



LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD COMO ESTRATEGIA PARA
GARANTIZAR EL DERECHO A LA SALUD DE LOS POBLADORES DEL
CORREGIMIENTO DE YARIMA

LEIDY JOHANA LINARES GARCÍA

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
BUCARAMANGA

2012



LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD COMO ESTRATEGIA PARA
GARANTIZAR EL DERECHO A LA SALUD DE LOS POBLADORES DEL
CORREGIMIENTO DE YARIMA

LEIDY JOHANA LINARES GARCÍA

Informe mejorado para optar al título de Trabajadora Social

Directora

ADRIANA VEGA MARTÍNEZ

Trabajadora Social

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
BUCARAMANGA
2012

AGRADECIMIENTOS

Bueno, ¿cómo agradecerle a todas aquellas personas que han hecho parte de mi diario vivir en la Universidad? En realidad, he vivido tantos momentos gratos, que no podría plasmarlos en este pequeño espacio, pero como es de costumbre en los trabajos de grado, escribiré sus nombres en esta hoja. No obstante, más allá de ello, quiero decirles que son parte de mi vida y corazón.

GRACIAS A:

La profesión de Trabajo Social, por enseñarme a vivir en armonía con mis semejantes.

A mis docentes, quienes hasta el último momento en esta institución me dieron lecciones de vida.

En especial, quiero agradecerle a la profesora Adriana Vega, por ser la compañera más pilosa que he tenido, gracias Maestra. Hoy comprendo lo que un día muy sabiamente nos dijo, los puntos siempre se unen hacia atrás.

Al Maestro Mauricio Rojas Betancur, quien me ha enseñado a pensar la academia y me ha ayudado a materializar mis sueños.

A Sandra Lorena Gonzáles Segura, por su cariño y su majestuosa sonrisa que llenó de colores mi vida, hoy puedo decir que tengo una amiga.

A Kambrayo Tegría Uncarúa, por enseñarme a ver la vida de manera diferente, es impresionante su humildad frente al conocimiento, le quiero amigo mío, gracias por dejarme acompañarle un tiempo en su vida.

A Norberto Gamboa por su constante pensamiento crítico y orientaciones académicas, vaya que me sacó de líos.

A mis compañeros de vida, Rubén Darío Vargas, Carlos Aparicio, Edinson Rey y Juan Pablo Jaramillo, juntos somos unas ostras

Y a todos (Hombres y Mujeres), quienes como siempre por ser una ingrata, olvido mencionar, pero sé que sin ustedes la UIS no hubiese sido la misma.

LES QUIERO

DEDICATORIA

A DIOS, por permitirme saber lo que se siente Vivir

A la mujer más hermosa del mundo, Madre mía, si soy profesional es por tu culpa. Gracias por la cantaleta, el cariño, la confianza, las millones de oportunidades que me has dado, no te merezco doña Ana María, pero te necesito, eres mi motor de vida, mi sonrisa, mi esperanza. Te amo!

A mi padre, mi noble caballero, quien ha dedicado sus últimos treinta años a trabajar día y noche por su familia, ha buscado la perfección y cada vez nos refleja aún más la nobleza de su alma. Eres un ejemplo de perseverancia y lucha continua. Te amo!

A mi hermosa Monique, hermana mía, gracias por ser un ejemplo de persona, de mujer, de vida, de ser humano. Te amo mi Moniquita, eres el ser más amoroso que conozco.

A mi precioso Javier, oye cómo te amo. Hemos vivido tantos momentos felices, recuerdo nuestra infancia al ritmo del juego y las risas. Que duro es crecer!

LES AMO, SON MI FORTALEZA

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	16
1. MARCO REFERENCIAL	18
1.1 LA SALUD	18
1.2 LA PARTICIPACIÓN Y LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD	26
2. CONTEXTO GENERAL Y ESPECÍFICO EN EL CUAL ESTA INSERTA LA EXPERIENCIA	36
2.1 LA NORMATIVIDAD EN SALUD Y EN LA PARTICIPACIÓN EN SALUD	36
3. CARACTERIZACION DE LA INSTITUCIÓN Y LA COMUNIDAD	45
3.1 LA INSTITUCIÓN EN EL CONTEXTO LOCAL	45
3.1.1 La Universidad Industrial De Santander	45
3.1.2 Ubicación Geográfica	49
3.2 LAS PERSONAS EN EL CONTEXTO LOCAL	51
3.2.1 Análisis situacional en materia de salud en el corregimiento de Yarima 2011	51
3.2.1.1 El corregimiento de Yarima y su situación medioambiental	52
3.2.1.2 Estilos de vida de los pobladores	57
3.2.1.3 El sistema de atención de salud	60
4. CARACTERIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA	65
4.1 Descripción del proceso metodológico	65
4. 2 PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL	70
4.2.1 El objeto de intervención	70
4.2.2 Objetivos de los lineamientos básicos	71
4.2.3 Planes de acción para cada lineamiento básico	72
4.2.3.1 Plan de Acción del Lineamiento: fortalecimiento organizativo	72

4.2.3.2 Plan de Acción del Lineamiento: formación de actores	74
4.2.3.3 Plan de Acción del Lineamiento: trabajo en red	75
4.2.3.4 Plan de Acción del Lineamiento: incidencia en lo público	76
4.2.3.5. Plan de Acción del Lineamiento: medición de impacto	77
4.3 DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA EJECUCIÓN	78
5. EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL	83
5.1 RESULTADOS	83
5.1 ASPECTOS FACILITADORES Y LIMITANTES DE LA ACCIÓN PROFESIONAL	84
5.2 HABILIDADES Y DIFICULTADES A NIVEL PROFESIONAL	85
5.3 LA PERTINENCIA Y EFICACIA DE LOS OBJETIVOS, TÉCNICAS Y ROL	86
6. DISEÑO DEL PLAN DE MONITOREO PARTICIPATIVO DEL GRUPO PROMOVIDAS PARA EJERCER CONTROL SOCIAL DE SU DERECHO A LA SALUD	88
6.1 JUSTIFICACIÓN	88
6.2 OBJETIVOS	89
6.3 FASES DE LA PROPUESTA DEL PLAN DE MONITOREO	90
6.4 DESARROLLO OPERATIVO Y METODOLÓGICO DE LAS FASES	91
6.4. 1 Desarrollo Operativo y Metodológico de la Fase I: Identificación	91
6.4.1.1 Plan operativo	91
6.4.1.2 Desarrollo metodológico	92
6.4. 2 Desarrollo Operativo y Metodológico de la Fase II: Construcción	95
6.4.2.1 Plan operativo	95
6.4.2.2 Desarrollo metodológico	96
6.4. 3 Desarrollo Operativo y Metodológico de la Fase III: Implementación	103
6.4.3.1 Plan operativo	103
6.4.3.2 Desarrollo metodológico	103
6.4. 4 Desarrollo Operativo y Metodológico de la Fase IV: Análisis	105
6.4.4.1 Plan operativo	105

6.4.4.2 Desarrollo metodológico	106
6.6 CRONOGRAMA	107
6.7 ASIGNACIÓN DE RECURSOS	109
CONCLUSIONES	110
RECOMENDACIONES	112
BIBLIOGRAFÍA	114
ANEXOS	117

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud	24
Figura 2. Escalera de la participación	28
Figura 3. Ubicación geográfica	50
Figura 4. Lineamientos básicos del proceso	67
Figura 5. El Fortalecimiento organizativo	68

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Legislación de Colombia en Salud	42
Cuadro 2. Eliminación de basuras	58
Cuadro 3. El uso del agua	58
Cuadro 4. Percepción riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual	59
Cuadro 5. Fortalecimiento organizativo parte 1	72
Cuadro 6. Fortalecimiento organizativo parte 2	73
Cuadro 7. Fortalecimiento organizativo parte 3	74
Cuadro 8. Formación	74
Cuadro 9. Trabajo en red	75
Cuadro 10. Incidencia en lo público parte 1	76
Cuadro 11. Incidencia en lo público parte 2	76
Cuadro 12. Medición de impacto parte 1	77
Cuadro 13. Medición de impacto parte 2	77
Cuadro 14. Resultados	83
Cuadro 15. Aspectos Facilitadores y Limitantes	84
Cuadro 16. Habilidades y Dificultades a Nivel Profesional	85
Cuadro 17. Evaluación de pertinencia y eficacia	86
Cuadro 18. Identificación	91
Cuadro 19. Necesidades de información	93
Cuadro 20. Identificación de necesidades de información y destinatarios	94
Cuadro 21. Construcción	96
Cuadro 22. Tipos de indicadores por nivel de objetivo	98
Cuadro 23. Tipos de indicadores comunes	98

Cuadro 24. Criterios prioritarios aplicables a los indicadores	100
Cuadro 25. Variable para el monitoreo a nivel interno del proceso	101
Cuadro 26. Variables para el monitoreo a nivel externo del proceso	101
Cuadro 27. Implementación	103
Cuadro 28. Análisis	105
Cuadro 29. Rubro presupuestal	109

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A. FOTOGRAFÍAS CENTRO DE SALUD	117
ANEXO B. FORMATO DIÁLOGO CON INFORMANTES CLAVE	120
ANEXO C. FORMATO PREPARACIÓN DE ACTIVIDADES	121
ANEXO D. POLÍTICA ORGANIZATIVA PROMOVIDAS	124
ANEXO E. ACTA REUNIÓN SALUD	125
ANEXO F. GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DE INFORMES	129

RESUMEN

TÍTULO: LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD COMO ESTRATEGIA PARA GARANTIZAR EL DERECHO A LA SALUD DE LOS POBLADORES DEL CORREGIMIENTO DE YARIMA *

AUTORA: LINARES GARCÍA, LEIDY JOHANA**

PALABRAS CLAVE: salud, determinantes sociales de la salud y participación comunitaria en salud.

DESCRIPCIÓN

La educación es la herramienta fundamental para la construcción de nuevos seres que aporten al mejoramiento continuo de las condiciones sociales. Por lo tanto, la Universidad Industrial de Santander ha procurado aportar a los procesos de formación profesional de manera integral. Para tal fin ha creado alianzas institucionales que permiten a los estudiantes desarrollar habilidades y descubrir falencias en su formación a perfeccionar.

A su vez, las prácticas académicas de Trabajo Social, se constituyen en el espacio propicio para que los nuevos profesionales desarrollen habilidades y descubran sus falencias antes de incluirse oficialmente en el mercado laboral. De esta manera, el proyecto Campo Escuela Colorado es el espacio en que se contribuye a la formación integral de profesionales. Así, el presente informe mejorado, da cuenta de la experiencia realizada en el segundo semestre del año 2011, donde se efectúa el análisis de la situación en materia de salud del corregimiento de Yarima, perteneciente al Municipio de San Vicente de Chucurí, del departamento de Santander; se caracteriza el contexto, la experiencia, se diseña y formula la propuesta de un proceso de intervención profesional y se ejecuta uno de los lineamientos del plan de trabajo propuesto, llevando a la profesional en formación a generar serios cuestionamientos tanto profesionales como personales, a la luz de la teoría y sus reflexiones diarias.

* Proyecto de Grado

** Universidad Industrial de Santander. Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Trabajo Social. Docente: Adriana Vega Martínez, Trabajadora Social (UIS).

SUMMARY

TITLE: COMMUNITY INVOLVEMENT IN HEALTH: A STRATEGY TO ENSURE THE RIGHT TO HEALTH OF THE PEOPLE OF THE TOWNSHIP OF YARIMA*

AUTHOR: LINARES GARCIA, LEIDY JOHANA**

KEY WORDS: health, social determinants of health and community participation in health.

DESCRIPTION

Education is the fundamental tool for the construction of new beings that contribute to continuous improvement of social conditions. Therefore, the Industrial University of Santander has sought to provide training processes holistically. To this end has created institutional partnerships that allow students to develop skills and discover gaps in their training to perfect.

In turn, academic practices of Social Work constitute the ideal space for practitioners to develop new skills and discover their flaws before officially included in the labor market. Thus, the Colorado Field School project is the space that contributes to the training of professionals. Thus, improved reporting, accounts of the experience made in the second half of 2011, which makes the analysis of the health situation in the village of Yarima, belonging to the municipality of San Vicente de Chucurí department Santander, characterized the context, experience, designing and making the proposal of a process of professional intervention and runs one of the guidelines of the proposed work plan, leading to professional training to create serious professional and personal questions, in light of the theory and daily reflections.

* Grade Project

** Industrial University of Santander. Faculty of Human Sciences. School of Social Work. Teacher Adriana Vega Martínez, Social Worker. (UIS)

INTRODUCCIÓN

Los derechos fundamentales de los seres humanos, son las herramientas que poseen para garantizar el desarrollo de una vida digna. Así, el derecho a la vida se obtiene a partir del más alto grado de salud. Sin embargo, las personas se ven afectadas por una serie de factores que determinan su estado de salud, como lo son el medio ambiente saludable, los estilos de vida, la atención del sistema de salud y los factores de tipo biológico, que se evidencian en su entorno social.

Por tal motivo, deben recurrir a estrategias que les permita acceder a estos beneficios no como individuos, sino como comunidades. De esta manera, se considera que la participación comunitaria en salud, lleva a las colectividades a movilizarse en por sus derechos.

Los profesionales de Trabajo Social debido a su formación, desarrollan la capacidad de abordar este tipo realidades, al llevar a la práctica el conocimiento impartido en las aulas de clase y generar alternativas de solución desde el trabajo de base con las comunidades. Es así como en este informe mejorado, se evidencia un proceso compuesto por cuatro fases (ubicación, diagnóstico y planeación, ejecución y evaluación), desarrollado en el proyecto Campo Escuela Colorado, de la Universidad Industrial de Santander, localizado en el corregimiento de Yarima, perteneciente al municipio de San Vicente de Chucurí, del departamento de Santander.

Allí, se planteó una serie de lineamientos básicos que responden a un objetivo general el cual se obtiene a partir de la generación de espacios de diálogo y reflexión respecto a la situación de salud del corregimiento, del fortalecimiento de los mecanismos de participación, gestión y control social sobre las políticas locales en salud y de involucrar a los diferentes actores institucionales privados y públicos en el mejoramiento de las condiciones de salud del corregimiento.

Durante el proceso de práctica profesional de Trabajo Social se realizó la contextualización de la experiencia ubicándose en la UIS como institución y en el corregimiento de Yarima como comunidad a intervenir. Por lo tanto, es en el capítulo 3 donde se esboza un análisis de la situación en materia de salud del corregimiento de Yarima, ubicando así la práctica social en un entorno particular cuyas características específicas permitieron comprender su situación, con base en una fundamentación teórica que aborda la salud, la participación comunitaria y el rol del Trabajador Social.

Asimismo, la caracterización de la experiencia da cuenta del proceso metodológico, la formulación de la planeación, la descripción y el análisis de la ejecución de la intervención profesional de Trabajo Social durante el segundo semestre académico del año 2011.

Lo anterior es evaluado en el capítulo 5, indicando los resultados obtenidos, además de los aspectos que facilitaron y limitaron la acción profesional, las habilidades y dificultades a nivel profesional; y finalmente, la pertinencia y eficacia de los objetivos, las técnicas y el rol profesional.

Tal intervención se logra gracias al acompañamiento constante de la Supervisora de práctica, la Trabajadora Social Adriana Vega Martínez, al apoyo institucional del proyecto Campo Escuela Colorado y sobre todo, gracias al compromiso de los actores comunitarios que hicieron parte en el proceso, aquellos que buscan mejores condiciones para generaciones futuras y le apuestan a un trabajo consciente en el presente.

Finalmente, producto de esta experiencia profesional, surge la propuesta de diseñar el plan de monitoreo y evaluación participativo, para que el grupo PROMOVIDAS ejerza un papel protagónico en el control social del derecho a la salud

1. MARCO REFERENCIAL

1.1 LA SALUD

La salud es considerada un derecho fundamental de las sociedades, al encontrarse altamente relacionado con el derecho a la vida. En Colombia, según la constitución de 1991 en el artículo 3, se dice que todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona. Por tal razón, es necesario realizar una conceptualización del término salud, pues desde la legislación colombiana, se entiende como sinónimo de aseguramiento, obviando los demás determinantes que la componen.

“En términos generales, se puede afirmar que la Constitución Política de 1991, establece principios básicos universales progresivos...sin embargo, al precisar el alcance de los derechos a la salud y a la seguridad social, adopta una visión estrictamente de prestación de servicios o asistencia social, reduciendo el alcance que poseen estos derechos”¹

La salud es entendida como “el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad; es un derecho humano fundamental y el logro del grado más alto posible de salud exige la intervención de muchos sectores sociales y económicos en adición al sector salud”² contrario a esta definición, se corrobora que en la legislación colombiana se realiza un desplazamiento del término salud en su integralidad, de su concepción de salud

¹ TORRES, Muricio; PAREDES, Natalia. El caso colombiano: el mercado no es para todos y todas. En: Derecho a la salud, situación de países de AL. Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo. p.90.

² OMS/OPS – UNICEF. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud de Alma – Ata. 1978. (03 Octubre de 2011) (En línea): <http://www.fundacionaequus.com.ar/biblioteca/almaata.pdf>

pública, definida por la OPS como “el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger, prevenir y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo”³; y se focaliza como responsabilidad del estado la prestación de una serie de servicios a partir de una oferta de los mismos en un mercado cuya calidad depende de la capacidad económica de sus clientes.

“A la Ley 100 de 1993 subyace una comprensión de la salud como un bien privado, responsabilidad directa de los individuos, quienes acceden a ella a través de un mercado de servicios, en donde el Estado, a través de una política de focalización de subsidios, incorpora a los miembros de la comunidad que no tienen capacidad económica. Esta política ha orientado la salud en el país durante la última década y ha consolidado la concepción de salud como una mercancía. Esto último ha alejado aún más las políticas públicas de la comprensión de la salud como un derecho humano que debe ser garantizado por el Estado a todos los ciudadanos”⁴

Evidentemente, el mejoramiento de la situación de salud de los pobladores, requiere del esfuerzo conjunto entre el estado y la sociedad civil para llevar a cabo las funciones de la Salud Pública centradas en la protección sanitaria (control del medio ambiente), la promoción sanitaria (a partir de procesos educativos) y la restauración sanitaria (necesaria para recuperar la salud).

“las políticas en Salud Pública son la herramienta fundamental para prevenir las enfermedades y minimizar su impacto social y económico, con el fin de garantizar y mejorar la productividad de todo un país; en cambio, el tratamiento de las enfermedades es un jugoso negocio para los intermediarios privados”⁵

³ OPS, 2002.

⁴ TORRES, Muricio; PAREDES, Natalia, Op.cit., p.90.

⁵ ISAZA VILLA, Sergio. Sobre la salud en Colombia. Federación médica colombiana. (noviembre 09 de 2011) (en línea): <http://fmc.encolombia.com/fmc/fmc-saludencolombia.htm>

Entonces, mejorar la salud requiere de optimizar los entornos que la promuevan y favorezcan. Es así como diversos programas exitosos de promoción de la salud requieren de la búsqueda de espacios saludables para el pleno desarrollo de las personas, por lo tanto, “el estado y los ciudadanos tienen la responsabilidad de actuar para asegurar un medio ambiente saludable y sostenible”⁶

De lo anterior, se hace necesario, comprender el proceso de salud enfermedad debido a que el éxito de la intervención social, económica y política en esta área, depende significativamente del conocimiento del conjunto de variables que la componen.

Históricamente, las concepciones del proceso de salud-enfermedad, han ido evolucionando de acuerdo a los avances en el conocimiento científico que el ser humano ha realizado. Con el devenir, se han debatido diferentes puntos de vista, llegando a acuerdos que hoy se consideran enfoques, modelos o paradigmas, que van de la unicausalidad a la multicausalidad.

Desde el inicio de los tiempos, los seres humanos han buscado mantener su estado de salud, para lo cual desde las culturas primitivas recurrían a quienes tenían habilidades de restablecerla a partir de su comunicación directa con dioses y encantamientos mágicos a partir de brebajes.

“En las culturas primitivas, el brujo era curandero por dos virtudes: por su conocimiento de plantas y preparación de brebajes y por su cercanía con los dioses. Las plantas de donde se extraían las infusiones y los bebedizos eran albergue de los espíritus de los dioses, que debían ser invocados mediante ceremonias y rituales”⁷

⁶ GONZALES, Julio. Educación, movilización social y abogacía para promover la salud. Revista Médica del Uruguay 2002; VOL. 18.p.195 (03 de diciembre de 2011) (En línea): www.rmu.org.uy/revista/2002v3/art2.pdf

⁷ VERGARA QUINTERO, María del Carmen. Concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. Hacia la Promoción de la Salud, Vol. 12. Manizales, enero - diciembre 2007, p.4. (07 octubre de 2012)(En línea): promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012_4.pdf

En estas culturas, se creía que la enfermedad era producto de un castigo divino, no obstante, pensadores de la época cuestionaron la idea de la relación directa entre la enfermedad con explicaciones sobrenaturales respecto a su causa.

“Galeno, nacido en el año 131 A.C., se preguntaba por la causa de las alteraciones de la salud y cuestionaba la presencia de los dioses en la enfermedad. De esta forma, con el naturalismo hipocrático y con el racionalismo de la minoría ilustrada a la que pertenecía, se rechazó enérgicamente la doctrina de quienes querían introducir en la estructura de la enfermedad un elemento sobrenatural. Sin embargo, en la Edad Media se recurre nuevamente al influjo religioso en la presencia de la salud y de la enfermedad”

En la edad moderna (mitad del siglo XV y finales del siglo XVIII), con los grandes avances científicos y tecnológicos desarrollados en esta época, se da gran interés por el cuerpo humano que se torna el centro de conocimiento de todas las disciplinas. Asimismo, en este periodo de tiempo, “con el advenimiento de la Revolución Industrial y los avances técnico-científicos de la época, se identificaron causas en el medio ambiente y se empezó a tener en cuenta, no sólo los aspectos biológicos y físicos, sino los económicos, sociales y políticos relacionados con la salud”⁸, de esta manera, se le atribuye una causa a la enfermedad de las personas.

“Con el surgimiento de la teoría microbiana en 1876, se reforzó la idea según la cual, la enfermedad estaba determinada por aspectos medioambientales y, en este caso, por la acción de un agente externo de tipo biológico. Cuando el hombre descubrió la causa microbiana de la enfermedad, con éste creyó haber encontrado el origen de todos los procesos patológicos. Así adquirió un nuevo concepto con base en el cual, le atribuyó una causa a la enfermedad. Esto le permitió hablar de la “unicausalidad”⁹”

⁸ Ibíd., p. 5.

⁹ Ibíd.,

Con el pasar de los años, la salud se concibe como un factor de desarrollo de las naciones, desplazando así la noción de salud como un componente netamente biológico y llevando la mirada a múltiples causas que influyen de manera directa e indirecta en los seres humanos, “el proceso biológico se empezó a mirar como un hecho ligado a las condiciones que rodean la vida humana, y la epidemiología se vio abocada a cambiar de la unicausalidad hacia la multicausalidad”¹⁰.

Bajo esa idea de la salud como producto de una serie de factores que influyen en ella, se dan nuevos aportes para comprenderla. Por lo que, Laframboise (1973) propone el “modelo del campo de la salud”¹¹ allí, se rompe el antiguo paradigma donde se concibe que el proceso de salud-enfermedad, depende tan solo de un factor causal. Así, en el modelo tradicional donde la atención giraba en torno a curar o reparar la enfermedad, restándole importancia a los demás factores que inciden en ella, es evaluado en el modelo del campo de la salud, para comprender que el proceso de salud-enfermedad depende significativamente de una “red compleja de factores... en este modelo no se habla entonces de causa sino de riesgo como probabilidad de enfermarse, la cual depende de los factores asociados a ella”¹².

Por lo tanto, dentro de este modelo, se determina una serie de factores que pueden presentarse en cuatro grandes grupos¹³: biología humana (factores genéticos, herencia, maduración y envejecimiento); el medio ambiente (ambiente físico, psicológico y socio-cultural); los estilos de vida y el sistema de atención en salud (manera en que la sociedad se organiza para brindar atención de salud).

¹⁰Ibíd., p. 6.

¹¹ PEREYRA ZALDÍVAR, Hector. Factores determinantes de la Salud. En: Salud Comunitaria, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú, p. 24. (16 de octubre de 2011). (En línea): www.epiredperu.net/epired/cursos/...bas-mh/epibas_ppt19_111.pdf

¹² Ibíd., p.25.

¹³ Ibíd., p.26.

Sin embargo, afirmar que la salud depende tan solo de esta serie de factores, llevó en su momento a desconocer el gran impacto que posee el entorno social sobre el tema. Hoy, se tiene presente que “muchas de las causas de los problemas comunes de salud derivan de la propia sociedad”¹⁴.

Ahora, se ha aumentado la posibilidad de mejorar la salud de comunidades vulnerables y en situación de pobreza, al tener en cuenta la causa más activa en el proceso salud-enfermedad, las condiciones sociales en las que se desarrollan las personas, donde se incluye “la posición de la gente en la escala social, económica y de poder”¹⁵, conocidas como los Determinantes Sociales de la Salud – DSS.

Por lo anterior, se da un acento en la cuestión de las inequidades en salud al hacer mención de las condiciones sociales en las cuales se desarrollan los seres humanos, “el concepto de inequidad implica que las desigualdades encontradas son injustas o evitables; es decir, pueden ser prevenidas y remediadas”¹⁶

El enfoque de la salud como un problema de factores sociales es abordado por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud – CDSS, allí se entiende que existen dos elementos fundamentales que influyen en el estado de salud de los seres humanos: los determinantes estructurales y los intermedios, “los determinantes estructurales tendrán impacto en la equidad en salud y en el bienestar través de su acción sobre los intermediarios. Es decir, estos últimos

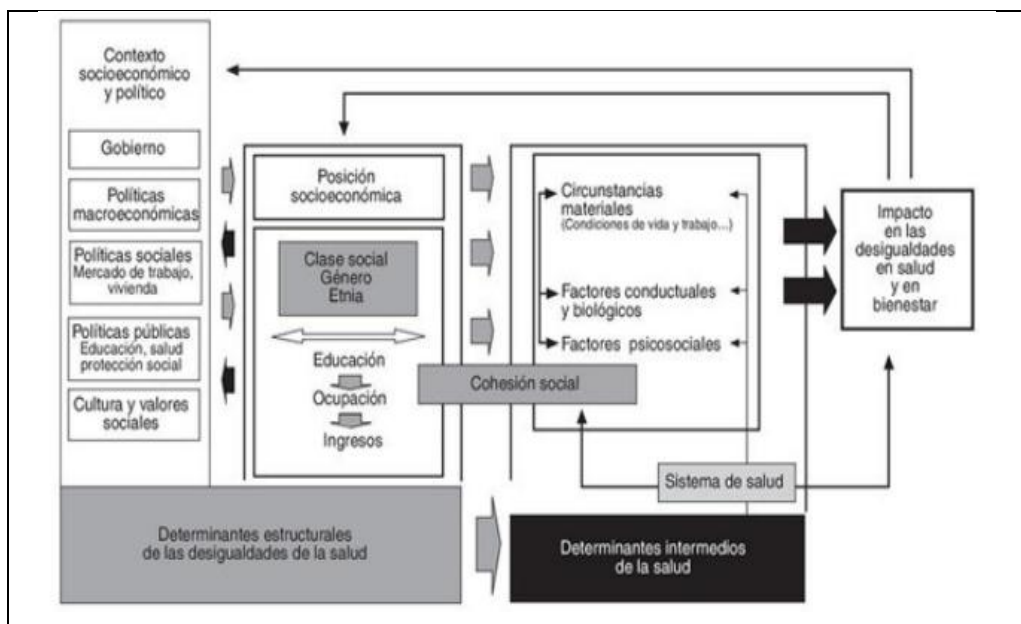
¹⁴ OMS. Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Marzo, 2005. p.12

¹⁵ *Ibíd.*, p. 7

¹⁶ VEGA, Jeanette; SOLAR, Orielle; IRWIN, Alec. Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. Equipo de Equidad en Salud de la OMS., 2006. p. 9.

pueden ser afectados por los estructurales y su vez afectar a la salud y el bienestar”¹⁷.

Figura 1. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud



Fuente: SOLAR, Irwin.¹⁸

Intervenir en salud, requiere tener en cuenta sus determinantes sociales, con el fin de vincular “las inequidades existentes con los programas de exclusión social y dirigir las políticas a nivel local y de la comunidad”¹⁹ Por lo tanto, se establece una serie de niveles para la intervención en miras de generar cambios.

“Los siguientes, son los puntos de acceso o niveles para las políticas e intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud: reducir la estratificación social propiamente dicha, es decir, "reducir las desigualdades en el poder, el prestigio, los ingresos y la riqueza vinculadas a diferentes posiciones socioeconómicas";

¹⁷ Asociación Latinoamericana de Medicina Social - ALAMES. Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud. Uruguay, Septiembre, 2009.p.4. (16 Octubre 2011). (En línea): www.alames.org/documentos/ponencias.pdf

¹⁸ SOLAR, Irwin. Un marco conceptual para la acción sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: OMS, 2007. Citado por: BORRELL, Carmen y ARTAZCOZ, Lucía. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. Agencia de Salud Pública de Barcelona, España. (11 octubre de 2011). (En línea): http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112008000500012&script=sci_arttext

¹⁹ OMS. Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud., Op. cit., p.45.

reducir la exposición específica a factores que dañan la salud sufridos por las personas en posiciones desfavorecidas; procurar reducir la vulnerabilidad de las personas desfavorecidas a las condiciones perjudiciales para la salud en las que se encuentran; e intervenir mediante la atención de salud para reducir las consecuencias desiguales de la mala salud y prevenir el deterioro socioeconómico adicional entre las personas desfavorecidas que se ponen enfermas”²⁰

Por lo tanto, podría afirmarse que reducir las inequidades en salud, requiere de estrategias que influyan en los determinantes estructurales de la misma, incidiendo fundamentalmente en el contexto socioeconómico y político. Lo cual se logra desde la participación en salud, es decir que, entre mayor sea el grado de participación de agentes comunitarios en espacios para la toma de decisiones sobre las políticas, programas y proyectos, podrán ejercer mayor control social y de esta manera, procurar la disminución de las inequidades.

Se ha demostrado históricamente que la sociedad civil organizada ha llegado a generar grandes transformaciones en las relaciones tradicionales entre clases, mediando entre los intereses de la industria y los de sus comunidades.

En los diferentes tratados internacionales sobre el tema de la salud que Colombia ha firmado (Alma ata – 1978, Carta de Ottawa – 1986 y Declaración Política de Río sobre los DSS – 2011), se resalta la necesidad de involucrar a las comunidades en el mejoramiento de sus condiciones en materia de salud, por tal motivo, cada día se requiere más de la intervención del Trabajo Social en la salud comunitaria que tiene como objetivos claros “1) la preparación anticipada a las personas y grupos comunitarios a fin de prevenir problemas; 2) la detección temprana de los problemas, las personas y situaciones de riesgo y 3) la

²⁰ Ibíd., p.47.

intervención con acciones propositivas”²¹, con el fin que las comunidades se fortalezcan y transformen las condiciones en que se encuentran los DSS.

1.2 LA PARTICIPACIÓN Y LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD

Definir la participación se convierte en un asunto de complejo, según la OMS²², puede ser interpretada de tres maneras diferentes: “como contribución (en el que la comunidad aporta trabajo o materiales), como organización (a través de estructuras que faciliten la interacción) o como empoderamiento (a través de grupos generalmente marginados organizados para el control de programas)”.

Es por esta última razón que vale la pena afirmar que, la participación puede entenderse como un proceso social en el que los sujetos que hacen parte de una comunidad buscan estrategias para ejercer control sobre su desarrollo. Por lo tanto, esperan convertirse en los protagonistas del mejoramiento de sus condiciones de vida.

Partiendo de estas premisas, se debe indicar que existen diversos tipos de participación entre los que se destacan la participación ciudadana, política y comunitaria.

“Cunill (1991), tomando como base el involucramiento de los ciudadanos en los asuntos públicos, diferencia tres conceptos: la **participación ciudadana**, en la cual, el involucramiento de los individuos conduce a la creación de formas específicas de relación con el Estado. La participación **política**, en la que se establece una injerencia sobre las cuestiones públicas, involucrándose con órganos de intermediación como los partidos políticos. Desde ésta

²¹ Universidad del Salvador. Diferencia entre salud pública, salud comunitaria y medicina familiar. p.7. (12 octubre de 2011). (En línea): <http://es.scribd.com/doc/37653044/Diferencia-entre-Salud-Publica-Salud-Comunitaria-y-Salud-Familiar>

²² OMS, 1991. Citado por BANG, Claudia. Debates y controversias sobre el concepto de participación comunitaria en salud: una revisión histórica. p.9. (12 de octubre de 2011). (En línea): <http://issuu.com/eajournal/docs/debates-participacion-comunitaria-en-salud>

perspectiva, se entendería lo político, como la manera en que se concibe la sociedad, los seres sociales y las relaciones entre ellos, o sea, con los valores que se formulan y con los procedimientos que se adoptan para su aceptación (Ibáñez e Iñiguez, 1988). En la **Participación Comunitaria**, la relación con el Estado es sólo de carácter asistencial, es decir, se refiere a las gestiones de la comunidad para obtener recursos que solucionen problemas de su vida diaria”²³

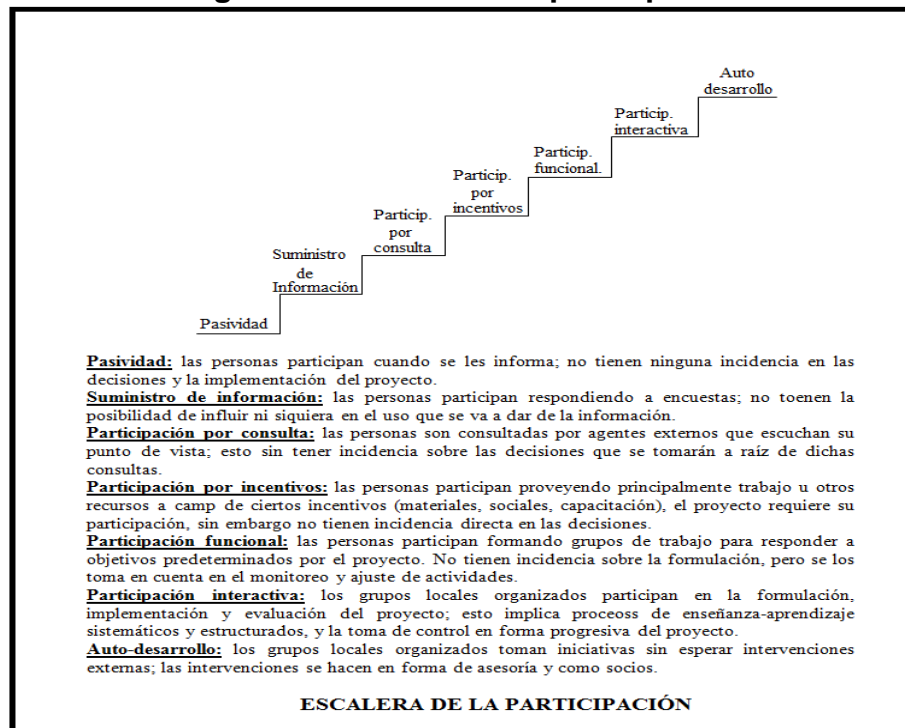
De esta manera, Nuria Cunill determina que fortalecer la ciudadanía y la democracia, lleva inevitablemente a generar incidencia en la esfera de lo público y especialmente en las decisiones de las políticas públicas, y podría decirse que para tal fin, es necesario realizar tal fortalecimiento iniciando con procesos de participación comunitaria.

Este tipo de participación, es definida de igual manera en el decreto 1757 de 1994 en el que se determina que es “el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión evaluación y veeduría en salud”²⁴ y es allá donde deben llegar las comunidades con el fin de ejercer mayor control social. A su vez, la participación se presenta en diferentes niveles, donde los sujetos pueden pasar de estados de pasividad al control de su propio desarrollo.

²³ MOGOLLÓN, Amparo., et al. Estudio de caso de la participación social en salud de los Municipios de la Provincia de Gualivá (Cundinamarca). Universidad del Rosario. Bogotá, 2005 . p.6. (03 diciembre 2011). (En línea): <http://www.web.invima.gov.co/.../BVSaLud/.../07>

²⁴ Decreto 1757 de 1994. Por el cual se organizan y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 4 del Decreto-ley 1298 de 1994. (Octubre 18 de 2011) (En línea): <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=21850>

Figura 2. Escalera de la participación



Fuente: GELIFUS, F. - Prochamate-IICA.²⁵

Por esta razón tal como lo muestra la Figura 2, los profesionales que intervienen en el desarrollo comunitario de las poblaciones, deben centrar sus objetivos en llevar a los sujetos desde la pasividad, hasta el autodesarrollo, con el fin de lograr el tan anhelado empoderamiento comunitario.

Necesariamente, se debe dejar a un lado las labores netamente asistencialistas, donde la comunidad recibe información pero no se involucra directamente en el proceso, situación que se debe a que la formulación de programas y proyectos se dan de “arriba hacia abajo y se imponen sobre la comunidad”²⁶ e influye

²⁵ GELIFUS, F. 80 herramientas para el desarrollo participativo: diagnóstico, planificación, monitoreo, evaluación. Prochamate-IICA. San Salvador, El Salvador.p,3

²⁶ PRATESI, Ana Rosa. Salud Pública y Participación Comunitaria.p.6. (03 enero 2012) (En línea): www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/DCRAM042.pdf

directamente en el estado de pasividad en cuanto a la participación de las comunidades.

Es así como vale la pena resaltar la necesidad de brindar a las comunidades herramientas que les permita el conocimiento de su situación, facilitando la comprensión del poder que como colectivo poseen y llevándoles a empoderarse de los diferentes procesos que deben gestarse para obtener bienestar social.

“Por empoderamiento se entiende al proceso mediante el cual los individuos y la población colectivamente se fortalecen, se apoderan de conocimiento y destrezas que los habilitan para tomar decisiones informadas. Se requiere para lograrlo de una socialización del conocimiento técnico científico, dando lugar a la adquisición de habilidades que permitan la toma de decisiones en favor de la salud y de resistir las presiones del medio para lo cual resulta fundamental la acción de los procesos educativos formales e informales así como el uso de los sistemas de comunicación social”²⁷

A su vez, el empoderamiento de las comunidades, llevará inevitablemente a la movilización de las mismas. Es fundamental resaltar que toda movilización social requiere de “la realización sistemática de actividades, el desarrollo de la comunidad, la asesoría técnica, la formación de redes, la facilitación de grupos, etc, que permitan a los ciudadanos y grupos tener los conocimientos, la capacidad y el poder suficiente para garantizar transformaciones de condiciones de salud”²⁸.

La participación en general para el Estado Social de Derecho de Colombia, queda establecida en la Constitución Política en los artículos 2 y 38 buscando, promover la participación ciudadana y garantizar el derecho a la libre asociación. Por esta razón define una serie de mecanismos legales tales como el derecho de petición, la acción de tutela, la acción de cumplimiento, la acción popular, la

²⁷ GONZALES, Julio. Op.cit.,p.195.

²⁸ GONZALES, Julio, Op.cit.,p.195.

acción de grupo, el Habeas Corpus, el voto popular, el plebiscito, el referendo, la revocatoria del mandato, la iniciativa y consulta popular.

Por otro lado, para el campo de la salud se establece una serie de mecanismos de participación especiales, que pretenden involucrar a la sociedad en el mejoramiento de su estado, es así como “Los procesos de participación en las decisiones de salud, deben responder a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, basados en los principios constitucionales de solidaridad, equidad y universalidad en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social”²⁹.

Entre los mecanismos a través de los cuales se espera hacer efectiva la participación comunitaria en salud, se encuentran los Comités de Participación Comunitaria (COPACOS), las veedurías en salud, la asociación o liga de usuarios y el comité de ética hospitalaria. No obstante, estos mecanismos requieren de procesos de base desarrollados con las comunidades, donde empoderadas y conscientes de su situación y de las herramientas que poseen legalmente para participar en su mejoramiento, se organicen y movilicen, generando cambios en su entorno social.

“El COPACO es una de las máximas formas de organización comunitaria, diseñada para conseguir que la comunidad, a través de sus organizaciones, y el Estado, a través de sus funcionarios, se integren y se pongan de acuerdo en materia de salud; los espacios de participación que tienen los COPACOS son las juntas directivas de los organismos de salud, los comités de ética hospitalaria y los consejos territoriales de planeación y operan mediante la creación de comisiones o mesas de trabajo.

²⁹ LEON TORRES, Andrea. Manual instructivo de mecanismos de participación ciudadana y modalidades de participación comunitaria de la gerencia de salud del municipio de Yopal. Alcaldía de Yopal. Marzo, 2008. p.2.

Aunque es el COPACO un gran mecanismo de participación en salud, requiere de cierto conocimiento en la materia, pues una de sus funciones principales es la participación en las cuestiones de “planeación, asignación de recursos y control del gasto en lo concerniente a la salud de la localidad”³⁰.

A su vez, la veeduría en salud es una “herramienta de vigilancia y control que ejerce la ciudadanía sobre el Estado, además tiene la facultad de conocer, monitorear, opinar, presentar observaciones y pedir rendición de cuentas a los servidores públicos o contratistas”³¹. Sin embargo, aunque cualquier ciudadano u organización comunitaria puede ser veedor en salud, deben cumplir con una serie de funciones, entre las que se destacan la vigilancia de procesos de planeación, orientación a las personas de la comunidad y emisión de informes de su ejercicio; cuestiones que exigen conocimiento por parte de los sujetos que la integran.

Por su parte, las asociaciones o ligas de usuarios y el comité de ética hospitalaria, se centran en las interacciones que se pueden generar entre los usuarios de los servicios de salud con las instituciones prestadoras del servicio. En estos dos mecanismos, se evidencia mayor participación desde las instituciones que por parte de los actores comunitarios organizados.

Los mecanismos de participación en salud requieren de sujetos cognocentes de su realidad social y de las diversas formas de ejercer control social. Por esta razón, el objeto de intervención de la experiencia se centra en la participación comunitaria en salud de los pobladores del corregimiento de Yarima perteneciente al municipio de San Vicente de Chucurí del departamento de Santander, como estrategia para garantizar el acceso a la salud de la población, por ser éste uno de los cuatro elementos junto con disponibilidad, aceptabilidad y calidad que la

³⁰ *Ibíd.*, p.3.

³¹ *Ibíd.*, p.6.

OMS define como componentes fundamentales para garantizar el derecho a la salud.

Esta estrategia debe responder al planteamiento de un proceso o mínimamente a la definición de una serie de lineamientos que a mediano plazo (aproximadamente tres años) permitan que los actores comunitarios participantes una vez organizados efectúen los mecanismos planteados para el campo de la salud, buscando la transformación del estado en que se encuentra la comunidad a la que representan.

Avanzar en los niveles de participación requiere de tiempo, pero sobre todo, de espacios de diálogo, interacción y reflexión crítica respecto a la situación de salud de la comunidad, donde un grupo de actores organizados busquen comprender y generar cambios respecto a la problemática que se vive al interior de la comunidad. Evidentemente, la participación efectiva requiere de acceso a la información, a la formación y a hacer parte del proceso a los diferentes actores ya sean públicos o privados; logrando de esta manera, incidir en el espacio de lo público y medir el impacto la experiencia.

“Según Turabian participar es un proceso gradual, continuo y dinámico que supone la apertura a la realidad social (observar, comprender, interpretar), la comunicación con el entorno (relación de escucha y diálogo), que incluye unos criterios socio políticos (igualdad, solidaridad, desarrollo humano, progreso, democracia, descentralización y coordinación) y que tiene tres componentes que deben estar siempre presentes en el proceso participativo: poder político, planificación y población con derecho a la información y formación para ejercer la participación”.³²

³² Turabian, J. Apuntes esquemas y ejemplos de participación comunitaria en la salud. Madrid, 1992. p 20. Citado por: GÓMEZ, Marcela. La promoción de la salud, la participación y el

Por lo anterior, se considera fundamental el rol que el profesional en Trabajo Social debe cumplir como educador y orientador, cuyo objetivo se centra en trabajar en la construcción y reconstrucción del tejido social llevando a los sujetos a conformar nuevas relaciones de cooperación y solidaridad en las que sean las personas los protagonistas de su desarrollo.

El Trabajo Social, se ha caracterizado por ser una profesión que se centra en la práctica social. Allí, se ha especializado en la atención a individuos, grupos y comunidades, cumpliendo roles ya sea netamente instrumentalistas-operativos o protagónicos.

Históricamente Trabajo Social ha construido una serie de áreas de intervención profesional que buscan responder a las demandas sociales, económicas y políticas que se dan en el contexto. Tradicionalmente, se ha venido desempeñando en ciertas áreas que le caracterizan como “salud, desarrollo comunitario, familia, laboral y educación”³³.

Al dirigir la mirada al área de la salud, aunque se cuenta con un gran campo de acción para la profesión, con el devenir del tiempo se ha visto inmersa con mayor frecuencia en la parte de atención en salud, allí, dentro de las instituciones de servicios sus funciones “se ven enmarcadas hacia el bienestar del usuario o cliente, la administración del talento humano, la gestión y administración de servicios y en ocasiones la investigación”³⁴

empoderamiento. Universidad de Antioquia. p.2. (03 de diciembre de 2011) (En línea): docencia.udea.edu.co/vicedocencia/trabajos/gloria/hipertexto.rtf

³³ LOPEZ, Emilia y CHAPARRO, Melba. Competencias laborales del Trabajador Social vistas desde el mercado laboral. Tabula Rasa. No, 5. Bogotá, 2006.p. 266.

³⁴ *Ibíd.*, p. 272.

Sin embargo, en este momento los DSS amplían aun más el campo de acción de la profesión, al identificar que la salud depende de la reducción en las inequidades existentes entre los diversos grupos poblacionales. Es así como el Trabajo Social hombre o mujer busca reivindicar el derecho humano a la salud de los individuos y las colectividades.

Indudablemente, la exigibilidad del derecho a la salud requiere del empoderamiento de los sujetos de intervención respecto a su situación a partir de la participación comunitaria, por lo tanto, debido a que “en cada experiencia hay una intención de reducir las desigualdades entre los decisores políticos y la población objeto de las políticas”³⁵, se trabaja en procesos educativos y de orientación por la transformación social, económica y política de las comunidades más vulnerables. No obstante, esta transformación y cambio depende directamente de los sujetos implicados, pues desde la profesión se es orientador en la configuración del tejido social.

“No se trata de orientar la acción, los proyectos, las actividades para suplir los desajustes sociales, persiguiendo adaptar, ajustar, acoplar, corregir e integrar al hombre a su medio, sino desarrollar lazos vinculantes entre los individuos, tendientes a construir y consolidar comunidades de nuevo tipo, comunidades de sentido en interacción con otras organizaciones que configuran el entramado asociativo, el tejido social”³⁶

Así, Trabajo Social se orienta hacia el alivio de las tensiones sociales actuando como orientador, al realizar acciones que permitan mejorar las relaciones de cooperación, de solidaridad, al propiciar espacios participativos y educativos y al contribuir en los procesos organizativos de las comunidades.

³⁵ PRATESI, Ana Rosa, Op.cit.,p.18 .

³⁶ DUQUE DAZA, Javier. Saberes aplicados, comunidades y acción colectiva. Una introducción al trabajo comunitario. Santiago de Cali: Programa Editorial Universidad del Valle, 2010.p.105.

Entonces, el profesional en Trabajo Social, debe trascender de los tradicionales enfoques asistencialistas y convertirse en el agente que acompaña y orienta un proceso social, potenciando la autonomía de las comunidades buscando de esa manera, que sean ellas mismas quienes logren condiciones de vida digna.

2. CONTEXTO GENERAL Y ESPECÍFICO EN EL CUAL ESTA INSERTA LA EXPERIENCIA

2.1 LA NORMATIVIDAD EN SALUD Y EN LA PARTICIPACIÓN EN SALUD

Los avances en materia de salud se han dado con el paso del tiempo, sin embargo, a partir de la segunda guerra mundial, luego de los efectos que esta produjo en las sociedades, se ha trabajado con mayor fuerza entre los países del mundo por garantizar mejores condiciones de vida de las poblaciones aumentando así su esperanza de vida.

“En la década de los 70 se vivía en la cresta de la revolución científica y tecnológica que había comenzado al final de la Segunda Guerra Mundial y que determinaría, junto a otros grandes cambios, lo que hoy se conoce como "globalización". Sin embargo, ya se reconocían las grandes y crecientes desigualdades e injusticias sociales en las condiciones de vida, así como la pobreza y el abandono de sectores mayoritarios de la población. De otra manera, no se habría decidido en las Asambleas Mundiales de la Salud de 1975 y 1976 el compromiso de "Salud para todos en el año 2000"³⁷

En el año de 1978 se da la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, convocada por la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y contó “con la presencia de 134 países, 67 organismos internacionales

³⁷ TEJADA, David. Alma – Ata: 25 años después. OPS, Perspectivas de Salud. Vol. 8. No. 2, 2003. p. 1.(16 octubre de 2011) (En línea):http://www.paho.org/spanish/dd/pin/Numero17_articulo1_1.htm

y diferentes organizaciones no gubernamentales”³⁸. Allí, los jefes de Estado de diversos países asumieron el reto de mejorar la situación de salud de sus pobladores. Producto de esta conferencia, se empieza a entender la salud como un derecho fundamental del ser humano. Igualmente, se buscó definir más ampliamente no solo el concepto de salud, sino también sus principios y metas a nivel internacional.

“afloraron tendencias en el pensamiento sobre salud que incluían entre otras, un cambio gradual en la percepción de qué es salud, una mejor comprensión de las principales causas subyacentes de los daños a la salud, el reconocimiento de la importancia de iniciativas preventivas en salud pública y la responsabilidad de los individuos de asumir un papel protagónico en mantener y cuidar su propia salud y el entorno”³⁹

En esta conferencia se establece la Atención Primaria como estrategia que permitiría reducir la mortalidad infantil y la morbilidad materna. Evidentemente, el desarrollo de un país se mide fundamentalmente en estos dos componentes. Asimismo, esta conferencia permite la construcción de una serie de indicadores para evaluar los avances en materia.

“Durante los cinco años siguientes a la conferencia se definieron los indicadores para la evaluación del progreso y el desarrollo nacional de la salud, las normas fundamentales para la evaluación, se formularon los planes de acción para aplicar la estrategia de salud para todos”⁴⁰

³⁸ *Ibíd.*,

³⁹ OPS. Salud para todos en el año 2009: estrategias. Citado por: RODRÍGUEZ, José. “Salud para todos” en Barrio Adentro. Revista Cubana de Salud Pública. Vol. 34. No. 2, 2008. (16 de Octubre de 2011) (En línea): http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662008000200012&script=sci_arttext

⁴⁰ Enciclopedia Internacional de la Ciencias Sociales. Madrid: Aguilar, 1979. Citado por: *Ibíd.*

No obstante, a pesar de los esfuerzos realizados en cada nación, las condiciones sociales de cada país y la proliferación de nuevas enfermedades marcaron aun más las inequidades en salud, apartando a estas naciones del progreso que se habían planteado en la Conferencia.

“En efecto, la década de 1980 había mostrado el resurgimiento de enfermedades que se creían controladas como la malaria, el cólera, la tuberculosis y otras endemias que estuvieron a punto de ser erradicadas del planeta. Hicieron aparición enfermedades como el SIDA, diferentes clases de virus y otras aún no bien identificadas. Por otra parte, se ha presentado aumento progresivo de las enfermedades degenerativas propias del envejecimiento en algunas poblaciones como los problemas cardiovasculares, el cáncer, la desnutrición y aumentos significativos en las enfermedades psicosociales como la depresión y la violencia en sus diferentes manifestaciones: homicidios, suicidios, y violencia intrafamiliar. Se encontró un alza progresiva en los accidentes de tránsito, los ocupacionales y, por supuesto, franco deterioro del medio ambiente”⁴¹

Producto de esta situación, en el año de 1986 durante la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa, se emite una carta cuyo fin era alcanzar el objetivo “Salud para todos en el año 2000” promulgado en la Conferencia Alma – Ata.

En la carta, se proponen cinco áreas estratégicas: “a) logro de políticas saludables, b) el fortalecimiento de la organización y participación comunitaria, c) desarrollo de habilidades personales, d) creación de ambientes saludables, e) servicios de salud reorientados hacia la equidad, calidad y prevención”⁴²

⁴¹ OMS. De Alma_Ata al año 2000. Ginebra, 1991. Citado por: Ibíd.

⁴² GONZALES, Julio, Op.cit.,p.193.

Es en este punto, donde el tema de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, se constituyen en la columna vertebral de la salud. Prevenir es sinónimo de evitar, “se previene evitando algún problema en salud”⁴³ Por su parte, la promoción, según la carta consiste en “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer mayor control sobre la misma”⁴⁴

“El arte de la promoción de la salud puede ser visto como el proceso de activación de las comunidades, dirigentes políticos, profesionales y población, a favor de políticas, sistemas y estilos de vida saludables con el objeto de construir un sistema de soporte social que le permita a la gente vivir más sanamente”⁴⁵

Indudablemente, la promoción de la salud adquiere un papel importante en el mejoramiento de la calidad de vida de los pobladores, al centrarse en fortalecer y transformar las condiciones en que se encuentran los países.

En el año 2000, nuevamente se reúnen los países miembros en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, donde se firma la Declaración del Milenio entre los jefes de Estado asumiendo compromisos en “materia de paz y seguridad, derechos humanos, protección del entorno y atención especial a la pobreza”⁴⁶. Allí, se establecen los Objetivos del Milenio – ODM, donde se incluyen “ocho objetivos, 18 metas y más de cuarenta indicadores que deben hacerse realidad para el año 2015”⁴⁷

⁴³ PEREYRA ZALDÍVAR, Hector. Op. Cit., p.27.

⁴⁴ CARTA DE OTTAWA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD. p.1. (12 octubre de 2011). (En línea): www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf

⁴⁵ GONZALES, Julio, Op.cit.,p.193.

⁴⁶ PNUD. Objetivos del Milenio ¿Qué son los ODM? (10 de diciembre de 2011) (En línea): <http://www.pnud.org.co/sitio.shtml?apc=aBa020101--&m=a&e=A>

⁴⁷ *Ibíd.*

Transcurridos 34 años de la Declaración de Alma – Ata, 26 años de la Carta de Ottawa y 12 años de la Declaración del Milenio, aunque se han dado esfuerzos por reducir la brecha de las inequidades y mejorar el estado de salud de los pueblos, los avances se han visto limitados por las condiciones particulares de cada país, que se ven altamente influenciados por su historia social, política y económica.

Con el enfoque de los DSS, para el año 2011 en el mes de octubre se da la Declaración Política de Río sobre Determinantes Sociales de la Salud citada por la OMS en Río de Janeiro Brasil, allí se expresa la determinación de los países por “lograr una equidad social y sanitaria mediante la actuación sobre los DSS y del bienestar”⁴⁸ En esta oportunidad, se ratifican los compromisos adquiridos en las conferencias internacionales sobre promoción de salud abordadas anteriormente. Además, se resalta nuevamente la necesidad de fomentar la participación en la formulación y aplicación de políticas, reconociendo que “ los procesos de participación son importantes para una gobernanza que facilite una actuación eficaz sobre los DSS”⁴⁹

Se requiere entonces realizar un trabajo de integración de los diferentes actores para lograr esa formulación y aplicación de políticas. No obstante, evidentemente se debe buscar que los agentes comunitarios a partir de procesos organizativos logren fortalecerse en cuanto a mecanismos democráticos de participación, gestión y control social, con el fin de hablar un mismo idioma en materia de salud y exigir de esta manera su derecho a la salud.

Conforme a los avances internacionales, Colombia ha buscado institucionalizar la participación comunitaria en salud con el fin de cumplir con la serie de

⁴⁸ OMS. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Rio de Janeiro, Brasil, 2011.p. 1. (08 enero de 2012). (En línea): <http://new.paho.org/blogs/dds-sociedadcivil/?p=1646&lang=es>

⁴⁹ *Ibíd.*, p. 4.

compromisos pactados y garantizar de esta manera el derecho a la salud, que se concibe como tal a partir de la constitución de 1991, pero se ratifica en la sentencia T-760 de 2008 emitida por la Corte Constitucional donde se vincula este derecho fundamentalmente con los servicios de atención y no en la ley 100 de 1993.

Entonces, en la búsqueda por garantizar la participación comunitaria en salud, “a principios de los ochenta se establece el Plan de Participación de la Comunidad en atención primaria de salud. Para ello se configuraron comités comunales de salud enfocados a la participación en la planeación de las acciones de atención primaria y de prestación de servicios de salud”⁵⁰. Lo anterior, permite inferir que se pretende que la participación se dé en el sistema de atención y no en los demás elementos que componen el concepto de salud.

De la misma manera, se produjo en Colombia una serie de transformaciones acordes con el modelo económico-político y con la concepción del Estado Social de Derecho, institucionalizando de esta manera la relación entre el Estado y la Sociedad.

“Con las transformaciones que se produjeron a partir de la descentralización en salud (Ley 10 de 1990), la promulgación del Estado Social de Derecho plasmado en la Constitución de 1991, y la Ley 100 de 1993, se redefine la relación Estado-sociedad en el campo de la salud”⁵¹

Por lo tanto, la legislación colombiana ha ido transformándose de acuerdo a los avances en la comprensión de la problemática en salud, como puede verse en el

⁵⁰ HOSPITALES DE CALDAS. La participación comunitaria en salud.p.1. (16 de diciembre de 2011) (En línea): http://www.hospitalesdecaldas.com/index.php?option=com_content&view=article&id=112

⁵¹ Ibíd., p. 2.

cuadro 1, donde se expresan los avances en el campo que resultan más importantes para documentar esta experiencia.

Cuadro 1. Legislación de Colombia en Salud

Año	Legislación	Extracto
1989	Decreto 1216	Por el cual se crean los Comités de Participación Comunitaria – COPACOS.
1990	Ley 10	Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. Allí se amplía el ejercicio de la participación comunitaria dentro del sistema de atención.
1990	Decreto 1416	Se amplía en decreto 1216 referente a los COPACOS y se crean nuevos mecanismos de participación comunitaria en los organismos de prestación de servicios.
1993	CP. Art. 2	Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación...
	CP. Art. 3	La soberanía reside exclusivamente en el pueblo, del cual emana el poder público. El pueblo la ejerce en forma directa o por medio de sus representantes, en los términos que la Constitución establece.
	CP. Art. 11	El derecho a la vida es inviolable. No habrá pena de muerte.
	CP. Art. 38	Se garantiza el derecho de libre asociación para el desarrollo de

		las distintas actividades que las personas realizan en sociedad.
	CP. Art. 40	Todo ciudadano tiene derecho a participar en la conformación, ejercicio y control del poder político
	CP. Art. 48	La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.
1993	Ley 60 Art. 23	Se garantiza la difusión de planes sectoriales y la participación de la comunidad en el control social de los mismos.
1993	Ley 100	Por la cual se crea El Sistema De Seguridad Social Integral.
1994	Decreto – Ley 1298	Por el cual se expide el Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se otorga el derecho a participar en la planeación, gestión, evaluación y control en los servicios de salud.
1994	Decreto 1757	Por el cual se organizan y establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 11 del artículo 4o del Decreto Ley 1298 de 1994. (Aclarado por el Decreto 1616 de 1995)
2011	Ley 1438	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Colombia.

Fuente: la Autora, 2011.

El cuadro anterior permite identificar algunos avances en el campo de la salud, no obstante a pesar de los esfuerzos internacionales por comprender la salud para reducir las inequidades, vinculando aspectos que van más allá de la prestación de

un servicio, los progresos en Colombia se reflejan tan solo en este sentido y no en la búsqueda de mecanismos que permitan transformar los determinantes estructurales de la salud.

Participar en Colombia en cuanto a lo establecido en su legislación, requiere de la creación de procesos organizativos de base con las comunidades, donde se busque comprender la situación de salud de su entorno y actuar sobre los DSS. Incidir en las políticas sociales, en la planeación y control social, naturalmente requiere de comunidades empoderadas, es decir, que tengan el conocimiento respecto a sus derechos y las vías por las cuales pueden exigirlos.

3. CARACTERIZACION DE LA INSTITUCIÓN Y LA COMUNIDAD

3.1 LA INSTITUCIÓN EN EL CONTEXTO LOCAL

3.1.1 La Universidad Industrial De Santander

La educación se constituye como la herramienta fundamental para la construcción de nuevos seres que aporten al mejoramiento continuo de las condiciones sociales. De esta manera, la educación superior tiene su fundamento en “la necesidad de construir para el hombre y la sociedad la capacidad de creación- la capacidad de transformación- elemento primordial para el progreso”⁵²

Igualmente, el sistema de enseñanza de cada país, se articula al plan de desarrollo, teniendo en cuenta las metas económicas, y sociales. Hoy, la universidad debe orientarse al contexto con una visión de desarrollo más humano. No obstante, bajo la lógica capitalista, en el modelo neoliberal, busca responder a las exigencias del mercado en cuanto a productividad, formando de esta manera ciudadanos que se adapten a los requerimientos del mercado laboral.

En los años 50, época que vio nacer a la UIS, se tuvo como propósito esencial “contribuir a la industrialización y expansión tecnológica de los países tras la crisis de la post guerra europea”⁵³ así, se puede afirmar que la UIS no era una creación de colectivos de pensamiento científico, sino por el contrario, de un colectivo de

⁵² CONDE, Alfonso. Sistema Estatal de Educación Superior. Ponencia presentada ante el I Congreso Nacional Universitario. Barranquilla, diciembre de 1999. Pg. 1

⁵³ JARAMILLO, Mónica. Elementos conceptuales y propuesta metodológica para la elaboración del protocolo ético de la UIS. Trabajo de grado para adquirir el título de filósofa. Universidad Industrial de Santander. Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Filosofía. Bucaramanga, 2008.pg, 18.

pensamiento de empresarios, cuya lógica se basaba en educar para llegar a hacer parte de la industria.

Así, a partir de la Ley 30 de 1992, las instituciones de educación superior se han definido como centros del conocimiento y saber. De esta manera, en la UIS se incorporan a la práctica educativa reglas, técnicas y procedimientos “interesados en plantear soluciones tangibles en materia social, económica, política o por lo menos, educar a ciudadanos con capacidad reflexiva y crítica”⁵⁴

Por lo tanto, orienta su misión a “los principios democráticos, la reflexión crítica, el ejercicio libre de la cátedra, el trabajo interdisciplinario y la relación con el mundo externo”. Entonces, se observa que más allá de la formación y la investigación, busca generar un impacto en la comunidad colombiana a partir de la extensión.

Indudablemente, la Universidad requiere de la relación con el sector productivo, al no ser ajena a la sociedad civil en la que se desarrolla, no obstante, es evidente que los objetivos de cada sector son significativamente diferentes y forjan las bases de la complejidad de esta relación. Entonces, el reto de la universidad consiste en conservar su autonomía e interactuar con el sector productivo, sin perder de vista su misión que dista de la concepción de empresa, al buscar el conocimiento científico más allá de la rentabilidad económica.

En este orden de ideas, la Universidad Industrial de Santander, con 63 años de ejercicio de sus funciones públicas en el campo de la educación superior, ha hecho presencia en el sector de hidrocarburos, afirmación que se evidencia en el convenio realizado con una de las más grandes empresas colombianas, Ecopetrol, donde se afirma la realización de grandes aportes sociales, científicos y tecnológicos.

⁵⁴ SINFUENTES, Augusto. La Universidad Industrial de Santander: ni científica, ni de masas. En: Revista TRASOS UIS, febrero de 2004. p.28.

“En el sector de Hidrocarburos, la UIS ha hecho presencia a través de la formación de profesionales de pregrado y posgrado, su participación en la organización y realización de numerosos cursos de intercambio tecnológicos especializados de utilidad para la industria del petróleo; la ejecución de investigaciones de carácter científico y tecnológico en el área, así como la prestación de servicios técnicos especializados en dicha área del saber, entre otros importantes aportes a este sector estratégico de la Nación”⁵⁵

Asimismo, la Empresa Colombiana de Petróleos –ECOPETROL, ha contribuido al desarrollo de la academia desde sus inicios y se han beneficiado mutuamente para la producción y la utilización eficiente del petróleo colombiano como recurso natural no renovable. Por su parte, Ecopetrol ha sido para la UIS un campo práctico donde estudiantes de pregrado y posgrado han logrado aplicar el conocimiento impartido en las aulas, generar conocimiento y contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los pobladores.

Se suma a lo anterior, la necesidad de la Universidad de obtener nuevas fuentes de financiación para fortalecerse. Por lo tanto, se firma un Convenio Interadministrativo de Cooperación Empresarial con fines Científicos y Tecnológicos entre las partes, donde la empresa del sector productivo le sede a la Universidad el primero de junio del año 2006, el campo de explotación petrolera con 60km², ubicado en la vereda los colorados, perteneciente al corregimiento de Yarima de San Vicente de Chucurí, del departamento de Santander, denominado Campo Escuela Colorado. “Esta alianza se constituye en la primera experiencia nacional en materia de interacción academia - industria en el sector hidrocarburos”⁵⁶.

⁵⁵ Convenio Interadministrativo de Cooperación Empresarial con fines Científicos y Tecnológicos ECOPELROL-UIS.p.2

⁵⁶ UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER. Presentación Campo Escuela Colorado. (Octubre 18 de 2011). (En línea): <http://www.uis.edu.co/webUIS/es/academia/facultades/fisicoQuimicas/campoEscuela/index.html>

A partir de este convenio, la UIS en el año 2009 busca un aliado tecnológico para operar el campo, este ha sido la Weil Group Bovil SAS, quienes se han encargado en estos años tanto de la producción como del entorno social.

Por su parte, la misión de Campo Escuela Colorado es “Fortalecer la formación integral de los estudiantes al incorporar un componente práctico en sus programas académicos y desarrollar proyectos de investigación y apropiación tecnológica; asimismo, propiciar el entrenamiento en áreas afines al sector de hidrocarburos y mejorar las condiciones de vida de la población asentada en la vereda Los Colorados”⁵⁷. Es así como la UIS incorpora un campo práctico en el sector de hidrocarburos en las líneas de “ingeniería de yacimientos, ingeniería de producción, ingeniería de perforación, geología, geofísica, transporte de seguridad industrial, energía y medio ambiente, tecnología de materiales y desarrollo comunitario”⁵⁸ buscando por este medio, la formación integral de los nuevos profesionales.

Sin embargo, de lo anterior vale la pena resaltar que los avances tecnológicos, científicos y productivos no se evidencian de la misma forma que el desarrollo comunitario en la zona. Aunque se tienen cuatro líneas claras en el ámbito social (desarrollo socioeconómico de la comunidad, IAP, salud pública y responsabilidad social empresarial), los procesos sociales dependen de la variable tiempo, que permitirá hacer tangibles los avances en esta materia. De la misma manera, aunque la Universidad carece de una política clara en materia de responsabilidad social, se han realizado acciones desde las diferentes profesiones de carácter social, que en algún momento podrían ser entendidas de tipo asistencialista en la región.

⁵⁷ Ibid.,

⁵⁸ Convenio Interadministrativo de Cooperación Empresarial con fines Científicos y Tecnológicos ECOPETROL-UIS.p.9.

No obstante, desde la escuela de Trabajo Social, en colaboración con el Departamento de Salud Pública de la Facultad de salud, se ha aportado al campo como primera medida en la realización de “estudios demográficos, sociales, económicos, ambientales y epidemiológicos, para evidenciar las condiciones en las que se encuentra la población que habita el área geográfica donde está localizado el Campo y, de esta forma, orientar acertadamente el mejoramiento de sus condiciones y medios de vida.”⁵⁹ Asimismo, se ha acompañado al campo con la presencia de estudiantes en práctica, desde el inicio del convenio.

3.1.2 Ubicación Geográfica

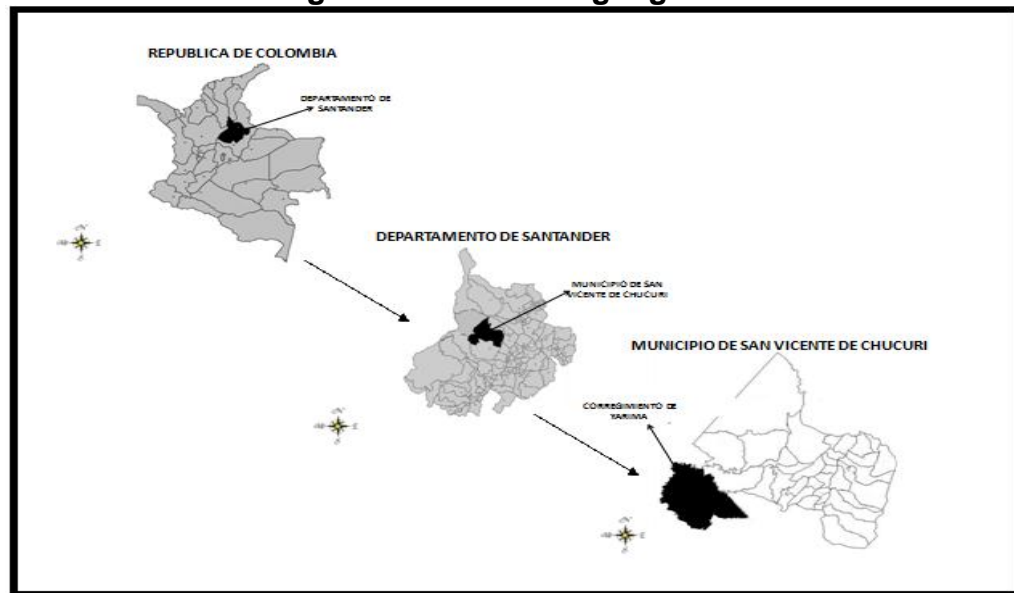
El municipio de San Vicente de Chucurí del departamento de Santander “se encuentra ubicado hacia el centro-occidente del Departamento de Santander, abarcando terrenos sobre la Cordillera Oriental (Serranía de Yariguies) y sobre el Valle del Magdalena Medio con alturas que oscilan entre los 90 y 3.400 m.s.n.m.”⁶⁰ Por su parte, el corregimiento de Yarima está ubicado a “50 km de la cabecera municipal de San Vicente, a 45 Km de Barrancabermeja y a 8 Km de la Troncal del Magdalena Medio”⁶¹, es de clima cálido (entre 36° y 40°). Está compuesto por cinco veredas entre las que se encuentran Colorados, Campo 50, El Paraíso, Puerto Rico y Clavellinas.

⁵⁹ UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER. Impacto Social De Campo Escuela Colorado. (Octubre 18 de 2011). (En línea): <http://www.uis.edu.co/webUIS/es/academia/facultades/fisicoQuimicas/campoEscuela/impactoSocia.html>

⁶⁰ Palmeras de Yarima, Agroindustrias Villaclaudia y el Programa de Desarrollo y Paz del Magdalena Medio. Diagnóstico socioeconómico para el levantamiento de la línea base hacia el desarrollo social en el corregimiento de Yarima para la definición de líneas productivas y sociales. Yarima, 2009. p.9.

⁶¹ *Ibíd.*, p.10.

Figura 3. Ubicación geográfica



Fuente: Documentos Campo Escuela Colorado, 2011.

El corregimiento es predominantemente rural, se observa que aunque cuenta con una zona con características urbanas, donde se desarrollan actividades comerciales, gran parte de los habitantes pertenecen a las veredas o están instaurándose cerca a la cabecera, construyendo nuevos barrios que carecen de servicios públicos domiciliarios. Los barrios de esta zona son: Pedro Elías, Club de Leones, Cascajales, el Progreso, el Prado, Galán, Palmeras y 1ro de Abril.

El proyecto Campo Escuela Colorado, tiene un área de influencia directa en el corregimiento de Yarima, que comprende mayoritariamente a la vereda los colorados (San Vicente de Chucurí) seguida de las veredas Rancho Chile y la Ye (el Carmen de Chucurí); sin embargo, existe un área de influencia indirecta que requiere de la atención en la intervención, debido a que fraccionar la comunidad puede llevar a aumentar las inequidades existentes por las oportunidades que ofrece el proyecto en cuestiones laborales, educacionales y sociales.

Entonces, durante la experiencia práctica, se procuró involucrar a las personas interesadas en el proceso, del corregimiento en general. Entre las veredas que integran el corregimiento a parte de los Colorados, se encuentra: Campo 50, El Paraíso, Puerto Rico y Clavellinas.

3.2 LAS PERSONAS EN EL CONTEXTO LOCAL

Con el fin de realizar una descripción general de la situación de salud de la comunidad perteneciente al corregimiento de Yarima, se establecerá a continuación los factores Determinantes de la Salud – DS y en el desarrollo de cada uno de ellos se esbozarán los Determinantes Sociales de la Salud – DSS (estructurales e intermedios) en este contexto.

3.2.1 Análisis situacional en materia de salud en el corregimiento de Yarima 2011

Los pueblos latinoamericanos, han convivido con desigualdades e inequidades expresadas en grandes violaciones a sus derechos, en especial, a su derecho a la salud. Como se refirió en el capítulo uno, el concepto de salud se ha ido transformando e inevitablemente depende de los intereses de cada sociedad.

A partir de la Constitución Política Colombiana en 1993 la salud empieza a ser entendida tan solo como sinónimo de aseguramiento, es decir, el derecho a la salud se entiende como el “derecho a comprar y recibir servicios de salud,

transformándola en mercancía”⁶² desapareciendo el concepto integral de ella como responsabilidad directa del estado.

“Es la misma Constitución Política de Colombia la encargada de hacer desaparecer, como por arte de magia, el concepto de Salud Pública, quitándole automáticamente al Estado su obligación de salvaguardar las fronteras sanitarias de la sociedad, debilitando la seguridad nacional al hacer vulnerable a la población colombiana ante riesgos de epidemias, endemias y pandemias”⁶³.

El corregimiento de Yarima, no ha sido ajeno a esta situación, lo cual lleva a pensar que, el bienestar social e individual sea una utopía, pues con el pasar del tiempo empeoran las condiciones del medio ambiente, los estilos de vida, el sistema de atención en salud y se afectan factores biológicos de los individuos, producto de las desigualdades existentes en su entorno social.

3.2.1.1 El corregimiento de Yarima y su situación medioambiental

El medio ambiente es uno de los factores que determina la salud de las personas. El corregimiento es predominantemente rural, aunque cuenta con una zona relativamente urbana, se compone por cinco veredas (Clavellinas, Colorados, Puerto Rico, El Paraíso y Campo 50), en el año 2009 contaba con 629 hogares⁶⁴ carece de agua potable, de protección de las fuentes de abastecimiento del agua, de vigilancia de la calidad de agua, de manejo adecuado de residuos, disposición de excretas, control de fauna nociva y mejoramiento sanitario de la vivienda. Además, debido a que las vías de esta zona no están pavimentadas, aseguran los

⁶² ISAZA VILLA, Sergio, Op.cit.,

⁶³ Ibíd.,

⁶⁴ Palmeras de Yarima, Agroindustrias Villaclaudia y el Programa de Desarrollo y Paz del Magdalena Medio, Op.cit., p.14.

profesionales del centro de salud, que se “aumenta el riesgo de producir enfermedades de tipo respiratorio en todos los grupos etéreos”⁶⁵.

“Como no existe alcantarillado las aguas negras salen y flotan por las calles causando además de malos olores focos de contaminación y enfermedades, las aguas negras estancadas y la falta de pavimento hacen que estas aguas se filtren y contaminen el agua de las cisternas que son consumidas por un gran número de pobladores, causando enfermedades como la hepatitis, el dengue, y otras enfermedades endémicas”⁶⁶.

“Los sistemas de vivienda son variados, algunas de ellas construidas en madera y otras en material. Hay gran extensión de lotes deshabitados que continuamente están enmalezados y desocupados creando problemas para la salubridad humana porque se han convertido en focos de animales, mosquitos y zancudos, además de basureros; no cuenta con agua potable, ni alcantarillado, ni recolección de basuras y las calles se encuentran en mal estado.”⁶⁷

Por otro lado, en cuanto al ambiente socio-cultural, el corregimiento vive grandes tensiones producto de su historia; en entrevistas con miembros de la comunidad, recuerdan cómo fueron afectados por el conflicto armado en los años 90, donde sufrieron las desapariciones, las jornadas de muerte selectivas y el miedo. En una entrevista informal con una señora perteneciente a la comunidad por más de veintiocho años, sus palabras reflejan la manera en que el corregimiento padeció con la violencia y hoy le deja secuelas que afectan sus relaciones internas, generando desconfianza y fracturando aún más el tejido social⁶⁸.

⁶⁵ Diálogo con informante clave: profesional del Centro de Salud. Octubre 12 de 2011.

⁶⁶ Palmeras de Yarima, Agroindustrias Villaclaudia y el Programa de Desarrollo y Paz del Magdalena Medio, Op.cit., p.26.

⁶⁷ *Ibíd.*, p.20

⁶⁸ Testimonio actor comunitario. Octubre 12 de 2011. “La presencia paramilitar se dio en la zona por más de trece años, cuando eso uno mucho sufrir, claro, cómo no, si por cualquier cosa ya lo andaban matando o mínimo lo empelotaban en el parque y lo golpeaban delante de todos... todavía uno siente algo de susto, por ahí queda más de uno de esa época”

De la misma manera, en el corregimiento se hace evidente el riesgo que viven los jóvenes y niños, por la venta de sustancias psicoactivas, como la marihuana, el perico y el bazuco⁶⁹. Un ejemplo de esta situación es el caso de Brayan un joven de 14 años, que inicia el consumo hace un año; éste es uno de tantos casos que han sido reportados por las familias a las autoridades, sin encontrar ningún tipo de apoyo. Asimismo, se da la venta de alcohol sin ningún control por parte de las autoridades responsables.

Por su parte, los agentes de la policía de la zona, relatan que los problemas de consumo que se viven en la comunidad, son producto de relaciones familiares deterioradas, donde los jóvenes crecen en medio de la violencia intrafamiliar⁷⁰. Además, aseguran que su influencia en la zona se ve limitada por las familias, quienes en continuas oportunidades se enfrentan a ellos por aprehender a jóvenes y menores de edad que se encuentran consumiendo cualquier tipo de sustancia.

Lo anterior, demuestra cómo la comunidad está desarticulada, cada grupo evade su responsabilidad social, familiar e individual. Además, refleja que no poseen el control suficiente sobre los problemas sociales a los que se enfrentan. Tal situación lleva a deslegitimar la función social histórica que cumple cada subgrupo poblacional e impide el trabajo conjunto y organizado en pro del bienestar social.

Respecto al tema de violencia intrafamiliar, los profesionales del centro de salud, aseguran que menos del 40%⁷¹ de los casos son reportados; asimismo, afirman que es uno de los problemas más fuertes de la comunidad y debido a la ausencia de una institución que atienda la problemática directamente, las denuncias no obtienen ningún tipo de solución.

⁶⁹ Diálogo con informante clave: agente comunitario. Octubre 20 de 2011.

⁷⁰ Diálogo con informante clave: Teniente de la Policía del Corregimiento de Yarima. Octubre 18 de 2011.

⁷¹ Diálogo con informante clave: profesional del Centro de Salud. Octubre 12 de 2011.

En el interior de las familias se asevera que la violencia intrafamiliar es producto del estrés económico al que están expuestos, pues carecen de fuentes de empleo estables y bajas remuneraciones salariales a cambio de largas jornadas laborales⁷². Empleados de la industria palmera con su percepción frente al trabajo, hacen evidente la precarización laboral. Hoy, las personas son contratadas por Cooperativas de Trabajo Asociado y Empresas Temporales de Servicios, quienes por su naturaleza, realizan algunos descuentos sobre las compensaciones pactadas.

De esta manera, el trabajo se convierte en uno de los puntos neurálgicos del corregimiento, aunque en Yarima se da la presencia de grandes empresas de palma, petróleo y caucho que extraen los recursos naturales de la región, donde las empresas de palma llegan a tener en su nómina hasta seiscientos empleados⁷³ hombres en su mayoría, la industria del petróleo ofrece empleos con altas remuneraciones pero por un periodo de tiempo limitado y en estas condiciones, las familias no alcanzan a proporcionarse un mejor estilo de vida.

En cuanto a la industria del petróleo, la comunidad maneja altas expectativas, pues anhela que en algún momento ella provea recursos para mejorar el estado de las vías, se brinde alcantarillado, se contribuya al suministro de agua potable, se oferte estabilidad laboral a los habitantes de la zona, en fin, *esperan* a través de ella aliviar las desigualdades existentes para mejorar el bienestar individual y colectivo.

⁷² Testimonio actor comunitario. Octubre 18 de 2011. “Uno llega cansado del trabajo, usted no sabe qué es trabajar desde las cuatro y media de la mañana y llegar cansado a las cinco de la tarde y ver a la mujer que pide para la comida, para la lonchera de los chinos, plata por que se enfermaron, plata por que están alentados y quieren salir, no, eso es muy jodido y en los trabajos no pagan bien... El trabajo allá es pesado, la jornada es larga y por poca plata, a uno le dicen al principio que se va a ganar alrededor de un millón de pesos pero como eso es por la cooperativa o ahora con esa empresa de servicios, le descuentan que para el seguro y un poco de cosas más, así que a la final se pone uno como entre setecientos y ochocientos y eso a la final no es nada, la vida acá está cara”

⁷³ Diálogo con informantes clave: ingenieros agrónomos de las plantaciones. Octubre 19 de 2011.

“Esperemos que Ecopetrol esta vez sí haga algo, así como lo hizo con el Centro (Barrancabermeja), hace un tiempo acá en Yarima parecía que íbamos de para arriba que da miedo, pero luego Ecopetrol dejó de dar cosas y luego mandó a la WEIL a sacar el petróleo, ellos nos deben ayudar con la cuestión de las vías, con el agua y el alcantarillado. Es necesario que den para que esto mejore”⁷⁴

“La situación de Yarima no va a mejorar si no tenemos primero que todo el alcantarillado pues hace algunos años se presentaron artos casos de hepatitis y muchos se enfermaron; luego es necesario el cuento del suministro de agua potable, todos nos enfermamos, hasta ustedes, si toman de esa agua; por último las vías, ese polvo es insoportable hay más de uno enfermo por eso, entonces uno se pregunta ustedes ¿qué nos van a dar?”⁷⁵

“La UIS cuando llegó prometió que nos iban a ayudar y estamos esperando eso todavía, queremos que den más empleo y sepan a quienes se lo dan, pues se los dejan a la Junta y ellos siempre dejan esos puestos para ellos. A uno le gustaría poder trabajar allá, yo soy HSEQ y traté por todos lados de entrar allá, pero que va, no pude, los trabajos que salen son para obreros y solo por seis meses, o dígame ¿cuántos profesionales de Yarima hay allá? También dijeron que iban a mejorar el puesto de salud y nada, esto cada vez se pone peor, no hay medicamentos, ni la infraestructura sirve de mucho. Yarima está grave, sin agua, sin vías, ni alcantarillado y esta es la hora que ustedes no han hecho mucho por mejorar esto”⁷⁶

Las anteriores afirmaciones por parte de algunos pobladores del corregimiento, llevan a pensar que la comunidad de Yarima realmente *espera* que las empresas satisfagan sus necesidades sin tener en cuenta la responsabilidad que como sujetos poseen en el mejoramiento de sus condiciones, lo cual se obtiene a partir de procesos organizativos conscientes. Asimismo, se podría inferir que esta situación de pasividad de la comunidad frente al cambio, es producto de labores asistencialistas desarrolladas en la región. Por lo tanto, se considera urgente

⁷⁴ Diálogo con informante clave: agente comunitario. Octubre 12 de 2011.

⁷⁵ Diálogo con informante clave: agente comunitario. Octubre 17 de 2011.

⁷⁶ Diálogo con informante clave: agente comunitario. Octubre 17 de 2011.

desarrollar procesos organizativos donde la comunidad se vea involucrada en todas las fases, comprenda su función social y se desprenda de su estado de pasividad en pro del bienestar colectivo e individual.

3.2.1.2 Estilos de vida de los pobladores

Los pobladores del Corregimiento carecen de estilos de vida saludables, lo cual contribuye al detrimento de su calidad de vida, así lo asegura el diagnóstico socioeconómico para el levantamiento de la línea base hacia el desarrollo social en el corregimiento de Yarima para la definición de líneas productivas y sociales, realizado en el marco del convenio que buscaba la definición de la ZDI de Yarima por parte de las empresas productoras de palma (Palmeras de Yarima y Palmeras Villa Claudia) y el Programa de Desarrollo y Paz del Magdalena Medio – DPMM, que devela costumbres de los habitantes en cuanto a la manipulación de alimentos, la salubridad de los hogares, el manejo de residuos y excretas.

“El tratamiento de alimentos es inadecuado, además, la carne que consume la población no cuenta con las más mínimas normas de higiene y su manipulación es inadecuada ya que no existe un matadero para sacrificio de ganado apropiado y con las mínimas normas de salubridad. Los sistemas de recolección de basuras son deficientes, no existe un sitio adecuado para el depósito y el manejo de residuos sólidos, no existe un sistema de reciclaje y disposición final de ellas”⁷⁷.

La situación anterior se agrava con la actitud de las familias ante estos problemas, al no parecer conscientes de los riesgos que les genera. Además, se refleja una limitada actuación por parte de las instituciones gubernamentales, quienes no han

⁷⁷ Palmeras de Yarima, Agroindustrias Villaclaudia y el Programa de Desarrollo y Paz del Magdalena Medio, Op. Cit., p. 50

tomado las medidas necesarias para atender la situación a partir de procesos educativos en la región.

Cuadro 2. Eliminación de basuras

¿Cómo eliminan principalmente la basura en este hogar?		
La recogen los servicios de aseo	13	2,5 %
La tiran a un patio, lote, zanja o baldío	416	80%
La queman	67	13%
La entierran	3	0,5 %
clasifica los residuos sólidos	21	4%
TOTAL	520	100%

Fuente: Palmeras de Yarima, Agroindustrias Villaclaudia y el Programa de Desarrollo y Paz del Magdalena Medio, 2009.⁷⁸

Asimismo, se encuentra que los habitantes de la región no realizan el tratamiento adecuado al agua que se consume, lo cual aumenta el riesgo de contraer enfermedades de carácter estomacal, que podría disminuir a partir de normas básicas de higiene, que desconoce la población del corregimiento.

Cuadro 3. El uso del agua

EL AGUA PARA BEBER PRINCIPALMENTE:		
La usan tal como la obtienen	394	76%
La hierven	123	24%
Utilizan filtros	2	0%
La decantan o usan filtros naturales	1	0%
TOTAL	520	1

Fuente: Palmeras de Yarima, Agroindustrias Villaclaudia y el Programa de Desarrollo y Paz del Magdalena Medio, 2009.⁷⁹

Por otro lado, en cuanto al tema de salud sexual y reproductiva, el 22%⁸⁰ de las mujeres del corregimiento encuestadas afirmaban que no era necesario

⁷⁸ *Ibíd.*, p. 43

⁷⁹ *Ibíd.*, p.58.

protegerse al no encontrarse en unión con algún compañero sentimental. No obstante, en el corregimiento se presentan altos índices de embarazo en especial de adolescentes. Igualmente, personas de la comunidad afirman que en el corregimiento de Yarima las parejas no son estables, lo cual contribuye a aumentar el índice de enfermedades de transmisión sexual. A lo anterior se suma que el 62% de la población encuestada para el diagnóstico realizado por las empresas palmeras y el DPMM no saben si poseen algún riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual. Así, nuevamente se refleja desconocimiento respecto al tema, que aun llega a ser considerado tabú entre los pobladores. Es por esta razón, que se requiere fortalecer la prevención de enfermedades no solo desde las instituciones, sino también desde los mismos pobladores como sujetos garantes de su propio desarrollo.

Cuadro 4. Percepción riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual

UD. CREE QUE TIENE ALGUN RIESGO DE CONTRAER ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL		
SI	172	33%
NO	28	5%
NO SABE	320	62%
TOTAL	520	100%

Fuente: Palmeras de Yarima, Agroindustrias Villaclaudia y el Programa de Desarrollo y Paz del Magdalena Medio, 2009.⁸¹

En otro punto, el corregimiento carece de espacios de esparcimiento más allá de las discotecas, los billares, los videojuegos, una cancha múltiple, un coliseo y el río. Tales lugares, llevan a que entre los pobladores se presenten estilos de vida no saludables, por la ausencia de espacios de formación culturales y deportivos que les permita invertir mejor su tiempo libre. Este panorama contribuye a

⁸⁰ *Ibíd.*, p.163.

⁸¹ *Ibíd.*, p.169.

aumentar el riesgo de consumir sustancias psicoactivas, aumentar el índice de embarazos, limitar las opciones de vida de los pobladores, contribuir al sedentarismo, en fin, afectan la situación de salud de la población.

3.2.1.3 El sistema de atención de salud

En Colombia, la salud entra a hacer parte del mercado, especialmente el tema del aseguramiento. Así, con la Ley 100 de 1993 se crea el Sistema Integral de Seguridad Social en Salud, donde se optó por el “aseguramiento como vía para alcanzar la universalización de los servicios de salud y por la creación de un mercado de servicios que superara los problemas de calidad y eficiencia, bajo la lógica de regulación por la vía de la oferta y la demanda”⁸² De aquí, nace una nueva comprensión de la Salud, entendida ya no como un bien público, sino privado, que es responsabilidad directa de los individuos, quienes acceden a ella a través de un mercado de servicios, donde el Estado a partir de su política de focalización, subsidia a aquellos que no tienen la capacidad económica de comprar este derecho.

Es claro que, aunque se buscaba la universalización de los servicios de salud, las cifras evidencian lo contrario, el mercado no es para todos, pues se demuestra que antes de 1993 el porcentaje de población que tenía acceso a los servicios de salud desde la Red Pública Hospitalaria era del 35%, diez años después, la cobertura desde este subsector era del 0%. Igualmente, antes de 1993 el total de la población cubierta era del 73%, para el año 2003 hubo una disminución de la cobertura en un 7,3%⁸³, situación que tiende a empeorar, debido a la crisis

⁸²TORRES, Muricio; PAREDES, Natalia, Op.cit., p.90.

⁸³ Ibíd., p.93.

económica actual, donde se sufre el desempleo e informalidad, que llevan a los individuos a dejar el tema del aseguramiento de lado, para centrarse en otras necesidades como alimentación y vivienda.

El corregimiento de Yarima es un claro ejemplo del empobrecimiento de sus pobladores y en especial, de la precarización en los servicios de salud y del estado de salud en general. Así, para referirse al tema del sistema de atención en salud, los yarimenses cuentan con un Centro de Salud ubicado en la zona urbana del corregimiento, adscrito a la ESE Hospital San Juan de Dios de San Vicente de Chucurí, para una población aproximada de 3.000 habitantes, según el SISBEN.

Para el año 2011, el centro de salud atraviesa por un momento de abandono, con una infraestructura limitada y en deterioro, tal como se refleja en el registro fotográfico del Anexo A. Según entrevista informal realizada con el director del Hospital, doctor Gustavo Gómez, se corroboró que al mes octubre del citado año esta IPS no ha habilitado sus servicios de salud en el centro.

A su vez, éste se considera como un centro de atención de baja complejidad, acorde con las disposiciones del decreto 5261 de 1994. Esta institución ofrece entre sus actividades: atención ambulatoria (atención inicial, estabilización, resolución o remisión del paciente en urgencias, atención odontológica, laboratorio clínico, radiología, medicamentos esenciales, citologías, acciones intra y extramurales de promoción, prevención, control y atención quirúrgica); y servicios con internación (atención obstétrica, atención no quirúrgica u obstétrica, laboratorio clínico, radiología, medicamentos esenciales, valoración diagnóstica, manejo médico y atención quirúrgica. De lo anterior, cabe destacar la ausencia de atención en los servicios de odontología, laboratorio clínico y radiología, además de las insuficientes acciones que se dan en el campo de la promoción, prevención y control.

Con respecto al servicio de ambulancia, necesario para realizar la remisión de urgencias al hospital más cercano, se debe recalcar que entre septiembre y noviembre del 2011, no tenía el seguro obligatorio, lo cual dificultó su movilización.

A pesar de las situaciones descritas anteriormente, en el portafolio de servicios del año 2011 del Hospital, se asegura que el centro de salud garantiza la atención integral de los usuarios con altos estándares de calidad.

“Los servicios que se prestan son de baja complejidad, como Promoción y Prevención y actividades de enfermería como inyectología, tamizajes, educación, visitas domiciliarias, suturas, entre otras.

Tenemos servicios médicos de primer nivel, urgencias 24 horas y hospitalización de cuatro camas.

Cada 15 días se realizan jornadas de salud y se presta servicios de laboratorio, vacunación, odontología e higiene oral.

Igualmente, cuenta con una ambulancia para el transporte básico suficientemente dotada.

Cuentan con instalaciones acogedoras que llenan las expectativas de un usuario exigente; así lo permite el diseño, iluminación, aireación y distribución de sus dependencias.

Servicios de primer nivel como consulta general, odontología, radiología, urgencias, ecografías obstétricas, promoción y prevención (resolución 412), hospitalización de medicina general, gineco-obstetricia y pediatría”⁸⁴

Otro aspecto importante, se refiere al tema del talento humano que hace parte del Centro de Salud, pues se cuenta con un médico rural de tiempo completo, dos enfermeras auxiliares, una persona encargada de la parte administrativa, el conductor de la ambulancia y la empleada de oficios generales. Evidentemente, de acuerdo a la situación demográfica de la zona, esta planta de personal no tiene la

⁸⁴ Unión Temporal Grupo Empresarial de la Salud. Portafolio de servicios. Servicios con calidad y sentido humano. Hospital San Juan de Dios. San Vicente de Chucurí, Santander, 2011 pg. 8

capacidad de atender diferentes eventualidades simultáneas que se presenten y las remisiones implican el desplazamiento de los profesionales con el paciente al lugar más cercano (Barrancabermeja – 1 hora) llegando a poner en riesgo su vida y dejando el centro sin la cantidad de personal adecuado para atender otras urgencias.

En cuanto al tema de aseguramiento, se corroboró que para el año 2009⁸⁵, el 91% de los pobladores del corregimiento se encontraban afiliados al régimen de salud y el 9% restante aseguraba no estarlo por diferentes razones, entre las que argumentaban la ausencia de un empleo estable que les garantice ingresos para pagar su aseguramiento y el de su familia. Aunque el factor económico es determinante para acceder a este derecho, las familias pueden adquirir una EPSS que les permita obtener algunos beneficios en este campo.

Como ya se ha referido anteriormente, en Yarima, debido a la desarticulación de las relaciones comunitarias, cada ser humano se centra en obtener el bienestar individual y familiar, sin embargo, desconocen que este propósito se hace más tangible si recurren a la organización y participación comunitarias como estrategias de solución. El tema de la salud es secundario para los habitantes del corregimiento, pues la entienden como la ausencia de la enfermedad. Por consiguiente, buscan atención médica siempre y cuando se afecten sus signos vitales.

Para concluir con el análisis de la situación en materia de salud del corregimiento, vale la pena resaltar que para los pobladores de esta zona, la participación en las cuestiones sociales, políticas, económicas o culturales es pasiva al limitarse a las Juntas de Acción Comunal⁸⁶, a partir de una democracia representativa, donde se

⁸⁵ Palmeras de Yarima, Agroindustrias Villacaudia y el Programa de Desarrollo y Paz del Magdalena Medio, Op. Cit., p. 74.

⁸⁶ Para el año 2011 se cuenta con seis Juntas de Acción Comunal, una de la zona urbana y una por cada vereda que conforman el corregimiento (Clavellinas, El Paraíso, Puerto Rico, Campo Cincuenta y Colorados).

delega el poder de decisión a un grupo de personas que debe velar por la defensa de los intereses de sus comunidades particulares. Así, se desentienden de las responsabilidades que como ciudadanos tienen en la participación para la construcción del bienestar colectivo que anhelan.

En este punto, cabe recordar que en el corregimiento de Yarima, el tejido social fue gravemente afectado por la presencia de actores armados ilegales, logrando que el miedo se perpetúe, propiciando la desconfianza y permeando las diversas formas de organización. Hoy, este tejido necesita fortalecerse, teniendo en cuenta la necesidad que se generen cambios propuestos desde la base de las comunidades. Así la participación comunitaria en salud se convierte en un factor clave para propiciar acciones transformadoras desde los sujetos implicados.

4. CARACTERIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA

“Que la gente pueda opinar no es suficiente, que pueda actuar es necesario, y que pueda actuar en aquello que le interesa, en su comunidad, en su barrio, en su municipio. Pero para poder actuar tiene que tener bases, instrumentos culturales y materiales”.

Estanislao Zuleta

4.1 Descripción del proceso metodológico

La experiencia práctica de Trabajo Social en las instituciones, se divide generalmente en cuatro fases (ubicación, diagnóstico y planeación, ejecución y evaluación), las cuales no se dan tan solo de forma lineal, sino que por el contrario requieren de la retroalimentación continua y los procesos de reflexión que el profesional en formación realice diariamente a su entorno, a su ejercicio profesional y habilidades personales.

Durante la fase de ubicación en Campo Escuela Colorado, se acudió a fuentes primarias y secundarias de información. Entre las secundarias, se destaca la revisión documental efectuada a los informes de las prácticas profesionales desarrolladas anteriormente desde Trabajo Social, a los diagnósticos realizados por parte de la universidad (año 2006) y de las industrias palmeras (año 2009) y la información general respecto a temas del sector de hidrocarburos, de salud, de responsabilidad social y gestión social.

Asimismo, fue necesario acudir a fuentes primarias de información, como lo son las personas de la comunidad en general, donde a partir de un diálogo con informantes clave⁸⁷ cuyo formato se encuentra en el Anexo B, se buscaba generar cercanía con los habitantes, empatía y corroborar la información obtenida durante la revisión documental.

El diálogo con los actores comunitarios de dio por un rastreo que inició con el personal que hacía parte del Centro de Salud, llegando a entrevistar al director del Hospital al cual se encuentra adscrito. Luego, se acudió a líderes legales, como los integrantes de la Junta de Acción Comunal, quienes identificaron actores comunitarios opositores a sus labores que fue necesario entrevistarlos en su momento. Igualmente, este grupo opositor resaltaba el papel de las instituciones públicas y privadas de la zona, llevando inevitablemente a conversar con los representantes del área social de cada una de ellas.

A partir de las acciones emprendidas anteriormente, con la información suministrada se inició el diagnóstico; sin embargo, llamar diagnóstico al análisis situacional realizado en el periodo de práctica profesional, sería una falta de respeto hacia la comunidad, la institución y principalmente, hacia la profesión, pues el tiempo de permanencia en el campo de práctica no permitía ese abordaje extenso de la realidad. De allí, la necesidad de realizar un “Análisis Situacional en Materia de Salud Corregimiento de Yarima 2011”, expuesto en el capítulo anterior, realizado a la luz de la teoría principalmente de los DS y DSS.

⁸⁷ GELIFUS, F. - Prochamate-IIICA. Op.cit., p.28. Según los autores, este no es un método participativo propiamente dicho, pero puede ser imprescindible para preparar ejercicios de grupo con la comunidad, antes de la intervención, y también para completar otros ejercicios o chequear ciertas informaciones. Este método implica la creación de una guía que para efectos de la experiencia se planteó una serie de preguntas para suministrar a los informantes clave. No obstante, es fundamental resaltar que se propendió un intercambio con los actores más allá de responder de forma mecánica a la guía.

La realización del análisis de la situación de salud, permitió determinar el objeto de intervención profesional teniendo en cuenta la cuestión social y las estrategias que se han empleado en experiencias de profesionales de Trabajo Social para abordar este tipo de realidades, llegando a determinar que los bajos niveles de participación comunitaria en salud por parte de los pobladores del corregimiento limitan su acceso a la salud. En este punto, vale la pena recordar que para participar en salud requiere de sujetos empoderados frente a su situación.

Entonces, con el fin de lograr la participación comunitaria en salud por parte de los pobladores del corregimiento, se propuso una serie de lineamientos básicos en estos procesos, que parten del trabajo de base, fortaleciendo la organización comunitaria a partir de espacios de diálogo y reflexión que permiten a los sujetos implicados comprender su realidad, acceder a las fuentes de conocimiento, a los escenarios de toma de decisiones e incidir en el espacio de lo público. Además de lo anterior, se busca que esta experiencia sirva de sustento en otros contextos que se enfrentan a realidades similares, por ello en algún momento se considera entre los lineamientos planteados la medición del impacto.

Figura 4. Lineamientos básicos del proceso



Fuente: la Autora, 2011.

Conforme a esto, se recurrió al modelo de planeación tradicional abordado desde Trabajo Social para el diseño de la propuesta, buscando principalmente partir del trabajo desde y para la comunidad. Se definió así un objetivo general acorde con los lineamientos básicos sugeridos y objetivos específicos para cada uno de ellos con los propósitos en los que se debe trabajar.

De lo anterior, se debe decir que para este segundo periodo de prácticas académicas de Trabajo Social del año 2011 aunque se definieron planes de acción para cada lineamiento, la intervención se centró en el de fortalecimiento organizativo que se dividió a su vez en tres partes, desarrollándose la primera de ellas.

Figura 5. El Fortalecimiento organizativo



Fuente: la Autora, 2011.

La fase de planeación llevó a la profesional en formación a generar fuertes debates con el área de gestión social del proyecto, para defender la postura adquirida a partir del análisis de la realidad, pues tenían expectativas diferentes respecto a la intervención profesional, al enmarcar la práctica tan solo desde los

servicios de prestación de salud, obviando de esta manera, los demás factores sociales que la determinan.

Una vez se argumentó la postura de la profesional en formación, ampliando el espectro de la concepción de salud y enfatizando en la necesidad de participación de la comunidad en el mejoramiento de su estado de salud, dentro del proceso metodológico de la práctica, se procedió a realizar la fase de ejecución, donde se requería lograr la participación de actores comunitarios. Por lo tanto, como primera medida fue necesario recurrir a la formación de un grupo de trabajo o “grupo enfocado”⁸⁸ para tratar a profundidad el tema de salud teniendo allí a aquellos sujetos que les interesa este tema en particular.

Para tal fin, fue necesario como primera medida, convocar a la comunidad a partir de diferentes medios de comunicación (perifoneo, carteles, mini-volantes e invitaciones personales) y una vez realizada tal convocatoria, se dieron mesas de discusión orientadas desde la búsqueda de la participación de los sujetos a partir del diálogo de saberes que permite el conocimiento de la realidad.

Por su parte, la fase de evaluación, se desarrolló durante todo el proceso de práctica profesional, teniendo en cuenta la pertinencia y eficacia de los métodos y técnicas utilizadas, a partir de la reflexiones que se plasmaron en los diarios de campo, que requieren de cuestionamientos constantes respecto a la intervención y permiten la identificación de los aspectos que facilitaban la acción profesional, aquellos que la limitaban, así como de las habilidades y dificultades a nivel profesional.

⁸⁸ *Ibíd.*, p. 31. Para los autores, el objetivo de estos grupos se centra en organizar personas de la comunidad con intereses/condiciones comunes, para desarrollar un tema específico dentro de los problemas/alternativas identificados por la comunidad.

4. 2 PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL

4.2.1 El objeto de intervención

Analizar la situación de salud del corregimiento de Yarima permitió identificar el objeto de intervención profesional. Esta zona, se caracteriza por manifestar múltiples inequidades y desigualdades en salud sobre los determinantes estructurales de la misma.

Por su parte, El Estado, se plantea entre sus objetivos garantizar el derecho a la salud de los colombianos, impulsando la participación comunitaria como estrategia para reducir esas inequidades y desigualdades manifiestas en estas comunidades. No obstante, como se ha resaltado a lo largo del documento, la participación en salud requiere de sujetos cognoscentes de su realidad, de los mecanismos de participación y control social. Quienes una vez organizados, incidan en el espacio de lo público obteniendo avances en la mejora de sus determinantes sociales de la salud.

Como se manifestó anteriormente, el corregimiento de Yarima tiene bajos niveles de participación comunitaria limitando así el acceso a la salud por parte de los pobladores. De esta manera, es la participación comunitaria en salud la estrategia que permitirá garantizar este derecho humano fundamental.

Materializar la propuesta de intervención profesional de Trabajo Social en el área de la salud para el proyecto Campo Escuela Colorado, implicó un trabajo constante que debió ser reevaluado en continuas oportunidades, buscando su pertinencia y eficacia. Ciertamente, el éxito de la intervención, depende de la precisión en la planeación. Por lo tanto, se diseña la siguiente propuesta que refleja el interés de desarrollar un proceso social en la región, respondiendo a una

serie de lineamientos generales e ir avanzando en la participación comunitaria en salud.

4.2.2 Objetivos de los lineamientos básicos

General

Propiciar la participación comunitaria en salud de los pobladores del corregimiento de Yarima respecto al ejercicio de su derecho a la salud, obteniendo avances en la mejora de los determinantes sociales que afectan su estado de salud.

Específicos

- Generar espacios de reflexión y diálogo en torno a la situación de salud de la población del corregimiento de Yarima, contribuyendo a la comprensión de la problemática y promoviendo el empoderamiento de los sujetos de intervención respecto al ejercicio de su derecho a la salud.
- Fortalecer los mecanismos democráticos de participación, gestión y control social sobre las políticas locales en salud.
- Involucrar a los diferentes actores institucionales públicos y privados, con el fin que realicen acciones que le apunten a la intervención de la problemática en salud.
- Integrar las políticas, programas y proyectos comunitarios de salud en los diferentes niveles gubernamentales.
- Evaluar y retroalimentar la experiencia de organización comunitaria.

4.2.3 Planes de acción para cada lineamiento básico

4.2.3.1 Plan de Acción del Lineamiento: fortalecimiento organizativo

Objetivo

Generar espacios de reflexión y diálogo en torno a la situación de salud de la población del corregimiento de Yarima, contribuyendo a la comprensión de la problemática y promoviendo el empoderamiento de los sujetos de intervención respecto al ejercicio de su derecho a la salud.

Cuadro 5. Fortalecimiento organizativo parte 1

Propósito	Promover la organización comunitaria de los sujetos de intervención en torno a la salud.
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> - A1. Identificar los actores. - A2. Convocar los actores. - A3. Reuniones de sensibilización. - A4. Formar la Mesa de Participación Comunitaria en torno a la salud. - A5. Reuniones de trabajo en torno a la construcción de la política de la Mesa de Participación Comunitaria.
Resultados Esperados Por Actividad	<p>A1 y A2. Determinar los actores clave del proceso.</p> <p>A3. Avanzar en la comprensión del estado de salud del corregimiento.</p> <p>A4. Determinar el “grupo enfocado”</p> <p>A5. Definir los objetivos de la Mesa.</p>
Resultado general esperado	Consolidar la Mesa de Participación Comunitaria en torno a la salud.
Recursos	Materiales de papelería, equipo de cómputo, equipos audiovisuales y transporte a las veredas.
Responsables	Estudiante en práctica de Trabajo Social y Equipo Gestión Social

Fuente: La Autora, 2011.

Como se ha manifestado con anterioridad, la práctica académica se centró en el desarrollo de la primera parte del lineamiento del fortalecimiento organizativo. Entonces, es necesario en primer lugar, recordar las categorías de conocimiento tanto para el objetivo general de los lineamientos, como para el específico que corresponde a la fase en que se trabajó.

Respecto al objetivo general de los lineamientos planteados, la categoría de conocimiento fundamental es participación comunitaria en salud, conceptualizada en el capítulo uno como “el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión evaluación y veeduría en salud”⁸⁹

Respecto al objetivo específico del lineamiento de fortalecimiento organizativo, su categoría fundamental de conocimiento es los espacios de diálogo, entendidos como el “elemento esencial para los grupos sociales, que les permite darse a conocer y enriquecerse con ideas y posturas nuevas llegando a la mutua comprensión”⁹⁰

Cuadro 6. Fortalecimiento organizativo parte 2

Propósito	Comprender la situación de la Salud en el corregimiento a partir de un análisis de la realidad.
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar respecto a las diversas opciones de diagnóstico. - Determinar el tipo de diagnóstico a realizar y sus ejes temáticos. - Construir el diagnóstico a partir de los ejes temáticos.
Resultados Esperados	Elaborar el diagnóstico de la situación de salud en el corregimiento de manera participativa.
Recursos	Materiales de papelería, equipo de cómputo, equipos audiovisuales y transporte a las veredas.

⁸⁹ Decreto 1757 de 1994. Op.cit.,

⁹⁰ CORDERO, Leoncio. El diálogo. Hemeroteca virtual. (26 de febrero de 2012) (En línea): <http://www.elmercurio.com.ec/hemeroteca-virtual?noticia=270400>

Responsables	Mesa de Participación Comunitaria, Estudiante en práctica de Trabajo Social & Equipo Gestión Social
---------------------	---

Fuente: La Autora, 2011.

Cuadro 7. Fortalecimiento organizativo parte 3

Propósito	Formular proyectos específicos en torno a la salud.
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> - Crear grupos de trabajo frente a cada eje temático. - Orientar en lo referente a formulación de proyectos. - Diseñar proyectos desde cada grupo de trabajo. - Orientar en lo referente a monitoreo y evaluación. - Estructurar el plan de monitoreo y evaluación.
Resultados Esperados	Proyectos específicos por ejes temáticos.
Recursos	Materiales de papelería, equipo de cómputo, equipos audiovisuales y transporte a las veredas.
Responsables	Mesa de Participación Comunitaria, Estudiante en práctica de Trabajo Social & Equipo Gestión Social

Fuente: La Autora, 2011.

4.2.3.2 Plan de Acción del Lineamiento: formación de actores

Objetivo

Fortalecer los mecanismos democráticos de participación, gestión y control social sobre las políticas locales en salud.

Cuadro 8. Formación

Propósito	Formar en mecanismos de participación, gestión y control social sobre las políticas locales en salud, generando habilidades y destrezas personales en los actores comunitarios.
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> - Definir las necesidades de formación. - Ubicar a los expertos en el tema.

	<ul style="list-style-type: none"> - Gestionar recursos para la formación. - Formar en las necesidades detectadas.
Resultados Esperados	Formar a los participantes de la Mesa.
Recursos	Materiales de papelería, equipo de cómputo, equipos audiovisuales, expertos en el tema, viáticos y refrigerios.
Responsables	Mesa de Participación Comunitaria, Estudiante en práctica de Trabajo Social & Equipo Gestión Social

Fuente: La Autora, 2011.

4.2.3.3 Plan de Acción del Lineamiento: trabajo en red

Objetivo

Involucrar a los diferentes actores institucionales públicos y privados, con el fin que realicen acciones que le apunten a la intervención de la problemática en salud.

Cuadro 9. Trabajo en red

Propósito	Contar con una Red de Apoyo Interinstitucional que impulse el desarrollo de las iniciativas de la organización comunitaria.
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar los posibles aliados institucionales. - Convocar a los posibles aliados. - Reuniones de sensibilización. - Conformación de la Red de Apoyo Interinstitucional. - Reuniones de trabajo en torno a la construcción de la política de la Red.
Resultados Esperados	Acuerdos y compromisos que apoyen el desarrollo de las iniciativas propuestas desde la organización.
Recursos	Materiales de papelería, equipo de cómputo, equipos audiovisuales, transporte y viáticos.
Responsables	Mesa de Participación Comunitaria, Estudiante en práctica de Trabajo Social & Equipo Gestión Social

Fuente: La Autora, 2011.

4.2.3.4 Plan de Acción del Lineamiento: incidencia en lo público

Objetivo

Integrar las políticas, programas y proyectos comunitarios de salud en los diferentes niveles gubernamentales.

Cuadro 10. Incidencia en lo público parte 1

Propósito	Procurar que las iniciativas de la organización comunitaria se integren a las políticas públicas destinadas a la salud.
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar las organizaciones gubernamentales municipales y departamentales. - Lobby con los actores. - Convocar a los actores. - Establecer diálogo socializando las iniciativas. - Forjar acuerdos entre las partes.
Resultados Esperados	Gestionar acuerdos y compromisos que permitan cumplir con el objetivo.
Recursos	Materiales de papelería, equipo de cómputo, equipos audiovisuales, transporte y viáticos.
Responsables	Mesa de Participación Comunitaria, Red de apoyo Interinstitucional, Equipo Gestión Social & Estudiante en práctica de Trabajo Social.

Fuente: La Autora, 2011.

Cuadro 11. Incidencia en lo público parte 2

Propósito	Divulgar a la comunidad en general los alcances y retos de la Mesa de Participación Comunitaria en Salud.
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación de eventos y oportunidades. - Socialización de las propuestas de trabajo en medios de comunicación masiva.
Resultados Esperados	Difundir los alcances de la Mesa de Participación Comunitaria en Salud dando a conocer la problemática y ejerciendo presión sobre los centros de decisión.

Recursos	Materiales de papelería, equipo de cómputo, equipos audiovisuales y recursos para movilidad.
Responsables	Mesa de Participación Comunitaria, Red de apoyo Interinstitucional, Equipo Gestión Social & Estudiante en práctica de Trabajo Social.

Fuente: La Autora, 2011.

4.2.3.5. Plan de Acción del Lineamiento: medición de impacto

Objetivo

Evaluar y retroalimentar la experiencia de organización comunitaria.

Cuadro 12. Medición de impacto parte 1

Propósito	Recopilar la información durante toda la experiencia comunitaria.
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> - Crear los instrumentos de registro de información. - Registrar las actividades realizadas durante la experiencia.
Resultados Esperados	Realizar un inventario de la información.
Recursos	Materiales de papelería y equipo de cómputo.
Responsables	Mesa de Participación Comunitaria, Red de apoyo Interinstitucional, Equipo Gestión Social & Estudiante en práctica de Trabajo Social.

Fuente: La Autora, 2011.

Cuadro 13. Medición de impacto parte 2

Propósito	Sistematizar la experiencia.
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar los objetivos de la sistematización. - Definir y desarrollar la guía para sistematizar la historia de la experiencia comunitaria. - Definir y desarrollar la guía para sistematizar la metodología de la experiencia comunitaria. - Escribir la sistematización.

Resultados Esperados	Sistematizar la historia y metodología de la experiencia de organización comunitaria y retroalimentarla.
Recursos	Materiales de papelería y equipo de cómputo.
Responsables	Mesa de Participación Comunitaria, Red de apoyo Interinstitucional, Equipo Gestión Social & Estudiante en práctica de Trabajo Social.

Fuente: La Autora, 2011.

4.3 DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA EJECUCIÓN

Lograr la participación comunitaria en salud, requiere de organizar a las comunidades y buscar que comprendan su situación, para que una vez empoderadas encuentren los mecanismos que les permite exigir su derecho. Así, la organización requiere de espacios de diálogo en los que se promueva la participación de los actores.

Por lo anterior, la fase de ejecución de la experiencia de Trabajo Social en el proyecto Campo Escuela Colorado durante el segundo semestre académico del año 2011, se centró en el desarrollo del lineamiento de fortalecimiento organizativo, buscando generar esos espacios de diálogo y reflexión en torno a la situación de salud de la población del corregimiento.

Entre el mes de diciembre del año 2011 y enero del 2012, se ejecutaron ocho reuniones con miembros de la comunidad, con un modelo de su preparación en el Anexo C, que responden a las actividades señaladas en plan operativo de este lineamiento.

Para ejecutar estas sesiones de trabajo, como primera medida, se realizó la convocatoria a la comunidad para hacer parte de la Mesa de Participación Comunitaria en Salud. Producto de esto, en la primera reunión se contó con la participación de 23 personas provenientes de Clavellinas, Campo Cincuenta y la

Cabecera del Corregimiento. Con el tiempo, el grupo se redujo a 12 personas, tal como lo requiere un grupo enfocado. Además, es natural que en estos procesos, se reduzca el número de personas, pues de una u otra manera, se realizan filtros para hallar a aquellas personas que realmente se comprometan a trabajar, sin ninguna remuneración, más allá de la satisfacción personal que les genere ser los garantes de su propio desarrollo.

El desarrollo de las sesiones, implicó recurrir a estrategias que permitieran la participación de todos los integrantes del grupo. Una de ellas, quizá la principal, fue a través de preguntas, donde se requería que ellos buscaran alternativas de solución a los cuestionamientos y tomaran decisiones; esto con el fin de ir aboliendo las relaciones de dependencia a las que está sometida la comunidad.

Asimismo, constantemente se debió tener en cuenta detalles como la postura corporal, buscando anular la creación de posibles relaciones verticales, donde la comunidad considera al profesional como el único poseedor del conocimiento de su situación. Aunque las personas que hacen parte de la comunidad son quienes están en constante relación con su realidad, consideran que son los profesionales expertos en el tema, quienes pueden realizar lecturas acertadas de su realidad.

Durante las sesiones de trabajo, los integrantes de la Mesa formularon su política organizativa, que puede ser consultada en el Anexo D, donde se plasmaron los objetivos de la organización, el nombre que les identifica (*Promovidas – Promotores de Vida y Salud*), el logo, el eslogan, la Misión y la Visión del grupo, parte necesaria dentro de la fase de fortalecimiento organizativo con el fin de ir creando cohesión grupal, lo cual se constituye en un elemento transversal para el desarrollo de la intervención. Igualmente, los integrantes del grupo, detectaron la

necesidad de abrir un espacio en Internet y hoy cuentan con un blog⁹¹, que les permitirá divulgar los avances de su experiencia organizativa.

En el primer plan de acción, se determinó como primera actividad la sensibilización a los integrantes de la Mesa en el tema de la salud, se buscaba entonces que este momento no fuera una actividad más, con una temporalidad limitada, sino por el contrario, un ejercicio constante, en el que no sólo los participantes de la Mesa empezaran a empoderarse de su situación, sino que ellos mismos sintieran la necesidad de sensibilizar a los demás habitantes.

Lo anterior se vio reflejado en el acto simbólico que propusieron y realizaron el día de las velas, denominado “Marcha de los Faroles por la Salud del Corregimiento de Yarima”, donde recorrieron las calles de la zona urbana, con faroles y pasacalles, además, se entregaron volantes informativos a la comunidad en general acerca del estado de salud y finalmente se realizó un compartir frente a la Iglesia Católica donde se dialogó acerca de la necesidad de participar en el mejoramiento de la situación de salud del corregimiento. Esta actividad más allá de generar un cambio significativo, sirvió como un espacio que permitió la cohesión grupal, el inicio de la búsqueda de la legitimidad entre los habitantes del corregimiento y su sensibilización.

En la primera parte de la fase de fortalecimiento organizativo, se planteó como resultado la consolidación de la Mesa de Participación Comunitaria en Salud, no obstante, aunque se cumplió con todas las actividades programadas, podría afirmarse que la Mesa se encuentra conformada, pero no consolidada, debido a que tal fortalecimiento, depende directamente de la variable tiempo, entendido el tiempo como el espacio que tienen los pobladores a la semana de participar y no como el espacio que poseen los profesionales para trabajar.

⁹¹ <http://www.promovidas.wordpress.com>

Aunque los procesos sociales requieren de tiempo para lograr los objetivos propuestos, desde el principio se van obteniendo “victorias tempranas”. Un ejemplo claro de ello se evidencia en el Anexo E, donde se adjunta un acta de la segunda reunión convocada por el equipo gestor social de Campo Escuela Colorado, en la que se cuenta con la participación de diversos sectores para conversar acerca de las estrategias que permitan mejorar las condiciones de la prestación del servicio de salud en la población. Allí, integrantes del grupo manifiestan la necesidad de conocer sus derechos y deberes sobre la atención en salud, con el fin de ejercer control en este campo.

Es de esta manera como paulatinamente empieza a desarrollarse el objetivo general de los lineamientos propuestos, al aumentar la participación comunitaria en salud en espacios de toma de decisiones.

A pesar de la evolución en el tema de salud y en la legislación que regula la participación en este campo, la experiencia permitió evidenciar que se sigue limitando al sistema de atención. Pues las personas identifican la salud como sinónimo de aseguramiento, por lo tanto, es evidente que los primeros avances que se den serán en este espacio.

Por otro lado, durante el periodo de práctica académica se desarrolló una serie de actividades complementarias al ejercicio profesional, entre las que se encuentran: la organización y realización de una jornada preventiva en el centro de salud contra el cáncer de seno y el cáncer de cuello uterino; la orientación vocacional a los jóvenes del grado once, buscando su ingreso a la educación superior; orientación familiar a partir de talleres educativos a las familias de la zona urbana de Yarima, donde se resaltó la necesidad de fortalecer sus lazos, de generar

espacios de diálogo al interior del sistema y comprender el significado de la adolescencia; el apoyo a la actividad realizada el día 16 de diciembre de la novena y la entrega de regalos a los de la comunidad.

Cabe resaltar en este punto, que las actividades complementarias realizadas, no responden a ningún proceso o programa definido, por el contrario, son de carácter asistencialista, por lo tanto, ninguna de ellas generó un impacto positivo en la comunidad. De igual manera, produjeron grandes choques a nivel personal y profesional respecto a la expectativa que se tiene de los Trabajadores Sociales, la cual se ha visto fuertemente influenciada por las acciones de los mismos en las instituciones.

5. EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL

5.1 RESULTADOS

Antes de identificar los resultados del proceso de intervención, es importante señalar que ellos dependieron de diversos factores como el compromiso de los actores participantes y las oportunidades de participación en salud que se presentaron.

Cuadro 14. Resultados

RESULTADOS ESPERADOS	RESULTADOS OBTENIDOS
Consolidación de la Mesa de Participación Comunitaria en Salud.	Avances en la comprensión de la situación de salud del corregimiento. Creación del grupo Promovidas (Promotores de Vida y Salud). Construcción de la política del grupo Promovidas. Participación del grupo Promovidas en un escenario de toma de decisiones, respecto a la atención en salud.

Fuente: La Autora, 2012.

5.1 ASPECTOS FACILITADORES Y LIMITANTES DE LA ACCIÓN PROFESIONAL

Es importante resaltar que el desarrollo de la práctica estuvo altamente influenciado por los aspectos que permitieron y obstaculizaron la ejecución. Entre los cuales se resalta:

Cuadro 15. Aspectos Facilitadores y Limitantes

ASPECTOS FACILITADORES	ASPECTOS LIMITANTES
La continua y oportuna asesoría por parte de la supervisora de la práctica.	La ausencia del profesional de Trabajo Social en campo, que dificultó la comunicación permanente en el proceso.
La autonomía en la formulación del plan de trabajo.	La perspectiva y expectativas que se manejaron desde el proyecto hacia las labores del profesional de Trabajo Social, específicamente de la estudiante en práctica.
Los espacios de reflexión y debate que se generaron con los compañeros de clase, con la comunidad y la institución, además de los que se produjeron a nivel personal.	La falta de continuidad en los procesos sociales dados en la comunidad, que llevaron a disminuir el interés de participación de los pobladores.
El alto nivel de empatía que se generó con los pobladores a partir del acercamiento permanente.	Las acciones de tipo asistencialista desarrolladas históricamente en la región, que generaron apatía en los pobladores para organizarse frente a una necesidad.

Los recursos económicos y materiales que brindó el proyecto a la estudiante para garantizar la permanencia en el Campo.	La fractura social a la que se ha contribuido desde la Universidad con la cuestión de los empleos.
La formación de la estudiante de Trabajo Social que le llevó a afrontar las dificultades de manera asertiva.	La baja participación de la Escuela de Trabajo Social frente al campo que debería constituirse en el gran laboratorio social.
El espacio físico con el cual se contó para desarrollar las actividades.	La dificultad de movilización a las veredas del corregimiento.

Fuente: La Autora, 2012.

5.2 HABILIDADES Y DIFICULTADES A NIVEL PROFESIONAL

Es claro que la práctica académica es un espacio de formación profesional en el que la estudiante ejerce su labor y se enfrenta a una serie de responsabilidades donde desarrolla habilidades y descubre falencias entre las que se destacan:

Cuadro 16. Habilidades y Dificultades a Nivel Profesional

HABILIDADES A NIVEL PROFESIONAL	DIFICULTADES A NIVEL PROFESIONAL
Se evidenció gran capacidad de generar acercamiento y empatía con los pobladores.	Se comprobó la dificultad de aterrizar la teoría a la práctica, un ejemplo claro de ello era que se pretendía a partir de una serie de actividades sensibilizar a la población y ese aspecto no se logra de esa manera, pues requiere de tiempo y
Se cumplió con las actividades programadas. Además, se descubrió habilidades para el diseño y	

formulación de propuestas de intervención, al igual de la capacidad de afrontar eventos no planeados y redireccionar el proceso.	no tanto por parte de la profesional, sino por parte de la comunidad.
Se logró un posicionamiento diferente del estudiante en práctica.	La adaptación a un espacio profesional donde se desconocen los alcances del Trabajo Social.

Fuente: La Autora, 2012.

5.3 LA PERTINENCIA Y EFICACIA DE LOS OBJETIVOS, TÉCNICAS Y ROL PROFESIONAL

El ejercicio profesional de Trabajo Social, debe ser evaluado teniendo en cuenta la pertinencia y la eficacia, respecto a los objetivos, técnicas y rol profesional, con el fin de tener en cuenta los aciertos y desaciertos del proceso.

Cuadro 17. Evaluación de pertinencia y eficacia

	OBJETIVOS	TÉCNICAS	ROL PROFESIONAL
PERTINENCIA	La formulación de objetivos de intervención fue pertinente con el objeto y la realidad social del corregimiento, pues le apuntó al Trabajo Social de base, buscando que la comunidad se viera	Las técnicas empleadas en el proceso fueron pertinentes, al adaptarse al contexto y sus características particulares. Lo anterior, se refleja en el grado de participación de la	El rol profesional respondió a los requerimientos del proceso, fue pertinente y eficaz al estar en concordancia con la filosofía del proceso, al buscar paulatinamente la eliminación de la

	involucrada en un proceso organizativo y participativo.	organización en las actividades programadas.	dependencia y obtener el empoderamiento de las comunidades.
EFICACIA	Los objetivos de intervención requieren que sus actividades sean definidas con mayor precisión, para lograr las metas planteadas.	A partir de las técnicas empleadas, se obtuvo avances en el proceso, sin embargo, se requiere mayor creatividad para abordar y crear nuevas técnicas.	Se forjan entonces nuevas concepciones del Trabajador Social.

Fuente: La Autora, 2012.

6. DISEÑO DEL PLAN DE MONITOREO PARTICIPATIVO DEL GRUPO PROMOVIDAS PARA EJERCER CONTROL SOCIAL DE SU DERECHO A LA SALUD

6.1 JUSTIFICACIÓN

El proceso de práctica profesional de Trabajo Social desarrollado en Campo Escuela Colorado durante cuatro meses enmarcados el segundo semestre del año 2011, se orientó a fortalecer la participación comunitaria en salud, influyendo en el mejoramiento de los Determinante Sociales de la Salud, buscando el empoderamiento de los sujetos implicados a través de un trabajo consciente que les permitiera generar transformaciones sociales y obtener el tan anhelado bienestar social.

Para tal resultado, se diseñó una propuesta de intervención compuesta por cinco lineamientos generales que van desde el fortalecimiento organizativo, la formación de actores, el trabajo en red, la incidencia en lo público, hasta la medición de impacto. El desarrollo de la propuesta se centró en generar espacios de diálogo y reflexión respecto a la situación de salud del corregimiento de Yarima, contribuyendo de esta manera a los pobladores a comprender la problemática. Cabe destacar que la propuesta generó un impacto positivo evidenciado en la respuesta de los sujetos de intervención y su grado de participación.

Bajo esta dinámica, se identificó, a través de la intervención, la notable necesidad de monitorear el desarrollo de las actividades programadas, medir los resultados y optimizar los procesos, teniendo en cuenta que el éxito en este proceso garantizará el mejoramiento de las condiciones de vida en términos de salud de los pobladores del corregimiento de Yarima, además de ser una experiencia que valdría la pena reproducirla en contextos similares.

El monitoreo participativo debe ser un proceso continuo en el que los agentes comunitarios registran sistemáticamente información, reflexionan al respecto y llevan a cabo acciones de gestión en respuesta a lo aprendido, garantizando así el control social. Ciertamente, el monitoreo participativo “aporta grandes beneficios: integra el conocimiento local al monitoreo científico, crea calidad social, transfiere poder a las comunidades locales, fortalece las instituciones locales y facilita la toma de decisiones. El monitoreo participativo también puede reducir los costos de un proceso social”⁹².

Así pues, surge la enunciación de la presente propuesta, en la que será necesaria el compromiso y participación de los sujetos de intervención y el proyecto Campo Escuela Colorado para su exitosa implementación.

6.2 OBJETIVOS

General

Diseñar el plan de monitoreo participativo del grupo PROMOVIDAS del corregimiento de Yarima perteneciente al municipio de San Vicente de Chucurí, para el seguimiento al desarrollo de sus actividades, la medición de los resultados obtenidos y la optimización del proceso social.

⁹² Evans, Kristen. Monitoreo Participativo para el manejo forestal en el trópico: una revisión de herramientas, conceptos y lecciones aprendidas. En: Kristen Evans y Manuel R. Guariguata. Bogor, Indonesia: Centro para la Investigación Forestal Internacional (CIFOR), 2008. p.3.

Específicos

Identificar las necesidades de información que se requieran para desarrollar el monitoreo del proceso teniendo en cuenta los intereses de cada destinatario de la información.

Construir los indicadores de medición que permitan responder a las necesidades de información identificadas y los instrumentos de recolección que garanticen la confiabilidad y calidad de los datos obtenidos.

Implementar el plan de monitoreo participativo con el grupo PROMOVIDAS.

Analizar de manera colectiva la información recolectada en los instrumentos para la toma de decisiones respecto al proceso interno y externo del grupo PROMOVIDAS, logrando así la retroalimentación del proceso.

6.3 FASES DE LA PROPUESTA DEL PLAN DE MONITOREO

Fase I. Identificación

Realizar un balance de las necesidades de información y los destinatarios de la misma.

Fase II. Construcción

Establecer los indicadores de medición y los instrumentos de recolección de la información.

Fase III. Implementación

Ejecutar el plan de monitoreo.

Fase IV. Análisis.

Identificar el avance en el desarrollo de las actividades y los resultados y los lineamientos generales de los informes organizados.

6.4 DESARROLLO OPERATIVO Y METODOLÓGICO DE LAS FASES

6.4. 1 Desarrollo Operativo y Metodológico de la Fase I: Identificación

6.4.1.1 Plan operativo

Objetivo 1.

Identificar las necesidades de información que se requieran para desarrollar el monitoreo del proceso teniendo en cuenta los intereses de cada destinatario de la información.

Cuadro 18. Identificación

Propósito	Realizar un balance de las necesidades de información y los destinatarios de la misma.
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> - Reuniones para detectar las necesidades de información. - Mesas de discusión para determinar los actores destinatarios de la información del monitoreo (usuarios de la información y partes interesadas). - Sesiones de trabajo para establecer los fines de la información para cada destinatario.

Resultados Esperados	Matriz de necesidades de información y de destinatarios.
Responsables	Mesa de Participación Comunitaria en Salud, estudiante en práctica de Trabajo Social y Equipo Gestor Social

Fuente: La Autora, 2012.

6.4.1.2 Desarrollo metodológico

Esta fase se centrará en conocer las necesidades de información para el monitoreo del proceso de intervención planteado en el periodo de práctica e identificar a los destinatarios de la misma con el fin de realizar un balance de estos dos aspectos.

En los procesos de monitoreo, como primera medida, se debe tener claridad respecto a las necesidades de información, pues tanto los participantes del proceso de organización comunitaria como las entidades que respaldan o en algún momento se interesan en apoyar esta experiencia, requieren de información exacta y oportuna que les permita evaluar lo que se está haciendo. A continuación, encontrará algunas preguntas respecto a las necesidades de información sobre los procesos sociales que se desarrollen, que podrían resultar pertinentes para el grupo.

Cuadro 19. Necesidades de información

Necesidades de Información

- **Resultados.** ¿Qué es lo que se ha logrado? ¿Cómo sabemos que el proceso ha producido los resultados deseados?
- **Evaluación del progreso.** ¿Se están logrando los objetivos? ¿En el proceso se está haciendo lo que se propuso en la planeación?
- **Identificación de puntos fuertes y débiles.** ¿En dónde necesita el proceso o la experiencia comunitaria mejoramiento y cómo puede este efectuarse? ¿Continúan siendo adecuados los objetivos originales?
- **Comprobación de la eficacia.** ¿Qué resultados o impactos decisivos ha tenido el proceso o experiencia? ¿Se puede mejorar? ¿En qué aspectos?

Fuente: Lineamientos de monitoreo y evaluación⁹³.

Una vez definidas colectivamente las necesidades de información del monitoreo, se procede a identificar a los diferentes actores a quienes puede interesarles la información respecto a los avances del proceso. Por lo tanto, es necesario elaborar una lista, lo más completa posible, de personas, instituciones u organizaciones. Para tal fin, se puede recurrir como técnica a la lluvia de ideas.

Evidentemente, un grupo de diferentes personas y organizaciones ajenas al proceso, pueden estar interesadas en la información que se suministre respecto al avance de la experiencia comunitaria. Esas personas se llamarán “usuarios de la información”⁹⁴. Además, existe otro grupo a quienes les concierne directamente los resultados para la toma de decisiones, a ellos se les llama “partes interesadas”⁹⁵. Finalmente, se encuentran los especialistas o profesionales de diversas áreas que en su momento participen en la organización o que orienten el

⁹³ BARTON, Tom. Lineamientos de monitoreo y evaluación ¿Qué tal vamos? Grupo Especial de Monitoreo y Evaluación de CARE International. Uganda, 1997. p.10.

⁹⁴ Ibíd., p.12.

⁹⁵ Ibíd.,

monitoreo, aunque sus aportes son relevantes, pueden generar un sesgo, que afectaría la calidad del proceso. Los resultados de la información deben procurar responder a los intereses de cada grupo.

Generalmente, la información obtenida en el monitoreo tiene como fin, informar a quienes deben tomar decisiones acerca del proceso y ofrecer una descripción a aquellos que quieran aprender de él. Si el trabajo realizado desde la organización es exitoso, despertará el interés de los inversionistas sociales o buscará replicarse en otros contextos.

A continuación, se desarrollará a manera de ejemplo la identificación de las necesidades de información y los destinatarios, al momento de monitorear alguna de las fases del proceso que se exponen en el capítulo 4 de este documento. Sin embargo, se recuerda que el plan de monitoreo debe darse de manera participativa. Lo cual significa que la siguiente actividad será producto del trabajo que la persona orientadora realice con el grupo.

Cuadro 20. Identificación de necesidades de información y destinatarios

	DESTINATARIOS	CLASE O NECESIDAD DE INFORMACIÓN	FIN DE LA INFORMACIÓN
USUARIOS DE LA INFORMACIÓN	Comunidad en general	Objetivos, metas, actividades y resultados (efectos sobre la comunidad)	Conocer los beneficios o contribuciones y obtener información.
	Instituciones, empresas u organizaciones que hacen presencia en la zona	Objetivos, metas, actividades, resultados (efectos sobre la comunidad), evaluación del progreso y comprobación de eficacia.	Conocer los beneficios o contribuciones, obtener información e involucrarse en el proceso.

PARTES INTERESADAS	Grupo PROMOVIDAS	Objetivos, metas, actividades, resultados, evaluación del progreso, identificación de puntos débiles y fuertes y comprobación de la eficacia.	Identificar las limitaciones, obstáculos o deficiencias y los aciertos. Comparar las actividades realizadas con las metas. Tomar decisiones y retroalimentar la experiencia.
	Campo Escuela Colorado	Objetivos, metas, actividades, resultados, evaluación del progreso, identificación de puntos débiles y fuertes y comprobación de la eficacia.	Identificar las limitaciones, obstáculos o deficiencias y los aciertos. Comparar las actividades realizadas con las metas. Tomar decisiones y retroalimentar la experiencia.

Fuente: La Autora, 2012.

6.4. 2 Desarrollo Operativo y Metodológico de la Fase II: Construcción

6.4.2.1 Plan operativo

Objetivo 2

Construir los indicadores de medición que permitan responder a las necesidades de información identificadas y los instrumentos de recolección que garanticen la confiabilidad y calidad de los datos obtenidos.

Cuadro 21. Construcción

Propósito	Establecer los indicadores de medición y los instrumentos de recolección de la información.
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> - Realización de talleres sobre tipos de indicadores. - Orientación sobre la eficacia y pertinencia de los indicadores. - Sesiones de trabajo para conceptualizar y establecer los indicadores. - Orientación respecto a las técnicas cualitativas y cuantitativas de recolección de información. - Grupos de discusión para la fijación de los instrumentos de recolección de la información. - Aplicación de una prueba piloto para determinar la confiabilidad y validez de los instrumentos. - Mesas de trabajo para realizar los ajustes necesarios a los instrumentos de recolección.
Resultados Esperados	Cuadro de indicadores de medición e instrumentos de recolección de la información.
Responsables	Mesa de Participación Comunitaria en Salud, estudiante en práctica de Trabajo Social y Profesional de Trabajo Social.

Fuente: La Autora, 2012.

6.4.2.2 Desarrollo metodológico

Una vez realizada la matriz de necesidades de información y destinatarios, se dará paso a la construcción de indicadores de medición y a los instrumentos de recolección de la información. Para dicho proceso, se tendrá que dotar de conocimientos específicos a los participantes respecto a los indicadores y técnicas cualitativas y cuantitativas de recolección, que respondan a la eficacia y pertinencia del proceso.

Los indicadores se refieren a “criterios cualitativos o cuantitativos que se emplean para comprobar si han ocurrido los cambios propuestos”⁹⁶. No obstante, la medición social es un proceso que se ha caracterizado por tener un sesgo cuantitativo, existe “una dependencia excesiva de una información cuantitativa que excluye explicaciones, voces humanas y el carácter real de lo que está sucediendo”⁹⁷. Es así como durante el desarrollo de la propuesta, se espera involucrar esos criterios cualitativos, logrando así mayor confiabilidad y calidad de la información que suministrará el monitoreo.

Como primera medida, en esta experiencia de organización comunitaria es importante saber ¿qué se quiere monitorear?, se sugiere realizar el seguimiento a las actividades del grupo (monitoreo interno – indicadores de producto) y a los efectos en la comunidad (monitoreo externo – indicadores de efecto). Lo anterior, teniendo en cuenta que los indicadores permitirán medir o demostrar el éxito, los avances y los puntos críticos del proceso con respecto a los objetivos fijados desde la propuesta de intervención y a los de la organización.

Existen tipos de indicadores por nivel de objetivo y tipos comunes de indicadores, descritos a continuación, los cuales se consideran relevantes para el monitoreo de la experiencia por cuanto esta requiere de indicadores de impacto, de efecto, producto y proceso, además de demandar indicadores de pertinencia, disponibilidad, accesibilidad, cobertura, calidad, eficiencia, entre otros, que den cuenta de los avances y retos de la mesa de participación comunitaria en salud.

⁹⁶ *Ibíd.*, p.58.

⁹⁷ *Ibíd.*, p.19.

Cuadro 22. Tipos de indicadores por nivel de objetivo

JERARQUÍA DE OBJETIVOS	TIPO DE INDICADOR	DESCRIPCIÓN DE TIPO DE INDICADOR
Objetivo final	Impacto	Evalúa el cambio efectivo en las condiciones del problema básico identificado.
Meta intermedia	Efecto	Describe las respuestas de la población objetivo a los productos del proyecto, por ejemplo, cambio de comportamiento, reacciones y percepciones.
Producto	Producto	Describe los productos del proyecto y el resultado directo de las actividades.
Actividades	Proceso	Describe las actividades del proyecto (o procesos).

Fuente: Lineamientos de monitoreo y evaluación⁹⁸

Cuadro 23. Tipos de indicadores comunes

TIPOS DE INDICADOR	¿QUÉ INDICAN?	EJEMPLOS
Indicadores de disponibilidad	Estos indican si existe algo o si está disponible.	Si hay una persona en el grupo por cada vereda del corregimiento.

⁹⁸ Ibíd., p.58.

Indicadores de pertinencia	Indican hasta qué punto una cosa es pertinente o apropiada.	Si las actividades programadas generan mayor participación.
Indicadores de accesibilidad	Indican si lo que existe está realmente dentro del alcance de los que lo necesitan.	La participación en el grupo está fuera del alcance de las personas de las veredas por dificultades de movilización o pobreza.
Indicadores de utilización	Indican en qué medida una cosa que se ha hecho disponible se está utilizando para tal fin.	Cuántas personas afectadas directamente por las condiciones de salud del corregimiento participan en el grupo PROMOVIDAS.
Indicadores de cobertura	Indican qué proporción de los que necesitan algo lo están recibiendo.	Del número de personas que, según se estima, realizan trabajos de alto riesgo, qué porcentaje está recibiendo sus servicios de atención médica en el Centro de Salud del Corregimiento.
Indicadores de calidad	Indican la calidad o la norma de algo.	Si el agua no está contaminada con sustancias u organismos nocivos que causan enfermedades.
Indicadores de esfuerzo	Estos indican cuánto y qué se está invirtiendo para lograr los objetivos.	Cuánto tiempo toma elaborar el diagnóstico de la situación de salud en el corregimiento de manera participativa con el grupo
Indicadores de eficiencia	Indican si los recursos humanos, materiales y las actividades se están aprovechando lo mejor posible para lograr los objetivos	Número, frecuencia y calidad de las visitas de veeduría por parte del grupo Promovidas al Centro de Salud después de recibir la capacitación en el tema.

Indicadores de impacto	Indican si lo que se está haciendo, está teniendo realmente un impacto.	Después de ejecutado el proyecto de estilos de vida saludable, ¿se reduce el número de enfermedades ocasionadas por este factor?
-------------------------------	---	--

Fuente: Lineamientos de monitoreo y evaluación⁹⁹

Determinar los tipos de indicador a utilizar en el monitoreo, es una tarea ardua que requiere de los participantes en el proceso el conocimiento exhaustivo del tema. Generalmente, se generan una serie de problemas metodológicos para la consecución de los indicadores adecuados. Por lo tanto, es necesario tener en cuenta durante el plan de monitoreo participativo, ciertos criterios prioritarios aplicables a los indicadores, que facilitan su selección, entre ellos están tales como la pertinencia, que sean técnicamente viables, confiables, utilizables y participativos.

Cuadro 24. Criterios prioritarios aplicables a los indicadores

CRITERIO PRIORITARIO	DEFINICIÓN
Pertinentes	Los indicadores deben estar directamente relacionados con los objetivos del proyecto y de la organización.
Técnicamente viables	Los indicadores deben poderse evaluar o medir.
Confiables	Deben ser verificables y (relativamente) objetivos.
Utilizables	Los participantes deberán estar en condiciones de comprender y utilizar la información proporcionada por los indicadores para la toma de decisiones y la retroalimentación del proceso.
Participativos	Los indicadores deberán realizarse con los sujetos de intervención.

Fuente: Lineamientos de monitoreo y evaluación¹⁰⁰

⁹⁹ Adaptado de BARTON, Tom. Ibíd., p.66.

Con base en la información anterior, es decir, una vez se definan los indicadores teniendo en cuenta lo que se quiere monitorear, se debe proceder a definir conceptualmente las variables de esos indicadores para luego construirlos ya sea en términos de razón, grado, índice, proporción, porcentaje, tasas o demás definiciones algorítmicas que se requieran. En cuanto a la definición conceptual de las variables, se sugiere tener siempre presente las expresadas en los siguientes cuadros, debido a que responden a la razón de ser del proceso interno y externo del grupo.

Cuadro 25. Variable para el monitoreo a nivel interno del proceso

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL
Participación comunitaria en salud	““el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión evaluación y veeduría en salud” ¹⁰¹

Fuente: La Autora, 2012.

Cuadro 26. Variables para el monitoreo a nivel externo del proceso

VARIABLE	DEFINICIÓN
Medio ambiente	Estado del ambiente físico, psicológico y socio-cultural que llega a afectar la salud.
Estilos de vida	Prácticas culturales que influyen en el proceso de salud-enfermedad.
Atención en salud.	Manera en que los pobladores se organizan para brindar y recibir atención de salud.

Fuente: La Autora, 2012.

¹⁰⁰ Ibid., p60.

¹⁰¹ Decreto 1757 de 1994. Op.cit.,

Una vez definidas las variables conceptualmente con el grupo, se procederá a operacionalizarlas con el fin de precisar lo que se quiere monitorear. Luego, continuando con la fase de construcción, el orientador del proceso deberá generar grupos de discusión en torno a la fijación de los instrumentos ya sean de tipo cualitativo (generalmente se recomienda utilizar la entrevista individuales a profundidad, la observación y las entrevistas a grupos focales), o cuantitativo (encuestas). Como criterios para seleccionar las fuentes, CONRAID establece algunos de los que se exponen a continuación y se recomienda tener en cuenta al momento de orientar al grupo que realizará el monitoreo.

“En la selección de técnicas más apropiadas para cada caso, se debe tener en cuenta los siguientes criterios: tipo de información que se requiere según las variables seleccionadas como relevantes y los indicadores formulados; la ubicación del proceso y la naturaleza de su población objetivo, la calificación de personas que participarán en la recolección y análisis de los datos, los recursos y tiempos disponibles”
102

Los instrumentos que se construyan, deberán ser aplicados en una prueba piloto para garantizar su validez y confiabilidad, al efectuarles los ajustes pertinentes. De la fase de construcción, se espera como resultado, obtener un cuadro con los indicadores y los instrumentos de recolección de información para dar continuidad a la siguiente fase que se centrará en la implementación del monitoreo.

¹⁰² CONRAID. Sistema de planeación, seguimiento y evaluación CONRAID – Colombia. Guía metodológica. Bogotá, 2001. p.91.

6.4. 3 Desarrollo Operativo y Metodológico de la Fase III: Implementación

6.4.3.1 Plan operativo

Objetivo 3

Implementar el plan de monitoreo participativo con el grupo PROMOVIDAS.

Cuadro 27. Implementación

Propósito	Ejecutar el plan de monitoreo.
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> - Orientación de los software de registro de información. - Sesiones de trabajo para determinar el software de registro de información. - Capacitación de los responsables del registro y tabulación de la información. - Mesas de discusión para fijar los supervisores del proceso. - Aplicación de los instrumentos para el monitoreo.
Resultados Esperados	Instrumentos de recolección diligenciados.
Responsables	Mesa de Participación Comunitaria en Salud, estudiante en práctica de Trabajo Social y Profesional de Trabajo Social.

Fuente: La Autora, 2012.

6.4.3.2 Desarrollo metodológico

En la fase de implementación se tiene como propósito ejecutar el plan de monitoreo. Dentro de ese proceso, deberá orientarse a los participantes sobre los software existentes para el registro de la información, para que a través de sesiones de trabajo se determine colectivamente el más pertinente.

Los software informáticos para el registro de información, permiten manipular grandes cantidades de datos, ahorrar tiempo (factor importante en las comunidades), hace posibles los cálculos más exactos disminuyendo el margen de error y llevan a centrar la atención principalmente en las tareas conceptuales y de análisis que se requieren, más allá de las mecánicas. Sin embargo, pese a las ventajas que presentan estos tipos de software, aprender a manejarlos requiere de cierto esfuerzo y manejo básico de computadores. Como recomendación, se sugiere utilizar para el manejo de información de tipo cuantitativo el Statistical Package for the Social Sciences – SPSS y para la información de tipo cualitativo el Atlas ti. Asimismo, se resalta la importancia que Campo Escuela Colorado tenga entre sus materiales este tipo de herramientas que permitirán la investigación social.

Ahora bien, un punto fundamental es la capacitación y sensibilización de las personas que se harán responsables de levantar y procesar la información, es decir, a aquellos que se encargarán de la aplicación de los instrumentos y la tabulación de los datos, para minimizar los márgenes de error. Este punto determinará el éxito del monitoreo y la confiabilidad y calidad de la información que suministre; por lo cual, se requiere fijar un grupo de supervisores del proceso a través de las mesas de discusión que se den al interior del grupo.

Del levantamiento de la información al implementar el monitoreo, se busca como resultado de esta fase obtener los instrumentos de recolección de la información diligenciados.

6.4. 4 Desarrollo Operativo y Metodológico de la Fase IV: Análisis

6.4.4.1 Plan operativo

Objetivo 4

Analizar de manera colectiva la información recolectada en los instrumentos para la toma de decisiones respecto al proceso interno y externo del grupo PROMOVIDAS, logrando así la retroalimentación del proceso.

Cuadro 28. Análisis

Propósito	Identificar el avance en el desarrollo de las actividades y los resultados y los lineamientos generales de los informes organizados.
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> - Mesas de trabajo para la clasificación de la información. - Grupos de trabajo para la tabulación de la información recolectada. - Reuniones de orientación respecto a las diversos tipos de presentación de informes. - Sesiones de trabajo para determinar el tipo de informe a presentar y establecer su periodicidad. - Mesas de discusión para la interpretación de la información. - Socialización de los resultados obtenidos con los destinatarios de la información. - Grupos de diálogo para la toma de decisiones y propuestas de ajuste. - Planteamiento de estrategias para la retroalimentación del proceso.
Resultados Esperados	<p>Guía para la presentación de informes. Informe de resultados. Propuestas de ajuste.</p>
Responsables	Supervisores del proceso, Mesa de Participación Comunitaria en Salud, estudiante en práctica de Trabajo Social y Profesional de Trabajo Social.

Fuente: La Autora, 2012.

6.4.4.2 Desarrollo metodológico

Teniendo como insumo los datos registrados en los instrumentos ya aplicados, para finalizar, en el desarrollo de esta fase del monitoreo participativo, se tiene como objetivo analizar la información recolectada para la toma de decisiones y retroalimentación del proceso. Como primera medida, tendrá que clasificarse la información, tabularla y extraer los datos relevantes para el monitoreo que den cuenta a las necesidades de información de cada destinatario.

El análisis de la información se sugiere que lo realice el grupo con la asesoría de la persona que orienta el proceso, para luego socializarla en primera medida con las partes interesadas y posteriormente con los demás usuarios de la información. Sin embargo, para realizar la socialización de los resultados obtenidos en el monitoreo, el grupo tendrá que definir el tipo de informe a presentar ante los destinatarios y la periodicidad de los mismos, estableciendo un cronograma del monitoreo, los informes pueden ser de tipo descriptivo-comparativo, analítico, acumulativo, numérico o gráfico. Asimismo, se requiere de la construcción de una guía para la presentación de los informes. De esta manera, se sugiere remitirse al Anexo F, donde se sugiere una guía formulada por CORDAID¹⁰³ que ha sido adaptada, para buscar más allá de generar un informe netamente descriptivo, que sea más de tipo analítico.

¹⁰³Ibíd., p. 96

6.6 CRONOGRAMA

FASES / ACTIVIDADES	Mes 1				Mes 2				Mes 3				Mes 4				Mes 5				Mes 6				Mes 7				Mes 8				Mes 9				Mes 10				Mes 11				Mes 12											
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4								
FASE 1. Identificación																																																								
Reuniones para detectar las necesidades de información.																																																								
Mesas de discusión para determinar los actores destinatarios de la información del monitoreo (usuarios de la información y partes interesadas).																																																								
Sesiones de trabajo para establecer la función de cada destinatario de la información.																																																								

FASES / ACTIVIDADES	Mes 1				Mes 2				Mes 3				Mes 4				Mes 5				Mes 6				Mes 7				Mes 8				Mes 9				Mes 10				Mes 11				Mes 12											
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4								
FASE 2. Construcción																																																								
Realización de talleres sobre tipos de indicadores.																																																								
Orientación sobre la eficacia y pertinencia de los indicadores.																																																								
Sesiones de trabajo para conceptualizar y establecer los indicadores de medición.																																																								
Orientación respecto a las técnicas cualitativas y cuantitativas de recolección de información.																																																								
Grupos de discusión para la fijación de los instrumentos de recolección de la información.																																																								
Aplicación de una prueba piloto para determinar la confiabilidad y validez de los instrumentos.																																																								
Mesas de trabajo para realizar los ajustes necesarios a los instrumentos de recolección.																																																								

6.7 ASIGNACIÓN DE RECURSOS

Cuadro 29. Rubro presupuestal

Rubro Presupuestal	Valor Mensual	Valor Total
Honorarios profesionales*	2.500.000	30.000.000
Auxiliatura profesional en formación**	1.200.000	14.400.000
Suministros de papelería***	100.000	1.200.000
Software de registro de información****	10.000.000	10.000.000
Complementarios*****	100.000	1.200.000
TOTAL	13.900.000	56.800.000

Fuente: La Autora, 2012.

* Remuneración mensual de los servicios prestados por el profesional de Trabajo Social durante un periodo de 12 meses para que oriente la propuesta.

** Auxilio económico a la profesional en formación para que acompañe el proceso durante un periodo de 12 meses.

*** Gastos relacionados con los implementos necesarios de papelería para ejecutar la propuesta durante un periodo de 12 meses.

**** Software necesario para la tabulación y análisis de la información, solo tendrá que cancelarse este valor el primer mes.

***** Indica los gastos generados con las actividades de capacitación, refrigerios, transporte e insumos varios.

CONCLUSIONES

Los Determinantes Sociales de la Salud –DSS., se constituyen en la causa fundamental de las inequidades existentes en este campo y han contribuido a dificultar las condiciones de vida de los seres humanos. Tener en cuenta los DSS, al momento de abordar la problemática de una comunidad, brinda una gran posibilidad de reducir la brecha existente y de formular políticas de salud integrales, que vayan más allá de la prestación de servicios de atención de la salud.

La participación comunitaria en salud, se constituye en la estrategia fundamental para lograr el bienestar social, a partir del empoderamiento de los sujetos implicados, que se obtiene a partir del diálogo de saberes, generando de esta manera, movilizaciones sociales conscientes del poder que se tiene como colectividad.

Los procesos de participación comunitaria, dependen de la voluntad tanto de la institución para realizar la inversión necesaria, como de los pobladores, quienes deben invertir tiempo en un proceso que implica trabajo continuo y perseverancia, con el fin de obtener el tan anhelado bienestar social.

De la misma manera, los profesionales de Trabajo Social deben dotarse de herramientas teóricas y metodológicas que les permita afrontar los eventos que se presenten en el desarrollo de la intervención y actuar de manera asertiva. Es fundamental que constantemente actualicen sus bases teóricas para renovar su perspectiva y ampliar el campo de acción.

En este punto, cabe resaltar la labor de la Universidad en la búsqueda de espacios que garanticen la formación integral de futuros profesionales. No obstante, se espera que al ser una institución con alto compromiso ético que va más allá de la obtención de recursos económicos, garantice procesos sociales en las comunidades, que aunque no generan un impacto inmediato, procuran bienestar a largo plazo.

Es así como la intervención de los estudiantes en práctica no ha generado el impacto que se esperaría en una zona donde se hace presencia por más de cinco años, al realizar acciones que responden a necesidades inmediatas. Sin embargo, se deja claro que la Escuela de Trabajo Social cumple un papel protagónico en este aspecto y no se refleja su presencia como un cuerpo docente que está detrás del desarrollo del Campo, sino como acciones individuales por parte de estudiantes y supervisores de turno.

RECOMENDACIONES

La Escuela de Trabajo Social de la Universidad, debe procurar involucrarse directamente en el campo, lo cual le permitirá evaluar el proceso de acuerdo a los tiempos de la comunidad que se diferencian significativamente de los tiempos de la estudiante en práctica. Es importante tener en cuenta que el activismo puede llevar a la manipulación de la población y a cumplir con una serie resultados que benefician a la academia pero no reflejan avances en el proceso, que como su nombre lo indica, depende de la variable tiempo.

Es fundamental que en el inicio de la práctica académica, se suministre al profesional en formación los avances no solo del área de Gestión Social en la región, sino específicamente en materia de Salud. Pues las fallas en la comunicación entre el equipo Gestor Social y la profesional en formación, podrían llevar a desarrollar un trabajo desarticulado.

Por otro lado, vale la pena aclarar que la baja participación de veredas como el Paraíso y Puerto Rico se debe a las limitaciones de movilidad que existe para que estas personas se dirijan a la cabecera urbana, lugar en el que se realizan las reuniones, pues las constantes lluvias impiden el tránsito seguro de las personas interesadas. Igualmente, durante el periodo de intervención, la profesional en formación no contó con la facilidad de dirigirse directamente a estas veredas por ausencia de transporte a la zona. Se recomienda entonces que se brinde facilidad de movilidad al profesional en formación a las zonas de difícil acceso con el fin de obtener mayor éxito en la intervención.

Con la vereda los Colorados, la situación es diferente, aunque se habló con algunas personas que la integran, se realizó el mismo proceso de convocatoria y las personas de la Mesa les han ido invitando a las sesiones, los habitantes de la vereda se niegan a hacer parte del proceso. Al preguntar a los habitantes de la vereda el motivo de su nula participación, aseguran que no desean mantener relaciones con las personas de la cabecera del corregimiento, por disputas que se han dado entre los líderes comunales en materia de empleo ofertado por la industria petrolera. Por este motivo, se sugiere replantear la manera en que se realiza la oferta laboral en la zona, debido a que existen focos de corrupción que llevan a fracturar aun más el tejido social.

Finalmente, se invita a continuar con el acompañamiento y la orientación profesional al grupo organizado en torno a la salud, pues corre el riesgo de desintegrarse o entrar en un estado de reposo durante el periodo de espera de la siguiente estudiante en práctica, lo cual sería perjudicial en este momento, debido a que la organización aun es muy joven y por lo tanto, no puede hablarse de un total empoderamiento de su situación.

BIBLIOGRAFÍA

BARTON, Tom. Lineamientos de monitoreo y evaluación ¿Qué tal vamos? Grupo Especial de Monitoreo y Evaluación de CARE International. Uganda, 1997. 144p.

BANG, Claudia. Debates y controversias sobre el concepto de participación comunitaria en salud: una revisión histórica. 40p. (En línea): <http://issuu.com/eajournal/docs/debates-participacion-comunitaria-en-salud>

CARTA DE OTTAWA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD. 4p. (En línea): www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf

CONDE, Alfonso. Sistema Estatal de Educación Superior. Ponencia presentada ante el I Congreso Nacional Universitario. Barranquilla, diciembre de 1999. 18p.

CORDAID. Sistema de planeación, seguimiento y evaluación CORDAID – Colombia. Guía metodológica. Bogotá, 2001. 107p.

DUQUE DAZA, Javier. Saberes aplicados, comunidades y acción colectiva. Una introducción al trabajo comunitario. Santiago de Cali: Programa Editorial Universidad del Valle, 2010.152p.

ECOPETROL-UIS. Convenio Interadministrativo de Cooperación Empresarial con fines Científicos y Tecnológicos.43p.

GELIFUS, F. 80 herramientas para el desarrollo participativo: diagnóstico, planificación, monitoreo, evaluación. Prochamate-IIICA. San Salvador, El Salvador. 208p.

GONZALES, Julio. Educación, movilización social y abogacía para promover la salud. Revista Médica del Uruguay 2002; VOL. 18:192-197. (En línea): www.rmu.org.uy/revista/2002v3/art2.pdf

ISAZA VILLA, Sergio. Sobre la salud en Colombia. Federación médica colombiana. (Noviembre 09 de 2011) (En línea): <http://fmc.encolombia.com/fmc/fmc-saludencolombia.htm>

JARAMILLO, Mónica. Elementos conceptuales y propuesta metodológica para la elaboración del protocolo ético de la UIS. Trabajo de grado para adquirir el título

de filósofa. Universidad Industrial de Santander. Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Filosofía. Bucaramanga, 2008.30p.

LEON TORRES, Andrea. Manual instructivo de mecanismos de participación ciudadana y modalidades de participación comunitaria de la gerencia de salud del municipio de Yopal. Alcaldía de Yopal. Marzo, 2008. 22p.

OMS. Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Marzo, 2005. 72p.

OMS. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Agosto, 2008. 40p.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – OPS., 2002.

PALMERAS DE YARIMA, AGROINDUSTRIAS VILLACLAUDIA Y EL PROGRAMA DE DESARROLLO Y PAZ DEL MAGDALENA MEDIO. Diagnóstico socioeconómico para el levantamiento de la línea base hacia el desarrollo social en el corregimiento de Yarima para la definición de líneas productivas y sociales. Yarima, 2009. 215p.

PEREYRA ZALDÍVAR, Héctor. Factores determinantes de la Salud. En: Salud Comunitaria, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú, 146p. (En línea): www.epiredperu.net/epired/cursos/...bas-mh/epibas_ppt19_111.pdf

PINZÓN, Ángela. et.al. Estudio de caso de la participación social en salud en los municipios de provincia de Gualivá (Cundimarca). Grupo de Investigación en Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad del Rosario. Bogotá, 2005. 20p.

PRATESI, Ana Rosa. Salud Pública y Participación Comunitaria.22p. (En línea): www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/DCRAM042.pdf

SINFUENTES, Augusto. La Universidad Industrial de Santander: ni científica, ni de masas. En: Revista TRASOS UIS, febrero de 2004. 26-28p.

TEJERINA, Benjamín. Multiculturalismo, movilización social y procesos de construcción de identidad en el contexto de la globalización. Departamento de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación. Universidad del País Vasco. p.21. Consultado el 08 de enero de 2012. En línea: www.ces.fe.uc.pt/publicacoes/oficina/187/187.pdf

TORRES, Muricio; PAREDES, Natalia. El caso colombiano: el mercado no es para todos y todas. En: Derecho a la salud, situación de países de AL. Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo. 250p.

ULLOA, Luis Felipe. ¿Empoderamiento de las organizaciones de base desde proyectos de desarrollo? Fundación Neo-Humanista. Bogotá, 1999. 118p.

UNIÓN TEMPORAL GRUPO EMPRESARIAL DE LA SALUD. Portafolio de servicios. Servicios con calidad y sentido humano. Hospital San Juan de Dios. San Vicente de Chucurí, Santander, 2011.18p.

UNIVERSIDAD DEL SALVADOR. Diferencia entre salud pública, salud comunitaria y medicina familiar. 12p. (En línea): <http://es.scribd.com/doc/37653044/Diferencia-entre-Salud-Publica-Salud-Comunitaria-y-Salud-Familiar>

VEGA, Jeanette; SOLAR, Orielle; IRWIN, Alec. Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. Equipo de Equidad en Salud de la OMS., 2006. 10p.

ANEXOS

ANEXO A. FOTOGRAFÍAS CENTRO DE SALUD

Foto 1. Sala de partos



Fuente: la Autora, 2011.

Foto 2. Sala de observación



Fuente: la Autora, 2011.

Foto 3. Archivo



Fuente: la Autora, 2011.

Foto 4. Estado del techo. Salón deshabilitado.



Fuente: la Autora, 2011.

Foto 5. Sala de espera




Fuente: la Autora, 2011.

Foto 6. Farmacia



Fuente: la Autora, 2011.

ANEXO B. FORMATO DIÁLOGO CON INFORMANTES CLAVE

	MESA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD	Fecha :
	FORMATO DIÁLOGO CON INFORMANTES CLAVE	Lugar:
		Página 120

Datos del Informante Clave

Nombre: _____

Edad: _____

Número de contacto: _____

Lugar de procedencia: _____

Preguntas Orientadoras:

¿Desde qué edad vive en el corregimiento?

¿Cómo define la salud?

¿Qué aspectos influyen en el estado de salud?

¿Cuál es su percepción frente al estado de salud en el corregimiento?

En su opinión, ¿cómo debería participar el Estado en el mejoramiento de la salud?

¿Cuál sería su aporte al mejoramiento del estado de la salud de la comunidad?

¿Cree usted que la organización comunitaria permitiría mejorar el estado de salud del corregimiento?


¿Conoce experiencias organizativas exitosas?

¿Si recibieran orientación profesional, usted estaría dispuesto a organizarse y participar en el del estado de salud de la comunidad?

Observaciones:

Nombre del entrevistador:

ANEXO C. FORMATO PREPARACIÓN DE ACTIVIDADES

	MESA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD	Fecha : _____
	FORMATO DE PREPARACIÓN DE ACTIVIDADES	Lugar: _____
		Página 121

Sesión No.

OBJETIVO DEL PROCESO EN GENERAL

Como su nombre lo indica, se escribe el objetivo de la intervención.

OBJETIVO (S)

Se especifican los resultados que se pretenden lograr al concluir la sesión. Los objetivos deben ser claros y viables de acuerdo con el tiempo propuesto.

DURACIÓN

Aquí se especifica el tiempo que se ha planteado para el cumplimiento del o los objetivos. Se debe tener en cuenta el tamaño del grupo.

POBLACIÓN

Se escriben las características generales de las personas a las que va dirigida la sesión.

PREMISAS BÁSICAS

Es el listado de temas y conceptos que se van a revisar


METODOLOGÍA

El diseño metodológico favorece la comprensión y el manejo del tema, de acuerdo con las características de cada grupo. Por lo tanto, es necesario diseñar las actividades teniendo en cuenta los siguientes elementos:

- **Tiempo de Bienvenida**
- **Ejercicio de ambientación:** necesario para fortalecer la cohesión de grupo.
- **Encuadre:** se ponen a consideración las reglas para el manejo de cada actividad.

- **Materiales:** se enlistan los materiales de apoyo necesarios para el desarrollo de la sesión.
- **Descripción de la actividad:** se describen con detalle los pasos que la persona orientadora deberá realizar para el cumplimiento de los objetivos.

EJEMPLO DEL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO

	MESA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD	Fecha : 30 nov 2011
	FORMATO DE PREPARACIÓN DE ACTIVIDADES	Lugar: CEC
		Página 122

Sesión No. 1

OBJETIVO DE INTERVENCIÓN

Generar espacios de reflexión y diálogo en torno a la situación de salud de la población del corregimiento de Yarima, contribuyendo a la comprensión de la problemática y promoviendo el empoderamiento de los sujetos de intervención respecto al ejercicio de su derecho a la salud.

OBJETIVO (S)

Sensibilizar a los asistentes respecto al estado de salud del corregimiento.

DURACIÓN

Dos horas

POBLACIÓN

Hombres y mujeres del corregimiento de Yarima.

PREMISAS BÁSICAS

Concepto de Salud

Determinantes de la Salud
Determinantes Sociales de la Salud

METODOLOGÍA

- **Tiempo de Bienvenida**
(5 minutos) Saludo inicial y explicación de los objetivos del proceso y la sesión.

- **Encuadre**
Se ponen a consideración las reglas para el manejo de la actividad, entre las cuales están:
 - El respeto por la palabra y opiniones de las demás personas.
 - Mantener la escucha activa.

- **Ejercicio de ambientación:** necesario para fortalecer la cohesión de grupo.

Tiempo: 20 min

Participantes: asistentes.

Desarrollo: en un recipiente, se ponen bolitas de papel rojo, verde y azul. Se pide a las personas participantes que tomen la cantidad de papeles que quieran, por lo general unos toman más y otros toman menos, la persona que dirige la sesión también debe tomar papeles. Una vez inicia el encuentro entre los participantes deben decir su nombre y por cada papel que han agarrado, una característica suya o las expectativas que tiene para el momento.

Materiales

Bolitas de papel de tres colores diferentes.

Descripción de la actividad: como primera medida, la orientadora explica a los participantes el proceso de intervención, para después preguntarles su concepto de salud, luego, pasa el video que se realizó identificando la problemática. Una vez proyectado el video, se pregunta a la comunidad ¿qué fue lo que más les llamó la atención?, después, define el concepto de salud desde la OMS y sugiere la construcción del concepto de salud del grupo. Para finalizar, se establece la fecha de la próxima reunión.

ANEXO D. POLÍTICA ORGANIZATIVA PROMOVIDAS

NOMBRE: Promovidias –Promotores de Vida y Salud.

ESLOGAN: Unidos prevenimos y exigimos bienestar colectivo.

LOGO:




MISIÓN. Somos un equipo de líderes del corregimiento de Yarima que buscamos el progreso social en materia de salud, basados en la no violencia, la solidaridad y el respeto por la diferencia.

VISIÓN. En el 2014 habremos contribuido al mejoramiento de la calidad de vida de los pobladores.

PILARES FUNDAMENTALES. La No violencia, la Solidaridad y el Respeto por la Diferencia

VALORES. Responsabilidad, compromiso, igualdad, perseverancia, honradez, disciplina y trabajo en equipo.

ANEXO E. ACTA REUNIÓN SALUD

	Convenio Interadministrativo de Colaboración Empresarial con Fines Científicos y Tecnológicos Celebrado entre Ecopetrol S.A y la UIS	PGAD.01
	GESTIÓN ADMINISTRATIVA ACTA DE REUNIÓN	Versión: 03
		Página 125 de 129

1. DESCRIPCIÓN DE LA REUNIÓN

Proceso: Análisis para el mejoramiento de condiciones en el Sector Salud en Yarima		Acta No: 2	
Tema: 2 Conversatorio Servicios de Salud en el Corregimiento de Yarima, San Vicente de Chucurí			
<i>Fecha:</i>	<i>Hora Inicio:</i>	<i>Hora Fin:</i>	<i>Lugar:</i>
27 de Enero de 2012	10:00am	12:00m	Oficina CEC Yarima

Moderador (es): Gonzalo Corredor y Carmen Monsalve		
Participantes	Parte	Observaciones
Gustavo Gómez Corzo	Hospital San Vicente de Chucuri	Gerente
Angélica Arenas quintero	Servicios Asesorías Palmeras	
Nancy Reyes Pinzón	Palmeras de Yarima	
Diana Ardila Blanco	Servicios y asesorías Palmeras	
Duvier León	Comunidad	Miembro de PROMOVIDAS
Johana Linares	Practicante UIS	Trabajo Social
Martín León Gómez	Comunidad	Docente COLYARIMA
Gabriel Rico	Hospital San Vicente de Chucuri	
Sandra Milena Durán	Docente COLYARIMA	

Carmen Rosario Monsalve	Profesional Social WEI Ltd.	
Consuelo Carmona	Grupo PROMOVIDAS	Miembro de PROMOVIDAS
Leonor Chacón	Comunidad	Miembro de PROMOVIDAS

2. AGENDA DE LA REUNIÓN

<i>Actividad</i>	<i>Responsable</i>	<i>Tiempo</i>
Se verifica el cumplimiento de los Compromisos acordados en la reunión pasada.	Gonzalo Corredor	30'
Establecimiento de Compromisos.		

3. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Da inicio a la reunión Carmen Monsalve, quien da la bienvenida a los asistentes y cede la palabra al doctor Gabriel Rico, quien recuerda a los asistentes que ya se tiene el listado de las necesidades básicas del centro de salud.

Se retomaron los siguientes temas de la reunión pasada:

- Las deplorables condiciones del Centro de salud, su influencia directa que ésta tiene en la atención al usuario.
- Se lee la lista de aquellas personas que pueden prestar sus servicios profesionales para el centro de salud y se les solicita a los asistentes recordar a aquellas personas que su presencia y sus aportes en estas reuniones es de vital importancia para el mejoramiento de la atención en salud del corregimiento.
- Se lee la primera cotización del listado de necesidades.
- La comunidad manifiesta que no es conveniente y deteriora el servicio de salud prestado

que los médicos rurales tengan tiempo de rotación tan cortos, pidiendo que soluciones u opciones posibles existen para que sea mínimo de un año de permanencia en el corregimiento.

- Se trata nuevamente el tema de las remisiones de los pacientes a otros centros de atención, se le solicita a los representantes del Hospital de San Vicente de Chucuri, presentar en la próxima reunión cuales son las posibilidades reales de la población de Yarima referentes a la movilidad y remisión de los pacientes. Algunos de los asistentes piden a las empresas que se solidaricen con el transporte de los enfermos, pero se le recuerda a la comunidad que existen una normatividad muy clara para las empresas, en razón de la política de HSEQ y unas implicaciones legales que dificultan que los vehículos de las diferentes empresas se comprometan a transportar a los enfermos o heridos.
- Gustavo Gómez, comenta que realizaron un análisis de cuál es la EPS más favorable para la población del corregimiento y el Municipio, y llegaron a la conclusión que SALUCOOP es la EPS que más afiliados tiene en la zona y por lo tanto a EPS que más presencia hace. Mientras COOMEVA tiene tan solo 1.300 afiliados en todo el municipio.
- La comunidad manifiesta que es necesario que ésta conozca cuáles son sus derechos y deberes en relación a la atención en salud.
- Se establece que la próxima reunión será el día martes 14 de febrero en las oficinas del CEC Yarima.

ACUERDOS Y COMPROMISOS			
Descripción	Responsable	Fecha	Verificación
Enviar el listado de necesidades básicas por correo electrónico a los asistentes.	Carmen Monsalve	14/02/2012	Llevar para la próxima reunión.
Se le solicita a las empresas palmeras, CEC, y PROMOVIDAS gestionar una cotización del lista de necesidades el centro de salud.	CEC PROMOVIDAS Empresas Palmeras	14/02/2012	Llevar para la próxima reunión.
Gustavo Gómez, se compromete a hablar con Fabio Rene Rincón para encontrar alguna solución a la rotación del profesional médico del puesto de salud de Yarima.	Gustavo Gómez	14/02/2012	Llevar para la próxima reunión.

Presentar las posibilidades reales de la población de Yarima referentes a la movilidad y remisión de los pacientes.	Gustavo Gómez, Gabriel Pico.	14/02/2012	Llevar para la próxima reunión.
Coordinar jornada de información de derechos y deberes sobre la atención en salud.	Gustavo Gómez - PROMOVIDAS	Falta establecer fecha	Llevar para la próxima reunión. El facilitador va a ser Juan Carlos Riaño del Sistema< de información y atención al cliente del Hospital de San Vicente de Chucuri

4. ASISTENTES

Diligenciar el formato FGSI.04 – Control de Asistencia

5. APROBACIÓN

Revisó	Aprobó
<p style="text-align: center;">Laura Marcela Ramírez Gestora Social CEC</p> <p style="text-align: center;">Carmen Rosario Monsalve Profesional Social WEI</p>	<p style="text-align: center;">Carlos Julio Monsalve Director CEC.</p>

ANEXO F. GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DE INFORMES

- 1. Breve descripción de los aspectos del contexto**, que en este periodo monitoreado han favorecido o limitado el logro de los resultados, así como el avance hacia situaciones finales y/o que condicionan la estrategia del proyecto, y señalar su efecto concreto en el proyecto.
- 2. Descripción corta de los cambios relevantes**, hechos o situaciones – si se han presentado en el periodo- al interior y exterior del proceso organizativo que afectan o pueden llegar a afectar favorable o desfavorablemente el proceso.
- 3. Breve análisis del cumplimiento de las actividades**, realizadas a nivel interno y externo de la experiencia organizativa (balance general de la realización de las mismas: programadas vs ejecutadas). Breve explicación de los **cambios** de actividades y de su efecto en el cumplimiento de los resultados del proceso.
- 4. Análisis del avance hacia el logro de los resultados** (mensuales, semestrales o anuales).
- 5. Breve análisis de la pertinencia y eficacia** de las estrategias del proceso.
- 6.** dependiendo de la periodicidad establecida para la presentación de informes del monitoreo, se tendrá que incluir las **propuestas de ajuste** (si es mensual, trimestral o semestral) y el **ajuste a los planes operativos** destinados a realizarse el siguiente año.

Nota: el informe no deberá ser mayor de 15 páginas. En caso de requerir más, lo que es excepcional, es preferible utilizar anexos.