

**SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA DE PRÁCTICA ACADÉMICA DE
TRABAJO SOCIAL “TEJIENDO PARTICIPACIÓN EN SALUD: EL PODER DE LA
COMUNIDAD” DESARROLLADO EN EL HOSPITAL HENRY VALENCIA OROZCO
E.S.E EN EL MUNICIPIO DE VERSALLES VALLE, OCTUBRE 2022 - JUNIO 2023.**

DEINIS MONTOYA GIRALDO

LAURA CAMILA MURIEL VINASCO

UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD DE HUMANIDADES

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

SEDE ZARZAL

2023

**SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA DE PRÁCTICA ACADÉMICA DE
TRABAJO SOCIAL “TEJIENDO PARTICIPACIÓN EN SALUD: EL PODER DE LA
COMUNIDAD” DESARROLLADO EN EL HOSPITAL HENRY VALENCIA OROZCO
E.S.E EN EL MUNICIPIO DE VERSALLES VALLE, OCTUBRE 2022 - JUNIO 2023.**

DEINIS MONTOYA GIRALDO

LAURA CAMILA MURIEL VINASCO

Trabajo de grado para optar por el título de Trabajadora Social

Directora de trabajo de grado:

MARY HELLEN BURBANO CERON

UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD DE HUMANIDADES

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

SEDE ZARZAL

2023

AGRADECIMIENTOS

Principalmente me agradezco por haber elegido con tanta emoción estudiar trabajo social, por persistir en la universidad durante estos años, enfrentarme ante el proceso académico con esmero y dedicación, aunque a veces los nervios y miedos lo hiciesen difícil, en este momento doy infinitas gracias a mi persona por haber crecido tanto personal como profesional, ya que la mirada y la forma de enfrentar la sociedad, al otro y a uno mismo cambió totalmente. Ahora me considero un ser sensible, empático, humano con la necesidad de aportar y, aún faltando un recorrido grande, pienso que uno se convierte en un apoyo hasta para uno mismo, motivo suficiente para manifestar la gratitud.

La gratitud que siento se debe fundamentalmente a mi núcleo familiar, porque sin mis padres no hubiese sido posible continuar mis estudios, debido al esfuerzo económico, emocional y físico que requirió acompañarme en la rutina diaria para culminar la carrera profesional, a mis hermanas por ser siempre una fuente de motivación, apoyo y festejó ante los aciertos y desaciertos, muchísimas gracias por estos y miles motivos más.

Sin olvidar la amistad y el amor, agradezco a quienes estuvieron a mi lado estos años brindándome soporte cuando no podía ver más allá del problema, a mis compañeros/as de carrera por acompañarme en el proceso de conocer y aprender otras realidades, a mi pareja por creer en mí, aunque a veces yo no lo hiciera y por recordarme constantemente la gran persona que soy y puedo ser, de corazón muchas gracias.

Finalmente, agradecer a los docentes que en su rol de guías me compartieron sus conocimientos, que con su dedicación y amor dejaron grandes aprendizajes para continuar el camino denominado vida personal, profesional y laboral.

Laura Camila Muriel Vinasco.

Agradezco primeramente a la Deinis de 16 años de edad, que durante todo el proceso dió lo mejor de sí misma, aceptando y enfrentando cada uno de los retos que se presentaron, confiando en cada paso que finalmente me formaría como profesional y como persona. Agradezco por la sensibilidad que en algún momento consideré un punto débil pero que hoy reconozco como mi mayor poder, porque he podido reflexionar y comprender las distintas realidades, además, de despertar en mí el deseo de lucha frente a las injusticias sociales. Hoy, me reconozco como una mujer fuerte, inteligente, capaz y cada día más consciente del porqué la vida decidió que estuviera en esta carrera.

Infinitas gracias a mis padres, quienes nunca dejaron de confiar en mí, gracias por educarme como mejor pudieron, primando el amor e incluyendo la empatía con el otro y conmigo misma. Sólo me queda dar gracias por su esfuerzo, trabajo, comprensión frente a mi proceso y mis necesidades académicas, por su disposición para aprender junto a mí sobre las problemáticas sociales y crear mayor conciencia en nuestra familia, rompiendo algunos patrones para generaciones próximas.

Agradecimiento a mi hermana por estar presente en el proceso, por ayudarme cuando más lo necesité y estar dispuesta a escucharme, gracias por crecer juntas durante estos 5 años, reflexionando ante situaciones que se nos han presentado, partiendo desde la unión como hermanas y mujeres.

Finalmente, agradezco a mis compañeras y compañeros, quienes son una gran red de apoyo en este proceso, desde lo académico y lo emocional, regalándome momentos que siempre llevaré en mí y donde aprendí de cada uno, igualmente, gratitud con mis profesoras, quienes compartieron sus conocimientos, experiencias y vivencias, siendo un ejemplo para la mujer que soy y en la que quiero convertirme.

Deinis Montoya Giraldo

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO I. JUSTIFICACIÓN DE LA EXPERIENCIA A SISTEMATIZAR	8
1.1 Descripción de la experiencia.	8
1.2 Eje central de la Sistematización de Experiencia	11
1.3 Importancia de sistematizar la experiencia elegida	11
1.4 Antecedentes de la sistematización de experiencia.	13
1.5 Objetivos	25
1.5.1 Objetivo general	25
1.5.2 Objetivos específicos	25
CAPÍTULO II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA	26
2.1 Conceptualización de la sistematización de experiencias	26
2.2 Método	28
2.3 Técnicas y fuentes de información	30
CAPÍTULO III. MARCO DE REFERENCIA CONTEXTUAL	33
CAPÍTULO IV. MARCO DE REFERENCIA TEÓRICO CONCEPTUAL	40
CAPÍTULO V. ACCIONES IMPLEMENTADAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD	52
5. 1 Resultados obtenidos en las acciones implementadas para la promoción de la participación comunitaria en salud	59
5.1.1 Sobre el desarrollo de las actividades realizadas	59
5.2 Resultados no planeados producto de las acciones para la promoción de la participación comunitaria en salud	69

5.3 Facilitadores de las acciones implementadas para la promoción de la participación comunitaria en salud	77
5.4 Obstaculizadores de las acciones implementadas para la promoción de la participación comunitaria en salud	81
CAPÍTULO VI. APORTES GENERADOS POR LA PRÁCTICA ACADÉMICA DE TRABAJO SOCIAL QUE RECONOCEN LOS FUNCIONARIOS QUE PARTICIPARON EN LAS ACCIONES DESARROLLADAS	87
6.1 Aportes de carácter cognitivo reconocidos por los funcionarios	88
6.2 Aportes al ámbito laboral en los funcionarios	93
6.3 Aportes al ámbito personal de los funcionarios	96
CAPÍTULO VII. SABERES DE ACCIÓN ADQUIRIDOS DURANTE EL PROCESO DE INTERVENCIÓN ORIENTADO AL FORTALECIMIENTO DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD AL INTERIOR DEL HOSPITAL HENRY VALENCIA OROZCO E.S.E.	100
7.1 Saber hacer y conocer: Aprendizajes surgidos en la acción	102
7.2 Saber ser: Una mirada a la dimensión subjetiva, a las emociones y al crecimiento profesional y personal	109
CAPÍTULO VIII. CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA	113
Referencias bibliográficas	118

INTRODUCCIÓN

Esta sistematización de experiencia, retoma el proceso de práctica académica de trabajo social desarrollado en el municipio de Versalles Valle del Cauca, más concretamente, al interior del Hospital Henry Valencia Orozco Empresa Social del Estado durante el periodo comprendido entre octubre 2022 y junio 2023.

Partiendo de reconocer al Hospital como la única entidad que presta el servicio de salud y, además, que se ha destacado por liderar procesos de participación comunitaria en el municipio de Versalles, por ende, se tuvo como objetivo principal sistematizar las contribuciones generadas por la implementación de acciones para la promoción de la participación comunitaria en salud, en donde fue crucial la reconstrucción de las acciones que se implementaron en aquel periodo, paralelamente, identificar desde la perspectiva de los funcionarios los aportes generados a partir de su participación en cada una de las actividades, por último, reconocer los saberes de acción que hemos adquirido, todo ello con el fin de hacer un proceso de reflexión para potenciar próximas intervenciones.

Contemplando lo anterior, esta sistematización está constituida por ocho capítulos, los cuales permiten mayor acercamiento con la experiencia vivida, al mismo tiempo, refleja la importancia de reconstruir el proceso de práctica académica. En ese sentido, el capítulo I deja en evidencia aquellos aspectos generales que posibilitaron dar sustento y mostrar la pertinencia de la experiencia como fuente de conocimiento, seguidamente, en el capítulo II se presenta la estrategia metodológica con el objeto de darle un orden lógico a los momentos de la experiencia, es así como se presenta la conceptualización, el método y las técnicas para la recolección de la información.

En esta misma línea, en el capítulo III se quiere contextualizar al lector, permitir que se

ubique en espacio y tiempo, para así leer esta sistematización de experiencia de cara a la realidad del territorio, las condiciones de la institución y el proceso que ha vivido en el transcurso de su historia; paralelamente, en el capítulo IV se dan a conocer las bases teóricas que fundamentan esta sistematización, para así comprender desde qué visión y perspectivas se está interpretando la experiencia.

El capítulo V corresponde al proceso de descripción e interpretación crítica de las acciones implementadas, en donde se incluye una breve descripción sobre las acciones, después, se exponen los resultados planeados y no planeados con los respectivos facilitadores y obstaculizadores, posteriormente, en el capítulo VI, se presentan los aportes que reconocen los funcionarios con base en el proceso y por último, el capítulo VII se dedica al reconocimiento de los saberes que obtuvimos, todo ello, partiendo de la voz de los actores en diálogo con la teoría y en contraste con nuestra reflexión.

Finalmente, en lo concerniente al capítulo VIII, se ubican las conclusiones y recomendaciones con el fin de mostrar de manera sintetizada los aspectos relevantes a la hora de comprender la experiencia de intervenir en procesos de participación comunitaria, específicamente, en el campo de la salud, con la intención de fortalecer tanto la academia como a la comunidad involucrada.

CAPÍTULO I. JUSTIFICACIÓN DE LA EXPERIENCIA A SISTEMATIZAR

1.1 Descripción de la experiencia.

La presente sistematización de experiencias se realizó en retrospectiva, alrededor de nuestra práctica académica 2022-2023, la cual se desarrolló en el Hospital Henry Valencia Orozco E.S.E del municipio de Versalles Valle del Cauca, dicha institución se encarga de prestar el servicio público de la salud, fue creada en el año 1953 siendo clasificada como de primer nivel, cabe mencionar que la institución tiene sus cimientos con el apoyo de la comunidad, pues para su consolidación se generaron procesos de participación comunitaria, ya que surge como iniciativa del pueblo frente a la necesidad sanitaria que era sentida, por ende, históricamente ha cumplido un rol protagónico en el municipio, pues:

Es por eso que en la búsqueda de un mejor bienestar para la comunidad se plantearon los reconocidos “talleres de Salud Mental que se iniciaron con la Secretaría de Salud del Valle en 1989 y de ahí para adelante a través de las instituciones se creó en el Municipio el Comité de Participación Comunitaria. (Acevedo y Ortiz, 2019, p. 50)

En dichos talleres de salud mental, el Hospital fue parte importante, pues con sus profesionales y equipo de trabajo propiciaron los espacios con el fin de fomentar el bienestar por medio de la participación comunitaria, contando con el apoyo de líderes sociales del municipio de Versalles Valle del Cauca, incluyendo al médico Henry Valencia Orozco quien contó con gran reconocimiento por su labor, siendo actualmente llamada la institución con su nombre.

Cabe mencionar que en dicha institución se han realizado anteriormente prácticas académicas de trabajo social, específicamente, en el año 2019-2020, en donde a causa de la coyuntura por el COVID-19, se fortaleció el Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU) para la población usuaria, permitiendo un acercamiento desde la modalidad virtual con

la comunidad con el fin de mejorar la calidad de la prestación del servicio en salud, más concretamente, se propiciaron espacios informativos frente a los procesos que desarrollaron en la institución, por ejemplo, el portafolio de servicios, los programas de promoción y prevención, los derechos y deberes del afiliado, consultante y paciente, entre otros (Sánchez y Viafara, 2022).

Continuamente, la práctica ejecutada en el año 2021-2022, se centró en reactivar un proceso de participación comunitaria en salud, que hiciera posible un mayor acercamiento de la institución con las personas del municipio, esto debido al tiempo de la pandemia, las consecuencias del confinamiento, entre otros aspectos. En ese sentido, se conformaron dos grupos de líderes, uno de ellos correspondió a la zona urbana y, el otro al corregimiento El Balsal ubicado en la zona rural del municipio de Versalles Valle del Cauca, con quienes se trabajaron temas de interés comunitario, estos en torno a la prevención y promoción en salud, cabe resaltar que el cronograma para llevar a cabo los talleres educativos fue construido de manera conjunta, contemplando la participación con toda la comunidad (Orjuela y Salazar, 2022).

Debe señalarse que, la presente sistematización de experiencias se centra en recuperar el proceso de práctica académica que desarrollamos durante el año 2022-2023 en el Hospital Henry Valencia Orozco E.S.E, esta se focalizó por demanda institucional en dar continuidad al tema de la participación comunitaria en salud a través del fortalecimiento en la implementación de la Política Pública de Participación Social en Salud Resolución 2063 del 2017, específicamente, el eje 1 “Fortalecimiento institucional” que se desarrolló con los funcionarios de dicha institución, con el fin de capacitar e informar a nivel interno aspectos fundamentales acerca de la participación en salud, lo cual resultaba esencial para implementarla a nivel externo, es decir, con la comunidad; por otra parte, se trabajó con el eje 2 “Empoderamiento a la ciudadanía y las organizaciones sociales”, apostándole a la creación de espacios educativos

dentro de la institución con el propósito de generar cercanía e involucramiento entre funcionarios y usuarios (Ministerio de Salud y Protección Social [Minsalud], 2019).

En este escenario, trabajamos los planteamientos de la Política Nacional de Humanización como herramienta clave para potenciar la calidad de la atención en salud, generando reflexión en los funcionarios que prestan el servicio de salud y los usuarios quienes cumplen un rol fundamental en dicha política, pues cuenta con valores tales como dignidad y respeto, libertad y responsabilidad, equidad, solidaridad y participación social, en donde esta última se centra en:

Los grupos humanos se enriquecen con los aportes que emanan del diálogo de saberes, de la transferencia de conocimientos y de la socialización de experiencias, lo cual conduce a la construcción conjunta de nuevos conocimientos, al empoderamiento sustentado en la información, a la formulación conjunta de acciones, a el entendimiento frente a diferentes realidades y al seguimiento en la disminución de brechas. (Ministerio de Salud y Protección Social [Minsalud], 2020, p.90)

En esta misma línea, fue notoria la relación entre ambas políticas, por lo que, son complementarias, en este sentido, para fines de esta sistematización de experiencias es importante dicha Política Nacional de Humanización en cuanto identifica la necesidad de reproducir una cultura en donde se reconozca el ser humano desde sus diversas dimensiones, primando su salud individual y comunitaria, del mismo modo, promoviendo el compromiso, la calidad y confianza entre los actores estatales, institucionales y comunitarios (Ministerio de Salud y Protección Social [Minsalud], 2020).

En función de lo planteado, para todo ello hicimos uso de las TIC's con el fin de llegar a un mayor número de personas mediante transmisiones radiales y live en Facebook creando un

programa llamado “Versalles saludable” en donde trabajamos temas de interés comunitario en salud acompañado de profesionales del Hospital expertos en los mismos.

Finalmente, lo que queremos en esta sistematización de experiencias es rescatar aquellos aprendizajes del proceso, vivencias y las diversas características que se presentaron en el proceso con el fin de comprender, interpretar y realizar una introspección acerca de nuestro desenvolvimiento durante estos meses dentro de la institución y las contribuciones generadas mediante las acciones orientadas a la participación comunitaria y humanización en salud.

1.2 Eje central de la Sistematización de Experiencia

Contribuciones generadas por la implementación de acciones para la promoción de la participación comunitaria en salud que reconocen los participantes y las estudiantes de trabajo social en el marco de la práctica académica desarrollada en el Hospital Henry Valencia Orozco E.S.E del municipio de Versalles Valle del Cauca entre los años 2022-2023.

1.3 Importancia de sistematizar la experiencia elegida

La sistematización de experiencias está enfocada en el proceso de práctica académica que considera la participación comunitaria, ámbito que favorece al trabajo social debido a que la creación y fortalecimiento de mecanismos de participación para gerenciar necesidades de las comunidades responde a las problemáticas sociales como la fragmentación y la polarización existente, de este modo, se potencian las herramientas con las que cuentan los actores, específicamente, los funcionarios de la institución para dar solución a sus problemas comunes, asimismo, con el producto de la sistematización se produce conocimiento de la experiencia para que se reconozca la labor educativa de la profesión en intervenciones comunitarias.

En concordancia, como estudiantes de trabajo social, se hace posible la interpretación y observación detallada de las acciones, de igual manera, otorga un insumo para que las próximas

experiencias continúen el proceso contando con un documento que permita un mejor acercamiento y conocimiento de la institución y comunidad, para con ello reconocer las recomendaciones como una forma de fortalecer los procesos, del mismo modo, con dicha sistematización de experiencias se aporta a la documentación generada por las ciencias sociales y la profesión desde la propia experiencia de los procesos, permitiendo la visibilidad de lo local, de lo específico.

Analógicamente, la importancia de esta sistematización de experiencias de práctica académica se orienta hacia el interés por considerar los aspectos que deben mejorarse y/o potencializarse con el fin de lograr una mayor introspección sobre el desenvolvimiento profesional, al igual que, identificar aquellos aportes que generan este tipo de procesos y así conocer qué tan oportunas están siendo las estrategias implementadas, analizando el desempeño de las acciones desarrolladas dentro de la institución, para mostrar desde un balance crítico, lo que implica intervenir desde una mirada participativa y humanizadora en el campo de la salud, asimismo, que permita a profesionales colegas de Trabajo Social repensar las formas de hacer en sus intervenciones, sin olvidar lo significativo del proceso.

Finalmente, es fundamental para la comunidad porque permite al momento de socializar el producto final reconocer que los aportes obtenidos durante el proceso de promoción para la participación en salud, trató de resaltar el valor que tiene el ejercicio práctico, subjetivo y autónomo de cada sujeto en el aprendizaje, por ello, aunque estuvieron presentes durante el desarrollo de las actividades algunos datos teóricos e informativos, no se consideró por sí solo como parte esencial, debido a que colocaba a los sujetos en una posición receptiva, cuando lo que se busca es darle un rol activo a los participantes, en ese sentido, se complementó con una fase lúdica para el reconocimiento de la realidad y la acción misma sobre su cotidianidad.

Con lo mencionado, es primordial rescatar las contribuciones para la academia, pero también, para la comunidad porque a partir de allí se logra visualizar el trasegar de la experiencia y la influencia de las acciones implementadas para la promoción de la participación comunitaria en salud, en funcionarios del Hospital y la comunidad usuaria.

1.4 Antecedentes de la sistematización de experiencia.

Este apartado tiene como objetivo mostrar un panorama más amplio acerca de los estudios que se han realizado en el ámbito de la participación comunitaria, teniendo en cuenta que a través de esta se logra exigir al Estado el cumplimiento de los derechos humanos, especialmente, el de la salud que resulta de interés en este trabajo, de tal manera, esta revisión documental gira en torno a los siguiente grupos de estudios que se enmarcan en el tema de la participación comunitaria en salud: ambigüedad terminológica sobre la participación comunitaria en salud, mercantilización en salud, modelo de desarrollo vigente y modos de vida alternativos, limitantes y facilitadores de la participación comunitaria, por último, educación de líderes en salud. A continuación, se presenta un resumen acerca de los resultados de las investigaciones y sistematizaciones de experiencias revisadas para enriquecer los conocimientos acerca del tema central de estudio.

Para comenzar, en dicho rastreo se evidenció que diversos autores consideran esencial resaltar el desconocimiento acerca del término “participación comunitaria”, generando así una ambigüedad en la terminología sobre participación comunitaria en salud, en este sentido, la participación en salud no debería ser rígida porque el recorrido histórico que ha tenido y los diferentes cambios en el enfoque aunque han dificultado una conceptualización concreta, brindan muchas posibilidades de abordaje, por ello Blandón y Jaramillo (2018), cuestionan que la participación se centre solo desde la experiencia de participación más tardía que enfrenta el abandono estatal y las reformas, porque se ha convertido en una visión muy idealizada o

simplista ante una realidad complicada, diferenciada y llena de sentidos particulares que realmente importan al momento de participar en salud, por ende, el fin de estos procesos corresponden a una mirada holística donde lo principal sean los actores, aspectos acordes al contexto o las interacciones que se desarrollan.

En esta línea, para Bang (2011), el significado de la participación comunitaria se torna como una dimensión que no puede faltar en las diferentes políticas y programas, provocando un uso excesivo del término sin ninguna relación aparente con su noción de mecanismo para la acción social que implementan las comunidades, provocando una idea de participación homogénea, desmeritando su sentido heterogéneo y diverso, debido a los diferentes contextos y transformaciones en los que emerge, de tal forma se establece una confusión.

Según el estudio realizado por Hervás (2010), las instituciones y las personas tienden a confundir participación comunitaria con actividades sanitarias, pues consideran que las campañas, programas, consultas e información, son participación comunitaria pero la realidad es que no, porque son las instituciones quienes proponen, lideran, determinan necesidades, toman decisiones, brindan soluciones y evalúan, contando con la comunidad sólo para la asistencia a estas con el fin de cumplir con los requisitos, impidiendo que sea una participación deliberada.

Algo semejante ocurre con Ayala y Shishido (2021), quienes afirman que la participación comunitaria en salud desde la percepción de las agentes comunitarias en Callao-Perú, está directamente relacionada con la asistencia de la población a campañas de salud, asimismo, desde su visión el empoderamiento de sí mismas es sinónimo de obtener información sobre la salud para hacer seguimiento de los casos presentes en la comunidad y evaluar que estén llevando a cabo el debido tratamiento, resaltando su dedicación y disposición al servicio comunitario, sin embargo, ello muestra el componente asistencialista que poseen desde sus

liderazgos y accionar generando un rol pasivo en la comunidad sin una toma de decisiones, de tal manera, ello es considerado como una pseudoparticipación.

Desde otra postura, Pardo et al. (2018), manifiestan que la diversidad de concepciones que tienen las comunidades sobre la salud, está mediada por la cultura, experiencias, costumbres y roles, ello en el contexto del litoral Pacífico colombiano, concretamente, Buenaventura Valle del Cauca, en donde hay diversidad intercultural (mestizos, afro descendientes e indígenas), se distinguió que la comunidad en general de la comuna 3, considera que salud es sinónimo de contar con la posibilidad de realizar las acciones del día a día, asimismo, se relaciona con obtener un entorno saludable y paz mental, por otro lado, la comunidad afro descendiente, vincula directamente el bienestar físico con el emocional, de igual modo, establecen que las acciones colectivas fortalecen la salud, con respecto a la comunidad indígena se recalca la importancia del equilibrio y armonía espiritual.

En razón de los casos anteriores, es común que depositen en las mujeres la responsabilidad de la salud o cuidado de todos como lideresas del hogar, pues es visto como un deber, igualmente, coinciden en identificar que en la salud interfieren diversos factores sociales, económicos, culturales y políticos, ya que en muchas ocasiones la salud no es prioridad porque hay que satisfacer otras necesidades básicas, por consiguiente, los autores plantean que lo esencial es emplear y brindar el servicio de la salud desde una visión contextualizada e integral, teniendo en cuenta las especificidades y diversidad cultural.

En concordancia con Ruiz (2016), en su investigación se preocupa por cómo se contribuye a la democracia local desde la participación en pro de la salud integral, por ello menciona que ha existido una idea generalizada para comprender esa implicación de las personas como receptores de información sin ningún tipo de empoderamiento, pues desde la postura del personal de la salud hay una limitada posibilidad de estimular la participación, por

este motivo, está la necesidad de ocasionar una habilitación ciudadana, que implica un cambio en la percepción para el reconocimiento del derecho a deliberar en la salud pública, consecutivamente, comenta que el trabajo social tiene responsabilidad en esa promoción en salud para un ejercicio de democracia real, no solo en la práctica sino desde lo que se imparte en la academia, especialmente, en el sector salud porque existe mucho desconocimiento al momento de intervenir, sin embargo, sigue siendo una profesión que incide en la generación de espacios que involucran a las personas de manera voluntaria.

Básicamente, se trata de conservar la integralidad y buscar alternativas para generar cambios en la actitud, atención y sentido de pertenencia que tienen los servidores públicos de la salud con el territorio, esto cuando reclaman a la comunidad cambios y compromiso pero no reconocen las visiones, ideales, experiencias y habilidades propias del territorio al momento del actuar profesional.

De acuerdo con lo anterior, las ambigüedades conceptuales y dinámicas en las que no se tiene en cuenta a la comunidad desde un rol de participación activa, se debe también a la mercantilización de la salud, pues como lo menciona Martín et al. (2006), con la implementación del neoliberalismo se le considera al paciente como cliente, al igual que, su bienestar como un negocio, debido a que se ha medicalizado la vida con la lógica del mercado, asimismo se ha debilitado el sistema de salud público con la ineficiencia del servicio y la falta de ese sentimiento de propiedad y pertenencia frente a lo público, lo que ocasiona una disminución en la participación comunitaria, por ende, se le apuesta a fortalecer las instancias de participación, definir el papel de los ciudadanos como “coproductores de salud”, teniendo en cuenta la perspectiva de género, al igual que, la potenciación de la administración y políticas públicas.

Por otro lado, se destaca desde lo expuesto por Pazo (2020), que, aunque se han creado distintas reformas desde lo normativo para la participación social en salud no se avanza, porque el modelo económico vigente se ha posicionado como un obstáculo para la toma de decisiones e implicación de la población, por ello, si se sigue entendiendo la salud desde una visión de acumulación del capital por intereses particulares la garantía del bienestar social no será posible.

Al respecto, en Arango et al. (2004), la participación comunitaria es vista desde el contexto de un municipio de Antioquia donde a través de funcionarios públicos y actores sociales comprometidos se busca comprender el estado en el que se encuentra la salud como derecho a la vida, de esta manera, ubican de fondo varias incoherencias en torno a los requisitos estatales para participar en salud, entre ellas, las transformaciones en el sistema de salud como empresa social del Estado y como atención de carácter privado que termina debilitando la participación debido a la focalización, por lo tanto, el reclamo de la comunidad en esta investigación se enfoca en la apertura de espacios novedosos donde las instancias tradicionales para ejercer el poder en salud no sean las mismas, determinando como finalidad la descentralización de lo político y administrativo, para que los mismos actores se involucren en espacios donde se formulan propuestas y, así puedan apostar a aspectos relacionados con la planeación para la ejecución de un servicio de salud más beneficioso para el ciudadano.

En ese sentido, las percepciones mercantilizadas de la salud se relacionan con el modelo de desarrollo, en palabras de Quispe et al. (2018), la participación y el desarrollo van de la mano, en este caso las zonas rurales funcionan como el espacio en el que los actores locales promueven el progreso a partir de los servicios y acciones que realizan, como la planificación y ejecución de proyectos que buscan el bienestar común, ya que las personas se empoderan creando liderazgos y fortaleciendo las identidades territoriales, del mismo modo, identifican las problemáticas y les

dan una solución, puesto que se conjugan demandas e intereses, pero todo ello va a depender del modelo de desarrollo, ideas, sueños, anhelos, entre otros, que tenga cada comunidad y al tipo de sociedad que le apuesta, por ejemplo, cuando prima la acumulación desde posturas individualistas se niega el derecho eficiente a la salud, por otro lado, otras comunidades con el fin de generar formas de garantizar el bienestar colectivo, se orientan por nuevos escenarios alternativos como el buen vivir/vivir bien.

Penagos y Arrivillaga (2021), desde un estudio cualitativo al programa de Promotores de Salud Comunitaria Indígena (PSC-I) inscrito en el municipio y resguardo de Jambaló Colombia y, desde la voz de algunos integrantes y líderes del proceso, postulan el cuidado a la salud desde una mirada intercultural, motivo por el cual hay cosmovisiones donde la vida, el bienestar y la enfermedad se asisten de formas diferentes, lo que quiere decir que no solo se abarca lo fisiopatológico, sino que también los saberes ancestrales de las comunidades, forjando la participación comunitaria desde lo propio.

En consecuencia, una propuesta y modelo alternativo de participación para la salud tal como lo plantea Ruiz (2005), debería posicionar a la población desde lo individual y colectivo en la toma de conciencia para lograr autonomía y responsabilidad con lo social, por ende, reconoce que la sociedad en conjunto es la clave para hacerse cargo de un desarrollo capaz de contradecir el sistema actual y, más allá, tener la posibilidad de observar las dinámicas comunitarias autóctonas como base para que se reproduzca la salud.

De manera similar, Carrillo y López (2014), proponen la reivindicación de la dinámica cultural de las comunidades al momento de ejercer la participación social en salud, lo cual es necesario si se comprende la situación actual, en donde cada una de las acciones dirigidas a una atención más colectiva se sigue observando desde una mirada de la salud como capital, sin contemplar la importancia de las dinámicas culturales del territorio, tales como “el lenguaje, la

educación, la socialización primaria en la familia, el etnocentrismo, las relaciones de poder o el género” (Carrillo y López, 2014, p.148), las cuales permean la cotidianidad y la llenan de significados indispensables a la hora de generar procesos de participación.

Este conjunto de estudios que giran en torno a la participación comunitaria en salud y la implementación de la Atención Primaria en Salud (APS), refieren a que llevarla a cabo implica limitantes y facilitadores, por ejemplo, Moreno (2020), en su trabajo alude a que un beneficio a partir de las reformas que giran en torno a la salud se implementó el enfoque de APS, este como una manera de primar los procesos de participación, ya que al involucrar a la comunidad la respuesta ante las necesidades sanitarias sería más oportuna, sin embargo, desde una mirada al contexto del municipio de Quibdó en el departamento de Chocó Colombia, identifica como limitante el desconocimiento frente a la APS.

Dicho desconocimiento, se evidencia como una dificultad en el relacionamiento entre el personal de la salud y la comunidad, debido a que suelen presentarse juicios en razón de quién posee el conocimiento y quién es un receptor de este, por consiguiente, Moreno (2020), comprendió a través de una prueba piloto que ejecutar acciones en participación comunitaria da resultados certeros para combatir las inequidades en el servicio de la salud, por lo tanto, para combatir los limitantes se necesita contribuir al fortalecimiento de relación Hospital - comunidad para romper nociones que restringen el mayor involucramiento de la comunidad.

Lo que respecta a la investigación realizada por Delgado y Vázquez (2006), enfocada en la política de participación social en Colombia, por un lado, se establecieron limitantes como la falta de conocimiento, compromiso, organización y cohesión por parte de la comunidad, asimismo, las instituciones no generan los espacios para esta, por el contrario, tienen actitudes apáticas, falta de credibilidad por la ineficiencia del servicio, la dificultad para la implementación de la normativa y la desigualdad de poder institución-individuo y la limitada

capacitación al personal, destacando que muchos de estos aspectos no los reconocen las instituciones.

Por otro lado, los facilitadores en algunas instituciones se enmarcan dentro de la información a la comunidad sobre derechos humanos para exigir su cumplimiento, además, la capacidad de logro de los sujetos, la organización, el conocimiento de los mecanismos de participación, el fortalecimiento del talento humano y la descentralización de poderes.

En este orden de ideas, es notable que Pineda (2014), se posiciona desde los facilitadores y beneficios, razón por la que su análisis se centra en la implementación efectiva de la participación desde ciertas dependencias, específicamente, dice que el acceso a la información, una mirada de arriba-abajo desde lo local, el empoderamiento, participación espontánea y autónoma, la representatividad y el compromiso depende de la población, mientras que la disponibilidad de recursos, estrategias de información y educación, trabajos desde la perspectiva de la comunidad y construcción de relaciones, al igual que la capacidad de asociación con la población depende es de los proveedores de salud, por lo tanto, cuando estos dos se conjugan los facilitadores resultan en liderazgo, confianza y sostenibilidad de las estrategias de participación, llegando así a los facilitadores políticos, sociales y culturales que son los que requieren del entorno, conjuntamente, establece que los beneficios de una participación adecuada dará como resultado mayor control, capacidad de la toma de decisiones, incremento de la calidad, accesibilidad y aceptabilidad generando impacto en el servicio de salud.

Desde otra mirada, Agudelo y Daza (2021), se ubican a partir de los obstaculizadores que se presentan en la participación social en salud, concretamente en Pereira y Dosquebradas, Colombia, visibilizando la percepción de los actores, quienes manifiestan que el sistema de salud está en crisis a causa de los diversos factores estructurales, teniendo en cuenta la complejidad para acceder al servicio y a los diversos tratamientos, la sobrecarga laboral por escasez de

recursos, entre otros, por lo cual, las personas acuden al sistema judicial para exigir sus derechos, pero en la mayoría de los casos también cuentan con insuficiencias.

En esta línea, expresan que existe debilidad en la intersectorialidad, pues, hay desarticulación entre las instituciones, comunidades y cambios de las administraciones municipales, estas últimas implican en la mayoría de ocasiones casos de politiquería en donde por la ausencia de financiación se recurre a los “amigos políticos” promoviendo así la corrupción y el clientelismo, de tal manera, dicha participación es vista desde las instituciones como un deber a nivel legal al cual deben de rendir cuentas, por ende, cuando se acercan a la población lo hacen de manera descontextualizada, con lenguaje técnico y desde una percepción de estos como receptores de información.

En correspondencia, Bula et al. (2013), afirman que una gran dificultad de la participación comunitaria en salud en Colombia es que no cumple un rol activo, pues, se enfoca en lo superficial y no realmente en una incidencia en la toma de decisiones sobre la misma, igualmente, posee un componente político clientelista en el cual priman los intereses individuales, asimismo, un componente organizativo y formativo débil, porque por motivos materiales, de acceso a recursos, dificultades en la obtención de conocimiento e información, no logra darse un óptimo desarrollo de la participación comunitaria en salud.

En esta dirección, se proponen como potencializadores brindar capacitación de calidad a dirigentes sociales y comunitarios sobre salud pública, al igual que, incluir en dicha formación a niños y jóvenes para que se empoderen de la salud propia, familiar y colectiva, conjuntamente, desde la academia otorgar un papel esencial a las comunidades para la generación de conocimiento, de la mano de medios de comunicación que difundan datos y noticias sobre la salud que permitan que la comunidad participe, igualmente, se plantea articular la red de

controladores con el fin de evidenciar actos de corrupción en este derecho, por último, se debe de implementar el presupuesto participativo en la salud pública.

De acuerdo con lo anterior, para Castrillo (2012), se contempla que en la participación comunitaria en salud uno de los factores que permite su desarrollo son las redes, ya que estas incentivan a las personas a participar, asimismo, dentro de ellas se encuentran las personales, institucionales, colectivas y transversales; las primeras orientadas a las relaciones interpersonales que se generan a través de las experiencias compartidas, las segundas, acordes a los vínculos que se forman entre las entidades al momento de establecer actividades, programas, recursos, entre otros, para la población, las redes colectivas son las que se establecen entre grupos de personas como asociaciones, Organizaciones No Gubernamentales (ONG's), etc.

Por último, están las redes transversales, que se dan en actividades que van en pro de la inclusión social, paralelamente, existen unas redes que en ocasiones suelen ser dominantes porque se asocian con lo impositivo de lo institucional y lo jerárquico en el área de la salud, forma relacional que puede llegar a generar represión, por otro lado, reconoce que también hay una forma de red que se orienta a lo emancipador y no en lo coercitivo, por tanto se convierte en un mecanismo facilitador para la gestión, el control y la evaluación de la atención de la salud.

En función de lo previo, cabe mencionar que Amorim et al. (2015) indaga en los límites y potencialidades de la participación popular dentro de consejos locales de salud en Santa Catarina Brasil, ello de acuerdo a la teoría de Paulo Freire, pues el ideal de fondo era reorganizar la atención primaria en salud con un enfoque comunitario y familiar que permitiera mayor responsabilidad para supervisar y deliberar en políticas de la salud, por esta causa, estos consejos de la salud se asumen como espacios de control social y fortalecimiento de la ciudadanía, en esa dirección, se crean discusiones que permiten visibilizar como objetivo de investigación los limitantes, tales como la falta de conocimiento, el rol o papel que cumplen, la

falta de participación, el deseo de cambio, entre otros, de esa forma las potencialidades respondieron al deseo de la colectividad, la práctica de ciudadanía, la reflexión en torno a cultura, educación, empoderamiento, la distribución de poder para la mejora en participación, evidenciando así los consejos como fuentes de cambio real que aunque a veces no sea consciente da frutos (Amorim et al., 2015).

Acorde a los autores anteriormente expuestos, es preciso recalcar la educación de líderes en salud, pues cumplen un rol fundamental como mediadores entre la comunidad y la institución, tal como lo expresan Lascano et al. (2018), a partir del estudio sobre la formación de promotores en salud, donde la promoción de la salud está estrechamente vinculada con la participación comunitaria, debido a que dichos promotores se encargan de crear el lazo y/o ser el canal de comunicación entre la institución de salud y la comunidad, permitiendo el empoderamiento de la salud individual y colectiva, de tal manera, el proceso de formación posibilitó el desarrollo de las potencialidades de cada uno, asimismo, el acceso a conocimiento óptimo para compartir y enseñar a otros, por lo cual se adquieren habilidades para trabajar e interrelacionarse con grupos, al igual que, preparar las estrategias educativas para difundir los conocimientos, por ende, el impacto que generó el proceso fue positivo y permitió el rol activo de la comunidad, en donde se visibilizó y se reconoció la percepción que tiene la misma sobre sus necesidades y las posibles soluciones.

En relación a procesos llevados a cabo en Colombia, Hernández et al. (2017), dicen que mediante la capacitación de líderes se dió paso a que identificaran sus necesidades y produjeran un plan para transformar sus realidades, generando empoderamiento de su salud y adquiriendo la responsabilidad para compartir los conocimientos obtenidos con la comunidad, del mismo modo, la población cambió su percepción de salud desde lo individual, por una visión colectiva de la misma, en la cual la construcción de ambientes saludables le corresponde a todos, por ello se crean acciones intersectoriales, paralelamente, la experiencia demostró la importancia de los

medios de comunicación para incentivar a la participación y lo crucial de escuchar los temas de interés desde la voz de las personas.

Desde otra perspectiva, la autora Raga (2016), indaga sobre la participación comunitaria en salud con una metodología que tiene énfasis en la Investigación Acción Participativa esperando que la población objeto al final de cada acción propuesta logre interiorizar por medio de la propia práctica aprendizajes para su entorno laboral y para sí mismo, finalizando con el reconocimiento e importancia de la Atención Primaria en Salud, de esta forma considera que las acciones comunitarias favorecen una ampliación de conocimientos para el manejo que se le brinda al sistema de salud de determinada institución, pues hablar de participación en salud para los empleados requiere de la solución a los problemas de la comunidad con mayor conocimiento y autonomía por parte de la población.

En esta misma línea, una muestra de ello es la investigación de Mejía (2007), desde la comunidad indígena Rama Cay de Costa Rica, donde cuestiona que las dinámicas en esta comunidad incluyen participación solo en momentos de emergencia como desastres naturales, cuando pueden incidir desde la gestión y la política en el servicio de salud, por ende, invita a diseñar modelos de salud que incluyan en la medicina tradicional diferentes cosmovisiones, procedimientos médicos, entre otros, es decir, un enfoque de la etnomedicina que abran canales de participación institucional y se pueda generar responsabilidad para el derecho y deber de participación en salud.

Como síntesis, se vió anteriormente que la producción académica se ha centrado en visualizar la participación comunitaria desde la perspectiva histórica, conceptual y política, además, de centrar la atención en el acceso de los usuarios desde un rol pasivo, diferente a los servidores públicos quienes son considerados como los responsables para tomar decisiones, aunque en varias ocasiones estos no reconozcan de manera sustancial las normativas vigentes

para el ejercicio real de la participación en salud. Por lo visto, dicha dinámica entorpece el proceso participativo y democrático en el sector salud, a la vez que deteriora la relación entre las instituciones de salud y los usuarios por su carácter mercantilista, mostrando la necesidad de empoderar por medio de procesos educativos y participativos a los servidores públicos, además de generar confianza en la comunidad al momento de participar.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general

Sistematizar las contribuciones generadas por la implementación de acciones para la promoción de la participación comunitaria en salud que reconocen los participantes y las estudiantes de trabajo social en el marco de la práctica académica desarrollada en el Hospital Henry Valencia Orozco E.S.E del municipio de Versalles Valle del Cauca entre los años 2022-2023.

1.5.2 Objetivos específicos

Describir las acciones implementadas para la promoción de la participación comunitaria en salud en el marco de la práctica académica desarrollada en el Hospital Henry Valencia Orozco E.S.E del municipio de Versalles Valle del Cauca entre los años 2022-2023.

Identificar desde la perspectiva de los funcionarios los aportes adquiridos a partir de su participación en las acciones llevadas a cabo en el marco de la práctica académica desarrollada en el Hospital Henry Valencia Orozco E.S.E del municipio de Versalles Valle del Cauca entre los años 2022-2023.

Explorar los saberes de acción adquiridos por las estudiantes, a partir del proceso de práctica académica desarrollada en el Hospital Henry Valencia Orozco E.S.E del municipio de Versalles Valle entre los años 2022-2023.

CAPÍTULO II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

2.1 Conceptualización de la sistematización de experiencias

Se retoma el concepto de Morgan y Puerta (como se citó en Carvajal, 2018), como una forma de conjugar el sentido que se le otorga a la sistematización de experiencias, por lo tanto, desde María de la Luz Morgan, se hace énfasis en que a partir de la práctica y las experiencias de intervención se recogen los conocimientos y aprendizajes, construyendo así nuevas formas de comprender la realidad y tomarla como una guía para hechos similares, sin embargo, cabe recordar que cada vivencia es particular, por ello, no se aplicaría de manera idéntica como un paso a paso.

Por otro lado, en Antonio Puerta se observa con mayor precisión la importancia de otorgarle a la cotidianidad un espacio de reflexión que permita conectar esa realidad construida como una manera de generar conocimiento de manera constante, es decir, adquirir la capacidad de interpretar y aprender de las acciones que son vividas tanto en espacios de intervención como fuera de ellos, llevando así impregnado ese hábito de analizar la acción (Carvajal, 2018). Comprendiendo lo anterior, se entiende la SE como un proceso que permite recoger conocimientos y aprendizajes partiendo de la reflexión en la intervención.

Los enfoques que guiarán la presente sistematización de experiencias son el hermenéutico y el de la reflexividad y construcción de la experiencia humana, pues según los objetivos planteados en la misma, se pretende recoger los aprendizajes mediante la voz de los actores, más precisamente, el enfoque hermenéutico se refiere a:

la necesidad de entender a los actores de los proyectos socioculturales y educativos en el desarrollo de razones prácticas reflexivas, mediante una serie de procesos que permiten hacer explícitos y ponen en claro: intencionalidades, predisposiciones, hipótesis, sentidos y valoraciones que subyacen en la acción. (Osorio, 1998, como se citó en Ghiso, 1998, p. 8)

Al respecto, considera como fundamental a los actores de la experiencia, ello porque prima los aprendizajes desde la propia voz, el sentido e interpretación que estos mismos otorgan al proceso vivido, por ende, la importancia radica en el significado que cada sujeto le brinda a su aprendizaje en el transcurso de su participación en el proceso de intervención.

Por otra parte, es pertinente tener en cuenta el enfoque de la reflexividad y la construcción de la experiencia humana, pues parte de entender que “se reconoce y valora el saber, los juicios y destrezas que están invisibilizadas en la acción” (Ghiso, 1998, p. 8). En otras palabras, es identificar, comprender e interpretar aquello que en muchas ocasiones para nosotras no se consideró relevante o pasó desapercibido, de tal manera, es crucial reflexionar sobre nuestras acciones para así reconocer los aprendizajes que se adquirieron en el proceso.

En otro orden de ideas, la sistematización de experiencias es retrospectiva, pues, aunque los insumos fueron recogidos en el transcurso de la experiencia, finalmente, se organiza e interpreta la información cuando se cierra el proceso, logrando una mirada hacia atrás de lo que fue y sucedió, en otras palabras, “se realiza cuando ha terminado la experiencia. Los actores o el consultor se reúnen para recordar, organizar e interpretar lo vivido. Su objetivo es poder tener una memoria de la experiencia y rescatar los aprendizajes logrados” (Fondo Nacional de Desarrollo de la Educación Peruana [FONDEP], 2014, p. 12).

Teniendo en cuenta que la sistematización de experiencias retoma insumos desde el proceso de práctica académica, no se considera pertinente que los demás actores sean partícipes de la planificación del proyecto y la toma de decisiones entorno al mismo, de tal manera, es preciso mencionar que fue agenciada, esta se entiende según Jara (como se citó en Carvajal, 2018) como una propuesta que se realizó partiendo de la práctica pre profesional en Trabajo Social desde la Universidad del Valle sede Zarzal, por lo tanto, fue definida y conducida desde la academia, donde se integraron a los participantes del proceso para compartir y enriquecer la experiencia generando así beneficios para ellos, pues el haber hecho conscientes algunos aspectos, permitió mejorar las dinámicas y seguir las recomendaciones generadas para avanzar en el proceso de participación comunitaria en salud.

2.2 Método

Esta sistematización de experiencias se guió a través de la propuesta metodológica de Sandoval (2001), quien manifiesta que no es un paso a paso exacto, incluso es una compilación de diversas propuestas, dando como resultados apartados concretos que contienen información amplia, por ende, se relaciona con los aspectos que se quieren dar a conocer en la presente sistematización de experiencias. Comprendiendo lo anterior, se exponen los pasos de la ruta metodológica:

1. **Justificación:** Refleja ¿qué práctica se quiere sistematizar?, ¿Cuánto o qué aspecto central de esta práctica?, ¿Por qué se quiere sistematizar ese aspecto de esa práctica?, son interrogantes que contribuyen a decidir lo necesario para obtener la información, pero también el reconocer lo principal, relevante o innecesario de entre tantos insumos que se obtienen del proceso de intervención. Considerando este apartado, decidimos que el contenido para dar respuesta a los interrogantes de la justificación y, con el fin de priorizar los aspectos esenciales, se incluye: la descripción de la experiencia, el eje central de la experiencia, la

importancia de sistematizar esta experiencia, en conjunto, con los antecedentes y los respectivos objetivos general y específicos.

2. **Objetivos:** Enfatizando en el ¿para qué se quiere sistematizar? con el fin de clarificar y explicar lo que se quiere lograr con la sistematización de la práctica.

3. **Contextualización y reconstrucción de la práctica:** En relación con este apartado, decidimos que fuera un capítulo donde se expone la contextualización geográfica e histórica del Hospital Henry Valencia Orozco E.S.E, además, mostrar las anteriores experiencias desde la práctica académica de trabajo social para así resaltar las características más significativas del proceso y los aspectos que derivan del mismo como lo es la normatividad, las necesidades, la intencionalidad y los actores. Del mismo modo, con base al método de Sandoval consideramos esencial para contextualizar al lector generar un capítulo sobre la estrategia metodológica donde mostramos los criterios, visiones y procedimientos que orientaron la presente sistematización de experiencias.

4. **Descripción de la práctica.** Elaboración del discurso descriptivo de la práctica reconstruida: contempla ¿Cómo es la práctica que se ha reconstruido? aludiendo a que se debe escribir detalladamente y ordenadamente el proceso de práctica, más específicamente, se trata de darle orden, lógica y cronología a la experiencia. Referente a este punto, aclaramos que fue ubicado al inicio del capítulo V, con el objetivo de exponer al lector de forma detallada las acciones implementadas antes de dar inicio a la interpretación crítica de las mismas.

5. **Interpretación crítica de la práctica:** Respondiendo al ¿por qué es la práctica de esta manera? allí con base al punto anterior, se realiza la síntesis y análisis mediante la interpretación crítica de la experiencia, identificando las variaciones y elementos que se dieron en el proceso para “tratar de explicar la lógica y el sentido de la práctica que permita

elaborar una reconceptualización de la misma a partir de su reconstrucción articulada” (Sandoval, 2001, p. 153). Como investigadoras, se toma la decisión de construir este apartado por capítulos, destinando uno para cada objetivo específico, ello para llevar un mayor orden.

6. **Conclusiones:** Cabe preguntarse ¿Qué resultado produce esta práctica? Es aquello que emerge como resultado de una etapa reflexiva-interpretativa donde se relaciona lo que se pretendía con lo que se alcanzó, ello considerando lo teórico (fundamentos conceptuales) con lo práctico (enseñanzas de la práctica).

7. **Prospectiva:** En esta etapa surge la pregunta de ¿Cómo se puede transformar esta práctica para lograr mejores resultados?, en otras palabras, se pretende exponer sugerencias y recomendaciones que permitan dejar a próximas experiencias una base para no caer en lo mismo y encontrar nuevas formas de abordaje en situaciones similares.

8. **Socialización:** Para compartir y retroalimentar la experiencia sistematizada, se optó por realizar un video donde se expusieron los principales resultados y recomendaciones, para que así cada uno de los partícipes pudieran acceder a él acorde a su tiempo disponible, donde se dejó un espacio para comentarios frente al mismo, permitiendo visibilizar las enseñanzas surgidas del proceso.

2.3 Técnicas y fuentes de información

En el transcurso de la sistematización de experiencias se presentaron cambios, por ejemplo, una de las técnicas que se tenían previstas para la recolección de información era el diario de campo, ya que serviría como insumo para recoger aspectos personales que se presentaran, pues el proceso dentro de la institución era nuevo y se consolidaba como un aprendizaje pre-profesional que nos dejaría habilidades, empero, como investigadoras identificamos que el tiempo destinado para las actividades dentro del centro de práctica y las

académicas no permitían plasmar de manera constante las vivencias del día a día, por ello, se tomaron decisiones frente a la estrategia metodológica, tal como se nombra a continuación:

Para comenzar, en próximos apartados se mencionan las fuentes primarias y secundarias, siendo entonces necesario esclarecer su significado con el fin de evitar la mención de manera redundante, de esta forma se entiende como: “fuentes primarias (voces de los participantes) o secundarias (documentos de referencia – incluso aquellos que hacen parte del marco teórico), con los que se cuenta y los que hacen falta” (Aparicio y Rodríguez, 2022, p. 19).

En relación con el primer objetivo orientado a la descripción de las acciones implementadas se consideró esencial emplear la revisión documental, ya que según Quintana (como se citó en Sánchez et al., 2021) “constituye el punto de entrada a la investigación, incluso en ocasiones es el origen del tema o problema de investigación. Los documentos fuente pueden ser de naturaleza diversa: personales, institucionales o grupales, formales o informales” (p.118). Comprendiendo esto, es una técnica que permite revelar aspectos importantes como acontecimientos, dinámicas, intereses, perspectivas, entre otros.

En el empleo de esta técnica, se hizo uso de la herramienta denominada ficha técnica de resultados para cada una de las 27 actividades que fueron desarrolladas y tenidas en cuenta como fuente para la sistematización; según Robledo (2003) esta es un instrumento que permite llevar un registro y evidenciar datos, específicamente, cumple con algunas funciones como el llevar registro de la información, mantener una organización y clasificar los datos por medio de ficheros, los cuales permiten con mayor facilidad el procesamiento de la información recolectada.

En concordancia, se resalta que este documento es de carácter flexible, por tal motivo, se generaron modificaciones en los apartados para encaminar la información al objetivo

correspondiente, tales como: resultados, facilitadores y obstaculizadores. Más concretamente se hizo uso de:

Fuente secundaria: Documentación de 27 fichas técnicas de resultados, incluyendo actividades de la Política Nacional de Humanización, Política de Participación Social en Salud resolución 2063 y transmisiones radiales, en vivo en Facebook ello con el uso de las TIC's.

Referente al segundo objetivo donde se identificaron los aportes generados a los funcionarios a partir de su participación en las acciones, se empleó como fuente primaria la técnica de entrevista semiestructurada a 9 integrantes del personal, donde fueron seleccionados con criterios como la mayor participación y disposición en las actividades realizadas, entre ellos se encuentran del área administrativa, oficios varios, atención directa al paciente como médicos, odontólogos y auxiliares de enfermería.

Dichas entrevistas fueron realizadas al finalizar el proceso con el fin de recoger los aportes de manera más amplia en donde fue posible escuchar libremente la opinión de las personas de manera dialógica en un espacio apto para ello y acorde a los tiempos de cada uno, por lo tanto, es precisa la tipología semiestructurada pues enfatiza en que:

La entrevista semi-estructurada es una técnica que facilita la libre manifestación de los sujetos de sus intereses informativos (recuerdo espontáneo), sus creencias (expectativas y orientaciones de valor sobre las informaciones recibidas) y sus deseos. De esta manera los discursos espontáneos hacen emerger, más allá de su apariencia informal, relaciones de sentido complejas, difusas y encubiertas, que solo se configuran en su propio contexto significativo global y concreto. (Ortí, 1986, como se citó en Tonon, 2009, p. 53)

Por último, en el tercer objetivo específico donde buscamos la exploración de los saberes que adquirimos en el proceso, como fuente primaria la entrevista semiestructurada fue la opción óptima, precisamente el realizarlas al finalizar el proceso con el apoyo de una docente como entrevistadora, quien para efectos de esta sistematización actúa como directora de trabajo de grado; estas entrevistas fueron llevadas a cabo en tres sesiones con una duración aproximada de 45 minutos cada una donde se recogieron de manera dialógica aquellos saberes de acción.

CAPÍTULO III. MARCO DE REFERENCIA CONTEXTUAL

El municipio de Versalles Valle del Cauca, es “uno de los 42 municipios que tiene el departamento del Valle del Cauca y es uno de los 18 que se encuentran en la subregión norte del mismo departamento” (Benítez, 2020, p. 11), de esta manera, la región del norte del Valle del Cauca se encuentra en la cordillera occidental, por tanto, la ubicación del municipio de Versalles limita con otros municipios, tales como El Cairo y Argelia lado norte, El Dovio al sur, el departamento del Chocó y la Serranía de los Paraguas por el Occidente, Toro y La Unión al Oriente (Benítez, 2020).

La práctica académica será el aspecto central de la sistematización de experiencias, esta se realizó específicamente en el Hospital Henry Valencia Orozco E.S.E (Empresa Social del Estado) ubicado en el municipio de Versalles Valle del Cauca, esta institución ha tenido un trasegar bastante largo e importante, siendo de esta manera pertinente plasmar los dos momentos más trascendentes basados en la información publicada en la página web del Hospital Henry Valencia Orozco (s.f.):

El origen e inauguración del Hospital inició el 1 de noviembre del año 1953 con el nombre de Hospital San Nicolás, dicho nombre se otorgó haciendo honor y recuerdo al sacerdote Fray Nicolás Nieto, además, con influencia religiosa, por lo tanto, el Hospital comienza labores con médicos, enfermeras y religiosas. Pasando el tiempo, la estructura física se

deterioró provocando fallas, condición que incitó una demolición y a la reconstrucción de la institución a cargo de la gerencia del Doctor Henry Valencia Orozco, lo cual estuvo mediado por la gestión desde la administración municipal, la institución de salud y la comunidad, posibilitando que el 2 de octubre del año 2021 se cambie la razón social por el nombre de dicho médico, ya que se reconoce la gestión que realizó y lo mucho que fomentó la participación comunitaria en el territorio, pues es recordado por el gran ser humano, profesional y líder social (Orjuela y Salazar, 2022).

Consecutivamente, es preciso mencionar que es una institución pública de primer nivel donde se atienden problemas de carácter biológico y psicosocial, específicamente, hospitalización adultos, hospitalización pediátrica, enfermería, medicina general, psicología, vacunación, laboratorio clínico, toma de muestras de laboratorio clínico, servicio farmacéutico, terapia respiratoria, fisioterapia, fonoaudiología y/o terapia del lenguaje, radiología odontología, toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas, atención del parto, urgencias y transporte asistencial básico (I. Lasprilla, comunicación personal, 5 de noviembre, 2022).

En este sentido, dicha institución ha llevado a cabo diversas prácticas académicas de Trabajo Social de la Universidad del Valle, teniendo en cuenta que estas se destacaron por ser ese primer acercamiento al campo profesional a través de la acción, en el cual se emplea lo aprendido en términos de lo epistemológico, teórico, metodológico y técnico, adquirido en el transcurso del proceso de formación (Bermúdez y Velásquez, 2012). Entre estas prácticas, se mencionan las realizadas en el año 2019-2020 en la coyuntura por el COVID-19, donde se prioriza el fortalecimiento del Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU) (Sánchez y Viafara, 2022), y la del año 2021-2022 que se enfocó en reactivar el proceso de participación comunitaria con base a la creación de dos grupos de líderes, uno en la zona urbana y otro en la rural (Orjuela y Salazar, 2022).

De acuerdo con lo anterior, la experiencia a sistematizar corresponde a las acciones que desarrollamos en la práctica académica, específicamente, en el marco de la Política Pública de Participación Social en Salud resolución 2063 del 2017 planteada por el Estado colombiano. Dicha política surge a partir de identificar problemáticas como la debilidad institucional, falta de cultura democrática, debilidad en capacidades ciudadanas y fragmentación legal, por ello, plantea un objetivo general y otros específicos, el primero propone:

Definir y desarrollar las directrices que le permitan al Estado garantizar el derecho a la participación social en salud y su fortalecimiento y a la ciudadanía la apropiación de mecanismos y condiciones para ejercer la participación social en salud en las decisiones para el cumplimiento del derecho fundamental a la salud en el marco de la Ley Estatutaria de Salud y en armonía con la Política de Atención Integral en Salud -PAIS. (Ministerio de Salud y Protección Social [Minsalud], 2019, p. 25)

En concordancia, la normatividad que gira en torno a la Política de Participación Social en Salud con el esfuerzo del Ministerio de Salud y Protección Social crea la Resolución 2063 de 2017 por la cual se le conoce, ello con el propósito de dar cumplimiento a la participación en salud, pues corresponde a un mandato legal que buscaba darle dirección y garantía en el marco de la Ley 1438 de 2011, Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015 y la Ley Estatutaria de Participación 1757 de 2015 (Ministerio de Salud y Protección Social [Minsalud], 2019), en razón de esto, se ubica el siguiente cuadro normativo:

Tabla 1

<i>NORMAS QUE SUSTENTAN LA CONCEPCIÓN DE DERECHO A LA PARTICIPACIÓN Y DERECHO A LA SALUD</i>	
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)	• Constitución Nacional

Vinculado al ejercicio de la ciudadanía	• Ley 1438/2011: Comprende el fortalecimiento de la capacidad ciudadana para intervenir en el ciclo de las políticas públicas de salud, promueve la cultura de la salud y el autocuidado para estimular factores protectores de la salud, incentiva a la veeduría de recursos del sector salud y el cumplimiento de los planes de beneficios, invita a participar activamente en los ejercicios de definición de política y asuntos ejercidos de presupuestación participativa en salud, pretende defender el derecho de la salud de los ciudadanos y detectar temas cruciales para mejorar los niveles de satisfacción del usuario. • Resolución 429 de 2016: Esta adopta la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), la cual requiere de procesos que permitan la retroalimentación, tales como planes que contengan estrategias educativas, de comunicación y gestión para la participación social en salud. • Ley Estatutaria en Salud 1751/2015: comprende desde el artículo 12, el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas en el sistema de salud que la afectan o interesan y definió el alcance de la participación en la formulación de la política y planes para su implementación, en programas de promoción y prevención, con instancias para la deliberación pública, en la inclusión o exclusión de servicios y tecnologías, en decisiones que limitan o restringen el acceso a la salud, en procesos donde se definen prioridades de salud y evaluaciones para los resultados de la política de salud. • Ley Estatutaria Participación 1757/2015: Corresponde a la promoción y protección del derecho a la participación en aspectos como la planeación, el control social y la financiación, por lo tanto, se entiende la salud como un derecho y bien público.
La realización del derecho humano fundamental a la salud contempla el derecho a la ciudadanía a participar con decisión	• Política de Salud • En todo el ciclo de la Política de Salud

Fuente. Datos tomados del Ministerio de Salud y Protección Social (2019)

En esta misma línea, la política se focaliza en que la comunidad adquiera nuevamente el rol protagónico y no sean vulnerados sus derechos en salud, de esta manera, se plantean los

siguientes ejes estratégicos: Eje 1. Fortalecimiento institucional. Eje 2. Empoderamiento de la ciudadanía y las organizaciones sociales en salud. Eje 3. Impulso a la cultura de la salud. Eje 4. Control social en salud. Eje 5. Gestión y garantía en salud con participación en el proceso de decisión (Ministerio de Salud y Protección Social [Minsalud], 2019).

Debido a la amplitud de los lineamientos que tiene la política de participación resulta necesario especificar que las acciones de intervención que ejecutamos como profesionales en formación se centraron en el eje 1 y 2.

Por un lado, el eje 1 desde los alcances de la práctica académica se trabajó con el personal de la salud con el fin de desarrollar “capacitación al personal del sector salud para la generación de capacidades para el derecho a la participación social, así como, herramientas pedagógicas, didácticas y tecnológicas que permitan la intervención de la comunidad en el sector” (Ministerio de Salud y Protección Social [Minsalud], 2019, p. 30), en otras palabras, la política establece que se debe de fortalecer también de adentro hacia afuera, para que internamente se reconozca la política y se emplee.

Por otro lado, el eje 2 se focaliza en la comunidad, para lograr que asuma un papel activo y exija desde su lugar de ciudadano sus derechos respecto a la salud, generando espacios que permitan una mayor participación de la población, esta como pilar fundamental, que permita “Crear una estrategia pedagógica permanente en salud para cualificar a los ciudadanos en los procesos de participación, en los temas de interés en salud y en el derecho a la salud” (Ministerio de Salud y Protección Social [Minsalud], 2019, p. 33). En concordancia, como practicantes de trabajo social éramos las encargadas de conformar el equipo de intervención, sin embargo, se estableció la posibilidad de contar en ocasiones con el apoyo del educador en salud, la psicóloga, trabajadora social, promotoras en salud y esporádicamente con la gerente.

En relación con la política previamente mencionada, es preciso plasmar la relación directa que tiene con la Política de Humanización “Entretejemos Esfuerzos en la Construcción de la Cultura de Humanización para el Goce Efectivo del Derecho a la Salud y la Dignidad Humana” generada por el Ministerio de Salud y Protección Social, en la cual se busca generar reflexión sobre los hábitos en salud y la actitud de la población hacia la misma, partiendo de las particularidades de cada sujeto, comprendiendo las relaciones de alteridad con los otros y con el entorno, en donde la dignidad humana es crucial. De forma similar, pretende generar esa atención de calidad a través de la creatividad, conciencia y fortalecimiento de las relaciones interpersonales comunidad-institución, valorando el talento humano del sector salud y fomentando la participación de todos los involucrados (Ministerio de Salud y Protección Social [Minsalud], 2020).

Todo ello se apoya en los 5 pilares fundamentales de la misma, específicamente, el “ser, humano, ser humano” en el cual se focaliza al sujeto y su relación con los otros y el entorno, igualmente, el “bien común” como apuesta política, relacionado con el “Servicio Público Esencial” responsabilizando al Estado frente a la ciudadanía, del mismo modo “la Responsabilidad Social” como compromiso adquirido por el sector salud, estatal y ciudadano, por último, el pilar de “Construcción Continúa” en donde se garantice la continuidad en el tiempo, y el diálogo entre la teoría, los valores humanos y la multiplicidad de saberes (Ministerio de Salud y Protección Social [Minsalud], 2020).

Otro elemento a tener en cuenta son las bases legales en las cuales se sustenta la misma, reconociendo la gran diversidad jurídica tanto internacional como nacional, para esta sistematización de experiencias se tiene en cuenta principalmente el panorama nacional, priorizando aquellas que se focalicen en la humanización, tal como se muestra a continuación:

Tabla 2

<i>NORMATIVA NACIONAL QUE SUSTENTAN LA POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN</i>	
• Constitución Política de Colombia 1991	Art. 49: Establece que la atención en salud es responsabilidad del Estado y debe velar por: - La obligatoriedad de la Seguridad en Salud y velar por esta como derecho - La educación, información y fomento de la salud - Organizar los servicios de la salud con participación de la comunidad
• Resolución 13437 de 1991	Comprende el decálogo de los derechos de las personas y le apuesta a la humanización del servicio en salud y considera el mejoramiento de la calidad de la atención para instituciones públicas y privadas con carácter hospitalario
• Ley 100 de 1993	Plantea la necesidad del cumplimiento de los derechos con dignidad humana, lo cual implica generar estrategias para: “una atención oportuna, personalizada, humanizada, integra, continua, dignificadora del ser humano, confidencial e íntima” (p.69)
• Ley 1164 de 2007 (Política Nacional de Talento Humano en Salud)	El componente humanización es importante para la política del talento humano en salud, ya que en el Art. 2 menciona que: “se ha de regir por los principios de equidad, solidaridad, calidad, ética, integralidad, concertación, unidad, efectividad” (p.70)
• Sentencia T-760 de 2008	La salud como derecho fundamental, establece que “todo colombiano tiene el derecho a acceder a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad, con indicadores que deben incorporar la medición del goce efectivo del derecho a la salud” (p.71)
• Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud 2016-2021 - Ley 1438 de 2011	La humanización como principio para orientar la manera de pensar, dirigir y actuar del sistema, centrando su accionar en el sujeto, recuperando principios éticos para la gestión, direcciona el cumplimiento del derecho a la salud con respeto a la dignidad humana y fortalece la cultura organizacional protegiendo la vida.
• Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria en Salud)	La salud como un derecho fundamental, humano y autónomo, fue ajustada a la Constitución Política y está sujeta a cambios con el fin de garantizar efectivamente el derecho a la salud como responsabilidad suprema del Estado.

Ministerio de Salud y Protección Social “la triple meta de legalidad, emprendimiento y equidad”	Comprende 3 objetivos: - Mejorar el Estado de Salud de la comunidad - Mejorar la experiencia de salud digna y respetuosa - Garantizar la responsabilidad financiera
---	---

Fuente. Datos tomados del Ministerio de Salud y Protección Social (2020)

CAPÍTULO IV. MARCO DE REFERENCIA TEÓRICO CONCEPTUAL

En esta sistematización de experiencias es preciso ampliar el panorama acerca de la participación comunitaria, para posteriormente relacionarla con el ámbito de la promoción en salud, por ende, es preciso en primera instancia saber qué se entiende por comunidad, según Hervás (2010), se alude a una unión entre la identidad con el espacio local y el vínculo entre las personas, que serán vistas como actores locales que se movilizan para generar impactos positivos y de transformación social en el territorio, entendiendo esto, la autora define la participación comunitaria como “el proceso social en virtud del cual grupos específicos, que comparten alguna necesidad, problema o interés y viven en una misma comunidad, tratan activamente de identificar dichos problemas, necesidades o intereses buscando mecanismos y tomando decisiones para atenderlos” (Hervás, 2010, p. 149).

En lo que respecta a la participación comunitaria en salud se comprende como un mecanismo que garantiza la accesibilidad a los servicios acordes a las necesidades de las personas (Pineda, 2014), adicionalmente, implica que la atención se preste con calidad, conservando el derecho a la salud y la dignidad de los actores involucrados, en ese sentido, participar incide positivamente en la salud debido a que cuando se generan procesos educativos que propicien la promoción de los buenos hábitos de la salud, la comunidad podrá desarrollar capacidades que incrementen la reflexión, el compromiso y el liderazgo, implicando redes de apoyo y diálogo entre los miembros (Campos et al., 2018).

Cabe agregar que esta categoría en el ámbito de la salud favorece la interacción entre los participantes de la comunidad, lo cual genera mayor preocupación y compromiso con los espacios participativos, por lo tanto, es relevante tener en cuenta:

La diversidad de actores y la construcción identitaria desde la que participan, las problemáticas de salud en las que se involucra la comunidad, la articulación comunitaria con las unidades sanitarias en tanto espacio de participación, la intersectorialidad del trabajo, y los sentidos sociales que aportan a la propia actividad, a los lazos que fomentan y a los vínculos y el accionar estatal. (Castrillo, 2012, p. 14)

Se parte de contemplar que las instituciones de la salud y los empleados que la representan cumplen un rol fundamental para el desarrollo de la participación, ya que estas tienen la capacidad y responsabilidad de hacer posible o no la creación de espacios para la realización de acciones que busquen una garantía y promoción de la salud, empero, estos actores se ven influenciados por las limitaciones estatales, debido a que su labor se realiza desde una posición de empleados públicos, en este mismo panorama se encuentra la profesión de trabajo social quién deberá tender puentes entre la comunidad y la institución (Hervás, 2010).

En concreto, la participación comunitaria en salud en esta sistematización, es considerada como:

Un proceso constituido por varios momentos, durante los cuales los sujetos involucrados se forman y forman a otros en el manejo de conocimientos y destrezas que dependen de la naturaleza de la experiencia participativa; se construye en función de la interacción que se establece entre las características del grupo que participa, la naturaleza del proyecto en que se involucra, el acceso y control de los recursos necesarios y las condiciones políticas hacia la participación (...) no es “algo” de carácter universal,

sino una construcción social, múltiple, sujeta a valores y circunstancias contextuales.

(Pagnamento, 2011, como se citó en Castrillo, 2012, p. 5)

En este orden, se reconoce como una categoría que abarca varios aspectos, los cuales serán determinantes en cómo se desenvuelva la participación, asimismo, no se trata de un proceso lineal, sino que requiere de un tiempo prolongado, espacios educativos y, también del involucramiento de todos los actores institucionales y sujetos locales que promuevan calidad en la atención.

A la luz de ello, la participación en el sector salud se relaciona con la humanización, pues según Hoyos et al. (2008) se debe partir de reconocer y valorar la individualidad de los sujetos, desde una mirada integral en donde se tengan en cuenta las diversas dimensiones políticas, económicas, sociales, culturales y educativas que lo atraviesan, todo ello con el fin de alcanzar bienestar individual y colectivo, que implica un trabajo por parte de directivos, administrativos, personal de salud, paciente, familia y comunidad. Asimismo, se debe distinguir que la humanización inicia en la vida cotidiana de cada uno del personal, ya que cuando se realiza ese trabajo interno y personal, será reflejado en la atención al otro.

Dentro del marco institucional, la humanización va más allá de adquirir tecnología, ya que se le apuesta a fortalecer los vínculos interpersonales dentro de la institución, al igual que, promover la sensibilización y reflexión, empatía, comunicación, calidez, solidaridad, entre otros, hacia el paciente, compañeros y sí mismo, por lo tanto, una parte esencial de dicha humanización radica en la motivación, promoción, compromiso y acción para generar estrategias o espacios donde se fomenten el desarrollo de habilidades (Hoyos et al., 2008).

En razón de lo previamente mencionado, es necesario contar con líderes en humanización, quienes incentiven y compartan desde lo educativo los conocimientos sobre el

tema, pues según Hoyos et al. (2008) son personas que se caracterizan por poseer contenidos teóricos sobre ello, porque tienen una percepción amplia sobre la humanización y cómo se desenvuelve en un territorio como Colombia que por la normatividad limita en muchos casos las instituciones de salud, del mismo modo, se destacan por contar con actitudes propositivas que impliquen el diálogo, capacidad de adaptación, comunicación asertiva, relaciones interpersonales positivas, en otras palabras, que la humanización sea parte de su ser.

Desde la perspectiva de Ariza (2012), se debe considerar el concepto que tiene cada uno de los empleados de la salud acerca de ese otro que acude al servicio, pues, ello definirá la atención que se brinde, ya que están implícitos juicios de valor, sin embargo, es esencial reconocer la gran influencia y responsabilidad que tiene la institución, pues es la encargada de brindar herramientas, mecanismos y recursos para que se fomente la atención humanizada, y se disminuyan aquellas brechas organizacionales, laborales, de infraestructura y equipos que restringen el accionar humanizado de los funcionarios.

Según la autora mencionada, la dignidad del paciente es lo que debe de garantizarse al momento de brindar la atención, lo que incluye respeto por ese otro que temporalmente se encuentra en un estado de vulnerabilidad, por ende, cumple un papel protagónico, lo que se puede expresar en ese encuentro sujeto-sujeto, en donde lo auditivo, oral, visual, táctil, olfativo, es parte de ese lenguaje que se crea con el otro, en otras palabras, "Ninguna máquina puede suprimir el efecto curador o terapéutico de una mirada, de la palabra adecuada o del silencio oportuno" (Centro de Humanización de la Salud, Madrid como se citó en Ariza, 2012, p.48).

En razón de la visión expuesta, se agrega que humanizar en salud conlleva ciertos retos importantes, esto debido a la ruptura que hay que hacer en torno a la relación deshumanizadora con el otro, pues debido a los cambios científicos y tecnológicos en el ámbito de la salud se ha comenzado a considerar al paciente desde una perspectiva monetaria, pasando por cliente más

allá de su calidad como persona que siente y se mantiene en interacción con el otro, específicamente, Santos (2003) menciona que “el ser humano ha terminado con frecuencia siendo también rebajado al plano de un objeto más, bajo el dominio de la ciencia y la tecnología, su dignidad ha quedado rota y olvidada” (p.52), por ende, se hace relevante que cada ser humano tenga presente su responsabilidad con un yo y un nosotros, especialmente, si se trata de aquel comprometido ante la sociedad y la salud, pues este debe contemplar ciertas características complementarias para la acción, entre estas: la competencia profesional, vocación y virtudes morales, donde se prioriza para fines de esta sistematización de experiencias la primera.

En relación con la competencia profesional, hace una observación entorno a los tres tipos de saberes, sin embargo, destaca de manera contundente el saber ser como aquel que exige una transformación de la persona en sus actitudes, básicamente “como la capacidad de escucha y de diálogo, la empatía, la simpatía, y el respeto” (Santos, 2003, p.56).

En última instancia, se trata de reconocer el proceso humanizador como esa oportunidad de mejora a nivel de la institucionalización, es decir, como profesionales implicados en el ámbito de la salud se tiene una apuesta para el mejoramiento del quehacer profesional y el reconocimiento de los sujetos con capacidad de incidencia para su derecho a la salud, pues los seres humanos “al no poder desarrollarse por sí mismo, experimenta una necesidad radical de encuentro con los demás en la alteridad (del latín alter ego: otro yo) con un «tú», y dentro de un contexto social con un «nosotros»” (Santos, 2003, p.54). De este modo, convierte la salud en un espacio de involucramiento y crecimiento mutuo para el bien de determinada necesidad.

En este sentido, se requiere comprender la categoría de promoción en salud retomada desde la autora Muñoz (2007), como una herramienta que posibilita desde la intervención del trabajador social en el área de la salud unas condiciones para la existencia de proyectos en pro

de lo colectivo, por lo tanto, se logran generar espacios educativos para el bienestar social de las comunidades, se trata de un “proceso mediante el cual se capacita, se fortalece o se empodera al sujeto para que actúe libre, autónoma y responsablemente en la transformación de su entorno y de la sociedad, en la búsqueda de una mejor calidad de vida” (Muñoz, 2007, p. 106).

Tratándose entonces de acciones que funcionan como medio para involucrar a la gente en la comprensión de sus realidades con un sentido de compromiso, además, estas permiten que los implicados aprovechen e incrementen sus cualidades y habilidades al máximo, lo cual induce a un proceso de autorrealización y autogestión que se evidencia por medio de “la cooperación, la solidaridad, el logro de beneficios comunes y la apropiación de su entorno” (Muñoz, 2007, p. 108).

Por lo que se refiere al accionar del trabajo social en procesos de promoción en salud se contempla como una forma de participación, pues al centrar la dimensión de lo social y del ser, al igual que la comunicación como ámbito indispensable que incluye una noción de nosotros y de común unidad donde se comparten aspectos propios como la cultura, se lleva a los grupos a una meta concreta que no le concierne solo a unos sino a todo un entramado social, es fundamental la promoción en salud, ya que resulta siendo de gran utilidad para “acceder a servicios de salud y a los beneficios que el sistema de salud debe ofrecer a los ciudadanos, sobre la base de la igualdad y la equidad” (Muñoz, 2007, p. 110).

De acuerdo con lo anterior, Solano (1998) plantea unas líneas de acción para la promoción de la salud como lo es la elaboración de políticas públicas y legislación saludable, considerando que los diversos actores que inciden en el proceso de construcción de dichas políticas sean conscientes del impacto que pueden generar.

Con lo dicho, el autor expone una línea de creación y protección de ambientes saludables en donde se fortalecen las diferentes esferas de la vida, de igual modo, el fortalecimiento de la acción comunitaria generando espacios de capacitación, reforzamiento de las redes de organizaciones, potenciación de las organizaciones comunales contraloras y el cumplimiento efectivo de los derechos, al igual que, fortificar las habilidades personales y colectivas, partiendo de la educación para la salud y la comunicación social, también está la reorientación de los servicios de salud, el brindar servicios de calidad desde lo educativo, además, la prevención y promoción de la salud como indispensable para la vida digna de la población, por lo tanto, desde el trabajo social se implementan métodos y técnicas de intervención, debido a que las habilidades, destrezas, visión integral, los conocimientos teórico-prácticos sobre diversos temas o problemáticas, permiten que sea un profesional clave en la promoción de la salud.

Por otro lado, es preciso comprender aquellas contribuciones que se pretenden generar con la implementación de acciones para la promoción de la participación comunitaria en salud, reconociendo que desde el trabajo social y para fines de esta sistematización de experiencias, los conocimientos epistemológicos, teóricos, metodológicos y técnicos, junto al análisis e interpretación de la realidad observable, brinda a las personas las herramientas que permiten construir propósitos comunes para distinguir, acceder y exigir sus necesidades de manera autónoma, ello de acuerdo al medio que le rodea y los propios saberes enfocados a los intereses colectivos, al igual que, compartir conocimientos que impliquen un aprendizaje recíproco.

En particular, desde el servicio de la salud conjugado con la incidencia que contiene la participación y la humanización por su empoderamiento y capacidad de contribuir a una transmisión de aprendizajes se llega a la construcción y fortalecimiento de un compromiso colectivo donde aparece como fuente principal para actuar e incidir en lo social, siendo

necesario un “trabajo conjunto con los sujetos implicados para que sean promotores de su propio cambio” (López y Polo como se citó en Calderón et al., 2017, p. 24), permitiendo a su vez retroalimentar cada proceso.

Del mismo modo, es de resaltar aquellos beneficios que tiene para la intervención del trabajo social el reconocer dichas contribuciones, entre estas:

- Retroalimenta el ejercicio profesional, al rescatar el saber práctico que se construye; potencia la reflexión crítica y propositiva sobre la acción.
 - Clarifica mediaciones contextuales, institucionales, personales de la intervención.
 - Permite esbozar problemáticas emergentes, dinámicas, complejas, que se reconfiguran permanentemente.
 - Propicia la mejora curricular en cuanto se avanza en el conocimiento del desarrollo práctico de la profesión.
 - Aporta elementos para construir intervenciones profesionales pertinentes y relevantes.
- (Vargas de Roa, 1998, como se citó en Cifuentes, 2004, p. 2)

A propósito, es preciso clarificar cómo se van a entender aquellas acciones que serán implementadas para la promoción de la participación comunitaria en salud por las estudiantes de trabajo social, de tal manera, estas son acciones intencionales, puesto que, “Una acción es intencional, bajo cierta descripción si, y sólo si, está justificada, bajo esa descripción, por las razones del agente” (Moya, 1998, p. 361). Por ende, estas implican un elaboración racional, ya que cuentan con un propósito y no son realizadas de manera inconsciente y/o involuntaria, por lo tanto, hay un nexo explicativo entre las razones y la acción, es decir, “las descripciones de nuestros deseos y creencias bajo las cuales nuestra acción está justificada son también las descripciones bajo las cuales esos deseos y creencias nos llevan a actuar” (Moya, 1998, p. 360), de este modo, dichas actuaciones están influenciadas por un gran componente racional, tal como se pretende en el marco de la práctica académica, en donde cada una de estas cuentan con

una intención compuesta por conocimientos teóricos, epistemológicos, metodológicos y técnicos, junto a las creencias que se poseen.

En relación con los aportes que se realizan desde la práctica académica de trabajo social a los sujetos involucrados, en este caso los trabajadores de la institución, es preciso mencionar que: “El trabajador social es un profesional con capacidad de aportar a la resolución de problemáticas que aquejan los seres humanos y limitan el desarrollo social” (Cifuentes, 1999, como se citó en Cifuentes, 2004, p. 1), por ende, se reconoce que en la intervención profesional que se lleva a cabo existe la oportunidad de brindar a cada actor participe unas herramientas que le permitan agenciar sus necesidades en beneficio de la persona, la comunidad u otros ámbitos que interfieren en su pleno desarrollo.

De manera puntual, un aporte se trata de algo que se le entrega a alguien, pueden ser conocimientos, valores, competencias y habilidades, por ende, responden a un entramado de aprendizajes que se adquieren y van forjando en cada ser humano a partir de las acciones y experiencias que vivencian, en concordancia, es aquello que posee una persona y puede ser compartido, tangible o intangible ya que es un recurso que se entrega a merced de un beneficio que impacta de manera positiva a otras personas (Calderón, 2017).

En esta dirección, los aportes que surgen de los procesos de intervención social posibilitan la concientización y el aprendizaje desde dos direcciones, a nivel profesional en cuanto nos permite a las practicantes de trabajo social volver sobre la acción e identificar el efecto del proceso y, por otro lado, en torno a los trabajadores de la institución, quienes fueron partícipes, pues a través de dicha vivencia y al realizar la debida introspección contribuye a la consecución de sujetos activos, por esto, los aportes a identificar que surgen del proceso de práctica llevado a cabo con los trabajadores de la salud incluye las habilidades sociales, pues:

Las habilidades sociales se adquieren por medio de aprendizaje o vienen adheridas a la personalidad. Son caracterizadas por que son aprendidas por observación, tienen componentes cognitivos (lo que pensamos), conductuales (lo que hacemos y decimos), emocionales y afectivos (lo que sentimos) y son eficientes en el comportamiento interpersonal. (Contreras, 2018, p.34)

Concretamente, se tienen en cuenta las diferentes esferas de la vida y la cotidianidad del ser humano, entre estas las relacionadas con el ámbito laboral, a nivel personal y de las relaciones interpersonales que se gestan en ambas.

Avanzando en el tema, es menester hacer énfasis en la experiencia desde nuestra vivencia como profesionales en formación de Trabajo Social, especialmente, en aquellos saberes que surgen de la práctica, debido a que en los antecedentes de las Ciencias Sociales y Humanas ha existido el debate en torno a la división entre teoría y práctica, ya que se ha ubicado desde una visión del positivismo lógico donde prima la razón como única forma de generar conocimiento teórico, en ese sentido, las intervenciones también adquirieron una mirada generalizable que no permitía contemplar las particularidades de cada contexto ni otorgarle valor a los saberes que surgían en los mismos.

En consecuencia, era impensable que en trabajo social se resalte la intervención social como productora de conocimiento, pues ha sido considerada una disciplina destinada a la acción, es por ello que, cuando reconoce el potencial de los saberes subalternos vivencia la exclusión al no seguir el canon establecido (Rosero-Labbé, 2006; Bermúdez y Rodríguez, 2023).

En correspondencia, la postura hegemónica es cuestionada ya que desconoce que en la realidad el sujeto se encuentra permeado por diversos factores políticos, económicos, sociales y culturales; por consiguiente, dicho conocimiento práctico comienza a visualizar los saberes de la

acción como una oportunidad para mejorar el quehacer de la profesión (Rosero-Labbé, 2006). En otras palabras, surge la necesidad de un diálogo entre las diversas formas de conocimiento, tal como se muestra a continuación:

Hay que desdisciplinar nuestras propias subjetividades profesionales, construir puentes institucionales y culturales, abrir nuestros saberes a otros tipos de conocimientos, desnaturalizar los poderes presentes en las prácticas profesionales (Ussher, 2014, p. 188).

Por este motivo, interesa en esta sistematización de experiencias los saberes de acción interventivos que emergen de las prácticas sociales, donde estas últimas son definidas por Rosero-Labbé (2012) como “un segmento de experiencia por medio del cual los y las agentes de la acción social logran un resultado que cambia una situación juzgada como negativa o deficitaria” (p. 12), por ello se enmarca en la práctica académica como espacio en el que se desenvuelven las profesionales en formación, pues exige diversas habilidades personales e interpersonales, estrategias, alternativas, entre otros.

Continuando esa línea, resulta importante aclarar que un saber es aquél que se desenvuelve en la cotidianidad y en la vivencia de los sujetos, donde se naturaliza o se dan por hecho, puesto que, la persona desconoce que posee dicho saber, por ello, surgen de la inmediatez, sin seguir una norma específica o algún cómputo (Bermúdez, 2018).

En lo que refiere a los saberes de acción interventivos, se caracterizan porque: “se construyen de manera compleja y ecléctica, con fragmentos de teoría social, saberes de acción, juicios, valores, intuiciones, emociones, éticas y sobre todo con prácticas sociales en contextos situados” (Racine, 2000, como se citó en Rosero-Labbé, 2012, p. 12); en consecuencia, las

vivencias específicas que se dan en la práctica tienen que ver con la identidad que toma y adquiere el profesional en el proceso (Rosero-Labbé, 2006).

En esta instancia, los saberes de la acción en la sistematización de experiencias pasan por un proceso de reflexión, pues el profesional deberá pensar detenidamente desde su práctica particular, en otras palabras, el trabajo social comienza a recoger, comprender, interpretar, analizar y dialogar sobre los hechos; por tanto, los saberes se convierten en conocimiento práctico, pues “esto significa que el saber de las prácticas se encuentra en una zona de comprensión no verbalizada y en la medida en que se verbaliza en forma oral o escrita, se vuelve conocimiento” (Vasco, 1996, citado por Bermúdez, 2018, p. 148).

Por último, se destaca la importancia de volver sobre la experiencia como una oportunidad para mejorar, evidenciando que, aunque todas son particulares, funcionan como parte de aprendizajes y aportes más contextualizados para intervenciones similares. En esa dirección, se identifica la sistematización de experiencias como el medio posible para ir más allá del lenguaje, pues presenta como necesidad ser inteligible, es decir, tener una presentación que sea legible y transmitida de manera comprensible que a su vez reconozca el valor del conocimiento que surge de la acción (Rosero-Labbé, 2006).

CAPÍTULO V. ACCIONES IMPLEMENTADAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD

Para dar respuesta al primer objetivo dirigido a la descripción de las acciones implementadas para la promoción de la participación comunitaria en salud en el marco de la práctica académica de trabajo social, es necesario clarificar que cada una de las actividades contó con una intencionalidad, con un propósito acorde a lo que se buscaba con el proceso de intervención, por ende, todas fueron planeadas y ejecutadas con base a las necesidades, el contexto y la población, pasando así por un proceso plenamente racional de análisis e interpretación de los diversos factores que incidían (Moya, 1998).

Durante la experiencia se llevaron a cabo 27 actividades, cuyo desarrollo y resultados fueron recogidos a través del diligenciamiento de una ficha técnica, a las cuales se les aplicó la técnica de análisis documental, porque allí fueron plasmados los resultados, facilitadores y obstaculizadores, que permitieron encontrar las similitudes y diferencias en cada actividad, entre ellas lo planeado, lo emergente y las variaciones del proceso. Cabe resaltar que estos insumos fueron recogidos en el transcurso de la práctica académica, pues en la semana que se realizaba alguna actividad se procedía a redactar la respectiva ficha, incluida dentro de las responsabilidades de la práctica académica, las clases en la universidad y la presente sistematización de experiencias, en ese sentido, consistió en dividir la escritura de cada una de estas fichas, contando con el diálogo entre nosotras para fortalecer y enriquecer el proceso, partiendo de los aportes y visiones que cada una tenía de la actividad.

De otro lado, las acciones desarrolladas surgieron como respuesta a las necesidades que fueron identificadas en el diagnóstico social, donde se evidenció el desconocimiento por parte de los funcionarios acerca de la Política de Participación Social en Salud Resolución 2063 del año 2017, en consecuencia, se buscó el reconocimiento de la misma, acorde al eje 1 orientado al

“fortalecimiento institucional” ya que para fomentar la participación de la comunidad se debe promover primero desde dentro de la institución.

Al basarnos en el contacto con la comunidad fue notoria la desconfianza y poco acercamiento que tenía con la institución prestadora del servicio de salud, por lo que, se optó por implementar el eje 2 de esta política “Empoderamiento de la ciudadanía y las organizaciones sociales” con el fin de fortalecer los lazos a través del uso de herramientas tecnológicas TIC’s, en conjunto con la implementación de la Política Nacional de Humanización dentro del Hospital, para así mejorar la atención, y que este fuera el camino para motivar a la participación mediante diversas estrategias dirigidas a usuarios y funcionarios integrándose y sintiéndose “parte de” la institución.

A continuación, se muestran las acciones desarrolladas:

En relación con el reconocimiento de la Política de Participación Social en Salud, específicamente el eje 1 “fortalecimiento institucional” se llevó a cabo un trabajo interno con los funcionarios, por medio de campañas educativas organizadas en varios momentos, primero, realizábamos una introducción conceptual al tema con apoyo de materiales visuales (diapositivas, imágenes, carteleras, etc.), en un segundo momento, dábamos paso a una técnica interactiva en donde se retroalimentó el espacio, finalmente, todos los participantes plasmaron mediante una lluvia de ideas su principal aprendizaje. A continuación, se enlistan los objetivos de las actividades realizadas:

Tabla 3

<i>Actividades desarrolladas en el marco de la Política de Participación Social en Salud Resolución 2063 del 2017</i>	
Actividad	Objetivo

Socialización de la Política de Participación Social en Salud (PPSS): “Hablemos sobre la importancia de la PPSS y los mecanismos con los que cuenta nuestra institución”	Dar a conocer a los funcionarios el significado de la Política de Participación Social en Salud PPSS y los mecanismos de participación con los que cuenta el Hospital Henry Valencia Orozco E.S.E
Socialización de la Política de Participación Social en Salud (PPSS): Eje 1 “Fortalecimiento institucional” y eje 2 “Empoderamiento de la ciudadanía y las organizaciones sociales en salud”	Reconocer la Política de Participación Social en Salud, específicamente, el eje 1 “fortalecimiento institucional” y el eje 2 “empoderamiento de la ciudadanía y las organizaciones sociales” por parte de los funcionarios del Hospital Henry Valencia Orozco E.S.E
Socialización de la Política de Participación Social en Salud (PPSS): Eje 3 “Impulso a la cultura de la salud” y eje 4 “Control social en salud”	Reconocer la Política de Participación Social en Salud, concretamente el eje 3 “Impulso a la cultura de la salud” y eje 4 “Control social en salud”, logrando su fortalecimiento e implementación por parte de los funcionarios del Hospital Henry Valencia Orozco E.S.E
Socialización de la Política de Participación Social en Salud: Eje 5 “Gestión y garantía en salud con participación en el proceso de decisión”	Reconocer la Política de Participación Social en Salud, concretamente el eje 5 “Gestión y garantía en salud con participación en el proceso de decisión” por parte de los funcionarios del Hospital Henry Valencia Orozco E.S.E
Taller reflexivo “Reconociendo la política en nuestro Hospital”	Reconocer los aprendizajes adquiridos por los funcionarios sobre los 5 ejes de la Política de Participación Social en Salud (PPSS) desarrollado a través de campañas educativas en el Hospital Henry Valencia Orozco E.S.E

Fuente. Fichas técnicas

Ahora bien, al visualizar de forma general los objetivos específicos de cada una de estas actividades es notorio que estaban orientados con propósitos de naturaleza conceptual principalmente, es decir ubicados desde el saber, en donde se buscó con base a un trabajo colectivo con los funcionarios formar elaboraciones mentales sobre temas específicos, en este caso, de la normativa que debe guiar las acciones del Hospital y de la cual el equipo de trabajo debe tener conocimiento, es decir, “Aprender hechos y conceptos significa que se es capaz de identificar, reconocer, clasificar, describir y comparar objetos, sucesos o ideas” (Coll, 1991, como se citó en Tamayo, 2015, p. 34).

Por otra parte, se destacó el uso de las TIC's como herramienta para el fortalecimiento de la relación entre la institución y la comunidad a través de la transmisión de los en vivos en la red social Facebook del Hospital Henry Valencia Orozco y programas radiales por la emisora “Versalles Stereo” 90.3 FM , de modo que, “por medio de las redes sociales se puede llegar a más personas aumentando el número de contactos, creando un grupo más amplio del que se podría tener en una red social presencial.” (Naso et al., 2012, p. 4). Por ende, estos consistieron en brindar información sobre temas relevantes a nivel de salud, en razón de concientizar a la comunidad del municipio sobre la importancia de conocer para participar, en ese sentido, el Programa tuvo un primer momento donde expusimos el tema desde la mirada social y luego se contaba con invitados de la institución que brindaron una visión profesional partiendo de su experiencia en el tema. A continuación, se enlistan los objetivos de estas actividades:

Tabla 4

<i>Actividades desarrolladas a través del uso de TIC'S</i>	
Actividad	Objetivo
Programa radial y live en Facebook “Versalles saludable”: “Conozcamos nuestro Hospital y cómo acercarnos a él”	Propiciar un acercamiento genuino entre la comunidad y la institución de salud a través de las herramientas Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC's) en el marco de la práctica académica de Trabajo Social desarrollada en el Hospital Henry Valencia Orozco E.S.E del municipio de Versalles Valle.
Programa radial y live en Facebook “Versalles saludable”: “Salud y mujer”	Propiciar la Participación Social en Salud mediante el tema de interés comunitario “Mujer y salud” a través de las TIC's que permita un acercamiento entre la comunidad y la institución Hospital Henry Valencia Orozco E.S.E de Versalles Valle.
Programa radial y videograbación en Facebook “Versalles saludable”: “Salud mental: hablemos de su importancia desde una mirada social y psicológica”	Sensibilizar sobre la importancia de la salud mental a través de las TIC's mediante un acercamiento entre la comunidad y la institución Hospital Henry Valencia Orozco E.S.E de Versalles Valle.
Programa radial y live en Facebook “Versalles saludable”: “¿Por qué participar en salud”	Reconocer la importancia a nivel individual y colectivo de la participación comunitaria en salud con base a la experiencia del Municipio de Versalles Valle. Incentivar a los versallenses hacia la participación comunitaria en

	salud en el Hospital Henry Valencia Orozco del municipio de Versalles Valle.
Live en Facebook “Versalles saludable”: “Hacer memoria para no olvidar la historia: El furor de la participación comunitaria”	Conocer la historia de la participación comunitaria y el Hospital Henry Valencia Orozco E.S.E resaltando su importancia y el impacto que ha logrado y puede lograr en la actualidad en el municipio de Versalles Valle

Fuente. Fichas técnicas

Por lo visto, los objetivos específicos de los Programas de “Versalles saludable” implicaron una finalidad cognitiva, de aprendizaje, puesto que, estaban dirigidos a aprender de forma recíproca sobre temas de interés comunitario de la salud y la participación, sin embargo, fue evidente también la presencia de objetivos que promovieron cambios actitudinales, entendiendo que “una actitud es una tendencia a comportarse de una forma consistente y persistente ante ciertas situaciones, objetos, sucesos o personas; finalmente las actitudes traducen, a nivel comportamental, el mayor o menor respeto a unos determinados valores y normas” (Coll, 1991, como se citó en Tamayo, 2015, p. 40). De esta manera, se quiso fortalecer la actitud y relación de cercanía entre institución-comunidad, además, de generar sensibilización y mayor conciencia en todos los espectadores respecto a su salud individual, familiar y comunitaria.

En esta misma línea, las actividades de la Política Nacional de Humanización que buscaban afianzar el vínculo institución-comunidad promoviendo la participación y la calidad en la atención fueron diversas, incluyendo entre estas: stands dentro de la institución que consistían en la exposición de temas de interés comunitario en salud, acompañado de una dinámica interactiva y práctica con los usuarios.

En este sentido, se efectuaron también jornadas con actividades lúdicas, dirigidas al bienestar físico, mental y emocional de las personas, en donde desde un rol de mediadoras y/o

guías incentivamos a participar a la comunidad presente en el Hospital que esperaba la atención en alguno de los servicios, partiendo de reconocer que estos espacios anterior a la práctica se caracterizaban por ser poco humanizados, es decir, los escenarios de la institución, la necesidad de rendir cuentas y la poca cercanía con los usuarios no permitía que participaran en encuentros de calidez y cercanía, lo cual convertía la prestación del servicio de salud en un proceso asistencial e instrumentalizador.

Por último, fue esencial humanizar las relaciones interpersonales entre los compañeros de trabajo, por lo que, en cada reunión mensual de empleados de la institución se hicieron en el cierre del espacio técnicas que permitieran la unión, el trabajo en equipo, diálogo, escucha activa, comunicación asertiva, entre otros.

Tabla 5

<i>Actividades desarrolladas en el marco de la Política Nacional de Humanización</i>	
Actividad	Objetivo
Stand: ¿Qué sucede el 22 de octubre? Día del Trabajo Social	Informar a la población que asiste al Hospital Henry Valencia Orozco E.S.E acerca de la importancia y diversos campos en los cuales el trabajo social se encuentra. Generar el reconocimiento y acercamiento de las practicantes de Trabajo Social hacia la población dentro del Hospital Henry Valencia Orozco E.S.E
Stand de humanización: 25 de noviembre “Día internacional de la eliminación de la violencia contra la mujer”	Concientizar a la población acerca de la ruta de atención de la cual dispone el Hospital Henry Valencia Orozco E.S.E Generar conocimiento en los usuarios sobre las señales de un caso de violencia de género y las tipologías al interior del Hospital Henry Valencia Orozco E.S.E
Stand: Semana de humanización “aprendo mientras me muevo”	Adecuar espacios para el aprendizaje de los niños y niñas que visitan el Hospital Henry Valencia Orozco E.S.E por medio de actividades sensomotoras y psicomotores que promueven el desarrollo a temprana edad y favorece el tiempo de calidad.
Stand: Semana de humanización “Valores de la humanización en salud”	Brindar información de los valores de la humanización en salud a los usuarios y funcionarios del Hospital Henry Valencia Orozco E.S.E a través de la representación simbólica e interactiva como un mecanismo de conocimiento para reforzar la integralidad del servicio de salud.
Stand de humanización:	Generar conciencia de la importancia del autocuidado aprendiendo a

“Aprendo a escuchar mi cuerpo para cuidarme”	escuchar el cuerpo a través de los sentidos para así mejorar los niveles de satisfacción personal en beneficio de la salud de usuarios y funcionarios del Hospital Henry Valencia Orozco E.S.E
Actividad de humanización: “Yincana Interinstitucional”	Propiciar un espacio para el aprovechamiento del tiempo por medio del juego y entretenimiento en beneficio de los jóvenes del municipio de Versalles a través del trabajo en red entre practicantes de Trabajo Social de Camino Verde, CorpoVersalles y el Hospital Henry Valencia Orozco E.S.E
Actividad de humanización: Jornada lúdica de musicoterapia “La música sana nuestros corazones”	Propiciar un espacio ameno utilizando la musicoterapia con los pacientes de la zona de consulta externa y hospitalización en beneficio de una atención en salud más humanizada dentro del Hospital Henry Valencia Orozco E.S.E
Actividad de humanización: Jornada lúdica de arte terapia “el arte es bienestar físico y emocional”	Generar un espacio de reflexión sobre los beneficios del arte para la salud física y emocional en los diferentes ciclos del desarrollo humano en el interior del Hospital Henry Valencia Orozco E.S.E
Actividad de humanización: Jornada lúdica de juegos de mesa “ejercitemos nuestra mente”	Fortalecer el vínculo entre la comunidad y la institución a través de la estrategia lúdica de los juegos de mesa, teniendo en cuenta sus beneficios para la salud y el aporte a una atención humanizada en el Hospital Henry Valencia Orozco E.S.E.
Stand: “Redes de apoyo en la entrada principal del Hospital”	Concientizar sobre la importancia de las redes de apoyo dentro del ámbito laboral de los funcionarios y en la vida cotidiana de los usuarios que transitan en el Hospital Henry Valencia Orozco E.S.E
Actividad de humanización en reunión de empleados: “Trabajando por la calidad en la atención”	Reflexionar sobre la calidad en la atención que brindan los funcionarios en situaciones desafiantes dentro del campo laboral en el Hospital Henry Valencia Orozco E.S.E.
Stand: “Hablemos de empatía”	Reflexionar sobre la empatía entre compañeros de trabajo, trasladándose al ámbito de la salud respecto a los pacientes y las diversas situaciones que pueden presentarse para acceder al servicio de la salud al interior del Hospital Henry Valencia Orozco E.S.E.
Stand de humanización: “Aprendiendo a comunicarnos asertivamente”	Sensibilizar sobre la importancia de la comunicación asertiva en la vida cotidiana de las personas, específicamente las que ingresen al Hospital Henry Valencia Orozco E.S.E.
Stand: “Derechos y deberes del paciente”	Concientizar a la comunidad acerca de los derechos y deberes que tienen como pacientes con el fin de exigirlos y dar cumplimiento dentro del Hospital Henry Valencia Orozco E.S.E.
Tarde de aprendizaje con los adultos mayores del	Propiciar un espacio humanizado de estimulación, recreación y participación de los adultos mayores como sujetos de derechos en el

hogar geriátrico Santa Inés.	Hogar geriátrico Santa Inés del municipio de Versalles Valle del Cauca.
Actividad de humanización en reunión de empleados: Yincana institucional de cierre del proceso con los funcionarios.	Fomentar el trabajo en equipo, la comunicación asertiva y el liderazgo en los funcionarios del Hospital Henry Valencia Orozco, E.S.E de Versalles Valle del Cauca. Generar el cierre del proceso de práctica académica de las estudiantes de Trabajo Social de la Universidad del Valle sede Zarzal.
Actividad en reunión de empleados: “Fortaleciendo los vínculos entre compañeros”	Fortalecer los vínculos entre compañeros mediante la identificación de aspectos positivos personales y/o laborales que reconocen los unos en los otros como parte del Hospital Henry Valencia Orozco E.S.E.

Fuente. Fichas técnicas

En cuanto a estos objetivos de las actividades de Política Nacional de Humanización fue notable la importancia de lo procedimental, debido a que por medio del hacer se buscaba que los usuarios y funcionarios del Hospital se involucraran de manera activa en cada una de las actividades, con el fin de establecer ambientes de aprendizaje interactivos, comprendiendo que “Los procedimientos en los programas (...) han sido llamados como hábitos, técnicas, algoritmos, habilidades, estrategias, métodos, rutinas, entre otros” (Tamayo, 2015, p. 36). Similarmente, identificamos que se conjugó con lo cognitivo y actitudinal ya que al momento de llevar a cabo estas acciones se favoreció el reconocimiento y cambios en las actitudes sobre los temas relacionados con la salud y frente al ambiente laboral.

5. 1 Resultados obtenidos en las acciones implementadas para la promoción de la participación comunitaria en salud

5.1.1 Sobre el desarrollo de las actividades realizadas

En este apartado, se exponen aspectos que se incluyeron en la fase de planeación, en esa dirección, hallamos que ante la necesidad de causar una buena impresión y tener visibilidad en cada actividad fue importante contar con una ubicación estratégica del espacio dentro de la

institución para captar la atención de la población, lo cual ayudó en la magnitud de usuarios y funcionarios que participaron, evidente al exponer lo siguiente: “decidimos ubicarnos en la zona de la entrada de la institución, puesto que, era información corta y en este piso había controles de adulto mayor, lo cual de cierta manera, generaba un mayor alcance mientras ellos esperaban ser atendidos” (Ficha 6, Stand: ¿Qué sucede el 22 de octubre? Día del Trabajo Social, 2022).

De acuerdo con lo anterior, comprendimos que realizar previamente el proceso logístico dinamiza el desarrollo de la estrategia, ya que contar con tiempo para organizar cada manualidad o realizar ajustes genera mayor agilidad y desenvolvimiento, tal como sucedió en la yincana institucional de cierre del proceso con los funcionarios donde la organización permitió que fluyera la actividad, asimismo, mejoró el aprendizaje al haber mayor seguridad con la estrategia, acompañado del manejo de los comportamientos corporales y la tonalidad de la voz para mantener la atención de los participantes.

En cuanto al uso de las TIC's contar con el flyer de invitación para convocar al Programa radial o en vivo Facebook antes de la transmisión, es decir, tener los insumos con anticipación genera un mayor alcance, pues la población tuvo más tiempo para programarse y conectarse, además, tener en cuenta el horario y la duración de los programas motivó a la comunidad para quedarse hasta el final, ello reflejado en: “un total de 544 personas alcanzadas, 111 reacciones, comentarios y veces compartido, al igual que, 411 reproducciones del video de 3 segundos” (Ficha 2, Programa radial y live en Facebook “Versalles saludable”: salud y mujer, 2023).

Consecuentemente, se agrega que ambientar el espacio físico promueve la humanización en salud, por eso, cuando realizamos las acciones fue fundamental contemplar lo que se quería transmitir con la adecuación del entorno, por ello, se vieron comentarios como: “¿en dónde es la fiesta?”, “cuando inicien la ronda de adivinar la canción me avisan para venir” “me coloca esta

canción por favor” (Ficha 12, Actividad de humanización: Jornada lúdica de musicoterapia “La música sana nuestros corazones”, 2023).

En esa dirección, la receptividad por parte de los participantes se debió a que retomamos como pilar fundamental para la metodología a Freire (2005), pues su visión del proceso educativo tiene que ver con una forma diferente de enseñar y aprender, por lo tanto, su finalidad es que la persona que enseña tome un papel de orientador, asimismo, los conocimientos deben partir desde la realidad del sujeto, compartiendo herramientas para resolver problemáticas desde la cotidianidad o vida común del usuario y/o funcionarios del Hospital, para que estos puedan en otras situaciones y, por sus propios medios hacer uso de herramientas para buscar de manera comprensiva y reflexiva la solución a sus problemas.

Con este argumento, confirmamos que estrategias que implican creatividad generan un notorio bienestar emocional, pues al detenernos a reflexionar sobre la forma para transmitir el aprendizaje, pudimos entender el juego simbólico como motivante para la participación en escenarios de aprendizaje y como un proceso placentero que “comprende un ámbito que sólo puede determinarse en esa absorción personal, recreativa y gozosa de cada actividad que éste lleva a cabo, en una permanente asimilación del mundo en que vive inmerso” (Prieto y Medina, 2005, como se citó en Muñoz, 2012, p. 9), ello fue bastante favorable porque generó mayor interés, propició el diálogo, consenso y liderazgo, además, disminuyó la angustia que se generó en ciertos escenarios donde se incluyó un proceso de enseñanza magistral, así, vimos en la actividad de los valores de humanización donde las personas debían elegir una pastilla de paciencia, amor, solidaridad o empatía, por lo que:

Pensando en lo realizado del día se comprendiera qué debía mejorarse, haciendo una elaboración mental, pues esta estaba también acompañada de expresiones orales, es decir, comentarios que dejaban justificando la elección del valor, finalmente acogían con

motivación y entendimiento lo que se compartía en la actividad. (Ficha 9, Stand: Semana de humanización “Valores de la humanización en salud”, 2023)

Al respecto, significó que el proceso metodológico incluyera el uso de materiales visuales y/o auditivos, en paralelo, con la comunicación persuasiva efectiva para invitar a participar, ya que esta funcionó como un instrumento en el primer contacto con la población, debido a que esta consiste en mostrar una escena que sea lo suficientemente importante para generar interés, por lo tanto, no basta considerar o valorar el enunciado sino que se debe mantener una fuerza propositiva que incluya información y se sustente en diferentes perspectivas para que el usuario y/o funcionario no solo reciba el mensaje sino que también cambie su visión (González, 2018).

Lo expuesto, debido a que en algunas ocasiones la población se mostraba resistente para involucrarse en las acciones. Es así que lo mencionado funcionó como aspecto atractivo para convocar a usuarios y funcionarios a la estrategia. Adicionalmente, se pretendió potencializar el proceso de co-aprendizaje sobre algún tema para el reconocimiento de aspectos importantes sobre la salud con el uso de los materiales visuales y/o auditivos, evidente con las carteleras, la música o manualidades, igualmente, cuando:

Los padres de familia se sentían a gusto de generar espacios amenos para sus niños, pues en repetidas ocasiones nos mencionaron la gran labor que estábamos haciendo y se apoyaban del material visual (carteleras) con información sobre la humanización en salud, procediendo a explicarle a sus niños la importancia de ello. (Ficha 8, Stand: Semana de humanización “aprendo mientras me muevo”, 2023)

Lo que responde a que se “tiende a ver y oír aquello que quiere ver y oír, como principal motivación, aunque es evidente que habrá aspectos secundarios que, de manera inconsciente, ve y oye sin desearlo” (González, 2018, p. 186), es decir, que los materiales usados funcionaron

como un medio de comunicación, que no refiere solamente a lo verbal, sino que incluye la observación del entorno.

Desde otro punto, con los funcionarios la inclusión del diálogo permitió el reconocimiento del otro propiciando relaciones de calidad, ello por la idea de primar a la persona desde su humanidad y no solo partiendo de su rol, en este caso, de servidor público al interior del Hospital, tal como sucedió en la actividad “Hablemos de empatía” cuando entre compañeros compartieron aspectos de la vida personal.

Partiendo de esto, no hay que olvidar que de acuerdo con Bayo y Maya (2014) en muchas ocasiones existen temores para involucrarse en actividades que requiere salir de la zona de confort, tal como observamos en los espacios de participación, ya que requieren enfrentar limitaciones internas como el estrés, el miedo o la vergüenza para tomar las decisiones adecuadas en la salud, por ejemplo en el taller reflexivo sobre la Política de Participación Social en Salud: “los participantes se acogieron en un comentario que refería a “Me dio mucha vergüenza - Estas actividades normalmente dan pena” (Ficha 27, Taller reflexivo “Reconociendo la política en nuestro Hospital”, 2023).

Lo mencionado, se relaciona con la adaptación de las actividades al ciclo vital de la población a la que iba destinada, ya que se realizó un análisis previo a la ejecución de estas que permitió implementar técnicas que incidieron en la participación de las personas, en donde logramos evidenciar que los niños/as, jóvenes, adultos/as y adultos/as mayores responden de forma diferente a las actividades dependiendo de sus intereses y las habilidades que han desarrollado acorde a su edad, por ello, como profesionales debemos de diseñar estrategias que permitan la inclusión de las personas en relación con sus diferencias. Para mayor claridad en las acciones llevadas a cabo en la semana de humanización destinadas a los/as niños/as:

Se evidenció la gran estimulación al identificar donde debían colocar sus manos y pies, al igual que, al llegar al elefante era como si hubiesen logrado un reto personal, de tal manera, se iban felices debido a que al entregar el pequeño obsequio, se alegraba un poco su mañana, pues la gran mayoría había venido al Hospital a ser vacunados, por ende, se logró lo que se pretendía. (Ficha 8, Stand: Semana de humanización “aprendo mientras me muevo”, 2023)

Paralelamente, distinguimos que el acercamiento de personas por iniciativa propia fomenta la participación en otros, ya que se trata de una diferenciación entre líder y liderazgo, pues el primero alude a una persona que en el grupo tiene características importantes que pueden llevar a generar cambios en otros, mientras que liderazgo se distingue por la interferencia del objetivo o meta de alguna actividad (González, 2018), siendo entonces para nosotras como una estrategia en donde algunos funcionarios reconocidos como líderes, al participar favorecieron la captación e involucramiento de la población, en otras palabras: “Al desarrollar esta actividad de dramatizado, fue notable en un primer momento el temor a exponerse en público, sin embargo, salieron algunos funcionarios para realizar la representación, en ese instante, resulta evidente la pertinencia y el sentido que cobra” (Ficha 16, Actividad de humanización: Jornada lúdica de juegos de mesa “ejercitemos nuestra mente”, 2023).

Partiendo de la importancia de una buena planeación y lo requerido para llevar a cabo las actividades, en este caso se tuvo que pensar en la recursividad para la obtención de los insumos necesarios para la estrategia, porque debíamos adaptarnos a la capacidad de la institución para suministrarnos materiales, pues en algún momento los conseguimos por cuenta propia, sin considerar que se generaron gastos que no nos competían, por lo tanto, se gestionaron aspectos necesarios con las personas encargadas, evidente cuando comentamos que

en una transmisión Facebook: “la recomendación del en vivo anterior había sido mejorar la calidad del audio, por lo cual la institución dió un micrófono” (Ficha 2, Programa radial y live en Facebook “Versalles saludable”: “Salud y mujer”, 2023).

En razón de las estrategias propuestas para las TIC's se contaron con aspectos favorables, entre ellos, haber vinculado a la comunidad y el Hospital, ello con la reactivación de la red social Facebook a través de la transmisión en vivo con temas de interés comunitario, igualmente, el incremento de audiencia al participar personal de salud del Hospital en el en vivo, debido a que las TIC's “se constituyen en una herramienta de gran utilidad para la educación en salud, promoción de la salud, prevención de diferentes enfermedades y acceso para la población en lugares remotos o donde no se cuenta con el personal de salud idóneo” (Lago, 2008, p. 151), para lo anterior, el reflejo más claro responde a que la comunidad reaccionaba de manera constante a las convocatorias, asistían a las transmisiones, los vídeos y/o imágenes que subimos para mostrar cada resultado de actividades realizadas al interior del Hospital, etc., evidente con los siguientes comentarios:

“Muy importante para el Hospital Henry Valencia Orozco E.S.E, continuar fortaleciendo los mecanismos de participación comunitaria, los invitamos para que se unan a estos espacios para fortalecer los lazos con los usuarios” “Muchas gracias por estás píldoras de conocimiento...Gracias a la Universidad del Valle por apoyar al Hospital a través de las prácticas de trabajo social, muy valioso el trabajo desarrollado por las estudiantes...” (Ficha 1, Programa radial y live en Facebook “Versalles saludable”: “Conozcamos nuestro Hospital y cómo acercarnos a él”, 2023).

En similitud, la información sobre temas de salud funcionaba para sensibilizar, dando una mirada social acompañada de cifras o acontecimientos dentro de la institución para darle mayor veracidad a la información, en ese sentido, hubo una distribución equitativa del tiempo

entre las practicantes y los invitados de la institución en la transmisión en vivo y programa radial, esperando que con un buen uso del tiempo se pudiera dar el mensaje de manera más clara y organizada a la comunidad de Versalles.

Desde otro punto, queremos exponer aquellos resultados que se refieren de una forma más directa a la relación e interacción con la comunidad, incluyendo a los funcionarios, resaltando lo aprendido desde este acercamiento, para esto es necesario comprender que “el humanizar las instituciones de salud va más allá de adquirir tecnología, y por eso se deben practicar el respeto, la hospitalidad, el civismo, la buena comunicación, entre otros” (Hoyos et al., 2008, p. 220). Por ello, se debe partir desde el momento en que se daba ese primer contacto con la población invitándoles a participar, pues allí incide el ciclo vital de las personas, por ende, el lenguaje verbal y no verbal (tonalidad de la voz, postura, palabras que se usan, gestos, entre otros) que usábamos incidía en la respuesta de los mismos.

Conviene subrayar que, también es esencial el respeto por la decisión del otro frente a la participación en la estrategia, reconociéndose como sujeto, junto a su dignidad humana, pues, como menciona Cano (2006): “No olvidemos que nadie debe sentirse obligado a participar en un grupo y que, por lo tanto, toda acción que suponga forzar a alguien, lejos de ayudar al conjunto, lo puede debilitar e inclusive deteriorar” (p.7), justo como se muestra a continuación: “Pudimos observar que los niños entraban muy tímidos pero al momento en que nos acercamos a ellos de la mejor manera y con respeto, claramente estando sus respectivos acudientes presentes, entraban en confianza y se divertían con el juego” (Ficha 8, Stand: Semana de humanización “aprendo mientras me muevo”, 2023).

Todo esto permitió distinguir que la calidez en la interacción favoreció la apertura y compartir de experiencias personales de la comunidad con nosotras, porque lo mencionado

previamente hizo que las personas se sintieran cómodas y establecieran ese lazo de confianza y comunicación sujeto-sujeto, en doble vía de aprendizaje, en otras palabras:

El reconocimiento del disenso, la búsqueda de consensos y del hacer con otros, conduce necesariamente a experimentar una ética, que según la autora mencionada es “la ética de incluir al otro”, y que orienta un trabajo colectivo que construye relaciones sociales (Perilla y Zapata, 2009, p. 154).

En relación con esto, hubo un reconocimiento del otro, además, la estrategia permitió la interacción y el compartir entre miembros de la comunidad fomentando el reencuentro debido a que en ocasiones participaban dos o más personas siendo familiares, amigos o conocidos, como en el siguiente caso:

Algunos de los cuidadores se sentaban a ayudarle a sus niños a armar el rompecabezas, lo cual fortalecía aún más sus vínculos, del mismo modo, entablaron conversaciones con nosotras, entre familiares y desconocidos, pues entre todos se comunicaban, ya sea mencionando cosas de la actividad o aspectos del municipio que los convocaban como habitantes de un mismo lugar. (Ficha 16, Actividad de humanización: Jornada lúdica de juegos de mesa “ejercitemos nuestra mente”, 2023)

Dentro de este orden de ideas, la experiencia nos mostró que las actividades colectivas refuerzan el sentido de pertenencia e identidad en los funcionarios de la institución, partiendo de entender que una de las condiciones para la participación es el ambiente sociopolítico favorable y la construcción de aquellas identidades colectivas (Campos et al., 2018). Además, el reconocimiento de los aspectos positivos de los compañeros mejoró el ambiente laboral, evidente cuando: “los 25 funcionarios que asistieron decidieron que pudieran participar todos, formando así la frase “juntos somos mejores”, en donde se vio realmente los aportes de todos, la

comunicación asertiva, la unión y trabajo en equipo” (Ficha 21, Actividad de humanización en reunión de empleados: Yincana institucional de cierre del proceso con los funcionarios, 2023).

Por lo dicho, el buen ambiente laboral es fundamental en la humanización, pues “la humanización en salud debe ser un trabajo integral y multidisciplinario, que tiene como fin mejorar el medio ambiente de las instituciones de salud e incluye la responsabilidad social” (Hoyos et al., 2008, p. 222).

Sin olvidar la importancia de la humanización en salud, nos permitimos dar un reconocimiento acerca de los resultados de las campañas educativas para la Política de Participación Social en Salud como una apuesta para construir conocimiento entre funcionarios propiciando procesos participativos.

En primera instancia, fue notable que en los funcionarios públicos del sector salud había poca claridad acerca de los recursos, mecanismos y normas que rigen la institución desde el Estado, además, de la sobrecarga laboral y constantes cambios en la ley, aspectos que generaron retrocesos, limitaciones en la participación de los funcionarios a causa del agotamiento (Pineda, 2014).

Con este panorama, valoramos que el proceso llevado dejó resultados oportunos, en tanto, la intencionalidad y orientación de cada eje fue reconocido de manera clara, pues aunque tiene un carácter teórico la estrategia implementada permitió comprender, memorizar y/o relacionar, es decir, los funcionarios ubican lo aprendido de los 5 ejes de la Política de Participación Social en Salud desde sus realidades institucionales y municipales, una clara muestra responde a que “sabían que el eje 1 se trataba del trabajo interno y el eje 2 mencionaban que era para la comunidad, también, decían que es importante ayudar a compartir lo que se realiza o invitar a otros a que participen” (Ficha 23, Socialización de la Política de Participación

Social en Salud (PPSS): “Hablemos sobre la importancia de PPSS y los mecanismos con los que cuenta nuestra institución”, 2023).

5.2 Resultados no planeados producto de las acciones para la promoción de la participación comunitaria en salud

En el transcurso del análisis de la experiencia, la recolección y organización de la información, identificamos la necesidad de esta categoría emergente, pues, aunque no fue pensada desde el inicio, nos parece oportuno resaltar aquellos hallazgos que como profesionales en formación nos sorprendieron, porque así es la realidad, los contextos institucionales y las personas.

En tal instancia, parece necesario reconocer que el tiempo destinado para la ejecución no fue acorde con la dinámica de la institución, puesto que al inicio para el proceso metodológico nos dejamos llevar por aspectos relacionados con la educación bancaria, pues la actividad fue abarcativa, se usó un lenguaje académico, igualmente, no se abrieron espacios interactivos para la comprensión, propiciando un espacio magistral, por este motivo, los usuarios y funcionarios se mostraron desinteresados e indispuestos, en otras palabras, se trató de una contradicción en razón de la educación popular, evidente con:

Esta visión “bancaria” de la educación, los hombres sean vistos como seres de la adaptación, del ajuste. Cuanto más se ejerciten los educandos en el archivo de los depósitos que les son hechos, tanto menos desarrollarán en sí la conciencia crítica de la que resultaría su inserción en el mundo, como transformadores de él; como sujetos del mismo. (Freire, 2005, p.53)

Por esta razón, comprendimos la importancia de realizar ajustes metodológicos para próximas actividades incluyendo nuestra postura en relación con la población y la manera como

estos eran concebidos, con el fin de generar una relación de aprendizaje mutuo y de implicación de usuarios y funcionarios en cada uno de los escenarios desarrollados, partiendo de la misma realidad. Paralelamente, vimos que el dinamismo y movimiento en las acciones generó mayor participación, disposición y aprendizaje, de este modo, percibimos la efectividad de usar técnicas que requieren de perder el miedo, generar debate, salir de la zona de confort y adaptarla al contexto. En este caso específico durante la actividad de “calidad en la atención” se realizó un dramatizado con los funcionarios exponiendo el caso de una familia de la zona rural que no es atendida por retrasos del transporte, en donde fue evidente que:

Al finalizar esta escena, los demás sin ningún límite comienzan a participar; pues siendo este aterrizado a la realidad del Hospital permitió la identificación, lo cual les proporcionaba seguridad, debido a que sabían lo valioso de sus aportes personales como profesionales, construyendo un ambiente sano, con diálogo y debate de perspectivas. (Ficha 15, Actividad de humanización en reunión de empleados: “Trabajando por la calidad en la atención”, 2023)

Otro aspecto no planeado fue la improvisación por parte de nosotras en la planeación y organización de las actividades, de modo que, influyó en la calidad de la estrategia, pues si bien logramos llevar a cabalidad lo planteado desde el inicio, identificamos que en ocasiones no era suficiente el tiempo dispuesto para los aspectos logísticos, pues por ello estuvieron presentes dudas acerca de cómo transmitir el mensaje de forma clara a través de lo simbólico, tal como ocurrió en la actividad “Aprendo a escuchar mi cuerpo para cuidarme”:

En ocasiones al momento de explicar el trasfondo de la actividad, es decir, el autocuidado, nos enredamos, debido a que en diversas ocasiones no sabíamos cómo darnos a entender, lo cual se vio que algunas personas no quedaron con la idea plenamente clara, pues, incluso para nosotras mismas fue complejo encontrar aquello

que uniera los sentidos, con el cuidado del cuerpo. (Ficha 10, Stand de humanización: “Aprendo a escuchar mi cuerpo para cuidarme”, 2023)

Ello se puede relacionar directamente con que la repartición de tareas desiguales incide en el desempeño general de las actividades, sobre todo porque en las acciones de gran magnitud como la “Yincana Interinstitucional”, estuvieron involucrados actores, instituciones y mayor número de participantes, ello quiere decir que la labor metodológica y logística adquirió un nivel de esfuerzo considerable, asimismo, el trabajo en equipo y la coordinación debieron ser pilares fundamentales para evitar dificultades como la organización y gestión de diversos recursos. Ejemplo: “al estar liderada por una parte y no a cargo de todos se inclinó por dejar la responsabilidad a una sola parte y eso provocó diferentes inconvenientes” (Ficha 11, Actividad de humanización “Yincana Interinstitucional”, 2023).

Con respecto a la interacción con la comunidad, no contábamos con que el estado de salud de las personas incidía en su participación, puesto que, en ocasiones se destinaron actividades de humanización que resultaron ser poco oportunas para la zona de hospitalización, porque olvidamos que a las personas hay que verlas de manera integral, entendiendo lo social, cultural, económico, etc., pues sin ello, el bienestar que se pretende con procesos humanizados en salud, no estarían siendo efectivos (Hoyos et al., 2008), entonces, lo que sucedió fue que no estaban las mejores condiciones físicas y emocionales para la participación, para mayor claridad:

Sólo se pudo realizar con un niño, quien tuvo su completa disposición por involucrarse, en donde la madre, el niño, Laura y Deinis reímos, cantamos y tocamos los instrumentos, no se pudo realizar el baile puesto que estaba canalizado y le generaba dolor, empero, con las demás personas que estaban en dicha zona fue imposible, puesto que, había una mujer embarazada que tenía mucho dolor de cabeza, un adulto mayor

estaba durmiendo y había otra mujer, pero tenía COVID-19. (Ficha 12, Actividad de humanización: Jornada lúdica de musicoterapia “La música sana nuestros corazones”, 2023)

Contemplando lo dicho hasta ahora, un aspecto que surgió en el proceso, con base a una reflexión y diálogo entre nosotras, tiene que ver con la actitud profesional, ya que tuvimos poca capacidad de frustración ante situaciones de poca acogida y/o relaciones de poder, porque en las actividades que por algún motivo externo había una disminución de la participación de la población o algunas en las que se acercaban directivos que jerárquicamente en la institución ocupan un lugar de autoridad, nos generaba inseguridad, temor, angustia, llegando incluso a cuestionar nuestro rol como profesionales, de manera que, todo este lenguaje no verbal se reflejaba en el transcurso de la actividad.

Por estas razones, reconocimos la importancia de trabajar aspectos personales de cada una, pues al no salir todo como esperábamos nos generó sentimientos de inferioridad. Por ejemplo: “Con todo esto, en la jornada de la tarde sólo estuvimos dos horas, pues no supimos lidiar con la frustración, teniendo en cuenta, que era la primera actividad realizada y que no estábamos contando con la mejor inserción” (Ficha 6, Stand: ¿Qué sucede el 22 de octubre? Día del Trabajo Social, 2022). Similarmente, sucedió con los dos videos en Facebook que grabamos como alternativa al en vivo sobre salud mental, en donde nuestras emociones nos desbordan debido al cansancio, la poca coordinación con la persona invitada, aspectos personales, etc., lo cual nos mostraba la importancia de trabajar a nivel interno la paciencia, autoestima, control de las emociones, autoconfianza, entre otros.

En ese mismo orden de ideas, fue evidente la rigidez por parte de nosotras como practicantes en cuanto al tipo de población a la que era orientada la estrategia, de forma que, cuando las actividades eran destinadas a un tipo de personas, no pensábamos que la

participación de otras podía ser valorada. Dicha actitud limitó la participación, como se puede ver a continuación:

Evidentemente, no estaba teniendo la acogida que creímos recibir, sin embargo, resaltamos el interés de las funcionarias, quienes amablemente se acercaban a preguntar qué se estaba celebrando, empero, nosotras no ahondamos en la información, sino que sólo decíamos que era por el día del Trabajo Social, lo cual fue una conducta errónea, pues ellas sí contaban con un interés y disposición. (Ficha 6, Stand: ¿Qué sucede el 22 de octubre? día del Trabajo Social, 2022)

Siguiendo con las actividades grupales, fue notorio que como practicantes contábamos con pocas herramientas para el manejo de grupos, puesto que, se requirió de habilidades por parte de nosotras para manejar la dispersión, orientar el espacio, poner límites y/o reglas, para que se desarrollara de forma amena la metodología, en concreto:

Las técnicas son procedimientos rígidos, pero en su aplicación el animador las adapta a la situación concreta. Esta aplicación de la técnica viene determinada por tres condiciones: que el animador la conozca, que el mismo tenga las habilidades necesarias y que disponga de los instrumentos adecuados. (Cano, 2006, p.3)

Conviene especificar que con los funcionarios logramos revelar las deficiencias que teníamos en el trabajo con grupos, a causa de la coyuntura del COVID-19, cuya asignatura fue cursada en la modalidad de presencialidad asistida por tecnología, por ende, no hubo una experiencia práctica, a manera de ilustración:

En dicha actividad hubo mucho ruido y la voz de las estudiantes no bastaba, por lo que, se optó por tener un silbato y hacerlo sonar cuando se requería de su atención, sin embargo, en esta actividad no siguieron las instrucciones dadas, por lo que, debió

suspenderse el juego y no asignar el punto a ninguno. (Ficha 21, Actividad de humanización en reunión de empleados: Yincana institucional de cierre del proceso con los funcionarios, 2023)

Por lo dicho, también identificamos que la poca comunicación asertiva entre nosotras complejizó el desarrollo de la estrategia, pues aun siendo compañeras en cursos previos a la práctica, todavía existían dificultades a causa de la comunicación, transmitiendo a los participantes confusión frente a la acción, por lo que, “las limitantes de la comunicación son la falta de autoconfianza de confianza en la otra persona y de tiempo, tanto para identificar los problemas como para dialogar al respecto” (Campos et al., 2018, p. 197), la situación más cercana refiere a la yincana con los funcionarios porque “en un momento creímos que la otra estaba tomando el tiempo y ninguna lo estaba realizando, por lo que, se tuvo que calcular cuánto llevaba el grupo en el recorrido” (Ficha 21, Actividad de humanización en reunión de empleados: Yincana institucional de cierre del proceso con los funcionarios, 2023).

Referente a este tema, se mostró que la poca experiencia como practicantes para resolver situaciones problemáticas, limitó la orientación oportuna a los usuarios, porque en los espacios donde las personas de la comunidad nos exponían vivencias personales, en muchos casos, por el desconocimiento nuestro de cómo atender y guiar problemáticas específicas no sabíamos qué decirle a ese otro que esperaba una respuesta profesional, en particular esto se debe a que en el stand del día en contra de la violencia a la mujer, una mujer nos comenta su caso, de modo que: “al escuchar sus palabras nos sentíamos muy impotentes y sin las herramientas para brindarle una respuesta que incidiera o transformara su realidad” (Ficha 7, Stand de humanización: 25 de noviembre “Día internacional de la eliminación de la violencia contra la mujer”, 2022).

Esta situación fue conflictiva en tanto no aportamos soluciones efectivas, ya que los seres humanos “al no poder desarrollarse por sí mismo, experimenta una necesidad radical de

encuentro con los demás en la alteridad (del latín alter ego: otro yo) con un «tú», y dentro de un contexto social con un «nosotros» (Santos, 2003, p.54). Por lo tanto, relacionarnos con otras personas y conocer la problemática desde la realidad permitió mayor consciencia sobre los aspectos personales y profesionales a fortalecer.

Otros elementos inesperados tienen que ver con el uso de las TIC's para la promoción de la participación comunitaria, pues no teníamos presente la inestabilidad en la conexión a internet en el municipio durante la transmisión del en vivo en Facebook y el programa radial “Versalles saludable”, por lo que, fue un gran percance, pues provocó disminución en la audiencia, junto a la demora en la hora de inicio de la transmisión en vivo, en concreto, durante el en vivo “Salud y mujer”: “inmediatamente aparece “Restableciendo conexión...”, por lo cual intentamos conectarnos a otra red de la institución pero tampoco fue posible, ya que el clima estaba lluvioso, provocando una señal deficiente” (Ficha 2, Programa radial y live en Facebook “Versalles saludable”: “Salud y mujer”, 2023). Por lo tanto, “el internet necesita herramientas las cuales tienen que ser obligatoriamente implementadas para que pueda funcionar de la mejor manera, una buena estructura de red una buena estabilidad interna además de otros factores” (Ramos, 2022, p.55).

En esta misma línea, como se mencionó anteriormente era esencial contar con invitados que tengan un reconocimiento social dentro del municipio, porque fue evidente la disminución de la audiencia a causa de la ausencia de invitados y tardanza en la publicación del flyer, tal como en el último en vivo “Hacer memoria para no olvidar la historia: El furor de la participación comunitaria” contando con las estadísticas más bajas, específicamente:

Como máximo llegaron a conectarse 5 personas al mismo tiempo (...) 120 personas alcanzadas, al igual que, un total de 13 reacciones y 1 comentario, debido a que se publicó el flyer el mismo día, consideramos que ello provocó un alcance bajo a comparación de

otras sesiones. (Ficha 5, Live en Facebook “Versalles saludable”: “Hacer memoria para no olvidar la historia: El furor de la participación comunitaria”, 2023)

Por último, se presentaron inconvenientes como interferencias en el sonido durante la transmisión del en vivo en Facebook ya que creíamos que se escucharía bien, no pensamos en el ruido externo, sin embargo, la comunidad nos lo hizo saber desde la primera sesión con comentarios como: “Hablar un poco más duro o acercar un poco más la cámara para que se escuche mejor.” “Conseguir un micrófono, porque el resto estuvo muy interesante” (Ficha 1, Programa radial y live en Facebook “Versalles saludable”: “Conozcamos nuestro Hospital y cómo acercarnos a él”, 2023). Debido a que era crucial para un desarrollo óptimo, sin embargo, en transmisiones posteriores cuando se gestiona el micrófono, se presenta el agotamiento de batería del micrófono inalámbrico lo cual nos deja como muestra lo impredecible que es la realidad y lo preparadas que debíamos estar para enfrentarla.

Lo dicho sin mencionar que en algunas ocasiones se presentaron percances, tales como la poca anticipación en la obtención de información con terceros para fines del programa radial, ya que ellos normalmente por sus labores no podían ir a la radio, siendo las grabaciones el mecanismo para difundir el conocimiento, igualmente, llegamos recurrir a la publicación de videos como alternativa de solución a la dificultad de conexión en la red de internet.

En consecuencia, la modalidad mencionada disminuyó el nivel de interacción con la audiencia ya que no podían exponer sus ideas o reflexiones al instante, además, con el propósito de no hacer extensa la videograbación del tema “Salud Mental: Una mirada social y psicológica” quedó fragmentado en dos partes, aproximadamente de 10 minutos cada una, generando que bajaran las estadísticas.

5.3 Facilitadores de las acciones implementadas para la promoción de la participación comunitaria en salud

En el transcurso de la exposición de los resultados se han mencionado algunos de los facilitadores de las actividades, por ejemplo, la ubicación de las estrategias, la adaptación de la misma a la población, su metodología interactiva, horario y la duración de los programas, la preparación logística incluyendo el uso de materiales visuales y/o auditivos, realizar previamente el proceso logístico, entre otros, elementos que cada vez se fueron mejorando y aprendiendo de los mismos, facilitando el proceso, sin embargo, queremos mostrar otros que fue posible identificar.

Inicialmente, con el uso de las TIC's en el desarrollo del programa “Versalles saludable” vía transmisión en vivo en la red social Facebook, programas radiales y en general todo el proceso, pudieron llevarse a cabo principalmente por las redes de apoyo internas y externas a la institución, entendiendo que: “está conformada por un conjunto de relaciones familiares y no familiares que brindan, efectiva o potencialmente, uno o varios tipos de ayuda que incluyen la compañía, el apoyo emocional, la ayuda práctica, económica y la guía cognitiva o consejo” (Sluzki, 1996, como se citó en Arias, 2015, p. 152).

En este sentido, se observó el apoyo en la comunicación con otras practicantes para las recomendaciones que emplearon en su estrategia radial, al igual que, el apoyo emocional por parte de la invitada frente a nuestro momento de frustración, asimismo, el mejorar aspectos logísticos con el apoyo del equipo interdisciplinario y de la mano de profesionales externos como el organizador de la radio, generando así dicha red, por ejemplo: “nos contactamos con el ingeniero en sistemas quien instaló en el cuarto de grabación otro router de internet, lo cual facilitó que no se presentaran fallas en la conexión, por ende, se pudo dar inicio en la hora establecida” (Ficha 4, Programa radial y videograbación en Facebook “Versalles saludable”:

“Salud mental: hablemos de su importancia desde una mirada social y psicológica”, 2023). De tal forma, fue posible la estabilidad en la conexión a la red de internet durante la transmisión del en vivo.

Respecto a la metodología de estas acciones, fue esencial el análisis de la población mayoritaria en la red social Facebook de la institución para así priorizar temas que atrajeron mayor audiencia, en concreto, durante la transmisión del tema “salud y mujer”: “el hecho de estar conformado el equipo por mujeres y que la mayor población de seguidores de la página sean mujeres permitió que el tema abordara el empoderamiento y reflexión sobre la salud, logrando así estadísticas inimaginables” (Ficha 2, Programa radial y live en Facebook “Versalles saludable”: “Salud y mujer”, 2023).

Del mismo modo, la comunicación previa con la profesional invitada al Programa y el encargado de la radio para llegar a acuerdos en cuanto a horarios, requerimientos, contenidos, disminuir los percances y contar con el tiempo para buscar alternativas de solución, por ende, dicha comunicación horizontal entre nosotros “además de permitir coordinar la tarea, también proporciona apoyo emotivo y social al individuo»” (Sánchez, 2002, p. 330).

En este orden de ideas, al ser una acción que implica invitación previa, fue crucial la elaboración estratégica del flyer incluyendo la fotografía de los invitados, pues permitió que “el público se interesará aún más puesto que la reconocían, lo cual se vio reflejado en el alcance del mismo” (Ficha 2, Programa radial y live en Facebook “Versalles saludable”: “Salud y mujer”, 2023). Por ende, debemos comprender que el reconocimiento social juega un papel importante, específicamente, en relación con un cargo público que genera estatus, aún más en un municipio como Versailles, caracterizado por ser en gran parte rural.

Sin duda, se deben considerar las actividades como un medio para conocer de primera mano el contexto municipal e institucional, lo cual se convirtió en un facilitador para nuestro desenvolvimiento personal y profesional, pues mediante la interacción con funcionarios y usuarios, conocíamos el contexto en el que estábamos, en otras palabras: “el proceso de inserción se va profundizando en la medida que transcurre la intervención profesional y en la medida que dicha intervención posibilita un manejo de información importante sobre el contexto específico de la acción” (Rozas, 2002, p. 78). Por ejemplo, en el stand de humanización con el tema del día en contra de la violencia a la mujer, en donde tuvimos que ir a la Comisaría de Familia, Policía Nacional y Alcaldía Municipal por información sobre las rutas de atención, generando así una mejor inserción (Ficha 7, Stand de humanización: 25 de noviembre “Día internacional de la eliminación de la violencia contra la mujer”, 2022).

En este orden de ideas, en la experiencia se presentaron algunos aspectos que incentivaron la participación, entre ellos, la entrega de algún caramelo o mensaje impreso al finalizar la actividad, además, la asistencia de funcionarios en los stands motivó a los usuarios a acercarse al espacio porque eran personas reconocidas socialmente, inclusive, en las ocasiones que era poca la asistencia de la población externa, el apoyo de dichos colaboradores aumentó nuestra confianza y desarrollo de habilidades para expresarnos en público, para ilustrar:

Se evidenciaron como facilitadores la disposición por parte de las funcionarias, pese a que no les brindamos la información adecuada, su actitud hizo que nos sintiéramos un poco más animadas para continuar con la actividad, además, el hecho de entregar un incentivo ya sea la infografía o el dulce, genera que las personas tengan un interés inicial. (Ficha 6, Stand: ¿Qué sucede el 22 de octubre? Día del Trabajo Social, 2022)

Por lo que, se evidencia la participación por incentivos, la cual consiste en: “las personas participan proveyendo principalmente trabajo a otros recursos (tierra para ensayos) a cambio de

ciertos incentivos (materiales, sociales, capacitación); el proyecto requiere su participación, sin embargo, no tienen incidencia directa en las decisiones” (Barrientos, 2005, p.4).

De manera conjunta, la permanencia de usuarios dentro del Hospital y la actitud de disposición frente a la participación en la estrategia, facilitó el proceso, porque permitía que en las explicaciones tuviéramos confianza, además, sintiéramos la acogida por parte de la comunidad, específicamente en el stand de humanización sobre comunicación asertiva, “la iniciativa de los usuarios al momento de observar y dar respuesta a las imágenes de doble perspectiva para sí dar paso a lo informativo, pues hubo interacción de parte y parte” (Ficha 18, Stand de humanización: “Aprendiendo a comunicarnos asertivamente”, 2023).

Acorde a lo previamente mencionado, dichas acciones requerían de una garantía institucional para el acceso a recursos para las estrategias, pues aunque como profesionales en formación fuimos gestoras, creativas y disminuimos los costos, la institución siempre estuvo presente en lo que estuviera a su alcance en cuanto a materiales, lo cual producía un óptimo desarrollo, además, cuando la intervención se alinea con la demanda institucional posibilita los espacios para la puesta en escena, pues como profesionales debemos mediar entre los intereses de la comunidad y la institución, de forma más clara: “Trabajar con la PPSS a nivel interno fue de interés institucional, por ende, se dieron los espacios necesarios para lograr desarrollarlo” (Ficha 27, Socialización de la Política de Participación Social en Salud (PPSS): “Hablemos sobre la importancia de la PPSS y los mecanismos con los que cuenta nuestra institución”, 2023).

Referente a nuestra formación, fue notorio que los conocimientos teóricos y las experiencias al interior de la academia favorecieron el desenvolvimiento profesional, pues las habilidades obtenidas se reforzaron en la práctica:

Lo relacionado con la dinámica utilizada en la universidad, específicamente, las exposiciones, campañas, etc., que se realizan durante varias clases, esto debido a que como estudiantes nos brinda herramientas que permiten organizar un tema para hacerlo presentable pero también invita a buscar estrategias más llamativas e interactivas para permitirle al público conocer un tema. (Ficha 25, Socialización de la Política de Participación Social en Salud (PPSS): Eje 3 “Impulso a la cultura de la salud” y eje 4 “Control social en salud”, 2023)

Lo cual permitió directamente el reconocimiento de las competencias de cada una para la distribución de tareas, es decir que fuimos conscientes al autoanalizar aquellas fortalezas de cada una y usarla a favor de la acción, para mayor agilidad, acogida de la comunidad, etc, empero, en ocasiones fue necesario el intercambio de funciones entre nosotras, para así potenciarlas. Al respecto de “las habilidades fue que Deinis para expresarse o dar a entender un punto es más eficiente y menos técnica en cuanto al uso de palabras, (...) por otra parte, Laura se comporta mejor acercando a la gente, invitando a la actividad” (Ficha 9, Stand: Semana de humanización “Valores de la humanización en salud”, 2023).

5.4 Obstaculizadores de las acciones implementadas para la promoción de la participación comunitaria en salud

En este apartado se exponen algunos aspectos que refieren a limitaciones para el desarrollo adecuado y/o eficiencia en las acciones implementadas durante nuestro proceso de práctica académica.

Es así que nos dimos cuenta que para las actividades de humanización debíamos contemplar aspectos para que los participantes no perdieran el interés, pues ello sucede cuando las estrategias son extensas, poco claras e interfieren en las tareas personales, es decir, “debían

ser actividades que no demanden más del tiempo que los cuidadores pudiesen brindar teniendo en cuenta las ocupaciones” (Ficha 8, Stand: Semana de humanización “aprendo mientras me muevo”, 2023), además, aquellas que requieren de la exposición de ideas de los usuarios genera resistencia a participar.

Hasta ahora, comprendimos que todas estas en algún momento nos estaban limitando el alcance con la población, la iniciativa y la acogida, al igual que, desconocer la estructura física de los escenarios donde se iban a desarrollar las actividades entorpece el proceso logístico, del mismo modo, el uso de dinero propio para gastos económicos independientemente de quién tenga la responsabilidad de realizar las acciones, desestabilizó nuestro presupuesto para el mantenimiento en el municipio.

En cuanto a las campañas educativas para la Política de Participación Social en Salud tuvimos como dificultades los siguientes aspectos, primero, usar el tiempo de trabajo de los funcionarios para desarrollar las actividades generó desinterés por parte de algunos e interferencia con las tareas de cada uno, en paralelo, la dinámica del Hospital que requiere una continua atención al usuario no permite la participación de muchos profesionales, también como practicantes nos agotaba demasiado pasar por cada oficina, tal como sucedió en dos situaciones “una tiene que ver con un desinterés por parte de algunas personas, por otro lado, se trata de distractores, los cuales tienen que ver con situaciones externas a la reunión como atención a pacientes o aspectos administrativos” (Ficha 25, Socialización de la Política de Participación Social en Salud (PPSS): Eje 3 “Impulso a la cultura de la salud” y eje 4 “Control social en salud, 2023).

Por ese motivo, se ajusta la estrategia y se programa cada campaña en un espacio de la reunión de empleados, a partir de allí, se agrega que todo fue mejorando, empero, al tener a los funcionarios en grupo y sin obligaciones de su trabajo propició un ambiente de socialización

entre ellos, lo cual comenzó a considerarse como un distractor porque no lograban conectar con el tema en algunas ocasiones, por ende, nos causaba mayor esfuerzo para el manejo de grupos.

Con lo dicho, existía una gran posibilidad de que se quedaran con confusiones acerca de los conocimientos compartidos sobre los 5 ejes de la Política de Participación Social en Salud, pues si bien tuvimos en cuenta manejar en la metodología la repetición, los espacios de recorderis y la lluvia de ideas, fue notable en algunos escenarios que al ser siempre la misma estrategia pudo entorpecer la asimilación del aprendizaje, particularmente, “se trata de poca capacidad para mantener la atención, ya que los distractores tienen que ver con mantener conversaciones con el compañero fuera de los temas vistos o relacionados con aspectos personales” (Ficha 25, Socialización de la Política de Participación Social en Salud (PPSS): Eje 3 “Impulso a la cultura de la salud” y eje 4 “Control social en salud, 2023).

En razón de las acciones implementadas por medio de las TIC's vimos que algunos de los obstáculos aluden a la poca anticipación para la programación de las entrevistas a funcionarios invitados, pues no contar con tiempo en la jornada laboral llevó a que se usará tiempo de la noche para terminar con la edición de los audios, entre otros, a manera de ejemplo: “no realizar las entrevistas con previo aviso y con más tiempo, puesto que, realizarlas un día antes del programa fue desgastante tanto para el personal como para las practicantes, contando con que se debían de editar” (Ficha 2, Programa radial y live en facebook “Versalles saludable”: “Salud y mujer”, 2023).

Para ese mismo camino, sucedió que, al solicitar información mediante entrevista para la sesión radial sin seguir el conducto regular entre funcionarios y jefes por área, creó en algunos sentimientos de inconformidad, por dicha situación comprendimos que existen unas jerarquías que se deben seguir para no provocar confusiones.

En coherencia con la metodología, fue notable que un obstáculo se debe al poco análisis del contexto político actual, pues en varias ocasiones llegamos a hacer mención de temas sensibles, lo cual fue notable con la última transmisión en vivo por la red Facebook, ello como cierre del proceso:

Por el contexto político actual previo a elecciones municipales, desde la página del Hospital fue eliminado el flyer y el en vivo, pues nos comentan que se tratan temas que no le convienen a la institución pues puede generar disgustos entre los diversos implicados, por lo tanto, como practicantes consideramos que se debió tener en cuenta la opinión de la dirigente frente a la transmisión, pues en el perfil no quedó constancia de esta y del cierre del proceso en relación a las TIC's (Ficha 5, Live en facebook "Versalles saludable": "Hacer memoria para no olvidar la historia: El furor de la participación comunitaria", 2023).

Lo sucedido, generó angustia en la gerente del Hospital, pues ella al manejar todos los procesos políticos, administrativos, etc., reconoce con mayor facilidad las implicaciones de las narrativas, las tensiones entre instituciones y/o intereses políticos, siendo necesario el apoyo de las personas conocedoras para contextualizarse sobre el municipio, pues si reconocemos lo mencionado por Agudelo y Daza (2021), veremos que se ha creado una debilidad intersectorial, que termina por desarticular a las diferentes instancias del municipio, especialmente, en escenarios de elecciones políticas, por ello, argumentan que se desfavorece el servicio de la salud y la implementación efectiva de la participación a causa del poder y la mercantilización.

Desde otro punto de vista, se identificó que los funcionarios que participaban generaban mayor audiencia a través de en vivo Facebook, sin embargo, en la última transmisión la invitada desde gerencia no pudo estar presente, por lo que: "incidió en que menos población se viera interesada en conectarse, incluyendo los funcionarios, ya que el hecho de contar con alguien

socialmente reconocido por los versallenses, genera mayor impacto e interés en los espectadores” (Ficha 5, Live en Facebook “Versalles saludable”: “Hacer memoria para no olvidar la historia: El furor de la participación comunitaria”, 2023). Al respecto, fue notable que la estrategia de evaluación por medio de formularios Google no fue la mejor decisión, ya que la participación de la población no obtuvo un gran alcance por este medio, pues vimos que al ser tipo encuesta no generó interés.

Concibiendo lo dicho, parece que en los resultados influyó la poca preparación psicológica para enfrentar situaciones como la acogida de la estrategia, los sentimientos de frustración, las expectativas o falta de confianza en sí mismas, sin embargo, no nos detendremos en ello, ya que se mencionó en apartados previos, además, nos resulta más relevante agregar los obstáculos no mencionados hasta ahora, entre estos encontramos que:

En las actividades de humanización y las campañas educativas, existieron dificultades para el manejo de grupos, pues la poca claridad y coordinación entre nosotras como practicantes debilitó el rol directivo y/o de guías, igualmente, la débil proyección de la voz limitó la atención del público, tal como se mencionó en los resultados, específicamente en la actividad de la yincana con los funcionarios al interior del Hospital siendo menester que nuestros puntos a fortalecer tuvieran que ver con la forma para abordar escenarios magistrales, tediosos o normativas desde dinámicas interactivas, lúdicas, etc., que implicaba la participación de todos.

Es de esta forma otro obstáculo se relaciona con el uso de las TIC's y la actitud frente a fallas técnicas, sucedió que en la transmisión en vivo vía Facebook “Salud mental”: “ fue una de las acciones más difíciles, primero, por el hecho de que el contexto, las situaciones, el agotamiento físico y emocional presentes días previos incidieron en el resultado del mismo” (Ficha 3, Programa radial y live en Facebook “Versalles saludable”: “Salud mental: hablemos de su importancia desde una mirada social y psicológica”, 2023), entonces, asuntos personales, la

poca cooperación entre el equipo, la impuntualidad, el clima, retrasos del internet, etc., provocó que el estado anímico decayera, lo cual se vió reflejado en las grabaciones desmejorando el alcance, debido a que mostramos a la audiencia sentimientos de cansancio y agotamiento, tal como nos lo expresaron personalmente algunos familiares y amigos que estuvieron conectados.

A lo dicho, cabe agregar que ya se habían buscado las redes de apoyo para solucionar la conexión a internet, sin embargo, este día la señal se cayó en todo el municipio, siendo el punto límite para que cambiara nuestra disposición frente al en vivo, por ello, se recurre a hacer vídeos.

Desde una perspectiva diferente y a manera de sintetizar lo evidenciado como obstaculizadores hacemos mención sobre las dificultades de la población para participar en las acciones implementadas, por ello se procede a reconocer que en las acciones de humanización, la comunidad no siente confianza para hacer uso de los elementos de la institución, pues dejamos en el Hospital un espacio de lectura, específicamente, el “espacio de lectura las mariposas amarillas”, para ser utilizado mientras se espera la atención médica pero, notamos que muchos se resisten, en otras palabras, se trató de: “un tipo de limitante que no permite al usuario sentir que los implementos o materiales del Hospital son para ellos mismos, por lo que fue fundamental siempre iniciar con una invitación” (Ficha 13, Actividad de humanización: Jornada lúdica de arte terapia “el arte es bienestar físico y emocional”, 2023).

En concordancia con ello, se resalta que humanizar se trata justamente de generar relaciones de cercanía, pertenencia y conservar la dignidad más allá de institucionalizar y/o comprender a la persona desde la enfermedad, sin olvidar su posición como sujeto.

En relación con las campañas educativas sobre la Política de Participación Social en Salud, la cantidad de funcionarios comprometidos en comparación con los que no asistían al

espacio limitaba el alcance del proceso, pues si bien teníamos la asistencia de algunos, no eran la mayoría, mostrando cierto desinterés con respecto a procesos de aprendizaje como el de la participación comunitaria, ello se observa en lo siguiente: “en la institución hay aproximadamente 50 funcionarios, incluyendo horarios nocturnos y diurnos, pero sólo asistieron alrededor de 13 funcionarios, entre ellos no estaban los dirigentes del Hospital, que es donde mayores tensiones se encuentran entre ambos grupos” (Ficha 24, Socialización de la Política de Participación Social en Salud (PPSS): Eje 1 “Fortalecimiento institucional” y eje 2 “Empoderamiento de la ciudadanía y las organizaciones sociales en salud”, 2023).

Como resultado, estaba la necesidad de cambiar actitudes y sensibilizar a los funcionarios acerca del papel que tienen con la participación en salud y la comunidad, como también las limitaciones para su implementación debido al poco conocimiento sobre el derecho a participar y deliberar en asuntos de salud (Ruiz, 2016), sin embargo, no se desconoce que un limitante era que muchos de ellos debían cumplir con la dinámica institucional.

En ese mismo tramo, vimos que para las estrategias por medio de las TIC's fue disminuyendo la participación de los funcionarios en los en vivos, lo cual demostró la falta de interés por generar conocimientos y la priorización de sus tareas laborales y/o asuntos personales fuera del proceso, ya que el horario de las transmisiones era a las 6:30 p.m con el fin de que pudiera conectarse la población en general.

CAPÍTULO VI. APORTES GENERADOS POR LA PRÁCTICA ACADÉMICA DE TRABAJO SOCIAL QUE RECONOCEN LOS FUNCIONARIOS QUE PARTICIPARON EN LAS ACCIONES DESARROLLADAS

En este capítulo queremos exponer aquellos aportes que fueron identificados por los funcionarios que participaron del proceso de práctica académica, para su recuperación 9 de ellos

compartieron mediante entrevistas semiestructuradas sus principales aprendizajes producto del proceso. Para mayor comprensión decidimos dividir este capítulo por subtítulos enfocados en aportes de carácter cognitivo, laboral y personal, entendiendo que:

El ser humano, desde su gestación hasta la muerte, vive en estado permanente de creación y construcción individual y social de conocimientos, de saberes; de sentimientos, y emociones, del amar; de propósitos y realizaciones, del hacer; de visiones y escenarios de futuro, de utopías, del soñar; y de espiritualidad y creencias, del trascender. (Ministerio de Salud y Protección Social [Minsalud], 2020)

6.1 Aportes de carácter cognitivo reconocidos por los funcionarios

Para comenzar, con aportes cognitivos nos referimos a los aprendizajes de carácter conceptual, específicamente, a la elaboración mental que realizaron sobre temas puntuales como la participación comunitaria en salud, con base en la Política de Participación Social en Salud Resolución 2063 del 2017, al igual que, la Política Nacional de Humanización, los cuales fueron pilares durante el proceso, de tal manera, quisimos ahondar en lo aprendido, partiendo de reconocer su experiencia.

En relación a lo expuesto, evidenciaron que la humanización dentro de la institución era reflejada en un ambiente diferente y participativo, haciendo alusión al momento en que entraban a la institución y había música, carteleras, globos, material didáctico, asimismo, observaban a los usuarios de todas las edades en un rol activo, realizando actividades en donde pudieron notar que el arte y la creatividad humaniza y genera bienestar, lo cual implica recursividad en la planeación y ejecución. En particular, así lo expresa una de las personas entrevistadas:

Cuando llego y veo ese espacio tan bonito con las mariposas y que lograron conseguirse pues el estante que estaba ahí dando otros usos, pienso que ha sido también de mucho impacto, agradó mucho, tanto a la gente de aquí, pero también a los que llegan porque ven un ambiente más cálido, una consulta, un área de consulta externa, no tan fría, sino que eso le da calidez y acerca también más a la gente. (Entrevistado 7, comunicación personal, 18 de julio, 2023)

En este orden de ideas, otro de los principales aprendizajes fue que la humanización es interacción con el otro, compañero, usuario o directivo, en palabras de Ariza (2012):

Se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de la salud y el ser humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno. (p.46)

Así que resaltan estos aspectos como base para una atención humana, tal como lo afirma uno de los entrevistados:

En estos casos internos del Hospital o de las instituciones es muy escaso que uno como funcionario, como persona pueda acercarse a un directivo y la articulación y la forma de ustedes ir cambiando todo ese contexto, estuvo genial y las felicito porque la verdad nos hicieron un acercamiento muy chévere con compañeros, con las directivas y de hecho con ustedes. (Entrevistado 8, comunicación personal, 19 de julio, 2023)

A causa de lo antes dicho, fue notoria la disminución de la tensión y el aumento de apoyo mutuo, por lo que, manifestaron la identificación de redes de apoyo como alternativas a situaciones problemáticas, siendo este tema el más recordado por la mayoría, pues su interiorización permitió que pudieran autoevaluarse frente a la pregunta ¿realmente puedo hacer todo sólo/a?, por ejemplo:

Recalcar que es muy importante que nosotros nos articulemos como equipo de trabajo, entre auxiliares, enfermeras, médicos, equipos administrativos, todos, pues para poder brindar una adecuada calidad de atención al paciente y no solamente en el trabajo, sino en la vida, pues personal de cada uno, o sea, si nosotros pretendemos realizar todo solos, pues no vamos a poder, digamos que necesitamos de los otros también para hacer las cosas. (Entrevistado 9, comunicación personal, 4 de octubre, 2023)

Adicionalmente, en este ejercicio de introspección nos enuncian que como funcionarios están capacitados en su quehacer profesional pero no necesariamente en el ser con el otro, en donde por la dinámica institucional se priorizan otros aspectos y no la calidad en la atención desde lo humano, por este motivo “las instituciones deben buscar de manera permanente los mecanismos para motivarlos e incentivarlos para que sientan gusto y placer de ejercer su profesión, así como suprimir las barreras organizativas y administrativas” (Ariza, 2012, p. 47). A su vez, logramos interpretar que gran parte de sus reflexiones giran en torno a la distinción de la humanización como el camino para reconocer las necesidades del paciente, ya que el ser más sensible frente al otro permite que se amplíe la visión de su situación, de manera más concreta:

Muchas veces en las instituciones, las capacitaciones, las charlas o el tema digamos de adquirir conocimientos van simplemente enfocados a eso, al cargo, a usted qué hace, qué tiene que hacer y cómo lo debía hacer, muchas veces es así, pero dejamos a un lado el tema de la humanización y pues para mí fue muy fructífero, el tema de la humanización del servicio, que es obviamente, digamos ponerse en el zapato del paciente que viene de pronto angustiado, de que el paciente sí llegó tarde o no alcanzó a llegar a su cita es porque algo le pasó, de tener digamos empatía con el cliente externo, sino también con el interno. (Entrevistado 5, comunicación personal, 9 de julio, 2023)

Por otra parte, hicimos una recopilación de algunos aportes que brindaron los 9 entrevistados, con el fin de identificar cómo entienden la participación comunitaria, de esta manera, expresan que se trata de un medio para conocer el entorno y trabajar en pro de la comunidad, además, mencionan que se requiere de organización interna a nivel institucional para fomentar la participación hacia afuera, ello mediante el compartir aprendizajes con otros, de modo que, sea una participación multilateral incluyendo a la institución, comunidad y demás actores sociales, fomentando así la integración de los mismos y contando con la humanización como elemento fundamental.

Lo expuesto, nos muestra cómo a partir de las acciones desarrolladas lograron quedarse con un concepto de participación integral y reflexivo frente a las particularidades institucionales, además, de conectar la humanización con la participación, entendiendo que juntas transforman la salud, pues en la Política Nacional de Humanización se plantea que:

Los grupos humanos se enriquecen con los aportes que emanan del diálogo de saberes, de la transferencia de conocimientos y de la socialización de experiencias, lo cual conduce a la construcción conjunta de nuevos conocimientos, al empoderamiento sustentado en la información, a la formulación conjunta de acciones, al entendimiento frente a diferentes realidades y al seguimiento en la disminución de brechas. (Ministerio de Salud y Protección Social [Minsalud], 2020)

En palabras de uno de los funcionarios:

Lo aprendido durante este tiempo fue a conocernos con la comunidad y permitir que ellas y nosotros como trabajadores en el sector salud nos complementemos para así formar espacios de humanización mediante estrategias de participación. (Entrevistado 2, comunicación personal, 7 de julio, 2023)

En esta misma línea, desde su experiencia nos expresaban que históricamente Versalles ha sido pionero en participación comunitaria pero en la actualidad hay toda una normativa detrás de ello como lo es la Política de Participación Social en Salud Resolución 2063 del 2017, en donde resaltaron la importancia del proceso de conocimiento conceptual sobre esta para aplicarla en la realidad, puesto que, anteriormente existía un desconocimiento que generaba que de forma empírica fomentarán la participación sin saber que a su vez, estaban dando respuesta a una ley del Estado, allí la importancia de lo educativo, por ende, en dicha política, específicamente en el eje 1 “fortalecimiento institucional” se tiene como línea de acción la capacitación del personal, y el brindar herramientas para la participación (Ministerio de Salud y Protección Social [Minsalud], 2019). En particular:

Ahora eso es una política y fue muy bueno porque entraron obviamente a recordarnos ¿cierto? como los aspectos claves, los puntos básicos digamos que de esa política de participación comunitaria para que entendiéramos nosotros como funcionarios públicos de que digamos hay una información que la comunidad quiere saber, que la comunidad puede obviamente participar de ella, que no solamente es prestar un servicio en salud, sino que también obviamente es como hacerlo todo de manera participativa. (Entrevistado 5, comunicación personal, 9 de julio, 2023)

Consideramos ahora, en el marco de la participación comunitaria el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC's), en donde contamos con la sintonía y conexión con los funcionarios en la red social Facebook y la radio, quienes reconocen el alcance participativo que tiene el uso de las tic's y el cómo fomenta la inclusión de profesionales del sector salud, pues eran acciones en donde se contó con invitados del Hospital, así que sentían que había una articulación del proceso y trabajo con el equipo interdisciplinar, conjuntamente, se propició el acercamiento a población que estuviera en y fuera del municipio, sumándole que

potenció el posicionamiento de la institución pese a los obstáculos presentados. Como muestra de ello:

Es la forma también de mostrar una gestión, de mostrar un trabajo, de posicionar lo que se está haciendo, de que además va quedando también ahí el registro, la huella, la trazabilidad, la historia (...) el trabajo que se hizo fue un trabajo pues muy organizado, que también involucró a los diferentes compañeros, que no solo se centró en un solo funcionario y que eso también pues va mostrando el equipo de trabajo hacia la comunidad. (Entrevistado 7, comunicación personal, 19 de julio, 2023)

En este apartado, logramos notar que desde sus percepciones, con base a la atención prestada, disposición, curiosidad, vivencias, entre otros, retroalimentan y enriquecen el proceso, aunque algunas temáticas fueron densas por su origen normativo, nos mostraron que tienen presentes conocimientos que seguirán fortaleciendo con próximas experiencias.

6.2 Aportes al ámbito laboral en los funcionarios

En el transcurso de la organización de la información fueron notorios los aportes a la vida laboral, es decir, dentro de la institución, teniendo en cuenta el rol que desempeñan y las dinámicas que existen al interior de la misma.

Para iniciar, los entrevistados destacaron que las estrategias permitieron el fortalecimiento de las relaciones interpersonales entre funcionarios, un aspecto que se ha mencionado en el trasegar de esta sistematización de experiencias, puesto que, ha sido de los más marcados en el proceso, debido a que mediante las acciones se pudo potencializar la comunicación asertiva, trabajo en equipo, empatía, escucha, respeto por el otro, etc., en donde se compartieron espacios con compañeros que normalmente por la dinámica institucional se dificultaba el encuentro, en otras palabras:

Por medio de ustedes pudimos llegar un poquito más hacia la parte administrativa y hacer un buen enlace, pues para fortalecer en sí también la institución y personalmente (...) ya hay una paz como más chévere y hay una cordialidad para uno trabajar con los compañeros e igual con ustedes. (Entrevistado 8, comunicación personal, 9 de julio, 2023)

Por lo mencionado anteriormente, la integración entre compañeros a través de estrategias lúdicas fue motivación para la participación, distinguiendo que:

El ser humano es eminentemente social e interactivo; no vive aislado sino en convivencia y en relación constante con sus semejantes, de allí que el clima de armonía en las instituciones se construye a partir de la participación consciente de sus miembros. (Albán, 2015, p. 41)

Así, el clima laboral apoyado de una metodología participativa y humanizada en los encuentros con los funcionarios, causaba cierto entusiasmo e interés por ser parte de las actividades de forma activa, por ende, si se desea fomentar la participación, se deben evaluar y trabajar aspectos de la dinámica interna, como este caso:

Es uno poder con la persona que no hable mucho en el Hospital, pues por sus quehaceres y todas esas cosas, poderse integrar ahí con él y poder uno tener a todos los compañeros en el mismo espacio haciendo un taller lúdico por un lado, otro por el otro, un dramatizado ¿cierto?, eso fueron dramatizados prácticamente que todos hicimos, es muy chévere, muy rico, eso es enriquecedor y la reuniones no se vuelven monótonas, entonces todo eso lo despierta mucho a uno y lo motiva a que uno vaya a la reuniones. (Entrevistado 8, comunicación personal, 9 de julio, 2023)

Otro punto importante es que internamente se dio una visión de la institución desde un enfoque humanizado, porque era un tema recurrente en los diversos encuentros, pese a que ya tenían conocimiento sobre una atención respetuosa, amable, solidaria, esta se enriqueció con la teoría, el hacer e introspección de cómo se estaba brindando realmente el servicio y la normativa detrás de ello, lo cual, posibilitó que en las actividades vieran reflejado su rol y responsabilidad con los usuarios, al igual que, una mayor conciencia sobre las particularidades del contexto, de forma más clara, lo expresa uno de los entrevistados:

Vimos la institución desde otro enfoque ¿sí? no solamente desde el tema de la salud, de la ruta hospitalaria, desde el tema de urgencias, servicios, no, sino que se le dio un enfoque distinto a las charlas, a los conversatorios, a las actividades (...) que la persona pueda obviamente expresar sus sentimientos, expresar obviamente sus dificultades sin ningún, digamos, temor porque obviamente se le va a tratar de ayudar (...) el 60% de la población está ubicada en zona rural dispersa, tenemos veredas a tres horas de distancia y que venga una persona por X o Y motivo, y que “no se le puede atender”, pues es como difícil, eso no pasa aquí y eso pasa porque realmente se le da un enfoque de que el servicio sea humano. (Entrevistado 5, comunicación personal, 9 de julio, 2023)

Dicho testimonio es muestra de la incidencia que tuvo emplear actividades partiendo de la educación popular, pues la información, conocimiento, pensamiento, que compartimos como educadoras sólo cobró sentido a través de la autenticidad del pensar de los funcionarios como educandos, todo ello atravesado por la realidad y la comunicación, siendo recíproco (Freire, 2005).

En la puesta en marcha de la experiencia, se tuvo como objetivo concientizar a los profesionales en brindar una mejor atención a ese paciente externo, asimismo, fue perceptible

que el bienestar de los profesionales se refleja en la atención que brindan, por lo que, al destinarse acciones lúdicas y educativas para ellos, además, estrategias para el manejo de emociones frente a situaciones en la institución, fueron el complemento para que supieran cómo enfrentar adversidades, así lo señala uno de los funcionarios: “era chévere participar de las actividades, porque uno en ese momento como que se conectaba otra vez con sí mismo, entonces, pues como que retomaba ya con sus actividades normales, pero ya como con ánimos, con interés” (Entrevistado 5, comunicación personal, 9 de julio, 2023).

6.3 Aportes al ámbito personal de los funcionarios

Ahora presentamos las contribuciones realizadas a los funcionarios a nivel personal, en aquello más íntimo, en donde resaltaron lo que verdaderamente dejó huella en ellos como personas, donde fueron identificados aspectos que surgieron, al igual que, otros que fueron potencializados y transversalizados en ámbitos de la vida cotidiana, sin querer negar el estrecho nexo que une lo personal al ámbito laboral.

En primer lugar, a causa de haber trabajado gran parte del plan de intervención con los funcionarios, en diversas acciones dirigidas a promover su bienestar y el fortalecimiento de las relaciones interpersonales, nos comentaban en las entrevistas que reconocen un evidente aumento de sentimientos de valor y aprecio, teniendo en cuenta que “el reconocimiento de nuestro ser y la confirmación de nuestro valor son el oxígeno de la existencia” (Todorov, 1995, p. 131). Por este motivo, fue de suma importancia haber resaltado características positivas de los integrantes:

Saber que hay personas que piensan ciertas cosas de uno bonitas, que uno no tenía ni idea, es bonito, porque eso se lo recuerda a uno mismo, “verdad que yo soy esto, verdad que yo también tengo esta habilidad o este talento para tal cosa, para realizar tal o x

actividad”, entonces me causa mucha emoción porque no pensé que pensarán cosas tan bonitas de mí y creo que es importante recordárnoslo todos los días. (Entrevistado 9, comunicación personal, 4 de octubre, 2023)

En este orden de ideas, el hecho de aumentar estos sentimientos, provocó una apreciación del ser y todo lo que implica, en donde se distinguieron a sí mismos como seres humanos que tienen características que los hacen únicos, ello acompañado de agradecimiento, en consecuencia, se dió el reconocimiento de la humanidad propia y del otro, en donde reflexionaron sobre ser comprensivos con el otro, pero también sobre serlo primero consigo mismos, pues solían ser muy autoexigentes con, por ejemplo, su trabajo remunerado y el doméstico, por consiguiente se dió una transformación en doble dirección. Como muestra de lo mencionado:

Siempre necesito del otro para poder avanzar y que es mucho más fácil avanzar en equipo y con ayuda que queriendo hacer las cosas solo, y segundo pues que hay que ponerse todos los días en los zapatos de las otras personas a las que vemos, no solo pues en lo laboral sino en el día a día, en la casa, con nuestros padres, nuestros hermanos, nuestra pareja, no sabemos nunca por qué situación está pasando la otra persona y creo que el de pronto a veces callar y escuchar y ponernos en los zapatos del otro hace la diferencia todos los días. (Entrevistado 9, comunicación personal, 4 de octubre, 2023)

Por otro lado, se identificó el fortalecimiento de habilidades, pues: “Entendemos las habilidades sociales como comportamientos disponibles en el repertorio de una persona que favorecen la calidad y la efectividad de las relaciones que establece con las otras personas” (Del Prette y del Prette, como se citó en Rosa et al., 2014, p. 26). Además, son aprendidas y están influenciadas por el contexto social y cultural, por lo tanto, entre estos se encontró la habilidad para expresarse, comunicarse con ese otro de forma clara, con confianza en sí mismo, tal como

lo afirma uno de los funcionarios “a mí me da como temor, como en hablar, ¿sí me entiende? o de pronto no me llamaba mucho la atención, entonces ya uno como que va aprendiendo y ya va dejando como los nervios, bueno” (Entrevistado 1, comunicación personal, 19 de julio, 2023).

Es crucial tener en cuenta que los entrevistados reconocen que la experiencia permitió dejar de normalizar algunas problemáticas, siendo más conscientes del trasfondo, causas e importancia de las mismas, pues con los temas de interés comunitario e institucional que presentamos en el Hospital, lograron conocer y desnaturalizar problemáticas del entorno familiar, comunitario y municipal, por ello, sentimos satisfacción de haber generado reflexión e interiorización, tal es el caso:

Uno muchas veces cree que jugando ¿cierto? hace algo y dice, “no, eso no es violencia” y resulta que cuando ve uno ese violentómetro eso está mal, entonces ahí es donde uno decía como que “uy, hay que tener cuidado” porque uno muchas veces puede que no lo hiciera ni siquiera con intención, pero no tenía el concepto de que estaba mal, de que estaba yéndose por una línea que no era o que de pronto desde el punto de vista machista, digamos de la sociedad ¿cierto?, uno no consideraba eso violencia.

(Entrevistado 5, comunicación personal, 9 de julio, 2023)

En esta misma dirección, reconocen que se dió el traslado de aprendizajes al entorno externo de la institución, puesto que, compartían los aprendizajes en los demás ámbitos de sus vidas, buscando la potencialización de las relaciones con los otros y la prevención de situaciones conflictivas, particularmente:

Cuando hicimos esa actividad incluso hasta lo comenté en mi casa, pues tengo a mi mamá, tengo mi hermana, pues obviamente tengo una hermana, tengo obviamente novia. Entonces, pues son cosas que uno comparte, pues mira que “Esto, esto y esto ya es

considerado violencia”, recuerdo que un día que estaban hablando del tema en las noticias, entonces comenté eso, “no mira que es que en el Hospital hicieron una actividad y eso que pensamos que es normal, eso es considerado violencia”. (Entrevistado 5, comunicación personal, 9 de julio, 2023)

Visto de esta forma, aprendían y empleaban dinámicas con sus familiares y amigos que eran realizadas dentro del Hospital, esto como una manera de brindar solución a situaciones y/o necesidades en su vida personal, como el siguiente caso:

Una enseñanza bien bonita que me quedó es el compartir, (...) en la casa con los amigos, los familiares, las personas que lleguen a la casa, o sea, aprender como a salir de la rutina, como invitarlos a un juego, invitarlos a un café, a un compartir pequeño puede ser a jugar parqués, a hacer un crucigrama o hacer una sopa de letras, todas esas cositas que ya habíamos olvidado como los juegos tradicionales en familia. (Entrevistado 3, comunicación personal, 18 de julio, 2023)

En conclusión, los aportes evidenciados en los funcionarios desde lo cognitivo, laboral y personal, nos mostró que con base a la experiencia desarrollada cuentan con un concepto integral sobre la participación comunitaria, mayor conciencia frente a la humanización que debe estar presente en la atención al usuario, acompañado de las políticas que respaldan estos dos temas principales, paralelamente, en lo laboral fue evidente la introspección frente a su rol y desempeño dentro de la institución, al igual que, la forma en la que se estaban relacionando entre compañeros de trabajo, la dinámica interna y los aspectos que se debieron trabajar por un Hospital más humano.

En dichos aportes desde lo personal, se dió un mejoramiento en el entorno familiar, donde buscaron mayor unión y prevención de situaciones problemáticas, mediante la

transversalización de los conocimientos que eran compartidos en las acciones implementadas, conjuntamente, las habilidades de comunicación que fueron potencializadas, tanto al expresar sus ideas en los diferentes encuentros, como en la participación de las transmisiones en Facebook y radio.

**CAPÍTULO VII. SABERES DE ACCIÓN ADQUIRIDOS DURANTE EL PROCESO
DE INTERVENCIÓN ORIENTADO AL FORTALECIMIENTO DE LA
PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD AL INTERIOR DEL HOSPITAL
HENRY VALENCIA OROZCO E.S.E.**

En este apartado ahondamos en el objetivo específico que refiere a los saberes de acción interventivos, los cuales obtuvimos a partir del proceso desarrollado para la promoción de la participación comunitaria en salud, como practicantes de Trabajo Social al interior del Hospital Henry Valencia Orozco E.S.E.

En esa dirección, la recolección de la información para recabar los datos se obtuvieron mediante la entrevista semiestructurada, esta giró en torno a los saberes surgidos en la acción, es decir, aquellos conocimientos que emergen del desarrollo de las acciones implementadas en el proceso de práctica académica, lo cual es comprendido como “fragmentos de teoría social, saberes de acción, juicios, valores, intuiciones, emociones, éticas y sobre todo con prácticas sociales en contextos situados” (Racine, 2000, como se citó en Rosero-Labbé, 2012, p. 12); además, para este caso en específico se contempla como aquellas vivencias que se dan en la práctica, las cuales involucran tanto el saber hacer, es decir, las enseñanzas de la misma acción que indican paulatinamente cómo mejorar la ejecución o el desarrollo.

Constitutivamente, se considera el saber conocer, ya que se trata de un proceso cognitivo que implica contrastar datos, tales como lo teórico-metodológico con el contexto inmediato con

el fin de alcanzar acciones potenciales y congruentes con las metas y objetivos propuestos, finalmente, pero no menos importante el saber ser alude a la identidad que toma y adquiere el profesional en el proceso, específicamente, las cualidades, posturas, creencias o subjetividades que median en las decisiones que toma el profesional (Rosero-Labbé, 2006).

En tal instancia, nos parece significativo mencionar que los saberes de acción interventivos se tomarán desde tres aspectos constitutivos: el saber hacer, saber conocer y saber ser, los cuales son divididos en dos subtítulos con el fin de brindar comodidad al lector.

La primera parte, prima el saber desde el conocer y hacer, lo cual se observa cuando el profesional aplica en su proceso de intervención con base a lo aprendido previo a la práctica académica (sustento teórico-metodológico), por otra parte, aquello por aprender, es decir, conocimiento que parte de contextualizarse, insertarse y convivir en la realidad de la comunidad, lo cual, se logra partiendo de la reflexión de la acción misma. Cabe resaltar, que estas dos nociones fueron estableciendo un encuentro entre lo que sabíamos, pero en su momento no reconocimos, como también lo que fuimos aprendiendo en el camino y, ahora que se fundamenta desde el análisis puede identificarse como conocimientos surgidos desde y para el quehacer profesional.

La segunda parte, el saber ser corresponde principalmente a la idoneidad o competencia profesional, la cual involucra la identidad, la vocación y los valores de la persona que interviene, es así que, trata de observar y reflexionar sobre nuestra visión del mundo, es decir, de cómo influyó esta en el proceso llevado a cabo en el Hospital, pero también de qué manera el acercamiento a lo laboral y el ejercicio autónomo de la profesión nos generó experiencia para enfrentar desafíos y/o dilemas éticos que se pudiesen presentar en cualquier otro escenario.

Después de brindar claridad, nos permitimos abordar este capítulo como:

1. **Saber hacer y conocer:** Aprendizajes surgidos o que emergen en la acción que resultan de la puesta en escena de los conocimientos teórico - metodológicos relacionados con la intervención del Trabajo Social.

2. **Saber ser:** Una mirada a la dimensión subjetiva, a las emociones y al crecimiento profesional y personal

7.1 Saber hacer y conocer: Aprendizajes surgidos en la acción

En un inicio, nuestros conocimientos se relacionaban con conceptos generales acerca de la participación comunitaria, estos en su mayoría desde una mirada idealizada, pues si bien, en el ámbito académico contamos con una asignatura para intervenir con comunidades, verla con modalidad presencial asistida por tecnología debido al contexto de pandemia COVID-19, limitó el acercamiento con la realidad, conjuntamente, el saber teórico que teníamos previo a la práctica sobre la salud era deficiente, pues en ningún momento obtuvimos herramientas para desenvolvernó en este campo, dejando varios vacíos al momento de la práctica, tal como se muestra en este comentario:

La participación comunitaria se iba a dar por el simple hecho de que la gente tuviera una problemática común y tuvieran ese sentido de pertenencia, entonces como que ya todo iba a ser súper sencillo y la gente por ese simple hecho ya iba a asistir a todo. (D. Montoya, comunicación personal, 26 de junio, 2023)

Con este panorama, los desafíos para implementar algunas acciones se vieron reflejados debido a la mirada idealizada y poco integral del contexto municipal e institucional, pues no fuimos conscientes en varias ocasiones de algunos factores que limitaban la participación comunitaria, específicamente, se trató de:

Fuerzas en pugna, en donde por un lado está el interés de la gente, pero por otro lado la institución te dice no, no pueden realizar esto, por más de que quisiéramos nosotras hacer los talleres y porque fuéramos cada semana a decir gerente -necesitamos esto, ¿gerente para cuándo el taller?, ¿gerente para cuándo nos llevas a la zona rural?- y que la gente de la zona rural, pues los médicos que iban nos comentaran como que -están preguntando por ustedes, que porque no volvieron. (D. Montoya, comunicación personal, 26 de junio, 2023)

Lo reflejado, dejándonos en una posición de incertidumbre y frustración, ya que al comenzar uno de nuestros propósitos iba dirigido a continuar el proceso que iniciaron las practicantes anteriores, sin embargo, no fue posible por varios aspectos que en su momento no reconocimos debido al desconocimiento de la dinámica del Hospital y de las condiciones territoriales, lo cual generó sentimientos que movilizaron el dedicar tiempo para investigar e informarnos sobre el contexto, igualmente, esto implicó observar las relaciones entre funcionarios, la prestación del servicio, procesos previos a nuestra práctica y/o experiencias.

Paralelamente, tuvimos que obtener conocimientos teóricos relacionados con políticas públicas, aclarar conceptos y revisar aspectos normativos acerca de la salud en Colombia, ello para sustentar cada una de las decisiones tomadas durante la intervención, por ejemplo, haber encaminado las actividades para la comunidad y los funcionarios al interior del Hospital.

Así, es cómo podemos reconocer que al mediar entre los intereses institucionales, comunitarios y profesionales, los cuales se manifiestan en el saber hacer, es decir, en el proceso reflexivo llevado a cabo con el fin de generar acciones pertinentes para cada una de las necesidades identificadas, surgen saberes relacionados con el conocer, el cual se “identifica como producto de un proceso de validación, contrastación, busca conocer algo nuevo que está por “descubrir”, en otras palabras, se sitúa en el horizonte de la incertidumbre” (Bermúdez,

2018, p. 148), pues se trata de un proceso cognitivo del contexto, el cual se va dando en la medida que se desarrolla la experiencia y se crean soluciones conjuntas para darle respuesta.

En semejanza, para este proceso de aprendizaje fue fundamental conservar una mirada holística sobre la salud e ir más allá de la enfermedad, lo cual requiere reconocer a las personas desde su humanidad, además de identificar condicionantes que establecen los modos de vida y, asimismo, determinan el estado de la salud, en palabras de Benach y Muntaner (2005), se trata de que:

La humanidad no dispone de la opción de elegir “con libertad” factores relacionados con la salud tan importantes como son seguir una alimentación adecuada o vivir en un medio laboral y ambiental saludable. La salud no la elige quien quiere sino quien puede. (p.23)

Partiendo de esto, en algunas acciones, tal como la actividad de humanización “musicoterapia” cometimos errores, ya que no se contaba con dicha visión, sino que orientamos el propósito hacia la ejecución y la animación, sin medir que la participación estaría limitada por las condiciones físicas y psicológicas de las personas, así como las económicas, culturales, políticas y sociales, evidente cuando se comentó lo siguiente:

Siento que lo primero es ver que en la salud incide pues el factor económico de las personas, incide pues lo social, el contexto, entonces como que, y tener en cuenta también que el resto de sectores (...) son extremadamente importantes en la salud, entonces siento que es esencial también en esa participación comunitaria comprender que las personas asisten al Hospital, simplemente como a su cita, a sus cosas, precisamente por esos otros factores externos, que no les permiten participar mucho tiempo. (D. Montoya, comunicación personal, 26 de junio, 2023)

Otro de los aprendizajes que adquirimos se relaciona con una elaboración reflexiva y consciente, ya que notamos que el desarrollo de las acciones que demandan tiempo de los funcionarios durante la jornada laboral dificulta la asistencia en las actividades, tal como nos sucedió al momento de comenzar las campañas educativas para el fortalecimiento de la Política de Participación Social en Salud, ya que estuvimos por cada área de trabajo solicitando unos minutos para la socialización de esta y poder continuar en próximas sesiones involucrándolos de manera activa en el desarrollo está, sin embargo, no todos los funcionarios estuvieron en disposición para atender al espacio, de allí comprendimos que:

El Hospital maneja unas dinámicas que son bastante estresantes para los funcionarios porque tienen que cumplir con normativas, porque tienen que rendir cuentas constantemente, bueno por diferentes motivos cierto, y el hecho de que nosotras de alguna forma tampoco nos acercamos a obtener o que al momento de insertarnos tuviéramos problemas, se debía justamente a eso, porque nosotras también llegamos y chocamos con esa realidad de la institución que no nos esperábamos que es justamente como el saber que sí una persona va a estar frustrada por lo que tiene que hacer no va a prestarle atención de pronto a otras actividades que pueden implicar más tiempo todavía. (L. Muriel, comunicación personal, 5 de junio, 2023)

Por lo visto, comenzamos a generar cambios en torno al diseño de la propuesta, esperando mayor participación y disposición por parte de los funcionarios, igualmente, nos funcionó para construir estrategias pertinentes con el quehacer profesional y la dinámica institucional, con el fin de no sobrepasar las posibilidades del Hospital al momento de ofrecer algún servicio, tal como nos pasó en una ocasión en la actividad dirigida a la conmemoración del día del Trabajo Social.

Con dicha actividad, pretendíamos mostrar las problemáticas que se podían atender, sin embargo, se nos indica cambiar el objetivo porque la profesional de campo considera que nosotras no tuvimos en cuenta aspectos como que la institución es de nivel 1, que la Trabajadora Social tiene sobrecarga laboral, etc., llegando a la conclusión de que se podría obstaculizar la capacidad de respuesta, refiriéndose específicamente a que el personal para atender las necesidades relacionadas con la salud no era suficiente.

En lo mencionado, propone que mostremos solamente su importancia sin revelar las problemáticas que pueden ser atendidas desde dicha profesional, a ello no nos opusimos pese a que no estábamos totalmente de acuerdo, pues sabíamos que se trataba de un dilema entre lo correspondiente a nuestra profesión, pero también la necesidad de no ir en contra de la petición institucional, por este motivo, la actividad perdió su pertinencia, reflejado en lo siguiente:

Nos hizo unos cambios porque ella decía que hacer eso era mandarle más población a la trabajadora social sin ella tener tiempo, entonces nos dijo que más bien como que dijéramos la importancia del Trabajo Social y, la terminamos como de cierta forma embarrando porque en esa actividad lo que prácticamente hicimos fue felicitarnos a nosotras mismas y que justamente la población lo entendió así, cuando al principio no era el objetivo. (L. Muriel, comunicación personal, 5 de junio, 2023)

En contraste, los conocimientos académicos que sabíamos, pero no teníamos presentes, al igual que, los aprendizajes surgidos a partir de la necesidad de indagar el contexto y las ideas acerca de cómo debió darse el proceso determinan el saber hacer.

No obstante, para considerarse el proceso de práctica como fuente de conocimiento, hay que pasar por un proceso reflexivo e interpretativo del hacer o de la acción, con el fin de

identificar los saberes relacionados con la dimensión cognitiva y del ser para una adecuada ejecución, pues el saber consiste en:

un hacer sin cálculo estratégico y sin ninguna referencia consciente a una norma, ni concertación explícita, es un mundo de fines ya realizados en la medida en que aseguran la presencia activa de experiencias pasadas –bajo la forma de principios de percepción, pensamiento y acción. (Bourdieu, 1991, como se citó en Bermúdez, 2018, p. 148)

Particularmente, para nosotras consistió en pensar e identificar las necesidades de cada grupo poblacional para el desarrollo de las acciones, paralelamente, ajustar nuestras maneras de ser, es decir, las actitudes o comportamientos para establecer relaciones de calidez y empatía, trabajar la creatividad y la recursividad para transmitir el conocimiento técnico por medio de lo lúdico, entre otros aspectos mencionados en los resultados, ello para romper con barreras al momento de participar. Lo anterior, cuando contemplamos que:

Buscamos ya al momento de hacer actividades cartillas lúdicas, dinámicas grupales, también formas en las que podíamos como en cierta forma modificar las actividades para que se adecuarán al tipo de usuarios que entran al Hospital y que lo que más tuvimos en cuenta fue que fueran por ahí cinco minutos o algo así, porque mientras esperaban pues ellos estaban muy pendientes era de que los iban a llamar, que no me puedo mover de la silla porque es que voy a perder la cita o algo así, entonces era como tener en cuenta todos estos aspectos. (L. Muriel, comunicación personal, 26 de junio, 2023)

En esa línea, los factores que influenciaron las decisiones tomadas, corresponden, en primer lugar, aquellos relacionados con la contextualización acerca de procesos de práctica previos a nuestra experiencia, pues estos funcionaron como guía para reconocer cómo

insertarnos, igual para la manera de proceder con lo identificado en el diagnóstico y diseñar el plan de intervención acorde con el trabajo de participación ya iniciado, con el fin de no dejar inconclusos objetivos en marcha, además, esto para generar estrategias, tal como los stands, campañas, etc., que al momento de socializarlas con la profesional de campo no sobrepasaran las posibilidades institucionales:

Nosotras estuvimos revisando lo que ellas pues hacían con los funcionarios, ellas también aplicaron como eso de los stands, cuando había que el día de la eliminación contra la violencia de género, entonces ellas también de cierta forma nos mostraron que si se podía hacer las cosas de manera interactiva en una institución. (D. Montoya, comunicación personal, 26 de junio, 2023)

Desde otro lugar, observamos que muchos de nuestros conocimientos a nivel teórico o conceptual adquiridos durante el proceso formativo funcionaron para reconocer la realidad vivenciada al interior del Hospital y, así establecer relaciones sustentadas en la reflexión y crítica de los acontecimientos, en ese camino, comenzamos por identificar que dos asignaturas influenciaron el proceso desarrollado, entre estas Metodología para el trabajo con grupos, al igual que Comunidad y organizaciones sociales, pues si bien no fueron potentes debido al contexto de pandemia, logramos interiorizar conocimientos relacionados, por ejemplo con agendas ocultas o, también, “la planeación porque incluso las planeaciones que nosotros hacemos, tiene varios puntos que nosotras aprendimos a realizar a partir de todas las actividades que hicimos en la asignatura de grupo” (D. Montoya, comunicación personal, 26 de junio, 2023), conjuntamente:

Fue muy importante el tema de cerrar con las comunidades, porque algo que pasó con ese grupo que esa vez tuvimos en la asignatura fue que nosotras no dijimos, como que

“hasta aquí llega el proceso” como que no hicimos un cierre, entonces eso es lo que más como, que yo tenía en cuenta. (L. Muriel, comunicación personal, 26 de junio del 2023)

Recogiendo lo mencionado anteriormente, comprendimos que enfrentarse a la realidad implica tomar el conocimiento teórico adquirido durante el aprendizaje en el aula, el cual no siempre es reconocido de manera sensata durante la acción. Dicho de otra forma, cuando se parte de la reflexión sobre los hechos, se observa que el profesional en el quehacer toma como base los componentes interventivos e investigativos propios del trabajo social, aprendidos en la formación académica y, aunque estos no sean conscientes, son utilizados de manera racional para responder de forma competente.

7.2 Saber ser: Una mirada a la dimensión subjetiva, a las emociones y al crecimiento profesional y personal

Enfocando este apartado en el rol del Trabajo Social comunitario y, en el campo de la salud, cabe mencionar que en un principio tuvimos algunas nociones erróneas que generaron conflictos internos debido a nuestra disposición para llevar de la manera más competente las acciones desarrolladas, puesto que, por un lado no tuvimos un profesional de campo a fin con nuestra disciplina que nos apoyara, además, existieron supuestos sobre la forma de desarrollar la estrategia, lo cual generó preocupaciones, sin embargo, estas guiaron paulatinamente y, de manera autónoma la búsqueda de soluciones, tal como se establece a continuación:

Se fortaleció muchísimo en la práctica justamente porque era lo que siempre nos preocupaba, cómo hacerle llegar a la población, en cambio en el momento de la formación nosotras y lo intentamos hacer, pero no era tanto como una preocupación porque ese tema de exponer o hacer actividades era con los mismos compañeros

entonces pues hacía muchísimo más fácil porque estaban como viendo lo mismo que nosotras, en cambio la práctica sí. (L. Muriel, comunicación personal, 5 de junio, 2023)

Es de esa forma que tomamos mayor autonomía, pues tuvimos responsabilidad debido al acercamiento con el mundo laboral, es decir, fuera del ámbito académico donde normalmente el estudiante interactúa y responde desde una posición de aprendiz, diferente para el proceso de práctica donde se toma un rol de liderazgo, conocedor, ejecutor, mediador, entre otros aspectos, que van permitiendo conciencia sobre el rol profesional y a su vez, propicia la consolidación de competencias e identidad como Trabajadoras Sociales.

En consecuencia, nos permitimos reconocer que la actitud de autonomía en esta experiencia conjuga el saber ser, específicamente, porque relaciona los valores, cualidades o vocación de la persona para desempeñarse competentemente en su accionar, lo cual indica que “cualquiera sea, de quien pueda decirse que tiene vocación encontraremos sin duda amor por lo que hace, cuidado en hacerlo del modo más excelente, disposición a ir, en tiempo, esfuerzo y esmero, más allá de lo reglamentariamente exigible” (González, 2000, p.50).

En consecuencia, el saber ser lo comprendemos desde una postura de crecimiento personal y profesional, en tanto pudimos observar detalladamente nuestras acciones, decisiones y nociones que guiaron cada una de las acciones desarrolladas al interior del Hospital, las cuales involucraron las competencias adquiridas y las ideas morales que guían nuestro compromiso en el proceso interventivo.

Lo anterior, evidente cuando vimos esencial un trabajo más individual para afrontar asertivamente dilemas éticos y no caer en situaciones problemáticas, específicamente, se trató de reconocer que el profesional en Trabajo Social debe tener un cuidado de sí mismo, en otras palabras, “esté trabajando ciertamente sus cosas personales para así como poder relacionarse

con los demás, porque en muchas ocasiones uno a veces tiende como ya relacionarse mucho con la situación (...) o también tomarse las cosas muy personales” (D. Montoya, comunicación personal, 5 de junio, 2023).

Lo evidenciado, debido a que la profesión se enfoca en mejorar el bienestar y calidad de vida del otro, lo cual implica contribuir a que resuelva sus dificultades en el marco de la justicia social, la cual es entendida desde la participación como:

La promoción del acceso y la equidad para asegurar la plena participación en la vida social, especialmente para aquellos que han sido sistemáticamente excluidos sobre la base de su etnia, edad, género, habilidad física o mental, educación, orientación sexual, situación socioeconómica u otras características del grupo de pertenencia. (Bell, 1997; Hartnett, 2001, como se citó en Murillo y Cartilla, 2011, p.18)

De modo que, como trabajadoras sociales es necesario velar por el cumplimiento real de los derechos de las personas, el trato digno y equitativo, aunque implicarnos en entornos de injusticia, influya en nuestras percepciones, sentimientos y valores, siendo fundamental mantener un cuidado de los aspectos personales, con el fin de no transgredir algunos límites a la hora de intervenir, tal como lo expone Puig i Cruells (2017), hay que “mantener una atención hacia nosotros mismos es completamente necesario para no causar daños, para atender a lo que se está sintiendo y no traspasarlo (dentro de lo posible) a las personas atendidas (mal humor, frustración)” (p.178).

Al momento de reflexionar sobre dichos acontecimientos, también, nos dimos cuenta de la importancia de la capacidad para manejar límites y tener decisión de acuerdo con lo que le es competente a la profesión, porque sin ello nos hubiese sucedido de manera frecuente un dilema ético, el cual se comprende desde Guayo (2006), como un conflicto moral que en una situación

involucra la toma de decisión en torno a qué debe considerarse y que no con el fin de llegar a una solución, ya sea en relaciones con otras personas, dificultades personales, la necesidad de negociar o llegar a acuerdos, representaciones, entre otros aspectos que en definitiva colocan al profesional en una posición de incertidumbre, frustración, alienación, etc., ya que no encuentra una respuesta lo suficientemente certera y competente en razón del quehacer y la ética de la profesión.

En esa línea, nos sucedió un dilema ético con la actividad dirigida a la conmemoración del día del Trabajo Social, situación que se expuso en apartados previos, por lo tanto, comprendimos que cuando esto sucede el profesional debería:

Trascender un análisis de la relación dominador-dominado y ver la intervención social como un lugar de múltiples convergencias que es preciso identificar. Avanzar en la comprensión del campo de fuerzas de la intervención social posibilita la creación de un espacio para formular propuestas alternativas de abordaje que intenten superar la instrumentalización en la que se ha caído bajo la figura de los condicionamientos y la administración de poblaciones. (Bermúdez, 2011, p.96)

Ante esta situación, nosotras cambiamos nuestras ideas del cómo ser, es decir, cómo y en qué actuar según nuestro quehacer, con el fin de respetar el rol profesional, por ello, en posteriores ocasiones nuestro comportamiento priorizó la identificación y manejo de los límites, específicamente:

Lo que pasa allí es que como nosotras al principio chocamos mucho con la actitud que tenía la persona que nos acompañaba, entonces siempre como que nos generaba ese sentimiento de sentirnos inferiores, como de tener que estar de acuerdo porque es la jefa, entonces yo digo que ahí nos faltó y nos sigue faltando, aunque digo que ahora lo

importante es que lo reconocemos, intentamos trabajar en eso y es el hecho de uno tener como palabra de decir “No, es que esto no es así por tal cosa” o “no estoy de acuerdo por tal y tal cosa” sino que nosotras siempre como que muy sumisas, “decíamos sí, pues así es”. (L. Muriel, comunicación personal, 5 de junio, 2023)

Contemplando lo dicho, basta recalcar que aunque en muchas ocasiones no estuvimos de acuerdo con la profesional de campo, por diferente razones, como su actitud, su forma de apoyar, su poder, entre otras cosas, funciona como una figura de aprendizaje al interior de la institución, pues aportó de manera considerable a nuestro desenvolvimiento durante la práctica académica, dejándonos como principales saberes que contar con otra mirada de la realidad influye en aumentar la pertinencia de las acciones, al igual que, la participación comunitaria implica la adquisición de herramientas para crear autonomía.

CAPÍTULO VIII. CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA

En definitiva, las decisiones tomadas a partir del análisis del contexto durante la práctica académica, además, de la metodología propuesta para el desarrollo de la Política de Participación Social en Salud Resolución 2063 del 2017, en conjunto con la Política Nacional de Humanización y el uso de las TIC's favoreció el proceso de promoción de la salud en tanto se propiciaron espacios educativos, creativos y lúdicos para la participación de usuarios y funcionarios al interior del Hospital Henry Valencia Orozco E.S.E, lo cual a su vez, permitió sensibilizar acerca de la prestación del servicio de la salud humanizada y el reconocimiento de mecanismos y estrategias para mejorar la relación entre funcionarios e involucrar a la comunidad en actividades de la institución.

De manera minuciosa, las acciones implementadas para la participación comunitaria y la humanización en salud favorecieron por parte de los funcionarios la adquisición de herramientas y conocimientos, los cuales partieron de un proceso práctico a la hora de

participar, igualmente, se alcanzó un mayor compromiso y sensibilización en asuntos relacionados con el ejercicio de la participación comunitaria y la calidad en la prestación del servicio de salud, ello pese a los diferentes inconvenientes presentados, pues reconocemos que la asistencia de los funcionarios públicos a los espacios educativos pudo ser mayor.

Por parte de los resultados surgidos de la participación de usuarios y comunidad en general que asistió al Hospital, identificamos que hubo mayor confianza y mejoría en el relacionamiento con las instalaciones y los servicios cuando se primó en el proceso la humanización mientras se aprendía acerca de temas relacionados con la salud, por lo tanto, se comprende que el empoderar permite combatir el desconocimiento y poco relacionamiento con asuntos de la institución que generan en la comunidad desconfianza para hacer uso de los servicios.

Referente a las acciones que fueron implementadas para la promoción de la participación comunitaria en salud es preciso mencionar que el contexto institucional y las dinámicas de la comunidad van a incidir en el desarrollo de las actividades, de modo que, en el proceso de intervención se fomentó la participación comunitaria desde un ámbito educativo con usuarios y funcionarios de la institución, acompañado de estrategias lúdicas e interactivas que permitieron el aprendizaje recíproco, sin embargo, debido al debilitamiento de la relación entre el Hospital y la comunidad, la experiencia implicó diversos retos profesionales y personales a tener en cuenta, tales como que:

Es crucial generar estrategias que brinden y favorezcan una mejor inserción y contextualización del municipio, institución y las personas que lo conforman, para así poder generar acciones acordes a las necesidades y recursos disponibles, además, para un óptimo desarrollo se debe contar con redes de apoyo internas y externas a la institución, pues la complejidad y dinamismo de la realidad requiere del acompañamiento y conocimiento de otros,

puesto que, la participación requiere del compromiso y responsabilidad de todos los implicados, tanto para su desarrollo y sostenimiento en el tiempo.

En razón de lo anterior, se agrega que en la metodología es importante transversalizar el juego y la dimensión simbólica como aspecto lúdico-creativo, con el fin de favorecer el proceso de aprendizaje acerca de la participación comunitaria en el sector salud, pues si bien la población es variada y el contexto municipal se caracteriza por ser principalmente rural, es necesario adecuar en la estrategia un lenguaje verbal y no verbal que posibilite mayor comprensión sobre la realidad, produciendo un entorno de confianza entre practicantes y los sujetos implicados; entendiendo que como profesionales en formación se debe trabajar en aspectos personales internos que pueden influir en el desarrollo de las acciones.

Por otra parte, en los aportes de carácter conceptual se apreció un reconocimiento y aprendizaje frente a los términos que constantemente se trabajaron de manera conjunta con los funcionarios, acompañado de las propias vivencias de cada uno, distinguiendo que durante el trasegar histórico del municipio y la institución se ha fomentado la participación comunitaria y la humanización en salud, pero era necesario materializarlo en los conceptos, políticas y discursos que giran en torno a estos, por ello, sus aportes aquí fueron de construcción continúa al estar acompañado de conjugar la teoría con la realidad en la que estaban inmersos.

Debe señalarse que, el ámbito laboral fue esencial al momento de interpretar sus aportes, pues como en muchas ocasiones lo mencionaron, el Hospital es su segunda familia y permanecen más allí que en sus hogares, por lo cual, trabajar recíprocamente en sus relaciones interpersonales permitió mayor trabajo en equipo, comunicación, redes de apoyo y empatía con los otros, paralelamente, lograron reconocer su rol y la importancia de desempeñarlo con un enfoque humanizado, priorizando también su propio bienestar para así brindar calidad en la atención al paciente.

Ahora bien, los aportes en la vida personal nos mostraron sus sentimientos, emociones, reacciones y transformaciones en el ser a medida que transcurrió el proceso, puesto que, lograron sentirse identificados y valorados como personas que están en constante crecimiento interno, por ello, la vida laboral y personal tuvieron influencia recíproca en cuanto al bienestar de los funcionarios, pues se complementaron los aprendizajes y se compartieron con los demás.

En razón de lo mencionado, para próximas experiencias debemos prioritariamente entender que:

Los temas específicos que se deben de compartir con los otros, deben ser recordados de manera constante, además, como profesionales en todas las actividades debemos explicar el trasfondo y cómo se relaciona con el contenido que se trabaja en el transcurso de la experiencia, dejando claro que no son acciones aisladas sino parte de un proceso, siendo una forma de aterrizar los conceptos a la realidad y generar mayor integración e interiorización.

Las actividades enfocadas en mejorar el clima laboral deben ser llevadas a cabo sin excepciones, para así lograr un proceso con una participación activa, esto acompañado de estrategias, como se ha mencionado, interactivas, que impliquen el diálogo desde el sentir y ser de cada uno, fomentando primero la humanización del equipo de trabajo, lo cual conlleva a un crecimiento personal, de satisfacción con su labor y una mejor relación consigo mismo y con los otros, pues son aspectos que se interrelacionan.

Con lo dicho hasta ahora, parece relevante comprender desde otra postura los saberes de acción interventivos, estos al ser contemplados desde dos dimensiones significativas para enriquecer la intervención social, pero también favorecer las competencias del profesional, pues generaron en nosotras aprendizajes para desenvolvernos de manera más idónea en próximas

intervenciones.

En ese camino, podemos afirmar que la primera, parte del hacer y conocer, escenario donde se establece una relación teórica que guía cada una de las acciones, las cuales en su momento son inconscientes pero determinantes para la eficiencia e idoneidad de la práctica, es decir, se trató de contrastar los conocimientos que ya teníamos desde la academia con lo nuevo por conocer, entre estos, algunos autores, conceptos, investigaciones y comunicaciones personales para comprender la dinámica institucional y municipal, con el fin de incidir fructíferamente en las personas implicadas durante el proceso de participación comunitaria en salud.

La segunda, trata del saber ser, que contribuye a la identidad del trabajador social, debido a que, la vivencia cuando pasa por una reflexión genera unos cambios a nivel personal, en tanto identificamos aspectos internos a mejorar como también nos permitimos afrontar diversas situaciones difíciles pero importantes para nuestras competencias profesionales, ello en vista del compromiso que teníamos para transmitir comportamientos acordes con el rol de dicha profesión.

Es así, como identificamos que manejar las cualidades, aptitudes, vocación, pasar por un proceso psicológico que brinde herramientas, inteligencia emocional, etc., es fundamental para potenciar las relaciones con los sujetos, no tomar personal las problemáticas del centro de prácticas, como también mantener una mirada integral del contexto en el que se encuentra inmerso, romper con ideales y enfrentar asertivamente barreras institucionales.

Por último, a los próximos practicantes recomendamos en términos de investigación sobre el tema de la participación comunitaria en salud, establecer comunicación con referentes institucionales que puedan compartir documentos sobre el trasegar de la misma en el contexto

específico o sobre las memorias de los trabajadores sociales que han dejado huella en la institución con diversos procesos, pues ello nos permitió mayor contextualización y acercamiento a la dinámica municipal e institucional.

En esta misma línea, es fundamental contar con los compañeros de la Universidad como una red de apoyo para el encuentro de información valiosa, partiendo de comprender que, la participación es un tema que se trabaja constantemente en diversas asignaturas y acompañado de las conversaciones informales que se establecen con los diversos miembros del Hospital, permitieron complementar la teoría con la realidad en la que estábamos inmersas, por ello, es enriquecedor el compartir de saberes entre profesores, estudiantes y la comunidad en general.

En suma, el proceso de práctica académica se trata de un aprendizaje continuo que al ser transformado en saber permite generar cambios y consolidar la identidad del profesional, en este caso desde un abordaje de lo comunitario en el campo de la salud.

Referencias bibliográficas

- Acevedo, R. y Ortiz, D. (2019). Reconstrucción de la memoria histórica de la paz del municipio de Versailles - Valle a través de sus habitantes. [Proyecto de grado]. Universidad Autónoma de Occidente.
- Agudelo, A. y Daza, A. (2021). Participación social en salud en Pereira y Dosquebradas. Perspectivas de actores sociales e institucionales. *Duazary*, 18(3), 243-258.
<https://doi.org/10.21676/2389783X.4232>
- Albán, S. (2015). *Clima laboral y participación según la percepción de los docentes de la Institución Educativa Coronel José Joaquín Inclán-Piura* [Tesis de maestría]. Repositorio institucional Pirhua.

<https://pirhua.udep.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/3b76be27-7dc2-4530-8155-1384239364eb/content>

Amorim, J., Schulter, I. y Pereira, Á. (2015). Popular participation in a local health council: limits and potentials. *Texto & Contexto Enfermagem*, 24(2), 442-449.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71442215018>

Aparicio, C. y Rodríguez, Y. (2022). Guía de orientaciones prácticas y metodológicas para la sistematización de experiencias significativas. 15-43.

Arango, G., López, M. y Fernández, S. (2004). Descentralización y participación en servicios de salud en un contexto regional colombiano. *Papeles de Población*, 10(41), 195-215.

<https://rppoblacion.uaemex.mx/article/view/8747>

Arias, C. (2015). La red de apoyo social: Cambios a lo largo del ciclo vital. *Revista Kairós Gerontología*, 18(20), 149-172.

Ariza, C. (2012). Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria. *Enfermería universitaria*, 9(1), 41-51. <https://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v9n1/v9n1a6.pdf>

Ayala, R. y Shishido, S. (2021). Percepciones de los agentes comunitarios sobre la participación comunitaria en una comunidad del callao-perú, 2020. *Revista de investigación científica Ágora*, 08(02), 88-94.

Bang, C. (2011). Debates y controversias sobre el concepto de participación comunitaria en salud: una revisión histórica. *Universidad de Buenos Aires (UBA)*, 2(3), 1-23.

Barrientos, M. (2005). La participación. Algunas precisiones conceptuales. 1-5.

- Bayo, N. y Maya, I. (2014). Participación comunitaria, empoderamiento y salud percibida de mujeres en el entorno rural de Sevilla. *España:Universidad de Sevilla*, 32(1), 65-76. <http://hdl.handle.net/11441/56218>
- Benítez, J. (2020). *Plan de desarrollo 2020-2023 “Unidos por el bienestar de la familia Versallense”*.
<https://versallesvalledelcauca.micolombiadigital.gov.co/planes/plan-de-desarrollo-2020-2023-actualizado-a-mayo-2021>
- Benach, J. y Muntaner, C. (2005). II. La diferencia no es desigualdad. Aprender a mirar la salud: cómo la desigualdad social daña nuestra salud (pp. 17-23). Editorial El Viejo Topo.
- Bermudez, C. y Rodríguez, A. (2023). Entre epistemologías tradicionales y epistemologías emergentes: Una reflexión sobre la construcción de conocimiento en Trabajo Social desde debates feministas. *Propuesta Crítica en Trabajo Social - Critical Proposals in Social Work*, 3(5), 5-24. <https://doi.org/10.5354/2735-6620.2023.65084>
- Bermúdez, C. y Velásquez, P. (2012). Manual y reglamento de prácticas. Universidad del Valle.
- Bermúdez, C. (2018). Lógica práctica y lógica teórica en la sistematización de experiencias educativas. *Pedagogía y Saberes*, 48, 141-151.
- Bermúdez, C. (2011). Intervención social desde el Trabajo Social: un campo de fuerzas en pugna. *Revista Prospectiva*, (16), 83-101.
- Bula, V., Molina, G. y Muñoz, I. (2013). Participación Comunitaria en Salud. En Molina, G., Ramírez, A., Ruiz, M., Peters, K., Roth, A., Muñoz, I., Vargas, J., Higuera, Y., Álvarez, P., Orozco, A., Moncada, J., Oquendo, T., Bula, V., Flórez, M. y Gómez, L. (Eds.). *Tensiones en las decisiones en Salud Pública en el sistema de salud colombiano: el bien común en*

confrontación con los intereses y prácticas particulares (pp. 321-353). Pulso & Letra Editores.

Blandón, L. y Jaramillo, M. (2018). Participación comunitaria en salud: una revisión narrativa a la producción académica desde las desigualdades sociales. *Revista CS*, (26), 91-117.

<https://doi.org/10.18046/recs.i26.2851>

Cano, A. (2006). Tema 5 Las técnicas de grupo. Las reuniones de trabajo. En C. Junquera, J. López, P. García y A. García. *Técnicas e instrumentos prácticos de Trabajo Social*. (pp. 1-35). Biblioteca Pública.

Carrillo, J. y López, L. (2014). Participación social en salud en la atención primaria en Bogotá: voces de mujeres. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(26), 144-157.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272014000100011&lng=en&tlng=es.

Calderón, T., Silva, A. y Valencia, D. (2017). Las contribuciones de los procesos de formación musical y de acompañamiento psicosocial a adolescentes de la Escuela de Música Desepaz del Distrito de Aguablanca de la ciudad de Cali. [Trabajo de grado]. Universidad del Valle. Biblioteca digital univalle. <http://hdl.handle.net/10893/13687>

Campos, M., López, L. y Villanueva, M. (2018). Compromiso y participación comunitaria en salud: aprendizajes desde la sistematización de experiencias sociales. *salud pública de México*, 60(2), 192-201. <https://doi.org/10.21149/8460>

Carvajal, A. (2018). Elementos metodológicos para la sistematización de experiencias. *Teoría y práctica de la sistematización de experiencias*. (pp. 59-95). Universidad del Valle.

- Castrillo, M. (2012). Procesos participativos en salud: Particularidades del caso Berisso [ponencia]. *VII Jornadas de Sociología de la UNLP*, La Plata, Argentina.
<https://www.aacademica.org/000-097/483>
- Cifuentes, R. (2004). Aportes para “leer” la intervención de Trabajo Social [conferencia]. *XVIII Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. La cuestión Social y la formación profesional en Trabajo Social en el contexto de las nuevas relaciones de poder y la diversidad latinoamericana*, San José, Costa Rica.
<https://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-018-041.pdf>
- Contreras, A. (2018). Fortalecimiento de las habilidades sociales como herramientas para mejorar las relaciones interpersonales en niños de siete a diez años vinculados a la fundación la creación durante el segundo semestre de 2017 y primer semestre de 2018. [Proyecto de grado]. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca.
- Delgado, E. y Vázquez, L. (2006). Barreras y Oportunidades para la Participación Social en Salud en Colombia: Percepciones de los Actores Principales. *Rev. salud pública*. 8(2), 128-140.
- Fondo Nacional de Desarrollo de la Educación Peruana. (2014). En el corazón de la escuela palpita la innovación.
<https://www.fondep.gob.pe/wp-content/uploads/2013/09/Manual-para-sistematizar.pdf>
- Freire, P. (2005). Capítulo II. *Pedagogía del oprimido* (pp. 50-68). Siglo XXI Editores S.A de C.V.

- Ghiso, A. (1998). De la práctica Singular al diálogo con lo plural: Aproximaciones a otros tránsitos y sentidos de la sistematización en épocas de globalización. *Revista Latinoamericana de Educación*, 16, 5-12.
- González, S. (2018). La comunicación persuasiva como instrumento para el cambio de opiniones. *Revista mexicana de opinión pública*, (25), 185-193.
<https://doi.org/10.22201/fcpys.24484911e.2018.25.65182>
- González, T. (2000). Vocación, profesión y profesionalidad. En: *Revista Acontecimiento*, Instituto Emmanuel Mounier, (54), 49-53.
- Aguayo, C. (2006). Capítulo V. La ética en la acción social de los trabajadores sociales. *Las profesiones modernas: dilemas del conocimiento y del poder* (pp. 143-159). Las Profesiones Modernas
- Hervás, A. (2010). La participación comunitaria en Salud y el Trabajo Social Sanitario. *Documentos de Trabajo Social* (50), 146-186.
- Hospital Henry Valencia Orozco. (s.f). *Reseña histórica de la Empresa Social del Estado Hospital San Nicolás*. <http://www.hospitalsannicolasese.gov.co/historia.html>
- Hernández, E., Lamus, F., Carratalá, C., Orozco, D., Jaramillo, C. y Robles, G. (2017). Building Community Capacity in Leadership for Primary Health Care in Colombia. *MEDICC Review*, 19 (2-3), 65-70.
- Hoyos, P., Cardona, M. y Correa, D. (2008). Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo. *Investigación y educación en enfermería*, 26(2), 218-225.
- Lago, B. (2008). Las tecnologías de información y comunicación en el sistema de salud. *Universitas Médica* , 49 (2), 151-154.

- Lascano, C., Comas, M., Saporiti, A., Aimar, V., Dalbosco, S., Remy, A. y Grebe, M. (2018, del 25 al 26 de septiembre). Formación de promotores de salud como estrategia de participación comunitaria en un Centro de Atención Primaria de la Salud de Pilar [ponencia], *Las caras invisibles de la pobreza una mirada integral de la vulnerabilidad*, Pilar, Buenos Aires. <http://doi.org/10.26422/icf.2018.cong05>
- Martín, M., Ponte, C. y Sánchez, M. (2006). Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud. *Gaceta sanitaria*, 20, 192-202.
- Mejía, M. (2007). Participación comunitaria en el modelo de salud del pueblo indígena de Rama Cay, Bluefields. *URACCAN*, (1), 83-93. <http://repositorio.uraccan.edu.ni/14/>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Política de Participación Social en Salud PPSS Resolución 2063 de 2017. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/GT/politica-ppss-resolucion-2063-de-2017-cartilla.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Política Nacional de Humanización en Salud. <https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2021/09/Proyecto-en-borrador-Politica-de-Humanizacion-en-Salud.pdf>
- Moya, C. (1998). Justificación, causalidad y acción intencional. *THEORIA - segunda época*, 13(2), 349-365.
- Moreno, D. (2020). *Apreciaciones, alcances y limitaciones de la APS en Quibdó-Chocó Colombia, 2009 -2018* [Tesis de maestría]. Universidad de Antioquia. https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/16608/1/MorenoDanny_2020_APSQuibdoChoco.pdf

- Muñoz, N. (2007). Promoción y desarrollo humano: su relación actual con el trabajo social en salud. *Revista del Departamento de Trabajo Social*, (9), 105-112.
- Muñoz, L. (2012). *El juego simbólico como recurso para el conocimiento de la realidad social* [Trabajo de grado] Universidad de Valladolid. <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/1045>
- Murillo, F y Cartilla, H. (2011). Hacia un Concepto de Justicia Social. *REICE. Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 9(4), 7-23.
- Naso, F., Balbi, M., Di Grazia, N. y Peri, J. (2012). La importancia de las redes sociales en el ámbito educativo [Congreso]. VII Congreso de Tecnología en Educación y Educación en Tecnología. http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/18296/La_importancia_de_las_Red_sociales_en_el_%C3%A1mbito_educativo..pdf?sequence=1
- Orjuela, L. y Salazar, L. (2022). Plan de Intervención: Creando huellas participativas en salud [Documento de práctica académica]. Universidad del Valle.
- Pardo, I., Gil, J. y Arenas, B. (2018). Una mirada de la salud desde la participación social en población dispersa del Pacífico Colombiano. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 34(3), 40-49.
- Pazo, C. (2020). Salud y participación social en Colombia. Análisis y reflexiones de las condiciones actuales para el ejercicio de la democracia. *Revista Facultad de Trabajo Social*, 33(33), 76-86. <http://dx.doi.org/10.18566/rfts.v33n33.a05>
- Penagos, Y. y Arrivillaga, M. (2021). Programa intercultural de promotores de salud comunitaria: sistematización de experiencia en el municipio indígena de Jambaló, Colombia. *Rev Gerenc Polit Salud*, 1-22. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps20.pips>

- Perilla, L. y Zapata, B. (2009). Redes sociales, participación e interacción social. *Trabajo Social*, (11), 147-158.
- Pineda, F. (2014). La participación en salud, factores que favorecen una implementación efectiva. *Superintendencia Nacional de Salud*, 6, 10-20.
- Puig i Cruells, C. (2017). Cuidarse para poder cuidar atendiendo el malestar de las profesiones sociales. *Revista Fronteras*, (10), 175-184.
- Quispe, G., Ayaviri, D. y Maldonado, R. (2018). Participación de los actores en el desarrollo local en entornos rurales. *Revista de Ciencias Sociales (RCS)*, XXIV, (3), 62-82.
- Raga, M. (2016). Participación Comunitaria en salud a través de la Investigación Acción Participativa del Hospital I “Dr. Darío Suarez Ocando”. *Revista de Trabajo Social*, 7(1), 91-100. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5859945>
- Ramos, A. (2022). *El internet dificultades y procesos de conectividad estable en pandemia y post-pandemia para trabajadores y estudiantes en el barrio bosa el recreo* [Tesis de pregrado]. Universidad Distrital Francisco José de Caldas.
<https://repository.udistrital.edu.co/bitstream/handle/11349/31608/RamosVelosaAaronSantiago2022.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Robledo, C. (2003). Recolección de datos. En *Técnicas y Proceso de Investigación* (pp. 63-73). Litografía Mercagraph.
- Rosero-Labbé, C. (2006). Conocimiento científico y saberes de acción en trabajo social: sobrevaloraciones, desconocimientos y revaloraciones. Una lectura desde los países de América del Norte. *Trabajo Social*, (8), 131-142.

- Rosero-Labbé, C. (2012). Las prácticas de las intervinientes en los procesos de atención psicosocial a la población desplazada por la violencia sociopolítica colombiana. *Trabajo social*, (14), 11-27. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4377989>
- Rosa, G., Navarro, L. y López, P. (2014). El aprendizaje de las habilidades sociales en la universidad: Análisis de una experiencia formativa en los grados de educación social y trabajo social. *Formación universitaria*, 7(4), 25-38.
- Rozas, M. (2002). Capítulo IV El proceso metodológico en la intervención profesional. *Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social* (pp. 75-96). Espacio editorial.
- Ruiz, A. (2016). Democracia local, participación en salud y Trabajo Social. *Revista Costarricense De Trabajo Social*, 1(14), 13-21.
<https://revista.trabajosocial.or.cr/index.php/revista/article/view/175>
- Ruiz, J. (2005). Participación comunitaria. Documento de discusión sobre un modelo de participación comunitaria en el Sistema Nacional de Salud del Estado español. *Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP)*. 62-72.
- Sánchez, D. y Viafara, L. (2022). Memoria de prácticas en el hospital San Nicolás E.S.E del municipio de Versailles, con énfasis en el fortalecimiento del SIAU para la población usuaria en tiempo de pandemia [Trabajo de grado]. Universidad del Valle.
- Sanchez, J. (2002).Capítulo 11 Comunicación grupal. *Psicología de los grupos* (pp. 321-228).
- Santos, A. (2003). Humanización de la atención sanitaria: retos y perspectivas. *Cuadernos de Bioética*, 14 (50), 39-60. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=754843>

- Sánchez, J., Fernández, M. y Díaz, C. (2021). Técnicas e instrumentos de recolección de información: análisis y procesamiento realizado por el investigador cualitativo. *Revista científica UISRAEL*, 8(1), 107-121.
- Sandoval, A. (2001). *Propuesta metodológica para sistematizar la práctica profesional del Trabajo Social*. Espacio Editorial.
- Solano, A. (1998). La promoción de la salud. *San José CR: CCSS*. 7-17.
- Tamayo, C. (2015). Percepción de los estudiantes de 5o. y 6o. grados, docentes y coordinadoras académicas del colegio externado de San José, hacia la presencia de los componentes conceptuales, procedimentales y actitudinales en las actividades de evaluación de los estudios sociales. [Trabajo de posgrado]. Universidad Rafael Landívar.
- Todorov, T. (1995). Cap III El reconocimiento y sus destinos. *La vida en común: ensayo de antropología general* (pp. 115-162). Taurus.
- Tonon, G. (2009). La entrevista semi-estructurada como técnica de investigación. En S. Alvarado, H. Ospina, P. Lucero, P. Botero, M. Luna y F. Fabris. *Reflexiones Latinoamericanas sobre investigación cualitativa*, (pp. 48-68).
- Ussher, M. (2014). Articulación de saberes en el trabajo comunitario [Congreso]. *VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*, Buenos Aires, Argentina. <https://www.aacademica.org/000-035/532.pdf>