los menores, mejorando las habilidades y capacidades de las personas de los servicios de salud, que participan en la atención infantil, organizando dichos servicios, para la atención integral de los menores y evaluando la atención y cuidados que el niño recibe en el hogar.

El objetivo de implementar dicha estrategia, es fortalecer aspectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de la niñez, por medio de programas o acciones que garanticen una adecuada atención, es por esto que se busca desde la

AIEPI es el fortalecimiento de los sistemas y servicios de salud – en disponibilidad y supervisión –, el mejoramiento de las habilidades del personal de habilidades y prácticas comunitarias, que permita el mejoramiento de la calidad del cuidado en los servicios de salud promoviendo el cumplimiento del tratamiento y cuidados en casa, y cuando se requiera, la búsqueda de atención y mayor demanda de los servicios de salud, para finalmente lograr una reducción de la mortalidad y morbilidad así como el mejoramiento de la salud y la nutrición de los menores.

La estrategia AIEPI una vez esté implementada, garantiza que ningún niño que acuda a una consulta, por cualquier motivo, salga de la misma sin diagnóstico precoz y tratamiento, sin instrucciones precisas sobre la decisión tomada en lo clínico y en lo administrativo. Se trata de una estrategia que garantiza la calidad y la integridad de la atención, más allá del motivo de la consulta. Promueve la equidad, ya que el objeto de la misma son las enfermedades o problemas de salud que afectan, fundamentalmente, a las poblaciones más desfavorecidas.

Asegura el uso racional de medicamentos y procedimientos diagnósticos, constituyéndose en una herramienta para el ahorro de costos.

Desde el hogar y en la comunidad, también es posible la evaluación sencilla de algunos de los principales problemas de salud que afectan al niño y la remisión oportuna cuando ésta es necesaria. La comunidad puede y debe ser protagonista en

el trabajo de promoción de la salud y prevención de las enfermedades más frecuentes que afectan al niño. Por esto, la estrategia se dirige no sólo a mejorar la atención del niño en los servicios de salud sino también en la comunidad, garantizando la capacitación de los Agentes Comunitarios de Salud que pueden trabajar alrededor de la salud de los niños. Estas acciones son especialmente importantes cuando existen condiciones geográficas, económicas o culturales, que dificultan el acceso a los servicios de salud.

¿En qué consiste la AIEPI?

La AIEPI es un enfoque integrado de la salud infantil que se centra en el bienestar general del niño. Su finalidad es reducir la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad en los niños menores de cinco años, así como promover su mejor crecimiento y desarrollo.

En los centros sanitarios, la AIEPI promueve el diagnóstico correcto de las enfermedades de los niños no hospitalizados, vela por el tratamiento combinado apropiado de todas las enfermedades principales, refuerza la prestación de asesoramiento a los dispensadores de atención y acelera la derivación de los niños

con enfermedades graves. En los hogares, promueve comportamientos apropiados cuando se necesita asistencia sanitaria, así como la mejora de la nutrición, la atención preventiva y la aplicación correcta del tratamiento prescrito.

¿Qué es la atención integral?

El desarrollo de un niño o niña durante la primera infancia depende esencialmente de los estímulos que se le den y de las condiciones en que se desenvuelva. Es por esto que en la etapa comprendida entre los cero y los cinco años de edad es necesario atender a los niños y las niñas de manera armónica, teniendo en cuenta los componentes de salud, nutrición, protección y educación inicial en diversos contextos (familiar, comunitario, institucional), de tal manera que se les brinde apoyo para su supervivencia, crecimiento, desarrollo y aprendizaje.

El país cuenta con un nuevo marco jurídico (Código de la infancia y la adolescencia. Ley 1098 de 2006), el cual marca un hito para la defensa y garantía de los derechos humanos de los niños, las niñas y los adolescentes.

En este marco se reconoce por primera vez y de manera legal el derecho al desarrollo integral en la primera infancia (Artículo 29): "la primera infancia es la etapa del ciclo vital en la que se establecen las bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano. Comprende la franja poblacional que va de los

cero (0) a los seis (6) años. Son derechos impostergables de la primera infancia: la atención en salud y nutrición, el esquema completo de vacunación, la protección contra los peligros físicos y la educación inicial".

Modalidades de atención, las cuales se les brinda a los niños y las niñas menores de cinco años, prioritariamente aquellos que se encuentren en los niveles uno y dos del Sisben o en condición de desplazamiento (vigente a 2014).

Modalidad de Entorno Familiar: Este tipo presta atención integral en cuidado, nutrición y educación inicial a niños y niñas menores de cinco años, ubicados en zonas rurales dispersas o urbanas marginales, que por dificultades geográficas o de otro tipo no acceden a ninguna modalidad de atención integral. Con esto se fortalece la labor educativa en el hogar.

Modalidad de Entorno Comunitario: Esta modalidad brinda atención integral a los niños y niñas menores de cinco años atendidos actualmente por los Hogares Comunitarios de Bienestar del ICBF, complementando los servicios de cuidado y nutrición con un componente educativo.

Modalidad de Entorno Institucional: Esta modalidad va dirigida a niños y niñas menores de cinco años ubicados en zonas urbanas y que no acceden a ningún servicio de atención integral por falta de oferta. En esta se brindarán los

componentes de cuidado, nutrición y educación inicial durante cinco días de la semana, en jornadas de ocho horas diarias.

SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO (SIAU)

El sistema de información y atención al usuario es una herramienta diseñada por el ministerio de protección social para mejorar la prestación de servicios tomando como fuente la información del usuario mediante quejas, reclamos y sugerencias, haciendo uso de sus deberes y derechos.

En conjunto con los niveles de dirección municipal, distrital y departamental del Sistema General de Seguridad Social en Salud organizarán un Servicio de Atención a la Comunidad, a través de las dependencias de participación social, a través de este sistema de información y atención al usuario se deberá:

- Velar porque las instituciones prestatarias de servicios de salud sean públicas, privadas o mixtas establezcan los mecanismos de atención a sus usuarios y canalicen adecuadamente sus peticiones.
- Atender y canalizar las veedurías ciudadanas y comunitarias, que se presenten en salud, ante la institución y/o dependencia pertinente en la respectiva entidad territorial, sin perjuicio de los demás controles establecidos legalmente.
- Controlar la adecuada canalización y resolución de inquietudes y peticiones que realicen los ciudadanos en ejercicio de sus derechos y deberes, ante las

Empresas Promotoras de Salud.

- Exigir que las empresas promotoras de salud y las instituciones prestatarias de salud, entreguen información sistematizada periódicamente a las oficinas de atención a la comunidad SIAU.
- Garantizar que las empresas promotoras de salud y las instituciones prestadoras de los servicios de salud, tomen las medidas correctivas necesarias frente a la calidad de los servicios.
- Elaborar los consolidados de las inquietudes y demandas recibidas, indicando las instituciones y/o dependencias responsables de absolver dichas demandas y la solución que se le dio al caso, con el fin de retroalimentar el Servicio de Atención a la Comunidad.

El Servicio de información y Atención al usuario debe disponer de los recursos humanos, técnicos y financieros necesarios para el cumplimiento de sus funciones y demandas del usuario según sea pertinente o según sea los análisis que se obtengan de las demandas del mismo.

PARTICIPACIÓN

“Principio a través del cual se asegura la intervención de la comunidad mediante los beneficios de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y el sistema en su conjunto”⁹

⁹ GAVIRIA BETANCOURT Paula. Derecho a la Educación, Derechos Económicos Sociales y Culturales. Serie Red Nacional de Promotores de Derechos Humanos. Pág. 69. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá DC 2003

Su noción se enmarca en factores como inserción de sectores de la población excluidos de los beneficios sociales, según Esperanza Gonzales “ la participación es una forma de intervención social que le permite a los individuos reconocerse como actores que, al compartir una situación determinada, tienen la oportunidad de identificarse a partir de intereses, expectativas y demandas comunes y que están en capacidad de traducirlas en formas de actuación colectiva con una cierta autonomía frente a otros actores sociales”¹⁰

Los niveles de participación hacen referencia a la información, consulta, iniciativa, fiscalización, concertación, decisión y gestión, los cuales van desde la recepción de un conjunto de datos como conocimiento, la consulta como medio de opinión, la formulación de sugerencias, la vigilancia sobre el cumplimiento de las decisiones tomadas, los acuerdos, la adopción de una idea y por último el manejo de recursos.

Describiendo de una manera más amplia los niveles de participación, se puede decir que las posibilidades de participar van desde lo mínimo que se puede participar (estar informado a un nivel muy básico) hasta lo máximo que se puede participar (formar parte del órgano máximo de gestión y representación de la organización: junta directiva, equipo gestor):

¹¹ Gonzales R. Esperanza y Duque P Fernando “la elección de juntas administradoras locales de Cali” Revista Foro 1990

Acceder a la información: en este nivel la participación consiste en estar informado o informada;. Ejemplos de este nivel de participación pueden ser las convocatorias a determinadas reuniones, boletines informativos, asambleas , etc.

Opinar o ser consultado: es el nivel en el que ya hay una participación más activa que en el nivel anterior. Supone que se da una opinión sobre algo, ya sea porque se tiene el cauce adecuado para hacerlo por iniciativa propia.

Hacer propuestas: este nivel de participación supone no sólo dar la opinión sino proponer acciones concretas de ejecución tomando la iniciativa en participar.

Decidir: es el nivel más alto de participación democrática puesto que implica que la opinión es tenida en cuenta y vale igual que la de cualquier otro para el resultado final.

Actuar: consiste en poner en práctica acciones concretas, ejecutar las decisiones tomadas, gestionar actividades, tareas, etc.

Estos niveles de participación no son fases ordenadas progresivamente. Se puede actuar sin haber sido consultado, se puede decidir sin haber hecho propuestas, etc. Lo importante es saber que en todos esos niveles se está posibilitando la

participación y que cada cual elija las maneras o niveles de participación que más le convenga.

En el caso de la salud, las personas naturales y jurídicas participarán a nivel ciudadano, comunitario, social e institucional, con el fin de ejercer sus derechos y deberes en salud, gestionar planes y programas, planificar, evaluar y dirigir su propio desarrollo en salud.

Para el caso colombiano, esta participación en salud esta reglamentada según el decreto 1757 de 1994, el cual definen las siguientes formas de Participación en Salud:

La Participación social, es el proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, basada en los principios constitucionales de solidaridad, equidad y universalidad en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social. La participación social comprende la participación ciudadana y comunitaria, así:

- La participación ciudadana, es el ejercicio de los deberes y derechos del individuo, para propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y aportar a la planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud.

- La participación comunitaria es el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud.

- La participación en las Instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es la interacción de los usuarios con los servidores públicos y privados para la gestión, evaluación y mejoramiento en la prestación del servicio público de salud.

PROCESOS SOCIOEDUCATIVOS

Según la trabajadora social Norma Mendez Vega “Los procesos socioeducativos son aquellos en los cuales se trabaja en la profundización del conocimiento de realidades cotidianas de las personas y permite la utilización de un modelo que conlleva la necesaria construcción de redes, alianzas de solidaridad en la que los participantes son actores constructores del conocimiento de su realidad, con base en problemas significativos a partir de los cuales se plantean las estrategias de acción viables para contribuir a transformar una sociedad que excluye gran parte de sus integrantes.”¹¹.

¹¹ Mendez Vega Norma, LA ACCIÓN SOCIOEDUCATIVA Y LA INVESTIGACIÓN ACCIÓN EN LA DEMOCRATIZACIÓN DE LA VIDA COTIDIANA. Universidad de Costa Rica- Escuela de Trabajo Social 2001

Esta dimensión procura la definición de estrategias para una acción transformadora, en donde participen los diferentes sujetos, en acciones individuales y colectivas.

Se parte de un concepto de realidad social en donde se puedan destacar las desigualdades sociales como característica relevante del quehacer del Trabajo Social. Esta perspectiva de realidad hace que los procesos socioeducativos tengan un valor significativo para profesionales y estudiantes de Trabajo Social, profesión que busca la comprensión y transformación social.

Los procesos socioeducativos permiten la promoción de un protagonismo del individuo en diferentes ámbitos: locales, grupales, individuales, organizacionales e institucionales, en una sociedad donde prevalece la desigualdad y donde es necesaria la búsqueda de la comprensión y reconstrucción de la misma, con miras a la emancipación de las personas en los diferentes contextos.

La dimensión socioeducativa permite pensar en la reconstrucción de una cultura de la esperanza y en la posibilidad de la acción organizada y la transformación individual y colectiva para la lucha por una mejor calidad de vida.

La dimensión socioeducativa, en fin, facilita la posibilidad de tomar conciencia de las contradicciones sociales y asumir el reto de buscar alternativas que promuevan el

empoderamiento y la capacidad de las personas para organizarse, movilizarse, interactuar, sensibilizarse, establecer compromisos, buscar su propia sabiduría emanada de sus historias de vida y su propia cultura. Permite la participación de los integrantes de una comunidad, ya no como objetos de estudio, sino como sujetos de transformación.

Se reconoce la importancia de la educación para el trabajo, la salud, la alimentación, la producción, el comercio, entre otros. Sin embargo, se reconoce también que en los sistemas educativos oficiales prevalece una paulatina exclusión de los sectores de menores recursos económicos, pues sólo unos pocos llegan a los niveles superiores. Por lo tanto, se hace necesario trascender la idea de que la educación es transmisión de conocimientos, muchas veces descontextualizada, promotora de una competencia destructiva y sin esperanza.

La lucha debe ser por una educación que facilite y potencie la organización de las y los distintos actores, que eleve los niveles de reflexión y autorreflexión. Una educación que contribuya a gestar y consolidar una base social organizada combativa y propositiva, superando los límites de una educación formalmente establecida.

El enfoque socioeducativo, necesita entonces, abordajes metodológicos participativos y la investigación acción es una opción pertinente.

PROCESOS DE ATENCION PSICOSOCIAL

Como antecedente, puede resultar interesante conocer que el término psicosocial tiene origen en los procesos de intervención social, pero en donde lo “social” tiene relevancia desde su concepto histórico, el cual no va más allá de 200 años¹², emerge desde el pensamiento Francés de los años 30 del siglo XIX y gana una fuerte densidad entre los años 40 y 50 del mismo siglo; para esta época y luego de la revolución del ‘48, la cual traza una división de ideas muy clara en Europa y éstas apuntaban a la reivindicación de la República Social, lo “social” denota un universo en donde se involucra lo político y lo económico, moviéndose además en el medio del proletariado y de algunos reformistas (pequeña burguesía)¹³.

Con este breve antecedente, se puede decir que, en el proceso evolutivo, lo psicosocial deriva en procesos de intervención, que surge en los Estados Unidos a principios de la década de los 30 como un enfoque del trabajo de caso o “casework”, iniciando su desarrollo a principios del siglo XX con el trabajo social que se llevaba a cabo en las grandes organizaciones de beneficencia americanas.

12 Corvalan Jaime. Los paradigmas de lo social y las concepciones de intervención en la sociedad. En: Estudios sociales. N° 92. Trimestre 2 de 1997. p 10; citado por Gutiérrez Lina. Sistematización de experiencias de intervención psicosocial en las zonas nororiental y noroccidental de la ciudad de Medellín, 2003-2004

13 Netto, José. Nuevos Escenarios y prácticas profesionales. Una mirada crítica desde el trabajo social. 1ra edición. Buenos Aires: Editorial Espacio, 2002, p 10 – 13; citado por Gutiérrez Lina. Sistematización de experiencias de intervención psicosocial en las zonas nororiental y noroccidental de la ciudad de Medellín, 2003-2004

El trabajo de caso o “casework” toma fuerza y se desarrolla a partir de dos escuelas de pensamiento: La escuela diagnóstica y la escuela funcionalista. La primera enfocaba su trabajo a “intervenir los “problemas de los individuos como una enfermedad, la cual debía ser diagnosticada y ser tratada por el trabajador social o experto”; la segunda escuela, trabaja desde un enfoque que destacaba el crecimiento y el desarrollo, donde se daba al cliente una gran responsabilidad en el desarrollo del tratamiento¹⁴.

Entrando a definir el concepto psicosocial, se encuentra la definición de Pau Sales, que refiere a “...la interrelación entre componentes individuales y sociales. Y esto se asocia a considerar como criterios básicos en el trabajo de las organizaciones no sólo los elementos técnicos, sino el desde dónde se trabaja. Entender los procesos como caminos de *acompañamiento* que prioricen aspectos como la dignidad de aquellos con quienes trabajamos, la capacidad para que las acciones tengan un rol de transformación de la realidad, atacando no sólo las necesidades inmediatas, sino las vulnerabilidades sociales, de creer en las propias capacidades y potenciales, de no ser receptores pasivos de programas o de ayuda, sino los protagonistas de la propia historia”¹⁵.

14 Bernler, Gunnar,. Teoría para el trabajo psicosocial. Cuarta edición. Buenos Aires. Editorial Espacio, 1997. 156 p.

15.Sales Pérez, Pau. Conceptos claves en programas psicosociales de salud mental. Programas de atención en crisis y estrés postraumático. En: <http://www.psicosocial.net/index.php2/ag>

De igual modo, Oscar Acevedo afirma que “...lo psicosocial implica lo individual y lo colectivo, tantas metodologías halla para intervenir eso como cuanto usted considere cual es la pertinente para hacerlo”¹⁶

Resumiendo, lo psicosocial interrelaciona lo individual y lo colectivo, en donde los procesos de intervención implican acompañamiento en situaciones de vulnerabilidad y el uso de metodologías pertinentes que incorporen la participación de las personas en un acto protagónico.

El ser humano se concibe como un ser global, integrado por componentes biológicos y psicológicos, en interacción constante con el entorno en el cual está inmerso. Esta concepción implica la existencia de una relación de dependencia e influencia entre los distintos componentes de la persona.

Un proceso crónico implica una situación de cambio en la que se ven implicados todos los componentes de la salud de la persona.

Cuando se habla de una afectación a nivel psico-social se describe un conjunto de problemas a nivel del área personal, familiar y social que se presentan de forma habitual cuando aparece un proceso crónico y a los que distintos autores relacionan con un sentimiento de pérdida.

¹⁶ Acevedo, Oscar Fernando. Lo psicosocial. Conferencia como invitado a la reunión del grupo de salud mental, el 30 de marzo de 2006 en la Facultad Nacional de Salud Pública

En el área personal: En el área personal, los problemas más relevantes son los relativos a la pérdida del estado de salud anterior. Se concretan en el malestar físico y emocional, en el cambio en el estilo de vida, en la pérdida de la independencia y en las alteraciones en el autoconcepto y autoestima de la persona

En el área familiar: En el área familiar, los problemas más relevantes son los relativos a la pérdida del equilibrio familiar. Se concretan en los cambios en la rutina familiar, en el rol social de la persona enferma y en los problemas de aceptación de la nueva situación de salud por parte de todo el entorno.

En el área social: En el área social, los problemas se relacionan con la pérdida de las relaciones y lazos afectivos. Los más significativos son los cambios en el ámbito laboral, en la utilización del tiempo libre y en las interacciones sociales.

CONCEPTO DE EMPODERAMIENTO

Entendido como “El poder en términos generativos, el poder que tienen algunas personas para estimular la actividad de otras y elevar su estado de ánimo. Un aspecto de esta definición de poder es el tipo de liderazgo que surge del deseo de ver que un grupo alcanza todo aquello que de lo que es capaz, donde no hay conflicto de intereses y es el propio grupo el que fija su agenda colectiva de trabajo.

La introducción dentro de procesos de toma de decisiones a las personas que se encuentran fuera del mismo. Ello pone un fuerte énfasis en el acceso a las estructuras políticas y a los procesos formalizados”.¹⁷

El empoderamiento también incluye el acceso a procesos intangibles de toma de decisiones. Estos se refieren a los procesos por los que las personas toman conciencia de sus propios intereses y de cómo éstos se relacionan con los intereses de otros, con el fin de participar desde una posición más sólida en la toma de decisiones y, de hecho, influir en tales decisiones.

Para ahondar más en el concepto de empoderamiento y sus interpretaciones se puede decir que la proyección de este implica dar un amplio alcance a toda la gama de capacidades y potencial humano. Como han mostrado las feministas y algunos científicos sociales, las capacidades que se atribuyen a un determinado conjunto de personas son, en gran medida, una construcción social. El empoderamiento debe implicar deshacer las construcciones sociales negativas, de forma que las personas afectadas lleguen a verse como poseedoras de la capacidad y el derecho a actuar y a tener influencia.

En esta concepción ampliada del empoderamiento cabe observar tres dimensiones:

¹⁷ CANAVAL, Gladis Eugenia. Propiedades psicométricas para medir la percepción en la escala de empoderamiento comunitario. Universidad del Valle. Colombia Medica 1999

- **Personal:** aquí el empoderamiento supone desarrollar el sentido del yo y de la confianza y la capacidad individual, y deshacer los efectos de la opresión interiorizada.
- **Relaciones próximas:** aquí el empoderamiento se refiere al desarrollo de la capacidad de negociar e influir en la naturaleza de la relación y de las decisiones que se toman dentro de ella.
- **Colectiva:** cuando los individuos trabajan conjuntamente para lograr un impacto más amplio del que podrían haber alcanzado cada uno de ellos por separado. Esto incluye la participación en las estructuras políticas, aunque debería abarcar también la acción colectiva basada en la cooperación y no en la competencia. La acción colectiva puede estar centrada tanto en el nivel local por ejemplo, en el ámbito del pueblo o del barrio como en el nivel institucional, sea en redes nacionales o en las Naciones Unidas.

La idea de empoderamiento se utiliza cada vez más como instrumento para comprender qué es lo que se precisa para cambiar en determinada situación. En este contexto, existe un acuerdo generalizado en que se trata de un proceso; que implica cierto grado de desarrollo personal, aunque esto no es suficiente; y que implica pasar del conocimiento a la acción.

El empoderamiento puede darse a pequeña escala, uniendo a personas que viven situaciones similares mediante la autoayuda, la educación y el apoyo, o mediante la creación de grupos y redes de acción social; o a una escala mayor, a través de la

organización de la comunidad, la realización de campañas, el cabildeo sobre los órganos legislativos, la planificación social y el desarrollo de políticas.

La utilización de conceptos y definiciones de empoderamiento se emplean con mayor propiedad y mayor presencia en áreas sociales especialmente en educación, en asesoramiento y en Trabajo Social, ya que en la práctica, gran parte del trabajo de empoderamiento implica formas de trabajo en grupo. El papel del profesional externo es en este contexto el de ayudante y facilitador; cualquier papel más directivo se ve como algo que interfiere en el empoderamiento de las personas implicadas.

Las habilidades de facilitación exigen sutileza para ser efectivas, y esto suele significar que los profesionales deben volver a aprender hasta cierto punto cómo desempeñar su labor, y desarrollar habilidades de alto nivel para tomar conciencia de sí mismos. En algunos casos, el facilitador profesional tiene que convertirse en un miembro del grupo, y ha de estar dispuesto a realizar el mismo tipo de aportación personal que se anima a realizar a los demás participantes. El profesional externo no puede pretender controlar los resultados de un empoderamiento auténtico.

Los programas que parten de las demandas y de los deseos de las personas que participan en ellos son un paso hacia el empoderamiento, pero no enfrentan por sí mismos las presunciones que esas personas (y las que están a su alrededor) ya están haciendo sobre lo que pueden y lo que no pueden hacer: el punto en el que la

opresión interiorizada, en combinación con un contexto económico y social específico, opera para restringir las opciones que la gente percibe como posibles y como legítimas. Un enfoque del empoderamiento centrado en la actividad económica ha de prestar atención a algo más que a la actividad en sí.

El empoderamiento es un proceso que no puede imponerse por actores externos, aunque un adecuado apoyo e intervención externa pueden acelerarlo y fomentarlo. Demanda un enfoque facilitador y una actitud de pleno respeto y confianza para con las personas con las que se trabaja o a las que se acompaña. Plantea, por lo tanto, grandes exigencias a los agentes de cambio, y podría demandar (y contribuir a) su propio empoderamiento. Por otra parte, y dado que la mayoría de los profesionales están capacitados para trabajar de formas que desempoderan y por las que se dice a otros lo que deben hacer y pensar, el empoderamiento requiere un esfuerzo consciente y sostenido para modificar esa pauta de conducta y clarificar las expectativas mutuas.

En un contexto de desarrollo, aunque el empoderamiento individual es un ingrediente para alcanzar el empoderamiento a nivel colectivo e institucional, no es suficiente concentrarse únicamente en los individuos. Se precisan cambios en las capacidades colectivas de los individuos para que asuman la identificación y la satisfacción de sus propias necesidades, sea como unidades familiares, comunidades, organizaciones institucionales y sociedades. Al mismo tiempo, debemos reconocer que la eficacia de

tal actividad grupal también se basa en el empoderamiento individual de al menos algunas personas.

Los profesionales que participan en un trabajo de empoderamiento tienen que preguntarse una y otra vez cómo está afectando la intervención de desarrollo a los diversos aspectos de las vidas de las personas directamente implicadas. En el campo de la salud, el empoderamiento juega un papel muy importante en la relación medico- paciente; dado que se trasmite los conceptos y las creencias, además el profesional de la salud se concibe como un sabio con capacidad de transformar realidades negativas como la enfermedad, en contextos de bienestar. Un proceso de seguimiento y evaluación que refleje el proceso de empoderamiento es algo esencial. Hay que involucrar a las personas en la identificación de indicadores de cambio adecuados, y en el establecimiento de criterios para evaluar el impacto. A medida que avanza el proceso de empoderamiento, éstos tendrán inevitablemente que ser revisados y modificados.

Resulta vital esclarecer las dinámicas que empujan a los actores de un proceso de cambio a quedarse dentro de lo seguro y lo conocido, con el fin de asegurar que el proceso de empoderamiento se mantenga correctamente enfocado. Los indicadores cualitativos y esto es algo evidente en sí mismo son fundamentales para la evaluación de empoderamiento.

CAPITULO IV: RECONSTRUCCIÓN DE LA EXPERIENCIA

Reconstruir la experiencia de la **“PRÁCTICA PRE-PROFESIONAL REALIZADA EN EL HOSPITAL SAN BERNABÉ E.S.E BUGALAGRANDE VALLE, EN EL AÑO 2011; VINCULADOS A LÍNEAS DE INTERVENCIÓN COMO EL SIAU (SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO) Y AIEPI (ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA),”** implica traer a la memoria un cúmulo de vivencias, comentarios, acciones, procesos y anécdotas que permitieron vincular mediante procesos socioeducativos la intervención profesional de trabajo social en el área de salud dentro de una institución que no articulaba este accionar, con el animo de ue se constituya en el insumo fundamentala para las reflexiones planteadas a la luz de los ejes de sistematización

De esta forma se presenta a continuación la construcción descriptiva, analítica y reflexiva de la experiencia donde se abordará cada fase del proceso adelnatado teniendo en cuenta el impacto, la articulación, los cambios, los logros y los procesos desarrollados por cada uno de los actores allí intervinientes dentro del contexto en el cual se desarrolló y sin perder de vista la intención de la entidad donde se desarrolló.

PROCESOS ASUMIDOS

Dentro de las generalidades a analizar **LOS PROCESOS SOCIOEDUCATIVOS, IMPLEMENTADOS DESDE TRABAJO SOCIAL EN EL CAMBIO EN LAS RELACIONES PROFESIONALES DE LA SALUD – USUARIOS, EN LA EXPERIENCIA DE PRÁCTICA EN EL HOSPITAL SAN BERNABÉ E.S.E BUGALAGRANDE**, se establece en primera instancia una **propuesta metodológica** que implicó el desarrollo de estrategias que conllevaron a la sensibilización de los actores participantes frente a la temática, sin perder la visión **activa**, entendida como la proyección de acciones y estrategias que trascienden de la planeación a la ejecución en aras de una multiplicación de conceptos, metodologías, reflexiones y argumentos

Un rasgo característico del **contexto** de la naturaleza de las dos intervenciones por parte de los profesionales en práctica de trabajo social en el Hospital San Bernabé tiene que ver con la identificación y priorización de actores a vincular en los procesos socioeducativos, como lo fueron el personal medico y los funcionarios de la institución, como grupo de intervención inicial para establecer la estrategia de empoderamiento y mejoramiento de los servicios que presta la institución a sus usuarios.

En primera medida desde la expectativa que generó la practica en el hospital San Bernabé se idealizó trabajar en el área de servicios amigables que va dirigido a

adolescentes y se venía implementando en la institución , teniendo en cuenta que esta es una población vulnerable donde desde trabajo social se podía aportar en el proceso; en esta área se avanzó hasta la construcción de la antepropuesta; sin embargo en reunión con la coordinadora de practica de hospital la enfermera superior EVA ESPINOZA, la institución evidenció la necesidad de que los profesionales en práctica apoyaran las áreas nuevas de SIAU y AIEPI, ya que correspondían a un programa nacional que requerían de una intervención más social; en este sentido se puede decir que como criterio de selección para los programas de practica se abordó la indicación y la necesidad institucional.

En lo que respecta a la población seleccionada para llevar a cabo el proceso de práctica, estos grupos estaban condicionados a la naturaleza de cada uno de los programas y sus especificidades, como se ha abordado en otras partes de este documento.

El desarrollo de las actividades de la implementación de la intervención se organizó en cuatro componentes que fueron aplicados para las dos áreas de intervención SIAU Y AIEPI, estos componentes son: proceso socioeducativo, orientación institucional, fortalecimiento organizacional y atención psicosocial. Con esta estructura se planearon acciones correspondientes.

Lo anterior desde el punto de vista metodológico y bajo la perspectiva de la intervención de un profesional de las áreas sociales y en especial del Trabajo Social,

implica un proceso de planeación previo donde el definir un objetivo a conseguir, genera la necesidad de plantear un ordenamiento lógico a través del proceso mediante la identificación de fases o componentes que de forma consecutiva o paralela propiciaran las condiciones para transformar la realidad y lograr los cambios a los que se quieren llegar.

Con respecto al grupo de profesionales en práctica en conjunto con su supervisor académico y sus pares de referencia en la institución conformaron un equipo de trabajo que desarrolló un proceso grupal favorable, puesto que la proyección que cada uno de ellos tenía en cuanto a su proyecto de práctica no sólo representaba una visión personal si o que asumía una posición institucional y académica enmarcaba en la misión y el plan de acción de la organización y en el cumplimiento de la normatividad vigente en salud.

La formulación del proyecto de práctica inició con diagnóstico de necesidades institucionales y de espacios y áreas donde desde la profesión de trabajo social se pudiera realizar una labor pertinente.

“La idea era “empoderar” en materia de salud, ¿a quienes? no estaba muy claro; por ello se llevaron a cabo diferentes reuniones de trabajo para evaluar la población; para ello se realizaron tres reuniones donde se tuvo en cuenta las características del municipio y la ubicación de los usuarios, dado que este cuenta con una zona rural

amplia y dispersa, por ello en las reuniones se evaluó la viabilidad de cada grupo poblacional y la delimitación del territorio; Sin embargo las circunstancias mostraban varios grupos poblacionales que requería de dicha intervención; el personal médico, los funcionarios del hospital, la asociación de usuarios y los actores comunitarios vinculados al cuidado de la población más vulnerable en salud, la primera infancia. Haciendo énfasis en el Programa SIAU con los usuarios del corregimiento Galicia y con AIEPI enmarcada la intervención a través de los hogares infantiles y sus madres comunitarias.

De esta forma se definió la importancia de trabajar con todos los actores señalados, pero ¿Qué estrategia utilizar para insertar a todos estos actores? Lo anterior porque los antecedentes del trabajo con comunidad en el campo de la salud muestran una saturación de procesos y acciones población vulnerable; sin embargo se realizó un sondeo tanto en el hospital como una prueba piloto en el municipio de Galicia que permitieron determinar el desconocimiento de los programas y servicios por parte de la comunidad (44% de los usuarios encuestados manifestaron este desconocimiento. Estos elementos permitieron definir la focalización de la población.

A continuación se presentan anotaciones referentes a los resultados de los sondeos realizados:

Dentro de los elementos encontrados se tiene que el 80% de los usuarios se encuentra conforme con los servicios de salud, estos son muy escasos con respecto

al conocimiento que poseen de los mismos, ya que no se encontró en el sondeo ninguna persona que tuviese un conocimiento completo con respecto a los derechos y deberes de los usuarios de la salud y tampoco con respecto a los servicios que el hospital debe ofrecer, conllevando a que los usuarios realizan prácticas inadecuadas con respecto a la participación, opinión, consultas, y demás acciones que pueden ejercer para que la institución mejore en la prestación de servicios

Con respecto al sondeo realizado con los funcionarios del Hospital, el cual fue enfocado a la percepción sobre la condición de niño y las enfermedades prevalentes en la primera infancia se encontró que la condición de los niños y niñas es de vulnerabilidad traducido en necesidad de protección y de cuidado por parte de personas o procesos que estén a cargo o en pro del bienestar de los menores. Sin embargo, la atención que se presta a los menores desde el HSB, es cuestionable y lleva a repensar y plantear un plan de mejoramiento, argumentando lo anterior en que las percepciones del servicio evidencian muchos vacíos para llegar a una atención óptima para los infantes frente a cobertura y compromiso por parte de los empleados que prestan los servicios a los niños y niñas usuarios.

Vacíos que desde la percepción de los empleados podrían ser abordados desde la ejecución de campañas de Promoción y Prevención y capacitaciones dirigidas a la población, principalmente a cuidadores, los cuales necesariamente no son los papás, mamás y abuelos sino que son personas o instituciones que permanecen el mayor

tiempo a cargo de un menor que cumplen una función principal de protección al igual velar por su alimentación y educación y por su bienestar general.

Con respecto al SIAU se determinó el *`desconocimiento de los usuarios respecto a los procesos llevados a cabo en la institución`*, de ahí que fue preciso elaborar un plan educativo con respecto a los deberes y derechos de los usuarios de la salud, siendo estos la base para aclarar dudas y solucionar inconvenientes de los cuales los usuarios de Galicia muchas veces no entienden por el desconocimiento de los deberes y derechos.

COMPONENTE PROCESO SOCIO EDUCATIVO

El proceso socio educativo se contempló como la estrategia que permitiera, en empoderar a los actores institucionales y comunitarios vinculados al proceso, es por ello que se hace importante mencionar como se desarrolló en cada intervención, cuáles fueron los logros, las dificultades, las sinergias y puntos de encuentro de las dos intervenciones (SIAU y AIEPI)

DESARROLLO PROCESO SOCIOEDUCATIVO SIAU

En este proceso se pretendió brindar una Capacitación y un fortalecimiento sobre derechos y deberes a la asociación de usuarios de la salud del hospital San Bernabé de Bugalagrande. Dicho proceso se llevó a cabo por medio de técnicas y acciones

realizadas desde el comienzo del plan de intervención las cuales fueron: reuniones, planeación de las estrategias, entrevistas semiestructuradas y abiertas, encuestas, talleres y exposiciones,

Las entrevistas semiestructuradas realizadas aleatoriamente a 8 de los usuarios de la salud veredas altas y bajas, fueron otra técnica empleada, dado que pudieron dar cuenta de la deficiencia existente entre los usuarios de la salud frente al conocimiento de derechos y deberes por parte de ellos.

En lo referente a las encuestas, estas fueron enfocadas sobre el conocimiento de derechos y deberes de los usuarios y demás deficiencias en los usuarios y puestos de salud de la institución, permitiendo descubrir algunas falencias. Dado que los resultados muestra una clara deficiencia en el conocimiento de los derechos y deberes de los usuarios de la salud, ya que aunque el indicador de mayor porcentaje muestra que el 55.6% tiene algún conocimiento sobre sus derechos como usuario de la salud el otro 44.4% menciona que no tenía ningún conocimientos de estos.

Posteriormente, fue necesario realizar una convocatoria a los integrantes de la asociación de usuarios de la institución y a los usuarios del puesto de salud de Galicia, con el propósito de brindar capacitaciones sobre derechos y deberes en salud. Dichas charlas y talleres se llevaron a cabo por medio de exposición magistral precedida por el jefe de área y el practicante de trabajo social.

Balance de las ACTIVIDADES REALIZADAS

Actividad	Nro De Sesiones	Participantes	Nº De Asistentes	Metodología
• Capacitación y fortalecimiento sobre derechos y deberes a la asociación de usuarios. • Capacitación y fortalecimiento sobre derechos y deberes a los usuarios del puesto de salud Galicia	2 Sesiones Una al mes 2 Sesiones Una al mes	• Usuarios De La Vereda Alta • Funcionarios Hsb • Asociación De Usuarios Hsb	•13 •9	La capacitación se llevara a cabo por medio de una exposición magistral e integral sobre derechos y deberes en salud que estará precedida por el jefe de área y el practicante de trabajo social
• Capacitación y fortalecimiento sobre los servicios institucionales, así como los deberes y derechos frente a estos. Funcionarios del HSB	3 sesiones en el mismo día	• Funcionarios Hsb	•11	La capacitación se llevara a cabo por medio de una exposición magistral, integral y concreta de acuerdo a las falencias sobre derechos y deberes según los indicadores de cada área. Y estará precedida por el jefe de área y el practicante de trabajo social

DESARROLLO PROCESO SOCIOEDUCATIVO AIEPI

El proceso socioeducativo que se llevo a cabo en el componente AIEPI involucró a grupos y entes importantes de la comunidad por la labor que desempeñan, como las madres comunitarias de bienestar familiar (tradicionales y FAMI), a los funcionarios del HSB, A las madres líderes del programa más familias en acción y al personal médico.

Dicho proceso, se planteó básicamente sobre las enfermedades prevalentes de la infancia, temas que requieren de un conocimiento básico de la población, con el fin de disminuir los índices de morbi-mortalidad infantil del municipio y mejorar la atención y de direccionamiento hacia los cuidadores

ACTIVIDADES REALIZADAS

De las 13 actividades de capacitacion propuestas en el plan de intervención, se realizaron 11 de ellas, tales como: Maltrato Infantil, IRA y EDA, Dengue Enfermedades Respiratorias Obstructivas y Tuberculosis, Componente comunitario Nutrición, Conversatorio sobre enfermedades que afectan a la primera infancia al que asistieron el personal medico HSB y el grupo comunitario compuesto por madres comunitarias y madres fami.

METODOLOGÍA

Las actividades realizadas en el proceso socioeducativo, se llevaron a cabo mediante la metodología de talleres participativos, donde el objetivo central fue involucrar a los participantes en el proceso y desarrollo de los temas, apoyados en profesionales médicos, quienes aportaban el conocimiento clínico puesto en palabras de la comunidad.

Técnicas Aplicadas:

- Técnica de **“MITO o REALIDAD”**: La cual consistía en que los asistentes planteaban prácticas caseras, costumbres sobre cómo controlar una enfermedad, y el médico en el desarrollo de la temática les decía si era verdad o mentira estas costumbres, explicándoles y reforzándoles sus conocimientos.
- Técnica **“MEMORY TEST”**: Que consistió en que en subgrupos adivinaban dos recuadros del mismo color y se les realizaba una pregunta, una sana competencia donde el tener más puntos de respuestas correctas era el premio de cada una, pregunta que se reforzaba a medida que se desarrollaba el tema pero con una participación constante y amena para el auditorio en una relación horizontal entre los profesionales y la comunidad.
- Técnica de **“LLUVIA DE IDEAS”**: Donde la actividad se desarrolló a partir de lo que el auditorio entendía por los temas a tratar.

A continuación se presenta el análisis que realizó el equipo sistematizador de la experiencia, quienes partiendo de su vivencia y de los elementos recibidos en su formación como trabajadores sociales lograron realizar las siguientes confrontaciones, que representan la producción sistemática de este proceso

ANALISIS DE CONFRONTACIÓN DEL COMPONENTE SOCIOEDUCATIVO

Este análisis se presenta como una síntesis analítica con respecto a la experiencia en este primer componente, para lo cual desde la sistematización y en harás de una reflexión desde la visión de los actores ejecutores de la intervención se retoma como un aporte del proceso para su formación profesional

MOMENTO ANALITICO UNO: “EXPLORANDO NUEVOS SABERES”

Este momento hace referencia a la conceptualización previa para la consolidación del componente formativo de la propuesta inicial donde los profesionales en práctica y sus pares académicos e institucionales se vieron en la tarea de desarrollar procesos de significación, construcción conceptual, retroalimentación y competencias manifiestas.

SIGNIFICACIÓN DE SABERES: La significación de saberes es el producto de la articulación de los conocimientos ofrecidos por el proceso educativo con los intereses personales de quienes participan de la experiencia. El resultado de la

interlocución entre los conocimientos. Estos intereses generan una participación diferenciada, tanto en la intensidad, frente a un tópico determinado, como en la frecuencia, a lo largo del proceso. Su escenario vital son las sesiones de capacitación.

La significación induce la construcción conceptual. Se habla de una participación diferenciada teniendo en cuenta el rol que cumple cada actor dentro de la experiencia; en este caso se puede decir que tanto para el personal médico y los funcionarios de la institución se convierte en una prioridad asistir a los procesos formativos y en segundo grado para el grupo de apoyo comunitario que dicha formación complementa su labor pero no es determinante para poderla realizar.

CONSTRUCCIÓN CONCEPTUAL: La identificación de vacíos en la temática abordada, los aportes vivenciales, la interacción grupal y la confrontación teórica compromete a los actores con la redefinición de conceptos enmarcada en la argumentación colectiva que abra paso a la aproximación conceptual del grupo focal, como producto de esta fase. Esta aproximación dinamiza la retroalimentación.

RETROALIMENTACIÓN: Involucra los conceptos propuestos, los compartidos y los contruidos por docentes, estudiantes y facilitadores y las iniciativas diseñadas como propuestas de expansión. El permanente dialogo entre conceptos e iniciativas reconstruye y resignifica conocimientos y experiencias.

Esta fase se convierte en la oportunidad para la construcción del fundamento teórico de la práctica de cada uno de los participantes, como escenario apropiado para la manifestación pública de las competencias adquiridas y desarrolladas.

COMPETENCIAS MANIFIESTAS: La reflexión sobre la puesta en escena de las vivencias y las temáticas, ya resignificadas las unas y las otras, evidencian la influencia del colectivo y del proceso en la transformación de los participantes frente a las lecturas de la realidad y a las posiciones que frente a ellas asumen. Su escenario vital son los trabajos grupales y los foros de discusión.

COMPONENTE ORIENTACIÓN INSTITUCIONAL

En este proceso se pretendió brindar una Capacitación y fortalecimiento sobre los servicios institucionales, así como los deberes y derechos frente a estos funcionarios del HSB.

De igual forma se brindaron exposiciones magistrales a los usuarios que se acercaron a la oficina SIAU y AIEPI con el propósito de obtener apoyo o prestación de servicios institucionales, por lo tanto fue necesario aprovechar este acercamiento, para fortalecerles en los usuarios el conocimiento sobre derechos y deberes de la salud y presentar a su vez la estrategia de AIEPI.

ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS DE LA ORIENTACIÓN INSTITUCIONAL

En un segundo proceso de orientación institucional las actividades implementadas fueron las capacitaciones y exposiciones magistrales a los usuarios, concebidas como un puente para brindar y llevar la información a otros usuarios de la salud de la institución. En estas exposiciones magistrales se implementaron técnicas como, lluvia de ideas que permitió obtener un imaginario de fortalezas y debilidades, seminarios y conversatorios con usuarios y los integrantes de la oficina SIAU y AIEPI.

ORIENTACION INSTITUCIONAL AIEPI

ACTIVIDADES REALIZADAS

- Construcción de formatos de registro de información de cuidadores.
- Apoyo al programa de “Desayunos Infantiles con Amor Día” de bienestar familiar.
- Construcción protocolos de atención AIEPI
- Construcción flujograma de AIEPI
- Adecuación consultorio de crecimiento y desarrollo
- Apoyo en control y orientación de pacientes que tenían dificultades mientras permanecían en la institución.
- Construcción acta de compromiso para los padres cuidadores que incumplen con los controles y citas de los niños y niñas usuarios del HSB.
- Apoyo semana de la Salud, en el día de salud infantil

ANALISIS DE CONFRONTACIÓN DEL COMPONENTE DE ORIENTACIÓN INSTITUCIONAL

MOMENTO DOS: “APORTANDO...”

Este momento se centra en la construcción de herramientas, bien como propuesta de ayuda inmediata para brindar información pertinente a los usuarios del HBS. A través de la interacción directa con actores se generan espacios para la comunicación, el empoderamiento y la socialización de los programas y de las formas de participación en la institución.

Los cambios en la posición, comprensión, e interpretación de este momento se reflejan en las interacciones posteriores entre los usuarios y la institución, que es como se conocen en esta sistematización a las actividades de aplicación de conocimientos y habilidades, realizadas por los actores en su entorno inmediato, guiadas por sus intereses particulares y respondiendo a sus circunstancias personales y de grupo.

COMPONENTE DE FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL

Este componente se direccionó desde el SIAU al fortalecimiento organizativo en las áreas del Hospital San Bernabé y a la asociación de usuarios. Se inició con la

precisión y actualización de la información frente al marco normativo de participación en salud.

Posteriormente se realizó el Taller sobre fortalecimiento organizativo y de gestión sobre atención al usuario de la salud. Funcionarios HSB con un énfasis en las áreas de directa atención al usuario.

Por último se llevó a cabo una Socialización de seguimiento a procesos: construcción de metas e indicadores de gestión y resultados.

SOBRE EL TRABAJO ESPECIFICO CON LA ASOCIACIÓN DE USUARIOS Y SU FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL

Teniendo en cuenta que al momento de iniciar las prácticas de trabajo social en el hospital San Bernabé de Bugalagrande , los profesionales en práctica contaban un conocimiento netamente teórico sobre lo que se creía seria la intervención, se cambiaron paradigmas cuando se enfrentó esta realidad.

Al inicio del proceso en la primera interacción que se tuvo con la asociación de usuarios se encontró que estaba conformada por un grupo de personas de 28 integrantes que se reunían entre cada 20 y 30 días, las cuales interactuaban entorno

a las dificultades que se tenían en la institución, con el propósito de solucionar dichas dificultades.

Es importante mencionar que la asociación de usuarios tiene un representante por cada vereda y corregimiento de Bugalagrande y en las primeras reuniones a las cuales se asistió se tuvo la percepción de que se hablaba sobre los problemas o dificultades identificadas en cada puesto de salud correspondiente al miembro de la asociación de usuarios y se trataba de dar solución a ellos en un futuro, se tenía la impresión de que la asociación de usuarios era un grupo organizado y estructurado donde se tenía en claro lo que se quería y para donde querían llegar sin embargo la realidad fue diferente.

A medida que transcurrió el proceso de formación se pudo identificar que aunque la organización tenía una estructura y un proceso de funcionamiento habían algunos aspectos de identificación y percepción de problemas que no estaban siendo abarcados correctamente, ya que se veía el problema en aspectos muy generales y no se ubicaban las causas estructurales de los mismos. Por lo tanto fue importante en ese momento de identificación de esa percepción dar una orientación o nuevos enfoques hacia el verdadero origen de las dificultades que se tenían en la organización.

Durante el fortalecimiento organizacional la asociación de usuarios tuvo cambios y evoluciones en cuanto a los aspectos como organización como la frecuencia de reuniones la cual inicialmente se realizaba una vez al mes y con la implementación del proceso se estableció para cada 15 días, se planteó una estructura para la organización y la definición de roles lo que permitió que cada integrante tuviera definida su misión dentro del grupo y se generó a nivel institucional y municipal un reconocimiento para la asociación de usuarios que anteriormente era poco reconocida en su contexto de influencia. Todo lo anterior quedo constatado en las actas de reunión de la asociación de usuarios.

Durante el proceso de practica la asociación de usuarios paso de ser un grupo organizado en pro de la solución de los problemas de una institución a ser un grupo estructurado, organizado enfocado en la promoción y defensa de los derechos y deberes de los usuarios, dirigido comprometido en un proceso de cambio en pro de la solución de dificultades a corto mediano y largo plazo en la institución.

ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS DEL PROCESO

Las estrategias metodológicas en este componente hicieron referencia a los talleres formativos, la asesoría grupal y orientación permanente

PROCESO DE FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DESDE EL COMPONENTE AIEPI

Se planteó la idea de conformar un grupo de gestoras comunitarias en salud, el cual tiene como objetivos darle una proyección a las acciones que se llevan por parte de la institución permitiendo una ampliación en la cobertura en cuestiones de una atención integral en salud humanizada; y Promover prácticas adecuadas en salud, desde la participación de pares.

Propuesta que nace en el transcurso del proceso, donde se vio la oportunidad de darle proyección a los objetivos propuestos en el proceso socioeducativo, donde la idea fue que a través de las gestoras comunitarias replicar la información y educaran a la comunidad sobre las enfermedades prevalentes de la infancia, promoviendo practicas adecuadas en el hogar, ya que el Hospital no tiene cómo llegar e informar a toda la comunidad por su carácter y modo de operar, siendo esto un complemento para el servicio que presta la institución.

ANALISIS DE CONFRONTACIÓN DEL COMPONENTE DE FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL

MOMENTO TRES: “VIVIENDO EXPERIENCIAS”

VIVIENDO EXPERIENCIAS es un momento que involucra los procesos de búsqueda de mejoramientos organizacionales, formulación y reformulación de propuestas y de estructuras, desarrollo de las propuestas y evaluación. Es el momento en el cual se materializa la consolidación de grupos focales, en función de la oportunidad del crecimiento personal y la aplicación de los saberes a propuestas que reflejen los niveles de compromiso.

En la práctica esto se evidenció en la construcción colectiva que se hizo con los grupos focalizados, dado que en cada una de las actividades se aplicaron técnicas (que han sido descritas anteriormente) que permitieron por un lado partir de la expectativa de la población objetivo, en este momento se trae a colación en trabajo realizado en el proceso AIEPI con las madres comunitarias donde ellas en cada sesión realizaban la evaluación de la temática desarrollada y proponían nuevos temas que según su día a día en la relación con los primeros infantes le generaba necesidades de manejos prácticos y conceptuales.

El encadenamiento de estos procesos inicia, como es natural, por la búsqueda, al preguntarse por campos de aplicación de lo aprendido se genera, en algunos casos, un vacío que refleja el desconocimiento de la realidad o la necesidad de clarificar lecturas e interpretaciones. Esto se evidencio en los momentos donde se hacia necesario por parte de los actores presentes generar relaciones que permitieran concebir el proceso como un todo relación médicos y madres comunitarias, relación madres comunitarias y padres de familia.

En gran medida las madres comunitarias se concibieron como el eje central dentro de este proceso dado que tuvieron la responsabilidad de transmitir la información con los niños y los padres de familia y aplicar lo aprendido directamente con la primera infancia

En la medida en que se avanza en la conexión entre la teoría, la realidad y la capacidad de incidir en ella para transformarla surgen las propuestas, que luego se convierten en los propósitos de cambio y mejoramiento.

Cada vez que se tenia un taller se hacia una retroalimentación donde los participantes contaban su experiencia con la aplicación de los temas anteriores. Lo que enriquecía el conocimiento.

Como heteroevaluación se entiende la que hacen sus pares, la de los asesores y de los funcionarios. Es la evaluación desde afuera. Hay que estar preparados para ella, dado que no se controla la forma como el evaluador expresa su concepto. Ni siquiera está condicionado a que comprendan la materia sobre la que se pronuncian. Pero esto no es óbice para que otra persona opine sobre lo que se hace, y menos aún para que de esas observaciones se tomen elementos para enriquecer y mejorar la propuesta. Para la heteroevaluación se contó con la participación del personal medico y los asesores de la practica a nivel institucional y académico.

La coevaluación es el momento en el que, creadas las condiciones de información suficiente, comprensión de las circunstancias y reconocimiento de las institucionalidades, los actores asesores y los evaluados conversan sobre sus apreciaciones. Con respecto a la coevaluación en el proceso se implementaron varias prácticas como la utilización de formatos y las charlas de retroalimentación.

COMPONENTE DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL AIEPI

El proceso de orientación psicosocial, fue un proceso lleno de eventos que dan cuenta la magnitud del problema que se está viviendo en la actualidad, donde la población infantil se ve involucrada cada vez más en situaciones que atentan contra su integridad, y donde además se ve la repercusión de acciones y experiencias que han tenido sus padres.

En el transcurso del proceso de práctica se realizaron 14 eventos, donde en su gran mayoría se remitieron a la comisaria de familia de Bugalagrande, ya que fue allí donde se debía llevar el conducto, la ruta de atención de casos que implicaran la vulneración de un menor de edad, además del apoyo con las orientaciones por parte de psicología, profesional con el que no se cuenta en el Hospital. Eventos tales como:

- Maltrato psicológico y emocional, por parte del padre a dos niñas menores de edad.
- Negligencia por parte de la madre, ya que un niño de 5 años de edad presentó quemadura en su mano derecha ocasionada por una bebida caliente.
- Abandono físico y emocional, de 2 niñas de 7 y 11 años de edad y un joven de 20 años de edad con discapacidad, los cuales permanecían solos en una vivienda en pésimas condiciones, sin comida y sin el cuidado de una persona adulta.
- Violencia familiar, maltrato psicológico por parte del jefe del hogar hacia sus 3 hijos y su esposa, lo que la obligo a abandonar el hogar y desplazarse con sus 3 hijos donde se sintieran seguros, por miedo a que les ocasionara algún daño.
- Abuso sexual a una menor de 5 años de edad por parte de un adulto, donde se intentó iniciar un proceso de orientación familiar con sus padres pero quienes finalmente no siguieron el proceso luego de 2 sesiones.

- Descuido físico por parte de la madre hacia su hijo, justificando ser de bajos recursos, sumándole que es una menor de 15 años de edad.
- Negligencia por parte del abuelo de una menor de 6 años, quien tiene problemas de aprendizaje y de comportamiento, donde el abuelo de la menor se niega a que reciba atención profesional.
- Agresión física a adolescente de 17 años de edad por parte de una adulta en una riña callejera, quien manifiesta haber tenido varios intentos de suicidio motivo por el cual se realiza la remisión a comisaria de familia.

ANALISIS DE CONFRONTACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL

MOMENTO TRES: “COMPARTIENDO VIVENCIAS”

Para el Equipo de Sistematización de este proceso el concepto compartir adquirió como definición la de “valoración que se da a la experiencia a partir de la comprensión del alcance de lo realizado, como referencia para la expresión de la satisfacción y la confianza con la cual se hace referencia a la vivencia”. Esto se vivió en las reuniones de retroalimentación donde las madres compartían sus experiencias y estrategias en la implementación de diferentes temáticas, ello les permitió ampliar el panorama de aprendizaje y multiplicar experiencias favorables.

Este componente es el que generó mayor sensibilidad, pues la vulneración y violación de los derechos de los niños y niñas son temas que generan resentimiento e indignación social y el equipo de profesionales no es ajeno a dicha situación.

PERCEPCIONES DE LOS ACTORES DEL PROCESO

Para presentar las percepciones de los actores participantes en el proceso, se remite a continuación a un relato desde cada una de las categorías de los actores de la siguiente manera:

GRUPO COMUNITARIO AIEPI: para el grupo conformado por las madres comunitarias y madres FAMI, la intervención realizada con ellas fue de gran importancia dado que facilitó el aprendizaje de herramientas viables para el cuidado de la salud de sus infantes, en la primera fase del proceso se mostraron apáticas, sin embargo a medida que se desarrolló el proceso de capacitación - se vuelven propositivas, se observó un cambio de actitud que generó la conformación de un grupo comunitario

PERSONAL MEDICO: se percibio inicialmente como una POBLACION DIFICIL Y REACIA AL PROCESO, SIN EMBARGO no fueron DESCALIFICATIVOS ni lo consideraron COMO INNECESARIO Y AUNQUE PASIVA SU ACTITUD PARTICIPARON. El personal medico manifestó e hizo un RECONOCIMIENTO sobre

la necesidad de BRINDAR UNA MEJOR ATENCIÓN. Se percibió dos perfiles de médicos, los encasillados en el sistema de salud y los que tienen una actitud más de servicio y de buena atención para los usuarios.

El personal médico se vinculó de tal forma en el proceso que participaron en la formación al grupo de apoyo, lo que permitió identificar el empoderamiento para la preparación de los temas y la interacción con los participantes.

Los funcionarios del Hospital San Bernabé fueron más planos en la relación, dado el poco contacto que mantenían con los usuarios, sin embargo en las actividades que fueron vinculados participaron y colaboraron en pro de una mejor dinámica dentro de la institución.

CAPITULO VI REFLEXIONES: LOGROS, CONTRIBUCIONES, APREDIZAJES Y CONCLUSIONES.

El presente capítulo visualiza las reflexiones de la experiencia sistematizada en torno a la identificación de los elementos más relevantes que pueden servir de aportes a otros procesos similares y a la institución en la cual se desarrolló la experiencia.

LOGROS OBTENIDOS SIAU

De acuerdo al proceso implementado en este punto los siguientes son los logros que se alcanzaron correspondientes a dicho proceso

- Se alcanzó el 70% de las actividades propuesta en el plan de intervención
- Se logró capacitar y fortalecer a la asociación de usuarios en el conocimiento sobre derechos y deberes.
- Se logró informar a la asociación de usuarios sobre prestación de servicios en el HSB

- Se pudo fomentar la Capacitación y fortalecimiento sobre los servicios institucionales, así como los deberes y derechos frente a estos a los Funcionarios del HSB.
- Se fomentó la capacitación sobre derechos y deberes como obligación a los usuarios que incurrían en faltas y ausencias en los diferentes servicios institucionales del HSB. Estipulados en el acuerdo 008 de la CRES
- Se alcanzó Capacitar y fortalecer sobre derechos y deberes a los usuarios del puesto de salud de Ceylán así como servicios institucionales.
- Se logró generar talleres y espacios reflexivos sobre fortalecimiento organizativo y de gestión sobre atención al usuario de la salud. Funcionarios HSB.
- Se pudo fomentar la Capacitación y fortalecimiento sobre los servicios institucionales, así como los deberes y derechos frente a estos a los Funcionarios del HSB.
- Se logró dar cumplimiento y manejo sobre atención al usuario de la salud basado en los diferentes artículos, leyes, reglas y acuerdos por los cuales se rige la oficina de SIAU a usuarios y funcionarios del HSB.

- Se logró generar talleres y espacios reflexivos sobre fortalecimiento organizativo y de gestión sobre atención al usuario de la salud. Funcionarios HSB
- Se pudo Socializar y dar seguimiento a procesos, construcción de metas e indicadores de gestión y resultados sobre el plan de intervención HSB
- Se logró dar cumplimiento y manejo sobre atención al usuario de la salud basado en los diferentes artículos, leyes, reglas y acuerdos por los cuales se rige la oficina de SIAU

LOGROS OBTENIDOS AIEPI

- La realización del 85% de las actividades planteadas en la propuesta de intervención.
- Que la población que maneja grupos infantiles se capacitaran sobre los temas de enfermedades prevalentes de la infancia, con capacidad de acción en su prevención y control en el hogar.

- Abordar los cuidados y prácticas adecuadas para la prevención de enfermedades infantiles.
- la capacitación de AIEPI con los funcionarios del Hospital, ya que no había sido posible por las condiciones laborales de la institución.
- Crear la necesidad de capacitar a la población en cuanto a enfermedades y procesos que lleva a cabo el Hospital, saliéndose de una atención limitada de consultorio a interactuar en el contexto comunitario, donde todos están al mismo nivel.
- Generar la propuesta de conformar un grupo de gestoras comunitarias en salud propio del Hospital
- Posicionar el trabajo educativo que se llevó a cabo en el Hospital con la comunidad.

CONCLUSIONES

Intervenir el campo de la salud se constituye en uno de los espacios fundamentales para todo profesional de las ciencias sociales y en especial para los Trabajadores Sociales, puesto que desde su visión de desarrollo humano integral se aporta y se articula al principio de Dignidad Humana que soporta la legitimación de los derechos de las personas .

En este sentido desde la experiencia desarrollada en la ejecución de **“LOS PROCESOS SOCIOEDUCATIVOS, IMPLEMENTADOS DESDE TRABAJO SOCIAL EN EL CAMBIO EN LAS RELACIONES PROFESIONALES DE LA SALUD – USUARIOS, EN LA EXPERIENCIA DE PRÁCTICA EN EL HOSPITAL SAN BERNABÉ E.S.E BUGALAGRANDE”** donde la coordinación y sistematización de este estuvo a cargo de profesionales en práctica de Trabajo Social se puede concluir los siguientes elementos del itinerario puesto en el año 2011

- Durante la implementación de un proceso direccionado a la creación de nuevas áreas en una institución de salud donde se pretende el empoderamiento de los actores, el Trabajador Social se concibe como el agente movilizador del mismo, puesto que su formación integral le permite abordar dicha experiencia a través de un proceso metodológico y secuencial que se articula dentro de su misión como profesional al encaminar su intervención en la búsqueda del Desarrollo Humano Integral, que se sustenta en la consecución de la DIGNIDAD HUMANA.
- Asumir un rol de coordinación de un proceso socioeducativo de expansión y de municipal, le permite al profesional realizar constantemente procesos de retroalimentación, a través de los cuales, este puede fortalecer habilidades y

destrezas desde diferentes ámbitos como el comunitario, institucional, educativo y social validando así la premisa de interdisciplinariedad como una de las mayores fortalezas dentro del perfil profesional de un Trabajador Social.

- Asumir nuevos retos, como la aplicación de una prueba piloto hace que la profesión adquiera un status importante dentro del medio de las ciencias sociales, no sólo en la parte de acción sino también en la parte de creación porque implica el desarrollo y la generación de estrategias innovadoras aplicadas dentro de un territorio específico y con una población determinada a la cual le es indiferente la temática a desarrollar.
- Para un profesional de Trabajo Social es gratificante desarrollar un proceso de construcción colectiva con comunidades y actores institucionales porque facilita su inserción en un medio pedagógico que aporta elementos cognitivos y metodológicos al quehacer profesional y permite el intercambio de estrategias donde este aporta los elementos organizativos y de participación a la comunidad de referencia.
- Dentro del empoderamiento ciudadano, el Trabajador Social cumple una función primordial en el sentido, que es el profesional indicado para realizar una labor de sensibilización y motivación que genere no sólo cambios actitudinales, sino que estos trasciendan a acciones asumidas por los actores sociales encaminadas en una multiplicación de saberes y de impacto local, regional y nacional

BIBLIOGRAFIA

- ✓ Acevedo, O. F. (el 30 de marzo de 2006). Lo psicosocial. Conferencia como invitado a la reunión del grupo de salud mental. En la facultad nacional de salud pública.
- ✓ Alforja, J, O. (1998). "el aporte de la sistematización a la renovación teórico-práctica de los movimientos sociales". 19 pp. Ponencia presentada al seminario latinoamericano sistematización de prácticas de animación sociocultural y participación ciudadana en américa latina. Documento policopiado. Medellín,
- ✓ America.volensarchive.org/img/pdf/61**sistematizacion**.pdf
- ✓ Ayllon. Viaña, M R, una propuesta operativa para sistematizar.
- ✓ Bernler, Gunnar, (1997). Teoría para el trabajo psicosocial. Cuarta edición. Buenos aires. Editorial espacio, 156 p.
- ✓ Canaval, G E. (1999). Propiedades psicométricas para medir la percepción en la escala de empoderamiento comunitario. Universidad del Valle. Colombia medica
- ✓ Corvalan J. (Trimestre 2 de 1997) Los paradigmas de lo social y las concepciones de intervención en la sociedad. En: estudios sociales. N° 92. P 10; citado por Gutiérrez Lina. Sistematización de experiencias de intervención psicosocial en las zonas nororiental y noroccidental de la ciudad de medellín, 2003-2004
- ✓ Coppens.F
módulo 6, curso e-dc. 6.1: sistematización (octubre 2005)programa de especialización en gestión del desarrollo comunitario'/ curn-cicap - estelí, nicaragua. P.14
- ✓ Gonzales r. Esperanza y Duque P Fernando "la elección de juntas administradoras locales de Cali" revista foro 1990

- ✓ http://www.hospitalsanbernabe.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=19&itemid=27
- ✓ La sistematización de experiencias: aspectos teóricos y metodológicos. Entrevista a Oscar Jara
- ✓ Torres Victoria L.P.- miradas sobre la sistematización de experiencias en trabajo social- facultad de humanidades – escuela de trabajo social. Pág. 35.
- ✓ Netto, J. (2002). Nuevos escenarios y prácticas profesionales. Una mirada crítica desde el trabajo social. 1ra edición. Buenos aires: editorial espacio, p 10 – 13; citado por gutiérrez lina. Sistematización de experiencias de intervención psicosocial en las zonas nororiental y noroccidental de la ciudad de medellín, 2003-2004
- ✓ Sales Pérez, p. Conceptos claves en programas psicosociales de salud mental. Programas de atención en crisis y estrés postraumático. En: <http://www.psicosocial.net/index.php2/ag>
- ✓ Unicef, state of the world is children, geneva: unicef; 2003.
- ✓ Estrada Ospina. V.M. Salud y planificación social. ¿políticas en contra de la enfermedad o políticas para la Salud?