

INTRODUCCIÓN

La presente investigación, surge de la inquietud de dos profesionales de la Psicología Social Comunitaria compartidas en los espacios con promotoras de la salud, que permitieron identificar aspectos de Interés mutuo alrededor de la promoción y prevención en salud. Con base en lo anterior, se decidió sistematizar las experiencias adquiridas, con el fin de interpretar los significados que sobre estos aspectos construye el grupo de promotoras.

Este ejercicio se desarrolla a partir del enfoque socio-construccionista, el cual implica empezar a reconocer la realidad, relaciones y lenguaje, en cada uno de los encuentros compartidos entre promotoras y las profesionales de Psicología Social Comunitaria.

A continuación se hace una presentación de los diferentes capítulos abordados en este documento:

El primer capítulo da cuenta del planteamiento del problema donde se elabora un recuento sobre el manejo en materia de salud, especialmente los programas de promoción, teniendo en cuenta las transformaciones sociales, políticas, económicas y culturales por las que atraviesa actualmente el País, de acuerdo con el proceso de globalización. Incidencia de la Ley 100 en los programas de promoción, prevención y atención en salud. La justificación que corresponde también al primer capítulo da cuenta de la relación de la Psicología Social con el área de la salud dentro de un proceso psicosocial de los individuos y las colectividades. Finalmente se encuentran los objetivos que orientan la investigación.

En el capítulo dos se encuentra el marco teórico donde se sustentan las referencias disciplinares, Psicología de la salud (aporte de la Psicología Social en el proceso salud dentro de los programas de prevención, promoción y atención), referencias epistemológicas socio-construccionismo, a través del cual se comprende la construcción del conocimiento desde las pautas de relación social. Así mismo, se hace

referencia a la reflexión transdisciplinar, y finaliza con otros estudios referentes al tema.

Dentro de este mismo capítulo se encuentra el marco conceptual, donde se presenta la teoría sobre Sistematización de las Experiencias a través de las cuales se desarrollará una interpretación de construcción de la realidad en el mundo social y cultural que gira en torno a la salud de los habitantes de la comunidad.

Seguidamente se hace referencia a lo concerniente en salud comunitaria y a los programas que se llevan a cabo en materia de promoción en salud. De la misma forma, se hace referencia al rol del psicólogo en el trabajo en el campo de la salud enfocado al mejoramiento de la calidad de vida de los individuos.

La metódica trabajada se encuentra en el capítulo tres, allí se explica el por qué del tipo de investigación a utilizar, en este caso la cualitativa, se explica también el diseño desde el cual se recogen los elementos conceptuales para el desarrollo de las tareas y cumplimiento de los objetivos trazados. Se exponen los conceptos de diferentes autores, relacionados con la metódica, con el fin de integrar los diferentes enfoques conceptuales de la misma.

En el capítulo cuatro se desarrolla el análisis de contenido, relacionando e interpretando los elementos pertinentes a la investigación. El cierre de la investigación, se realiza en capítulo seis con la presentación del documento de sistematización de la experiencia.

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACION INTERVENCION

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los profesionales de las ciencias sociales y humanas tienen un alto interés en temas comunes como la calidad de vida, la salud, la equidad y la justicia social entre otros. Se pretende en este ejercicio investigativo, profundizar alrededor del tema de Promoción y Prevención en salud, con base en encuentros compartidos con promotores de salud y profesionales de la Psicología Social Comunitaria.

A partir de las anteriores razones, surgen diferentes inquietudes al respecto de los espacios compartidos por los actores intervinientes en la investigación, como por ejemplo, que significado tiene para un grupo de promotoras de la salud, el concepto de prevención y promoción, y que implica la construcción e interpretación de conocimientos a partir de la Sistematización de La Experiencia.

Cabe anotar, que el interés fundamental de la investigación, se refiere a la sistematización de la Experiencia, entendiéndose como el proceso de reconstrucción y reflexión analítica sobre una experiencia de acción o de intervención mediante la cual los actores están en capacidad de interpretarla y comprenderla (Jara, 1994). Con el proceso de sistematización se obtiene un conocimiento consistente que permite transmitir la experiencia, confrontarla con otras experiencias o con el conocimiento teórico existente. Así, se contribuye a la acumulación de conocimientos generados desde y para la práctica, y a su difusión o transmisión (Jara, 1994).

La sistematización pone énfasis en el desarrollo de los procesos. De esta manera, se diferencia de la evaluación, la cual enfatiza los resultados, y de la diagnosis, que se centra en la realidad sobre la que se actúa. Así, a quien sistematiza le interesa rescatar el proceso, evidenciar cómo se ha actuado, analizar los efectos de la intervención en los sujetos y el carácter

de las relaciones que se han generado, sin por ello no considerar el éxito o fracaso del proyecto en términos de resultados. Permite construir una visión común sobre la experiencia vivida entre aquellos que la han protagonizado: aciertos, errores, topes, posibilidades.

Por lo tanto, la sistematización resulta un mecanismo o una herramienta con la que diferentes colectivos pueden lograr objetivos como: capturar los significados de su acción y sus efectos; no repetir determinados errores; mejorar la propia práctica y la forma de hacer política; compartir aprendizajes con grupos similares; generar nuevas motivaciones; lograr mayor cohesión grupal; desenmascarar aquellos elementos de la ideología dominante que impregnan sus prácticas; contribuir al enriquecimiento de la teoría; generar nuevas articulaciones; revalorizar los movimientos sociales y dotar de sentido su acción; incidir positivamente en la autoestima de los activistas; transformar componentes autoritarios o sexistas en el funcionamiento de los movimientos sociales; promover la politización y concienciación de los activistas, etc. Además, en el ámbito de los movimientos sociales, la sistematización puede acontecer un proceso constructor de pensamiento, identidad y de sentido; rescatar aquello innovador de las formas y métodos de organización; identificar nuevas maneras de pensar y hacer política; rearticular tejidos sociales fragmentados; acontecer factor de unidad y constructor de propuestas alternativas (Jara, 1998).

De igual forma, otro aspecto relevante es el relacionado con el concepto de salud, determinado para el interés de esta investigación, en el tema de la promoción y prevención.

La declaración universal de los derechos humanos, promulgada en 1948, estableció en el artículo 25 que: "toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar , y en especial la alimentación, el vestido la vivienda, la

asistencia médica y los servicios sociales necesarios.” (Organización Mundial de la Salud 1948)

En nuestro País, la Constitución Política de 1991 respecto del derecho a la salud establece:

“ARTICULO 49. *La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.*

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”.

No obstante, la salud como derecho humano y para todos los ciudadanos en igualdad de condiciones, no se manifiesta de manera plena en toda la población, ya que la menos favorecida no se beneficia, desde un proceso equitativo de este derecho.

En el Pacto Internacional de Derechos Económicos, sociales y culturales (PIDESC) aprobado por la Organización de las Naciones Unidas en 1996 y que entró en vigor en 1976, donde se considera que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad inherente a todos los miembros de la familia humana y de sus derechos iguales e inalienables. El Estado Colombiano suscribió este acuerdo en 1969 y dentro de los derechos que se compromete a garantizar se encuentra el derecho a la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) describió la promoción de la salud como “la acción social, educativa y política que incrementa la conciencia pública sobre la salud, promueve estilos de vida saludables y la acción comunitaria en favor de la salud; brinda oportunidades y poder a la gente para que ejerzan sus derechos y responsabilidades, para la formación de ambientes, sistemas y políticas que sean favorables a su salud y su bienestar.

Teniendo, entonces como preámbulo el anterior contexto y dimensionando socialmente sus consecuencias en la población que recibe los servicios de salud, se ha considerado pertinente, desarrollar un proceso de sistematización de experiencias, con el fin de dar respuesta a determinados interrogantes, que surgen a raíz de la observación sistemática y detallada de la dinámica de salubridad en la comunidad del Codito en el sector de Usaqué

Desde estos planteamientos la investigación soporta su interés en los siguientes cuestionamientos:

¿Cómo construyen conversaciones los profesionales de la Psicología Social Comunitaria con promotoras de la salud?

¿Cuáles son los temas mas significativos considerados en los encuentros comunitarios?

¿Cuáles son los conceptos mas reconocidos que afloran en los encuentros comunitarios?

De la integración de estos planteamientos y de su desarrollo, surge la pregunta central de la presente investigación y que es planteada en los siguientes términos:

¿Cuáles son las descripciones más significativas que se construyen a partir de los encuentros comunitarios con promotoras de la salud, referente a la Promoción y Prevención en el sector del Codito de la Localidad de Usaqué?

1.2 JUSTIFICACION

Este proyecto de investigación surge a partir del cuestionamiento sobre lo que significa el derecho a una mejor calidad de vida para lo cual la salud es un pilar fundamental en este proceso, ya que los nuevos modelos de desarrollo traen consigo patologías propias como son las enfermedades crónicas, la del estilo de vida, las del medio ambiente y las degenerativas. Es así como, la promoción juega un papel importante en el proceso salud como estado de bienestar donde el individuo tiene acceso a la educación, vivienda, recreación y seguridad social. La transformación política y social del país, los procesos de descentralización y municipalización, la disolución del antiguo sistema de salud, las perspectivas de un nuevo sistema de salud y el nuevo marco constitucional que incorporó la salud pública en una renovada concepción de seguridad social organizada a la luz de los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia, indican la necesidad y la oportunidad de adoptar un nuevo enfoque de la salud pública.

El buen manejo de políticas saludables es factor importante de la promoción de la salud, por lo cual se debe abocar porque dentro del nivel político se tengan en cuenta las repercusiones de la salud de los diferentes sectores, promocionando decisiones que estén acordes con los principios de salud y bienestar. Las políticas públicas saludables se originan en todos los sectores relacionados con la salud y no se refieren exclusivamente a las políticas del sector sanitario.

Al sistematizar la experiencia adquirida durante este proceso donde se pudieron observar las necesidades de la comunidad; la falta de conocimiento sobre los derechos que le corresponden en un “Estado de Derecho”; la capacitación de unas promotoras que si bien han adquirido un buen manejo del discurso de la salud, no cuentan con las herramientas suficientes para llevar el mensaje de la salud y los programas de promoción, prevención y atención en la comunidad, nos ubican en una

realidad social, en una problemática social y si bien nuestra labor como Psicólogas sociales es trabajar desde las necesidades colectivas también vale la pena apuntar a la transformación de esa realidad desde nuestros derechos como ciudadanos en un Estado de Bienestar

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General

Sistematizar las experiencias compartidas en los encuentros comunitarios con promotoras de salud y profesionales de la Psicología Social Comunitaria entorno a la promoción y prevención para interpretar los significados que ha construido la comunidad en torno a dicho proceso.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Describir los encuentros comunitarios, compartidos entre promotoras de salud y los profesionales de la Psicología Social Comunitaria.
- Identificar los conceptos relacionados en torno a la promoción y prevención de la salud con base en los espacios de capacitación a los que asistieron las promotoras de salud y las profesionales de la Psicología Social Comunitaria.
- Identificar los procesos construidos por las promotoras de la salud desde la práctica alrededor del tema de promoción y prevención.

2. MARCO TEORICO

2.1 REFLEXION DISCIPLINAR

La Psicología aporta al problema de estudio, aspectos tales como la comprensión y modificación de los aspectos afectivos, cognitivos, conductuales y vinculares, involucrados en el proceso salud, lo cual no solo incluye a los sujetos individuales en quienes se centra la atención sino en sus grupos y redes de referencia, así como al personal, equipo e instituciones encargadas de la atención en salud.

Las actividades de promoción de la salud se configuran como espacios de articulación entre los servicios y las comunidades. La presencia de promotores de salud en las viviendas de las familias, son formas directas de relación entre estos dos factores. Propiciar el acceso de los ciudadanos a la información e instrucción sanitaria contribuye a socializar el conocimiento y por supuesto a la construcción de la salud.

Sistematizar la experiencia resultante de la interacción y capacitación con las promotoras y la comunidad en los programas de prevención en salud, permite detectar un campo desde donde se pueden proponer modelos y estrategias a través de la Psicología social, en el desarrollo de los procesos participativos en el área de salud de la comunidad.

2.1.1 Psicología Social Comunitaria y la prevención en salud. Esta importante rama de la Psicología ha generado grandes aportes y avances en el desarrollo de la comunidad, desde programas de prevención y promoción en salud. Los aportes se han centrado en que los psicólogos comunitarios se han convertido en aliados para desarrollar métodos y

estrategias de investigación e intervención para la promoción de una mejor salud. La Psicología de la salud comunitaria se define como "la construcción teórico-práctica nacida de la integración de los modelos comunitarios, mediante una visión ecológica del comportamiento, desarrollada a través de los principios de la psicología científica y capaz de generar conocimientos y soluciones para la prevención de la enfermedad y el estudio exhaustivo de la salud" (Ministerio de Salud 1999).

Esta área, parte de la Psicología Comunitaria que desde el punto de vista de los sistemas, estudia la forma como la organización de la comunidad afecta al individuo que participa en las estructuras de la comunidad y desde el punto de vista ecológico, hace hincapié en la interacción de las personas con estructuras comunitarias, usando los conceptos de adaptación y competencia para describir la dinámica de esta transacción (Organización Mundial de la Salud, 1988).

Con lo anterior, se busca lograr que los individuos y los grupos organizados de la comunidad, acepten la salud como un valor fundamental. Este objetivo pretende que la salud sea un patrimonio de la comunidad, y para ello ésta habrá de asumir responsabilidades y control de muchas de las circunstancias y condiciones que le afectan. En su modelo integral de salud, el Seguro Social, por ejemplo, desarrolla campos de acción o lo que ellos denominan "ámbitos" en los cuales se desarrollen las acciones asistenciales. Se han establecido tres Ámbitos diferentes, como son el individual, el familiar, y el comunitario.

En síntesis, la psicología de la salud comunitaria se ha convertido en una área que brinda estrategias para la promoción de la salud, teniendo como meta el logro de comportamientos saludables.

2.1.2 Diseño e implementación de programas comunitarios y políticas de salud.

Son diversos los métodos de asistencia empleados para la prevención y asistencia en salud. entre ellos se encuentran: a) método epidemiológico que muestra a través de sus diversas medidas (p. ej incidencia y prevalencia) la distribución de las enfermedades a la vez que permite entender los factores que contribuyen tanto a la morbilidad como a la mortalidad, b) las encuestas que son útiles para obtener información de carácter cualitativo sobre las actitudes y creencias relacionadas con la salud, sobre la calidad de vida y variables contextuales, c) los estudios experimentales que son de especial utilidad al analizar la causalidad de los fenómenos y d) los estudios clínicos que se enfocan más al desarrollo de tratamientos efectivos. De otra parte, el diagnóstico conductual de la situación de la salud, consiste en evaluar los vínculos que existen entre el comportamiento y la salud con el fin de identificar aquellos que están más relacionados con la misma para generar un cambio conductual. Para lograr una evaluación confiable de los comportamientos relacionados con la salud, se siguen los mismos pasos utilizados para la evaluación de cualquier comportamiento como son: a) identificar y medir conducta que nos interesa y b) identificar determinantes de esa conducta. Marín,1994 citado por Ballesteros 1999) retomando los diferentes modelos acerca de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad; indica la importancia de evaluar lo siguiente: la calidad de vida, los estilos de vida, hábitos de salud, procesos de auto cambio (Intención de llevar a cabo la conducta y sus determinantes como las expectativas de auto eficacia, las creencias de control, las habilidades y solución de problemas y el sistema de valores y metas), creencias sobre la enfermedad y variables contextuales como el apoyo social; sin descartar la influencia que tienen otras variables externas (como las sociodemográficas) sobre la salud del individuo. esto, a través de la incorporación de múltiples técnicas adaptadas del psicodiagnóstico tales como: la entrevista, la observación, la auto observación, las pruebas, y los inventarios entre otras. Una de las estrategias más eficaces para promover conductas promotoras de salud, es la educación pública, que hace referencia a programas a nivel nacional dirigidos a brindar

información que permita el conocimiento de si mismo, de la historia natural de las enfermedades, del ciclo vital, del efecto de las drogas y el tabaco. También incluye fomentar el uso correcto de los niveles del sistema de salud y la educación del recurso humano que trabaja en salud (Ballesteros 1999), todo ello con el fin primordial de enseñarle a la gente a cuidar su salud. Sin embargo, el brindar información no es suficiente para lograr cambios comportamentales y en esta medida cobran importancia otras estrategias (técnicas) propias del Análisis Experimental como son el modelamiento, aprendizaje estructurado y técnicas de autocontrol entre otras.

Los resultados en los anteriores puntos, se constituyen en las bases para la creación de programas que en Promoción de Salud deben ser de carácter comunitario, puesto que como anotan Sheridan y Radmacher (1992) citados por Ballesteros (1999), reúnen un gran número de personas, son obtenidos a un bajo costo, pueden realizarse en el mismo medio, tienen efectos a largo plazo y comprometen directamente al individuo en el cuidado de su salud. Por otra parte, los aportes del Psicólogo a un nivel macroeconómico, en la elaboración de políticas de salud, deben insistir en la consideración de las variables comporta mentales como moduladoras del proceso de salud-enfermedad. Bajo esta premisa, el sistema en salud ha desarrollado modelos de atención en Salud que le han permitido cubrir con una mayor eficiencia a la población que recibe sus servicios. (Ministerio de salud 2001))

Por lo anterior, el rol del psicólogo debe ampliarse, además del esquema asistencial, debe centrarse en la investigación en torno, entre otros puntos, a los factores protectores de la salud como son: el no fumar, el hacer ejercicio, el mantener un peso normal, el no comer entre comidas, el comer un desayuno diario, el dormir 7 u 8 horas diarias y el uso moderado de alcohol, entre otros, con el fin de proporcionar conocimientos que orienten el trabajo en Psicología de la Salud. La psicología tiene un compromiso

social, y el impacto de sus intervenciones a largo plazo redundará en el mejoramiento de la calidad de vida de los individuos.

La gravedad del asunto reside, sin embargo, en el hecho de que ni siquiera existan planes reformulados, que a partir de reconocer las dificultades presentadas, tracen nuevas metas y propongan nuevos plazos para cumplir el gran objetivo de equidad y universalidad prometido en la Constitución y la Ley.

2.2 REFLEXION EPISTEMOLOGICA

2. 2.1.Socioconstruccionismo y Prácticas sociales

Como lo plantea Berger y Luckman (1998) hablar de prácticas sociales nos ubica en el problema del conocimiento, entendiendo que “el conocimiento es construido desde las prácticas socioculturales. El lugar del conocimiento ya no es la mente individual sino más bien las pautas de relación social. “

La ciencia ha institucionalizado, sin embargo, un modelo único de verdad y por tanto una sola concepción de realidad, sin tener en cuenta que las realidades son particulares y que se relacionan. Esta percepción está mediatizada por el conjunto de creencias, de mitos, orígenes, valores que Jara (1998) denomina Realidades relacionales “ La relacionalidad precede a la individualidad por lo que el punto construccionista será moldear una realidad de cualidad relacional Inter.-subjetividades lingüísticas y prácticas asociadas que ofrezcan un nuevo potencial a la vida cultural.

Las mentalidades se sitúan en el punto de conjunción de lo individual con lo colectivo, en el nivel de lo cotidiano y de lo automático. En la profundidad de lo cotidiano, las mentalidades penetran en la herencia, en la tradición, en la forma particular de sentir o pensar un pueblo. Estas interrelaciones están marcadas por un sistema simbólico compartido que le da existencia al mundo en que vivimos y a las realidades que nacen al compartirlo. Berger y Luckman (1998)

De esta manera el construccionismo comprende la vida cotidiana desde la intersubjetividad reconociendo que las acciones y su significado, son una co-construcción social constante no acabada; que emerge de la interacción y que esta circunscrita en el contexto en el que se desarrolla; Desde esta postura Construccinista se reconoce que la realidad y los conceptos que de ella tenemos, no son independientes de nosotros. En términos de Ibañez “No existen objetos naturales, los objetos son como son por que nosotros somos como somos, los hacemos, tanto como ellos los hacen, y por lo tanto ni hay objetos independientes de nosotros, ni nosotros somos independientes de ellos. (Ibañez,1994, pág 85).

De esta manera, es claro suponer que entonces los individuos participan en el desarrollo del pensamiento a partir de una situación heredada de patrones de pensamiento que son “adecuados” para una situación, a la vez que intentan reelaborarlos o sustituirlos por otros, con el fin de manejar o recrear más adecuadamente los nuevos retos o las nuevas situaciones que surgen, incluso aquellas que permiten una comprensión del mundo como totalidad. (Ibañez,1994, pág 68).

De igual forma Ibañez (1999) afirma que en el Construccinismo Social, el conocimiento es construido desde las prácticas socioculturales. El lugar del conocimiento ya no es la mente individual sino más bien las pautas de relación social. Desde este planteamiento, en vez de preguntarse como funcionan las palabras en la mente individual, es más fructífero preguntarse por la función del lenguaje en el quehacer cotidiano en tanto éste ocurra en el intercambio social.

Para los construccionistas los términos y las formas por medio de los que se consigue la comprensión del mundo y de nosotros mismos son artefactos sociales productos de intercambios situados histórica y culturalmente y que se dan entre las personas. Las explicaciones derivan

de la coordinación humana de la acción. Las palabras solo adquieren su significado en el contexto de las relaciones actualmente vigentes. Alcanzar una inteligibilidad (núcleo de conocimiento) es participar de una pauta reiterativa de relación. La relación al pasado define el sentido del mundo. “Estimar las formas existentes del discurso consiste en evaluar las pautas de vida cultural, tal evaluación se hace eco de otros enclaves culturales Desde el relativismo socioconstruccionista se habla de una búsqueda colaborativa desde el significado otorgado por los sujetos en la relacionalidad, donde el conocimiento se da en planos de colaboración y mutuo intercambio en el seno de la comunidades. Ibáñez (1999)

Gergen (1994) citado por Ibáñez 1999). determina una dinámica de las comunidades la cual va de la distribución a la reorganización: Aquí habla de culpabilidad ante los individuos e instituciones ante hechos determinados y propone que la práctica de distribución de culpabilidades se reemplace por prácticas de reorganización donde se replanteen y establezcan diálogos para que emerja una realidad compartida que permita elaborar nuevas pautas de acción. (es necesario hacer una mirada histórica a los problemas)

Otra dinámica atribuible a la comunidad, se refiere a la que el denomina “de los principios a las prácticas”. Se tratará de cambiar la visión de las virtudes universales en mentes individuales. Se indagará en el seno de las relaciones sociales las prácticas que son mutuamente satisfactorias.

De este modo, el construccionismo no intenta establecer un código único, mas bien, se intentará poner entre paréntesis el “problema de los principios morales” favoreciendo en su lugar una exploración de aquellas prácticas relacionales que permitan que las personas alcancen lo que entiendan por vida “moral”. La pregunta no estaría situada en qué es el bien sino que, dada la heterogeneidad de los modos de vida de las personas, responder la pregunta de cuáles son los medios relacionales con los que se puede

llegar hacia condiciones mutuamente satisfactorias que refuercen las pautas relacionales de los grupos. Por ejemplo, los intentos de generar principios últimos en el seno de la comunidad dieron origen al nazismo. Gergen (1994) citado por Ibáñez (1999).

El autor no dejará de expresar sus esperanzas en que “en la medida en que el dialogo sigue y las construcciones continúen abiertas, los significados locales tal vez se ramifiquen y quizás las personas lleguen a compartir o asimilar los modos de vida de los demás. En este resultado descansa tal vez la mayor esperanza de lograr el bienestar humano”. Berger y Luckman (1998)

Serán los relatos los medios por los cuales el ser humano se hace inteligible hacia él mismo y hacia los otros. Del mismo modo, las narraciones hacen que los hechos sociales, por un lado sean visibles y por otro establecen particularmente expectativas para los acontecimientos futuros. En este plano, Berger y Luckman (1998) son enfáticos en determinar que el relato no va a pertenecer a un sujeto particular sino que será producido en el seno del intercambio social.

Para Ibañez (1999), la autonarración se refiere a la explicación que se presenta en un sujeto acerca de su relación entre acontecimientos vitales o los sucesos de su vida cotidiana. Así, la identidad presente de un sujeto es consecuente del un resultado sensible de un relato vital. Será en la forma del relato donde el sujeto anudará sus vivencias y de la cual obtendrá un sentido para ellas.

Las formas de la narrativa están determinadas histórica y culturalmente. Así, se intenta dar cuenta de cuáles son los requisitos para contar un relato inteligible en la cultura occidental actual ya que si una narración consigue aproximarse a las formas convencionales narrativas aquella puede aproximarse a la veracidades socialmente aceptadas en cambio si se distancia mucho de las formas convencionales de la narración aquella práctica puede transformarse en un absurdo.

2.2.2 Formas de construcción social.

En ésta dimensión se sitúan el campo de la construcción social, el análisis de discurso, la comprensión cotidiana, el calculo social y etno-metodología. Se tratará de documentar las realidades que se dan por sentadas de modo que sean integradas en las pautas de vida social. Se tratará de caracterizar en cómo la gente así misma se narra y el mundo con el que tratan con el propósito de que sus acciones sean inteligibles y justificables. Berger y Luckman (1998)

Para el socioconstruccionismo, el objetivo de la investigación es la desestabilización. El construccionista centra su atención en los “modos de decir las cosas” que las personas en general no consiguen reconocer como construcciones y que el investigador quiere desafiar en tanto tenga compromisos con el socioconstruccionismo.

En lugar de aceptar los problemas sociales tal como vienen dados y precipitarse a las soluciones, estos deben situarse en la perspectiva en que “los problemas sociales” no pueden abordarse como naturales. Se debe indagar más bien en los modos en que definirse como problemas. Por ejemplo, en el caso de la enfermedad preguntar para quién y en qué medida la no prevención es un problema. Berger y Luckman (1998)

Así, el socioconstruccionismo en lugar de “reflejar la verdad” intentará hacer de la investigación un instrumento para la emancipación o a la intervención en la generación de una postura crítica en lo que se da por sentado.

Así, para Ibáñez (1999) queda claro que las preguntas que guían las investigaciones están formuladas en el ámbito de los procesos de construcción social y no en los procesos psicológicos internos.

La ciencia participará de ello en la medida que aporte nuevas teorías y nuevas metodologías, esto es, el cambio social puede derivarse de las nuevas formas de inteligibilidad.

Desde esta perspectiva y entendiendo que la comunidad se apropia de sus derechos, así, no los reclame directamente, es importante resaltar el papel del significado que ha construido una comunidad, dentro del marco de un derecho fundamental como es la salud.

Por ello Ardila (1998) critica duramente la postura de la medicina y afirma que durante mucho tiempo la institución médica acorde con el proyecto racional que la sustenta, desde una mirada mecanicista, ha validado su razón de ser con el argumento de que la sola producción de su conocimiento es en sí mismo suficiente para que los actores externos a ella se apropien del mismo, gracias a su capacidad aplicativa (“eficacia”), sin tener en cuenta elementos contextuales y humanos constitutivos a este proceso.

Sin embargo, cabe un detallado análisis al respecto: si bien el discurso médico opera como Ley no escrita, existe en él la pretensión de congruencia entre ciertos “comportamientos” permitidos y el juicio moral respecto a los mismos, en la medida en que el individuo aparece como “responsable ante sí” de su salud. Este elemento reviste especial interés para el análisis de los temores que se encuentran implicados en la relación de los individuos con la institución médica.

Foster y Anderson (citados por Ardila 1998), consideran que cada sistema médico “abarca todas las creencias que promueven la salud, las acciones y el conocimiento científico y la habilidad de los miembros del grupo que lo suscriben”. Estos autores distinguen dos partes en un sistema médico dado: el de teoría de la enfermedad y el de cuidado o atención de salud. El primero reconoce las creencias acerca de la naturaleza de la salud, la causa de la enfermedad, cualidades de los remedios y técnicas utilizadas

para contrarrestarla. Constituye un cuerpo teórico, una construcción intelectual, parte de la orientación cognoscitiva de los miembros del grupo.

Se refiere también a la clasificación, explicación, causa y efecto de la enfermedad. El sistema de cuidado y atención de salud es una institución social que involucra como mínimo al paciente es promover los recursos del enfermo, su familia y su sociedad. Refleja el conocimiento, el sentido filosófico del sistema de causalidad de la enfermedad con el cual está relacionado, sabiendo que éste define, toma decisiones y determina las acciones que se deben ejecutar.

Si la cultura determina los sistemas de salud obedeciendo a su diversidad, no se compadece que oficialmente se institucionalice uno, que responde al poder económico o académico, dejando por fuera de él a las pertenecientes a otras culturas, sin integrar los patrones de creencias relacionados con las causas de la enfermedad que dirigen la escogencia y la evaluación del tratamiento. Pacientes y curanderos, enfermedad y curación son partes del sistema de salud también culturalmente integrados (Ardila 1998)

Las creencias y el comportamiento que conforman las prácticas están influidas por instituciones sociales particulares (clínicas, hospitales,) roles sociales (enfermo, médico) relaciones interpersonales (médico paciente; paciente y su grupo familiar, y red de relaciones sociales), interacción de escenarios (hogar y consultorio del médico), restricciones políticas y económicas y muchos factores, siendo los más notables, los tratamientos e intervenciones disponibles y los tipos de problemas de salud.

El conocimiento de la importancia de la salud en las comunidades posibilitan la movilización de grandes cantidades de recursos en torno a la construcción de la misma. Cuando hay apropiación de tal conocimiento se está en condición de denunciar las carencias y de proponer soluciones de

acuerdo con las políticas de salud predominantes en el momento. A través del Construccinismo Social en la Psicología Moderna encontramos los elementos para el trabajo de la construcción de conocimiento en salud.

2.3 REFLEXION TRANSDISCIPLINAR

2.3.1 Sistematización de Experiencias

Alfonso Ibáñez, citado por Oscar Jara (1944), establece que “Las prácticas de educación popular buscan integrarse en los procesos sociales y organizativos de la población, con vistas a la resolución de sus problemas, necesidades y aspiraciones, en un contexto bien determinado. En cualquier caso, se ponen en marcha o se impulsan procesos sociales de acción conciente y organizada, por medio de una reflexión crítica de su situación, que permita modificarla en el sentido del proyecto histórico popular, Ello conduce, normalmente, a la elaboración de estrategias político-pedagógicas de intervención, en función del apoyo y potenciación del protagonismo de los distintos sujetos populares.

Se está, entonces, ante experiencias de la realidad que son susceptibles de ser entendidas y, por tanto, sistematizadas de manera dialéctica. Estas experiencias de educación popular, o de promoción en general, pueden ser leídas o comprendidas como una unidad rica y contradictoria, plena de elementos constitutivos que se hallan en un movimiento propio y constante... Además, estas experiencias, estos procesos sociales organizativos y culturales muy específicos, están a su vez en relación con otros procesos de la realidad que poseen características similares...” Jara (1994)

Se entiende la sistematización como un proceso permanente, acumulativo, de creación de conocimiento a partir de nuestra experiencia de

intervención en una realidad social, como un primer nivel de teorización sobre la práctica. En este sentido la sistematización representa una articulación entre teoría y práctica(...) y sirve a objetivos de los dos campos. Por un lado, apunta a mejorar la práctica, la intervención desde lo que ella misma nos enseña (...); de otra parte(...), aspira a enriquecer, confrontar y modificar el conocimiento teórico actualmente existente, contribuyendo a convertirlo en una herramienta realmente útil para entender y transformar la realidad. En nuestro caso Empoderamiento del discurso de la salud. (Ibáñez, citado por Jara (1994)

Desde esta perspectiva, Jara (1994) establece los factores que hacen parte del proceso de sistematización. Desde este punto de vista, el autor establece las características mas importantes de este proceso.

- La sistematización de una experiencia produce un nuevo conocimiento, un primer nivel de conceptualización a partir de la práctica concreta, que a la vez que posibilita su comprensión, apunta a trascenderla, a ir más allá de ella misma. En este sentido, nos permite abstraer lo que estamos haciendo en cada caso particular y encontrar un terreno fértil donde la generalización es posible.
- La sistematización al reconstruir el proceso de la práctica, identificar sus elementos, clasificarlos y reordenarlos, nos hace objetivar lo vivido, “hace un alto para tomar distancia” de lo que hemos experimentado vivencialmente y convertir así la propia experiencia en objeto de estudio e interpretación teórica, a la vez que en objeto de transformación
- La sistematización pone en orden conocimientos desordenados y percepciones dispersas que surgieron en el transcurso de la experiencia. Asimismo, explícita intuiciones, intenciones y vivencias acumuladas a lo largo del proceso. Al sistematizar, las personas recuperan de manera ordenada lo que ya saben sobre su experiencia,

descubren lo que aún no saben acerca de ella, pero también se les revela lo que “aún no saben que ya sabían”

- Al sistematizar no solo se pone atención a los acontecimientos, a su comportamiento y evolución sino también a las interpretaciones que los sujetos tienen sobre ellos. Se crea así un espacio para que esas interpretaciones sean discutidas, compartidas y confrontadas.

La sistematización es siempre un medio en función de determinados objetivos que la orientan y le dan sentido. Es decir, en función de una utilidad concreta que le vamos a dar, en relación con las experiencias que estamos realizando.

Toda sistematización tiene dos componentes básicos a los cuales podemos asignar una determinada utilidad: El proceso de sistematización y el producto (o productos) de la sistematización. Ambos componentes están íntimamente relacionados, pero es importante diferenciarlos, sobre todo a la hora de definir la utilidad que esperamos obtener de ellos.

En términos muy sintéticos, se puede resumir las múltiples posibilidades y utilidades de la sistematización, en que sirve para:

- a) Tener una comprensión más profunda de las experiencias que realizamos, con el fin de mejorar la propia práctica de la psicología social comunitaria en el campo de la salud .

La sistematización posibilita comprender cómo se desarrolló la experiencia, por qué se dio precisamente esta manera y no e otra; da cuenta e cuáles fueron lo cambios que se produjeron, como se produjeron y por qué se produjeron.

Para Barmechea y González (1998) La sistematización posibilita entender la lógica de las relaciones y contradicciones entre los distintos elementos, ubicando coherencias e incoherencias :por ejemplo, entre la dinámica del proceso particular que nosotros realizamos y los desafíos que la dinámica social general había colocado para nuestras prácticas “la ubicación de las etapas por las que una organización o institución ha pasado, cobra sentido en la medida en que se vayan estableciendo las relaciones y las consecuentes adecuaciones de los proyectos en función del desarrollo de los procesos de transformación social.

En síntesis, el proceso de sistematización permite pensar en lo que se hace, el producto de ella ayuda a hacer las cosas pensadas.

- b) Compartir con otras prácticas similares las enseñanzas surgidas de la experiencia.

Debemos entender el intercambio entre experiencias, no en un sentido elemental de “conocerse unas a otras” sino en el sentido de confrontar los mutuos aprendizajes que obtenemos de ellas, de tal modo que nos permitan mirar nuestras propias experiencias con nuevos ojos. Entonces, se pueden distinguir tres momentos: Barmechea y González (1998)

1. La sistematización es un producto que nos permite objetivar lo vivido.
2. Al tener que dar cuenta de nuestra práctica, nos vemos obligados a exponer ante otros un producto que la comunique, lo que significa realizar una “segunda objetivación”. Normalmente, este hecho nos permite comprender aún mejor las enseñanzas obtenidas o darnos cuenta de algunos vacíos de interpretación que solo se hacen evidentes cuando buscamos explicarlos.

3. Al intentar apropiarnos de los aprendizajes de otras prácticas, los relacionaremos necesariamente con la nuestra, poniendo en confrontación crítica los aspectos comunes y los diferentes. Se realiza así una tercera objetivación de nuestra propia experiencia, gracias a los aportes que nos suscitan las experiencias ajenas.

c) Aportar a la reflexión teórica (y en general a la construcción de teoría) conocimientos surgidos de prácticas teóricas.

“La sistematización como actividad de producción de conocimientos desde la práctica, aspira a enriquecer, confrontar y modificar el conocimiento teórico actualmente existente, contribuyendo a convertirlo en una herramienta realmente útil para entender y transformar nuestra realidad. Es así que la sistematización produce una “reconceptualización “ mediante la cual las concepciones teóricas vigentes son redefinidas desde la práctica, desde los nuevos conocimientos que se elaboran al reflexionar sobre la acción. Estos nuevos conocimientos serán luego difundidos y, a su vez, confrontados con otras experiencias, en un proceso en espiral, flexible y dinámico, donde lo aprendido es siempre base para nuevos conocimientos. Así la sistematización y la socialización del nuevo saber producido mediante ella irá conformando un cuerpo de conocimientos, producto de la práctica, que estará en condiciones de confrontarse con la elaboración teórica actualmente existente. Barmechea y González (1998)

La sistematización se coloca como un factor indispensable y privilegiado para nuestra propia formación, Nuestras experiencias se convierten, gracias a ella, en la fuente más importante de aprendizaje técnico-práctico que tenemos para comprender y mejorar nuestras prácticas, para extraer sus enseñanzas y compartirlas con otros, para contribuir a la construcción de una teoría que responda a la realidad y, por tanto, permita enrumbar nuestra práctica a su transformación.

Se consideran tres los presupuestos y requisitos de un trabajo de sistematización, cualquiera que sea:

- La justificación y la motivación para llevar a cabo un trabajo de sistematización.- Parecerá evidente y obvio que ningún trabajo significativo se puede emprender sin que se vea o se tome conciencia del porqué o de las razones que llevan a realizarlo.

Un trabajo de este alcance tiene que tener a la base una clara conciencia y una motivación (que mueve desde dentro) de la necesidad e importancia de llevarlo a cabo y de las ventajas y frutos que se derivarían de él. No puede ser una imposición desde fuera sino una necesidad sentida con lucidez de quien quiere impulsarlo ¿cuál es la circunstancia excepcional que motiva y justifica en ese momento hacer la sistematización?

En nuestro trabajo con las promotoras encontramos la necesidad de sistematizar la experiencia ya que se vivencian muchos aspectos referentes a la salud, desde la práctica que vale la pena recopilar, para entender y comprender la importancia de la Psicología de la salud en un trabajo con comunidad. Es allí, con la promotora de salud, que asiste a una capacitación para Líderes en Salud y Seguridad Social y que debe impartir ese conocimiento en la comunidad y buscar las herramientas para hacerla partícipe de los programas de salud, donde se recoge toda una información que nos permite conceptualizar sobre el manejo del sistema de salud en nuestro país. De igual manera, esta realidad y los documentos que se trabajan también transforman nuestra propia realidad y nos proporcionan un conocimiento muy representativo para el trabajo en psicología de la salud.

De igual forma, Barnechea y González (1998) consideran que el punto de partida de la sistematización es la propia experiencia y la propia práctica

personal y comunitaria. Esto significa que un proceso de sistematización es un “momento segundo” que presupone como base, como terreno y como fundamento, la propia práctica. Se requiere:

- Haber adelantado una experiencia durante un tiempo significativo,.- la experiencia es un proceso acumulativo que exige retomarla y asumirla críticamente desde su gestación y a todo lo largo de su desarrollo.
- Tener la memoria acumulativa de la experiencia.- Toda experiencia es un camino que se ha ido abriendo y un proceso que ha ido transcurriendo en el tiempo y en el espacio, es decir, tiene una historia, con su inicio, sus etapas de desarrollo y crecimiento y su madurez. A lo largo del camino se han ido realizando programaciones anuales, evaluaciones, desarrollando programas y actividades tales como talleres, cursos, producción de materiales, paralelamente se ha tenido asambleas, reuniones, jornadas de evaluación.

Se hace indispensable contar para ello con una información clara y precisa de todo el proceso vivido, estableciendo desde el comienzo con qué fuentes se cuenta para poder hacer una recuperación colectiva de la historia y un recuento pormenorizado del camino recorrido. Ellas pueden ser los testimonios personales y comunitarios y los registros de la información tales como diarios de campo, apuntes personales, documentos, talleres actas de las reuniones y asambleas, informes, evaluaciones, materiales producidos, grabaciones, fotografías, filmaciones, videos, gráficos, mapas, dibujos, etc.

Una vez realizado el trabajo con el ordenamiento, reconstrucción e interpretación crítica de la experiencia sistematizada se concluye:

- Formulación de conclusiones y planteamientos de nuevas perspectivas que se abren al trabajo
- Enseñanza, aprendizaje, dejado por la sistematización
- Comunicación e intercambio de los frutos de sistematización

Por otra parte, Freire (1978), con respecto de la sistematización, afirma la necesidad de la humanización del oprimido que debe partir desde él mismo: es decir es el propio oprimido quien debe buscar los caminos de su liberación, ya que ésta no puede venir de aquellos que lo mantienen en esta situación .

El método de Freire es fundamentalmente un método de cultura popular, que, a su vez, se traduce en una política popular: no hay cultura del pueblo sin política del pueblo. Por este motivo, su labor apunta principalmente a concienciar y a politizar. Freire no confunde los planos político y pedagógico: ni se absorben, ni se contraponen. Lo que hace es distinguir su unidad bajo el argumento de que el hombre se interioriza y busca reencontrarse; es el movimiento en el que busca ser libre. Ésta es la educación que busca ser práctica de la libertad.

El método de Freire está enraizado sobre su concepción del hombre. El hombre es como un ser en el mundo y con el mundo. Lo propio del hombre, su posición fundamental, es la de un ser en situación; es decir, un ser engarzado en el espacio y en un tiempo que su conciencia intencionada capta y trasciende. Sólo el hombre es capaz de aprehender el mundo, "de objetivar el mundo, de tener en éste un "no yo" constituyente de su yo que, a su vez, lo constituye como un mundo de su conciencia" . Freire (1978)

El método de concientización de Freire busca rehacer críticamente el proceso dialéctico de la historización. No busca hacer que el hombre conozca su posibilidad de ser libre, sino que aprenda a hacer efectiva su libertad, y haciéndola efectiva, la ejerza. Esta pedagogía acepta la sugestión de la antropología que va por la línea de la integración entre el pensar y el vivir, "se impone la educación como práctica de la libertad".

La metodología utilizada por Freire sigue la misma línea dialéctica: teoría y método. La metodología surge de la práctica social para volver, después de la reflexión, sobre la misma práctica y transformarla. De esta manera, la metodología está determinada por el contexto de lucha en que se ubica la práctica educativa: el marco de referencia está definido por lo histórico y no puede ser rígido ni universal, sino que tiene que ser construido por los hombres, en su calidad de sujetos cognoscentes, capaces de transformar su realidad. Freire (1978)

La manera en que Freire concibe la metodología quedan expresadas las principales variables que sirven de coordenadas al proceso educativo como acto político y como acto de conocimiento; éstas son: la capacidad creativa y transformadora del hombre; la capacidad de asombro, que cualquier persona tiene, sin importar la posición que ocupe en la estructura social; la naturaleza social del acto de conocimiento y la dimensión histórica de éste.

Otras características del método de Freire son su movilidad y capacidad de inclusión. Por ser una pedagogía basada en la práctica, ésta está sometida constantemente al cambio, a la evolución dinámica y reformulación. Si el hombre es un ser inacabado, y este ser inacabado es el centro y motor de esta pedagogía, es obvio que el método tendrá que seguir su ritmo de dinamicidad y desarrollo como una constante reformulación.

En esta dimensión crítica, podemos entender la alfabetización como la conquista que hace el hombre de su palabra, lo que ciertamente conlleva la conciencia del derecho de decir la palabra.

En una de sus obras, Freire propone el cuestionamiento de los déficit cuantitativos y cualitativos de la educación en Brasil. La situación era ciertamente crítica, pues, "el número de niños en edad escolar sin escuela, es aproximadamente de cuatro millones; el de analfabetos, de catorce

años en adelante, es de dieciséis millones; a lo que se junta la inadecuación de nuestra educación ya referida" . Freire (1978)

Pero, ¿qué método podía utilizarse para la superación de las actitudes mágicas o ingenuas del hombre de pueblo frente a su realidad?, ¿cómo llevar a este hombre a descubrirse como creador de cultura?, etc...

Sin lugar a dudas, el método a seguir debía ser activo dialogal, crítico y criticador. No se trata de enseñarles a repetir palabras, ni tampoco se restringe a desarrollar la capacidad de pensarlas según las exigencias lógicas del discurso abstracto: simplemente coloca al alfabetizando en condiciones de poder reexistenciar críticamente las palabras de su mundo. Cinco fases componen este proceso de alfabetización. Antes de comenzar el grupo " descodifica varias unidades básicas, codificaciones sencillas y sugestivas, que dialógicamente descodificadas van redescubriendo al hombre como sujeto de todo proceso histórico. Fases de la Sistematización según Freire

FASES	CARACTERISTICAS
1º Fase:	Levantamiento del universo vocabular de los grupos con los cuales se trabaja. Exploración, mediante encuestas informales, del universo de las palabras habladas en el medio cultural del alfabetizando, extrayendo aquellos vocablos de más ricas posibilidades fonéticas y de mayor carga semántica, que además están cargados de sentido existencial y contenido emocional. Las entrevistas traslucen anhelos, frustraciones, incredulidades, esperanzas, ímpetus de participación, como así mismo ciertos momentos altamente estéticos en el lenguaje del pueblo.
2º Fase	Elección de las palabras seleccionadas del universo vocabular investigado. Las palabras extraídas del universo vocabular del alfabetizando, una vez transfiguradas por la crítica (reflexión), retornan a él en acción transformadora del mundo.
3º Fase	Creación de situaciones existenciales típicas del grupo con el que se va a trabajar. Las palabras utilizadas reciben el nombre de generadoras, ya que a través de la combinación de sus elementos básicos propician la formación de otras. Como palabras del universo vocabular del alfabetizando, son significaciones constituidas en sus comportamientos, que configuran situaciones existenciales

4º Fase:	<p>Elaboración de guías que auxilien a los coordinadores de debate en su trabajo. Estas guías deben ser meras ayudas para los coordinadores, jamás rígidas prescripciones que habrán de obedecer y seguir. Descomposición de las familias fonéticas correspondientes a los vocablos generadores.</p>
5º Fase:	<p>Se refiere a la codificación plástica en cuadros, "slides", filminas, etc. , que correspondan a las respectivas situaciones que, de la experiencia vivida por el alfabetizando, pasan al mundo de los objetos. El alfabetizando ahora, "admira", ya que ha ganado distancia para ver su propia experiencia. Es en este momento cuando él comienza a descodificar.</p>

El principio de la individualización se presenta en Freire a través de la valoración del individuo como ser único, irrepitible, necesario y valioso para el proceso educativo centrado en el diálogo. En relación al principio de autonomía, el teórico hace bastante hincapié en la necesidad del hombre de alcanzar su libertad y desde ella proyectarse hacia su perfección, Paulo Freire desarrolla toda su metodología sobre el eje de la real liberación del hombre, que no es otra cosa que su humanización dinámica (en proceso inacabado). Respecto del principio de socialización, Freire asume verdadera y honestamente el contexto en que le toca vivir (contexto de injusticia y marginación de los más por los menos) y desde él parte la formulación de una metodología que busca transformar la realidad social en algo integrador e incluyente, es decir, en un lugar en que el individuo pueda asumir concretamente su ser y su ser situado para poder liberarse de todo aquello que no le permita ser cada vez más hombre. En este sentido es decisora la frase de Freire en que señala que el hombre no se libera sólo sino en comunión con los demás. La creatividad, principio tan difícil de lograr en la actualidad, queda salvaguardado por la novedad del método de alfabetización propuesto por el autor. Éste formula novedosamente una respuesta apropiada para este contexto específico con sus necesidades también específicas. Desde esta metodología se desprende con claridad la presencia del principio de la actividad ya que es

el propio sujeto quien y desde quien se reconstruye la realidad que se vive. El sujeto a quien se dirige el método es aquel que en la realidad hace posible este proceso.

Nos parece que la propuesta de Freire logra ser eficaz gracias a que este hombre pudo captar la unidad indivisible que se da entre lo que llamamos la teoría y la práctica. Fue capaz de desarrollar todo su esfuerzo desde la propia realidad que vivía su pueblo, realidad concreta y dolorosa, y proyectar una metodología capaz de responder educacionalmente a los desafíos que ésta le planteaba. Su esfuerzo no parte de necesidades supuestas por los intelectuales o por aquellos que muchas veces creemos saberlo todo, sino que por el contrario, parte desde la manifestación concreta de la realidad, que es la manifestación concreta de los necesitados.

No podemos dejar de destacar el profundo interés que descubrimos en P. Freire por el ser humano. Todo su esfuerzo educativo se ve plasmado por un gran humanismo, un humanismo cristiano que sabe preocuparse por aquellos que más lo necesitan por los que son excluidos de todo, incluso de su propia condición de excluidos. Esto queda explícito en su opción por lograr que el hombre alcance su libertad, su verdadera libertad, y así pueda ser autor y constructor de su vida teniendo como substrato de toda este obrar la alfabetización, que es mucho más que un simple enseñar a leer y a escribir, ya que busca que el hombre pueda llegar a ser persona.

Estas consideraciones nos muestran el referente filosófico que las sostiene e impulsa; "el hombre siendo y con el mundo" .

2.3.2 Sistematización, Salud y Comunidad

Para sumar esfuerzos e incrementar su capacidad resolutive ante los problemas del día a día, los individuos se unen a otros individuos, forman grupos y crean espacios que a la postre se comportan como verdaderas escuelas del saber popular. Cuando estos espacios logran la aceptación de la sociedad y el reconocimiento del Estado, son elevados a la categoría

de ley, y se convierten en auténticas estructuras legales. Pero la misma dinámica social y los continuos cambios en las relaciones de los individuos supera con el tiempo las rígidas estructuras petrificadas por la ley, y los hombres y mujeres se ven obligados a crear nuevos y flexibles espacios.

2.4. LA PARTICIPACIÓN SOCIAL Y LOS ESPACIO DE TIPO LEGAL

Para Herrera y Yépez (2002) los espacios de participación social de origen legal no siempre son aceptados por la comunidad; la rigidez de las normas que reglamentan tales espacios, en ocasiones marginan a los auténticos líderes de las comunidades; muchas veces estos espacios son trasladados a comunidades con realidades distintas y con otros niveles de organización, y se les impone un estilo de agrupamiento distinto al acostumbrado por la población, lo cual produce confusión en las organizaciones creadas por la gente.

Sin embargo, cuando se hace énfasis en la esencia más que en la forma, los espacios de coordinación emanados de la ley con poca aceptación de los ciudadanos pueden ser finalmente adaptados a las nuevas circunstancias. Casi siempre los espacios de orden legal se originan de experiencias de grupos organizados de base comunitaria aceptadas por otras comunidades. En este caso, se debe dar a conocer el contexto del proceso de creación de la ley y adaptar la forma organizacional a las características sociales, culturales y económicas de las comunidades que la acojan. (Vilaca citado por Medina y Yépez 1996)

Los espacios de origen legal tienen mejor aceptación por parte de las comunidades cuanto más próximos estén a su origen. Cuando el diseño de la ley que reglamenta los ámbitos de participación social tiene en cuenta las características sociales, culturales y organizacionales de la población, dichos espacios pueden ser mejor aprovechados por los individuos que los ocupan.

2.4.1 Rol activo en la construcción de la salud

Con el advenimiento del trabajo compartido en sociedad tripartita (parcería o partnership) entre los servicios de salud, la comunidad y la academia, la comunidad, en particular, dejó de ser un ente pasivo, receptor de bienes y servicios, para convertirse en un actor activo en la construcción de su propia salud.

Por consiguiente, propiciar el acceso de los ciudadanos a la información y a la instrucción sanitaria contribuye a socializar el conocimiento y, por supuesto, a la construcción de la salud. Por lo tanto, el conocimiento de las políticas públicas saludables por parte de la población y el entrenamiento y la educación para el auto cuidado facilitan el desarrollo de estilos de vida saludables.

Las actividades de promoción de la salud son espacios de articulación entre los servicios y las comunidades. La presencia de promotores de salud en las viviendas de las familias son formas directas de relación entre estos dos componentes. La conformación de equipos extramurales, con participación de líderes de la comunidad, estudiantes de diferentes disciplinas y profesionales de los servicios de salud, para el desarrollo de actividades de promoción y de prevención, reafirma la relación entre los tres componentes. Con base en las consideraciones previas se puede afirmar que el modelo de salud familiar es determinante en la construcción de salud. Este modelo considera al individuo dentro de su contexto familiar y ambiental, siempre que se tenga la necesidad de hacer intervenciones de promoción, prevención, atención, tratamiento o rehabilitación y entiende la salud como fuente de riqueza de la vida cotidiana y no como un objetivo.

2.4.2 Participación de los servicios

El compromiso y la voluntad política de las autoridades sanitarias son claves en la construcción de la salud de las comunidades. Corresponder a las solicitudes de bienestar presentadas por la población y dar a conocer las normas sobre los derechos de participación de los líderes a los órganos

de dirección, son actividades que incrementan la confianza de los beneficiarios hacia los servicios. Sólo con la aceptación de las comunidades, los servicios pueden cumplir un mejor rol en la construcción de la salud.

Se puede afirmar que el liderazgo de las comunidades propicia la construcción de la salud. La presencia de los líderes de la comunidad en los equipos de salud, desarrollando actividades de promoción, tomando decisiones sobre el tipo de intervención que se debe hacer para solucionar un determinado problema, al igual que la identificación, diseño y presentación de proyectos sanitarios a las autoridades de salud, son ejemplos de participación activa de la comunidad en la construcción de la salud.

El desconocimiento de las políticas en salud de orden nacional o internacional por los gobiernos locales constituye un obstáculo en la construcción de la salud. Proponer políticas públicas no saludables -como por ejemplo, instar a los ciudadanos a consumir alcohol los fines de semanas, con el fin de incrementar los ingresos por tributación para salud y educación- es una actitud opuesta al fomento de la salud. Concebir sólo los índices de morbilidad y mortalidad como indicadores del estado de salud de la población ha conducido muy frecuentemente a la entronización de costosas intervenciones reparativas, actitud que desplaza las posibles inversiones en acciones de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades.

Es un hecho contrario a la construcción de la salud creer que la salud de la población concierne de manera exclusiva al sector salud. Según la Carta de Ottawa, la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia y la equidad son prerequisites para la construcción de la salud. Por consiguiente, se requiere de acciones intersectoriales y no sólo del sector salud. (Ardila, 1999)

Pero inscribirse en el diálogo y el acompañamiento comunitario requiere de un proceso de construcción teórico, conceptual, además de un proceso de reconstrucción sensitiva, no sólo del estudiante de pregrado, sino también del profesional.

La participación de las comunidades en la construcción de la salud se afecta negativamente cuando los profesionales de la salud mantienen una concepción egoísta del saber. (Ardila, 1999)

2.4.3 Los servicios, las comunidades y las políticas

Cuando los grupos organizados identifican sus problemas e interpretan las políticas de salud pública, pueden diseñar planes coherentes; planes que obligan a los gobiernos a ser consecuentes con su propia política. El entendimiento de las políticas y la existencia de planes coherentes con ellas pueden lograr fuertes alianzas con actores fundamentales de los procesos. Al tener claro el concepto de salud, las comunidades posibilitan la movilización de grandes cantidades de recursos en torno a la construcción de la misma. Cuando hay apropiación de tal conocimiento, se está en condición de denunciar las carencias y de proponer soluciones de acuerdo con las políticas en salud predominantes en el momento. Ballesteros (1998)

También es importante la motivación y transformación conceptual de los prestadores de servicios, los cuales deben encontrar la forma de ponerse a tono con las propuestas de las organizaciones comunitarias.

En el contexto del propio desarrollo de la salud se presentan exigencias tales como: La identificación de problemas y necesidades comunitarias; la participación de la comunidad en la solución de sus dificultades; el compromiso de la misma en la búsqueda de recursos internos y externos para garantizar estilos de vida saludables; la definición de prioridades y la oferta adecuada de servicios. (Ballesteros 1998)

Lo anterior obliga a adoptar mecanismos de apoyo a la gestión local de las acciones de salud, con el fin de garantizar resultados exitosos e impactos generados de la identificación de los problemas colectivos, como también de los grupos más vulnerables y en riesgo, y por qué no, de la población sana, lo cual garantizaría oportunidad en la toma de decisiones para el adecuado establecimiento de políticas en salud.

Para brindar una adecuada atención en salud, debe tenerse en cuenta la conjunción de esfuerzos entre las diferentes entidades y organizaciones locales, como también la participación decidida de los líderes comunitarios y las ONG (organizaciones locales no gubernamentales). Ballesteros (1998)

La Organización Panamericana de la Salud, (2001) según el modelo de Municipios Saludables, establece que el enfoque integral de la atención a la salud se materializa en los SILOS, así como el avance que introduce la atención estratégica a nivel local permite incorporar elementos como la participación sectorial; fórmulas adecuadas de promoción de la salud en función de la epidemiología; el uso de tecnologías apropiadas; el trabajo en equipo; la programación participativa; la evaluación para la toma de decisiones y el análisis político de la situación presentada.

Hoy nos enfrentamos a circunstancias diferentes de vida y de salud que requieren cambios drásticos en los modelos de prestación de servicios, en la actitud decidida de los funcionarios de la salud y en el compromiso responsable de la propia comunidad, para poder lograr los objetivos propuestos y contar con una población con mejor calidad de vida y salud.

No puede pasarse por alto el trabajo fundamental que desempeña el LÍDER COMUNITARIO dentro de los equipos en mención. Si bien es cierto que todos los integrantes del equipo se encuentran ubicados con respecto a la problemática existente en nuestras comunidades, no es menos cierto que la labor oportuna y facilitadora de los líderes contribuye eficaz y

atinadamente a la detección e intervención a tiempo de la misma. Ballesteros (1998)

La función del líder comunitario dentro del Equipo Multiprofesional no es casual, ni ocasional; su labor, por demás importante, es de carácter obligatoria, en el buen sentido, si se tiene en cuenta el grado de conocimiento que sobre la propia comunidad tiene este miembro del equipo. El líder comunitario debe cumplir con las siguientes funciones:

- Participar activamente con los miembros del equipo en todas las actividades programadas, tanto intrainstitucional (hospital, centro de salud, colegios, empresas, etc.) como extrainstitucional (familias, viviendas, etc.). Debe asistir de manera permanente a las reuniones programadas por el equipo, de manera intra y extra institucional.
- Rendir informe sobre las actividades desarrolladas por él tanto intrainstitucional como en su comunidad, relacionadas con el trabajo en equipo.
- Participar en la selección y formación de nuevos líderes comunitarios para el fortalecimiento del trabajo en equipo.
- Informar a la comunidad en general sobre las funciones y acciones desarrolladas por el Equipo Multiprofesional.
- Informar a su comunidad sobre su función dentro del equipo.
- Identificar problemas existentes en su comunidad, con el fin de ser intervenidos de manera oportuna por el Equipo Multiprofesional.

El líder comunitario tiene una función de doble vía, es decir, de enlace entre el equipo y la comunidad:

- Informar permanentemente a los miembros del equipo sobre las necesidades existentes en su comunidad.

- Mantener informada a su comunidad sobre los servicios brindados a través del Equipo Multiprofesional.

2.5 SEGURIDAD SOCIAL Y SALUD (LEY 100 DE 1993)

Los años noventa comenzaron con cambios importantes en el sector de la salud en Colombia. Estos buscaban transformar las dinámicas y las estructuras de un desarticulado sistema de salud que no lograba satisfacer las necesidades ni las expectativas de la población. En particular, los cambios iniciales intentaron solucionar problemas como la ineficiencia del sector, la baja calidad de los servicios, la debilidad de la planeación y gestión y la desorganización del manejo financiero Ballesteros (1998)

Uno de los cambios fundamentales se dio en el ámbito normativo, con la expedición de la ley 10 de 1993, por medio de la cual se buscó reorganizar el Sistema Nacional de Salud, procurando con ello inscribir al sector salud en la dinámica de descentralización que se impulsaba en el país, en un intento por darle continuidad, aunque de una forma renovada, a una estructura organizacional de la salud en Colombia que se remontaba a los años setenta del presente siglo.

Ballesteros (1998) Afirma que a la par con la implementación de esta ley, y dentro de un escenario político agitado por las ilusiones de un proceso de elaboración de la nueva Carta Constitucional, se inició una sutil discusión acerca de las concepciones y alcances del derecho a la salud y, más específicamente, una pugna de intereses con relación a la seguridad social

Desde el momento mismo en que se sancionó la ley 100, y que se puso en marcha la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), las posiciones adoptadas frente a este estuvieron teñidas de una peculiar expectativa debido, en gran medida, a que el esquema implementado se reconoció como un modelo inédito, mixto e innovador. De hecho, tanto los críticos como los defensores del nuevo sistema de seguridad social en salud fueron cautos a la hora de sopesar las carencias,

obstáculos y posibilidades del modelo, dejando un espacio abierto para la valoración sobre las transformaciones llevadas a cabo Ballesteros (1998)

Para dar respuesta a los grandes problemas del sector salud y garantizar el acceso y la provisión eficiente de servicios sanitarios, el nuevo sistema optó por confiar en las dinámicas propias del mercado, en una modalidad de mercado regulado, y bajo el esquema de aseguramiento. En él se separan las funciones de administración y prestación de los servicios, se establece la obligatoriedad de la afiliación al sistema mediante la adscripción a los regímenes contributivo o subsidiado, y se amplía la cobertura con la incorporación de los familiares de los trabajadores como población beneficiaria de los servicios.

El proceso de instauración del nuevo sistema no fue fácil; se han presentado múltiples dificultades que obstaculizaron la cabal implementación de la reforma a la seguridad social y han generado dudas acerca de la posibilidad de cumplir con los objetivos previstos. En opinión del Ministerio de Salud (2001) entre las dificultades se destacan: la lentitud del proceso de conversión de subsidios a la oferta a subsidios a la demanda, la ausencia de mecanismos efectivos para afiliar a una gran cantidad de trabajadores del sector informal, la inequitativa distribución de recursos entre las regiones, la incapacidad de control de la evasión y elusión, la dispersión de la información que genera el sistema y la resistencia de varios actores del sistema a reconocer las bondades de la reforma (Ministerio de Salud Colombia 1997).

Es necesario recordar que, a partir de la expedición de la Ley 100 de 1993, se crearon organizaciones que no existían previamente y se reagruparon otras en nuevas figuras institucionales. En particular, se establecieron las entidades promotoras de salud (EPS), las administradoras del régimen subsidiado (ARS), las administradoras de riesgos profesionales (ARP) y las empresas solidarias de salud (ESS).

Otros actores del sistema son las asociaciones de usuarios, las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), las Empresas Sociales del Estado (ESE) que son IPS de carácter público, los comités de participación comunitaria (Copacos) y las veedurías ciudadanas. Por otra parte, las agremiaciones médicas, las Academias y las Universidades han venido posicionándose, como actores socio-políticos de importancia, papel que no tuvieron en el momento de definición del nuevo sistema (Ochoa 1994)

2.5.1 El Sistema General De Seguridad Social (Ley 100 De 1993)

Esta ley se creó con la aprobación por parte del congreso de la republica el 23 de Diciembre de 1993, regulando cuatro aspectos muy importantes sobre los cuales gira la seguridad social en Colombia: pensiones, salud, riesgos profesionales y servicios sociales complementarios (Subsidio para personas de la tercera edad en la pobreza absoluta y subsidio al desempleo).

El sistema de seguridad social tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de los ciudadanos para obtener la calidad de vida acorde a la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten . El sistema comprende las obligaciones del estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, la salud y servicios complementarios, materia de esta ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro. (Ministerio de Salud Colombia 1997).

2.5.2 Principios que rigen la Ley 100/93. El legislador estableció seis principios fundamentales que le dan soporte a los elementos fundamentales y filosóficos en los que se amparó su creación. Estos principios son los referentes a la eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. Fundamentalmente, la Eficiencia, está dada como la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a

que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente.

En cuanto a la Universalidad, es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.

El tercer principio fundamental es la Solidaridad, entendida como la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del mas fuerte hacia el mas débil. Este principio, es el que fundamenta el desarrollo del ISS y lo diferencia de los sectores público y privado. Es deber del estado garantizar la solidaridad en el sistema de seguridad social, mediante la participación, control y dirección del mismo. Los recursos provenientes del erario público en el sistema de seguridad social se aplicarán siempre a los grupos de población mas vulnerables.

La Integralidad. es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para tal efecto cada quien contribuirá según su condición y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por esta ley.

El siguiente principio fundamental está dado por la Unidad, visto como la articulación y estandarización de políticas institucionales, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad social.

Como último principio se determinó la Participación; es la intervención de la comunidad a través de los beneficiarios de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto.

Dentro de este mismo principio, se ha establecido que La seguridad social se desarrollará en forma progresiva, con el objeto de amparar a la población y mejorar la calidad de vida.

2.5.3 Creación. El artículo 48 de la constitución política de 1991, ordena organizar el sistema de seguridad social integral cuya dirección y control estará a cargo del estado, en los términos que la ley lo establezca. Estos términos señalan que la Seguridad Social es un derecho humano fundamental siendo este el criterio rector del desarrollo de todos los servicios que brindan las Instituciones, fundamentalmente el I.S.S.

2.5.4 Objetivos. De acuerdo con lo aprobado en la Ley 100 de 1993, el sistema de seguridad social integral ordenará las instituciones y los recursos necesarios para alcanzar los objetivos propuestos desde su creación. Estos objetivos están claramente definidos, por lo que es necesario presentarlos tal y como han quedado consignados en la ley. (Ministerio de Salud Colombia 1997).

Garantizar las prestaciones económicas y de la salud a quienes tienen una relación laboral o capacidad económica suficientes para afiliarse al sistema.

Garantizar la prestación de los servicios sociales complementarios en términos de la ley.

Garantizar la ampliación de cobertura hasta lograr que toda la población acceda al sistema, mediante mecanismos que en desarrollo del principio constitucional de solidaridad, permitan que sectores sin la capacidad económica suficiente como campesinos, indígenas y trabajadores independientes, artistas, deportistas, madres comunitarias, accedan al sistema y al otorgamiento de las prestaciones en forma integral. (Ley 100 de 1.993, Pág. 14)

2.5.5 El Sistema General De Seguridad Social En Salud. Dentro de la ley 100 de 1993 se desprende el SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS) que tiene como objetivo fundamental, la cobertura en salud de toda la población colombiana. La estructura del SGSSS está basado en cuatro entes fundamentales que se interrelacionan

para dinamizar el sistema, de tal forma que cumpla con los objetivos de cobertura y asistencia total.

La estructura del sistema en salud está basado en:

- Un Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que dicta las normas las regula y las controla.
- Las Empresas Promotoras de Salud (EPS), cuya responsabilidades serán la afiliación, la carnetización, el recaudo de la cotización, la sana administración de los recursos, y de los servicios de salud, garantizando el Plan Obligatorio de Salud (POS) en primera instancia y si le es posible, los Planes Complementarios de Salud.
- Las Empresas Prestadoras de Servicios de Salud también denominadas IPS, lo que en la realidad son las clínicas, hospitales y centros de salud.
- El Fondo de Solidaridad y Garantías en Salud, (Fosyga) para otorgar subsidios a personas de menores ingresos y a su cargo atender las necesidades de salud de las personas afectadas por una catástrofe de la naturaleza o un riesgo catastrófico como por ejemplo el terrorismo.

Como se había indicado anteriormente, la Seguridad Social en Salud es un servicio público obligatorio, ya que no está a cargo exclusivamente de las entidades estatales. Al aprobarse la ley 100, y en desarrollo del precepto constitucional, se aprobó la participación de los particulares con el fin de ampliar progresivamente la cobertura en salud. Para esa época, (1993) se reguló que todos los habitantes del país deberían estar afiliados al nuevo régimen de seguridad social hacia el año dos mil, a través de su afiliación a una EPS. Hoy la realidad nos muestra un panorama un tanto diferente, ya que si bien es cierto que la cobertura ha ido en aumento constante, no se ha cumplido a cabalidad el objetivo de tener afiliados a todos los habitantes del país al régimen de Seguridad Social en Salud. Tal es así que hoy están

sin cobertura mas de 20 millones de colombianos, según reportes de la Superintendencia de Salud (Reporte de Diciembre de 2001) Sin embargo, la afiliación no solo aplica para las personas que tengan capacidad de pago. Lo es también para aquellos que por su condición social y económica no pueden cotizar. De ahí la coexistencia de dos sistemas diferentes. El régimen contributivo, del cual harán parte todas aquellas personas que tengan la capacidad de pago para cotizar y el régimen subsidiado, el cual estará integrado por quienes no tengan la capacidad de pago para cotizar, pero que no por eso pierden el derecho a recibir los servicios en salud necesarios para su supervivencia. Estas personas se afilian a una EPS a través de una cotización subsidiada parcial o totalmente con recursos del estado y de la solidaridad de los trabajadores del régimen contributivo. (Ministerio de Salud Colombia 1997).

Dos cambios fundamentales se presentaron en el régimen contributivo con la entrada de la ley 100. El primero, dio por terminado el monopolio del Instituto de Seguros Sociales (ISS) para los trabajadores del sector privado y de las Cajas de Previsión para los trabajadores del sector Público, abriendo un mercado de competencia de estas entidades con nuevas Empresas Promotoras de Salud. El segundo cambio que se operó fue el de que la cobertura se amplió a los familiares del trabajador para lo cual se incrementó la cotización por aportes en salud al 12% de los salarios devengados por el trabajador. Este porcentaje quedó distribuido en un 8% por parte del empleador y de un 4% por parte del trabajador. Cabe destacar que las instituciones del sector público, ni el ISS estaban preparadas para asumir el impacto de prestar el servicio médico familiar a todos los afiliados. Esto generó un incremento en la demanda de servicios y estableció nuevas realidades sobre el perfil epidemiológico de la población afiliada.

Es bueno resaltar, que para el trabajador, el incremento de la cotización es mucho menor que el gasto particular en salud que venía incurriendo por

tener su familia sin protección de la Seguridad social. En su conjunto, para la economía familiar, se reduce el gasto en salud, garantizando además el acceso a tratamientos de mediano y alto costo, no accesibles para el 90% de los colombianos hasta el momento de entrar en vigencia la ley.

Algo importante para destacar en el sistema de salud, es que el usuario puede elegir con toda libertad la EPS a la cual quiere afiliarse, con el fin de poder hacer uso de su plan obligatorio de salud, denominado P.O.S. De igual manera puede hacerlo con la IPS. No obstante, los grupos económicos grandes se dieron a la tarea de crear EPS e IPS, lo que en lugar de ampliar cobertura generó una desafiliación del ISS, no siempre voluntaria sino inducida y orientada hacia las nuevas EPS creadas por las empresas pertenecientes a estos grandes grupos económicos, especialmente en la gran industria y el comercio. Un número importante de Empresas Promotoras de Salud se han constituido en todo el país, con el fin de brindarle al trabajador y a su familia el cuidado de su salud. Estas surgen del sector privado, del sector público en las regiones, del sector de las cajas de compensación, del sector cooperativo y de la transformación de las antiguas cajas de previsión.

Estas empresas promotoras están obligadas a transferir el 12% de la nómina al sistema de seguridad social en salud y se distribuyen bajo el principio de solidaridad. No importa cual sea el aporte del trabajador, proporcional a su salario, mayor o menor, todos los asegurados tienen igual derecho a recibir como mínimo el Plan Obligatorio de Salud. Adicionalmente, un punto de la cotización de cada trabajador es destinado al Fondo de Solidaridad para financiar los subsidios de la población más pobre. Además del POS, las entidades promotoras en salud prestarán los servicios contemplados dentro de los planes complementarios que son adicionales y comprenden servicios diferentes de los contenidos en el POS, los cuales tienen un costo adicional que debe ser asumido por el cotizante.

Ahora bien, al estar el Sistema General de Seguridad Social en Salud, dirigido y controlado por el estado, es el mismo estado quien por intermedio de su política social, fija los lineamientos en cuanto a los logros y objetivos que se propone cada gobierno, durante la vigencia del mandato correspondiente.

Como todo proceso social, la Ley 100 inició de manera mas bien lenta, encontrándose con dificultades de orden legal, de resistencia al cambio y de contradictores que no veían con muy buenos ojos la nueva filosofía. Muy a pesar de lo anterior, el sistema se fue afianzando, consolidando y ganando espacios que le permitieron desarrollarse eficazmente dentro de las expectativas previstas.

Dentro de la cobertura de la ley 100 y su relación directa con El Plan Nacional de Desarrollo del Gobierno, aprobado por Ley, ordena que los Hospitales Públicos reestructuren sus plantas de personal, flexibilicen su sistema de contratación, mejoren su gestión, y adecuen los servicios que prestan para garantizar sostenibilidad y competitividad. (PND 1998 – 2002)

El Ministerio de Salud establece con detalle las actividades obligatorias de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad que deben realizar las aseguradoras en los dos regímenes, puesto que los estudios demuestran la baja cobertura y cumplimiento de estos programas, así como el empeoramiento de los indicadores nacionales. Sin embargo insiste en pagarles y obligarles a cumplir en lugar de reforzar la acción del Estado en el campo de la salud pública. (Ministerio de salud 2001)

2.5.6 Promoción de la salud como política de la ley 100

Dentro de sus normas la ley 100 de 1993 establece como pilar fundamental la construcción de alianzas sectoriales y extrasectoriales para la promoción de la salud. Planificación y coordinación nacional de las estrategias de información, educación y comunicación social para la

promoción de la salud. Reorientación de los servicios de salud hacia la promoción. Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales para fortalecer las acciones de promoción de salud. Ministerio de Salud 2002)

Si bien se reconoce la existencia de mecanismos de incentivos a la promoción, en la práctica no se ha contado con recursos financieros para estimular estas acciones. Se destacan como fortalezas la implementación de normas y acciones para promover ambientes y políticas públicas saludables y contar con capacidades para medir el impacto en esta área, pero se reconoce que la autoridad nacional no tiene capacidad de convocatoria y liderazgo frente a otros sectores.

Con relación a la reorientación de los servicios de salud hacia la promoción, si bien se ha discutido y revisado la importancia del tema, aún no se han desarrollado el total de las acciones correspondientes para lograr mejor eficacia y cobertura en el modelo de atención. En este sentido, la atención primaria en salud que fue un ejemplo exitoso del modelo en el antiguo sistema de salud, aparece fragmentada en la actual reglamentación de la salud y la

responsabilidad de su ejecución se diluye entre todos los planes de atención planteados. Gómez. L., y Quintero E.(1998)

La implementación de la Prevención en Salud a partir de los lineamientos de la ley 100 en seguridad social, comprende etapas como son: la promoción de la estrategia, el diagnóstico, la intervención y finalmente la evaluación; a través de las cuales, además de los objetivos propios de

cada una, se logra una transformación de los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos para que den mayor importancia a los principios preventivos y se trabaje dentro de una filosofía de fomento y promoción de la salud más que de asistencia médica. Restrepo (2001)

Su meta principal es la salud para todos en el año 2000, para lo cual sugiere estrategias como la Atención Primaria en Salud (APS) y la Promoción de la Salud (PS). Esta última surge en un contexto dado por la ineficiencia de la medicina por mejorar la salud, al igual que la desilusión ante el resultado de 30 años de énfasis en el tratamiento curativo.

2.5.7 Prevención y Promoción de la salud desde la Psicología de la salud .

Dentro del marco referencial de la psicología de la salud, es de vital importancia el análisis del proceso salud-enfermedad que es un fenómeno de interés tanto individual como macroestructural, en torno al cual se han desarrollado una gran cantidad de definiciones, que van desde aquellas cuyo análisis se ubica exclusivamente en un nivel orgánico, hasta otras que dan mayor prioridad a la salud. Estas últimas se han catalogado como conceptualizaciones positivas de la salud; siendo la Organización Mundial de la Salud (OMS) la primera en dar una definición de estas características: "La salud es un estado de completo bienestar físico, psicológico y social, no solamente la ausencia de enfermedad" e incluye conceptos como son la calidad de vida, bienestar y en fin una serie de indicadores que hasta el momento son complejos de evaluar. La OMS al igual que otras organizaciones trabajan arduamente en propender por un mejoramiento de las condiciones de vida de los individuos a nivel económico, político, ambiental, biológico, comportamental, etc.; sin embargo esto no es posible sin el trabajo sincrónico de los diferentes sectores: económico, político y productivo.

En este ámbito, se propicia una serie de transformaciones en el sector salud de los diferentes países, cuyo objetivo común es fomentar la salud y

mejorar la calidad de vida de los individuos, partiendo de una misma orientación estratégica, la promoción de la salud (PS), que en términos generales "consiste en promocionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un control sobre la misma"(OMS, 1986).El interés creciente por la Prevención en Salud es evidente y así lo demuestran los esfuerzos realizados por gobiernos de varios países. En Colombia por ejemplo, es a partir de la Ley 100, que da vida al nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud y operacionaliza lo propuesto por la Constitución de 1991 respecto a los derechos de salud, seguridad social, bienestar y ambientes saludables, que se define el valor de la educación y promoción en salud para alcanzar la calidad de vida y se plantea el acceso (progresivo) de todos los colombianos al plan de protección integral en salud (Ministerio de Salud, 1995).

No obstante, éste no es un caso aislado, en Latinoamérica, por ejemplo, se trabaja siguiendo los lineamientos propuestos por entidades sanitarias como la OMS, con el fin de generar estrategias de acción orientadas a fomentar la salud, partiendo de la realidad sanitaria y del perfil epidemiológico caracterizado en estos países por la transición de patologías propias de subdesarrollo (enfermedades parasitarias, infecciosas, desnutrición), hacia modelos de morbilidad-mortalidad propios del desarrollo (enfermedades degenerativas, cardiovasculares, problemas de salud mental y dependencia a drogas).

De ahí, que la importancia de la psicología en el área de la salud no sólo ha sido reconocida por la propia disciplina sino que también ha sido objeto de discusión de otros sectores y entidades. Así, en 1988 la OMS convoca a los miembros de tres organizaciones internacionales: Unión Internacional de la Ciencia Psicológica, Asociación Internacional de Psicología Aplicada y la Asociación Internacional para la Psicología Transcultural, a fin de realizar un artículo sobre las contribuciones de la psicología al cuidado de la salud, resaltando la influencia de los factores psicosociales en la

estructura y función de los servicios de salud y la relevancia de los mismos como determinantes de los éxitos en salud.

Tradicionalmente al vincular la psicología al área de la salud se hace referencia a la denominada Salud Mental (Ardila, 1990). En éste ámbito, la intervención del psicólogo clínico se basa en el modelo biomédico tradicional, que visualiza al ser humano como una máquina, que al presentar averías debe ser restaurada por un especialista. De esta forma, durante varios años la intervención del psicólogo se centró exclusivamente en el diagnóstico y tratamiento de personas con desórdenes mentales o emocionales, realizando un abordaje individual y curativo. Frente a las limitaciones de este modelo de trabajo, surge el modelo de Competencia, el cual enfatiza la prevención y plantea que la práctica profesional debe buscar anticiparse a los problemas mediante la detección precoz de factores de riesgo y desarrollar competencias y habilidades de afrontamiento para reducir la incidencia de problemas psicológicos.

La psicología de la salud es un campo reciente, pero es el resultado del trabajo de varias décadas en otras áreas. la primera de ellas, la Medicina psicosomática se basa en el enfoque psicoanalítico que supone que la personalidad, específicamente los conflictos, están relacionados con una enfermedad determinada (Goldstein y Krasner, 1987). la segunda, la Psicología Médica, incluye aportes desde la Psicología Experimental para el diagnóstico y evaluación de la enfermedad física y el uso de ciertas estrategias de investigación en el tratamiento, enfatizando para el entendimiento de las enfermedades médicas el contexto psicológico y social. Finalmente, la Medicina Conductual incluye aportes de las ciencias conductuales y biomédicas relevantes para la atención de la salud y la enfermedad en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la misma. La psicología de la Salud es una subdisciplina, que a diferencia de la Psicología clínica tradicional y de las tres áreas mencionadas, además de ocuparse del tratamiento y rehabilitación, resalta la importancia de un trabajo a nivel de prevención de la enfermedad y promoción de salud . Se

define como: "el conjunto de contribuciones educacionales, científicas y profesionales de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, para la prevención y tratamiento de la enfermedad, para la identificación de correlatos etiológicos de la salud y diagnósticos de salud-enfermedad, de las disfunciones relacionadas, así como para el análisis y mejoramiento del sistema de cuidado de la salud y las políticas de atención de la salud" (Ardila,1984). Es importante aclarar que la diferencia fundamental entre la prevención y promoción radica en que la primera se realiza cuando existen indicios o riesgos de enfermedad mientras que la segunda se enfoca hacia la salud y personas sanas.

Lo anterior sugiere que a nivel de la psicología se ha ampliado el campo de ejercicio profesional en salud, sustentando a nivel teórico por diferentes enfoques, paradigmas y constructos alrededor de este tema. Cabe anotar que no todos los profesionales conocen estos desarrollos teóricos y de hecho, algunos continúan asumiendo un modelo clínico tradicional, enfocando sus intervenciones a nivel asistencial (curativo). Partiendo de los lineamientos propuestos por la Carta de Ottawa (1986) sobre: a) Elaboración de políticas de salud. Tanto el estado colombiano, como los ministerios de salud y trabajo entre otros, han elaborado políticas claras respecto de las políticas que gobiernan la salud en el país. b) Creación de ambientes favorables, c) Reforzamiento de acción comunitaria, d) Desarrollo de aptitudes personales y e) Reorientación de servicios sanitarios, podemos ubicar las actividades del psicólogo en un continuo que va desde el nivel teórico hasta el aplicado encontrado entre otras las siguientes actividades: 1. Investigación: Dentro de la Prevención en Salud es fundamental el estudio sistemático de los factores que influyen de manera positiva y constructiva en el desarrollo de una buena salud, con el fin de generar modelos explicativos que permitan predecir y diseñar programas acordes. Un ejemplo de estos avances teóricos es el modelo de Promoción de Salud construido por Pender en 1987, que se deriva básicamente de la teoría del aprendizaje social y subraya la importancia de procesos mediadores cognitivos en la regulación de la conducta y señala

además, como determinantes de la conducta promotora de la salud, los factores cognitivo-perceptivos, los factores modificantes y las variables que afectan la probabilidad de acción; que en síntesis son conductas continuas que forman parte de un estilo de vida (Ardila, 1994).

2.5.8 Referencias al estudio

Con respecto a los estudios relacionados con la sistematización de experiencias en el tema de la salud, se evidenció una escasa producción desde el punto de vista investigativo y conceptual. Sin embargo la revisión teórica y bibliográfica permitió conocer varios estudios que por su pertinencia, aportes e importancia vale la pena mencionar a continuación:

“HISTORIAS Y PRÁCTICAS SOCIALES QUE CONTRIBUYEN A LA SALUD Y LA ENFERMEDAD DE VARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE PAIPA”,

RESUMEN

Este estudio fue realizado por Coronado, Becerra y Rodríguez (1998) como tesis de grado de la Universidad Santo Tomás. La finalidad de esta investigación, fue la comprender y explicar las prácticas e historias sociales de los actores del sistema de salud del municipio de Paipa y sus pueblos aledaños. Los interrogantes que dieron origen a la investigación, se establecieron desde cómo se construyen las prácticas sociales y las historias sobre salud y la enfermedad de los usuarios que acuden a la red de servicios. Se utilizó una metodología cualitativa etnográfica, recurriendo a estrategias como la observación participante, entrevistas etnográfica, historias de vida, realizando un análisis de acontecimientos culturales. Se logró develar cómo las construcciones de historias y las prácticas de los usuarios de salud formal y no formal, se elaboran mediante la atribución de significados a los hechos que hacen parte de su cotidianidad. Se concluyó que la comunidad, con su participación activa, puede generar modelos y estrategias para el mejoramiento de su calidad de vida.

COMENTARIO AL ESTUDIO

El estudio es pertinente por las características similares entre las comunidades y los servicios de salud. De igual forma se analiza la construcción de significados en las practicas formales e informales de salud, conceptos que de igual manera se manejan en la sistematización de experiencias en el Codito.

“UNA NUEVA VISIÓN DE LA SALUD. PERSPECTIVAS DE LA COMUNICACIÓN”.

RESUMEN

Realizado en la Universidad Pontificia Bolivariana por Betancur Martha, (1995) La autora se propone sistematizar la experiencia analizada en el contexto de las practicas profesionales de los médicos residentes, adscritos al Hospital San Vicente de Paul y su incidencia en la comunidad. Utilizando un método Etnográfico a partir de una metodología cualitativa se determinó como objetivo de la investigación el analizar el nuevo enfoque del profesional de la medicina ante su paciente y en general ante la comunidad. Se utilizaron encuestas dentro de los profesionales y las comunidad, con el fin de obtener la percepción sobre la relación médico – paciente. Así mismo, se realizaron entrevistas y diarios de campo. La autora concluyó que la salud, actualmente, sufre un cambio radical, en el sentido de que paso de ser un espacio medicalizado e individualista a ser un espacio para el desarrollo comunitario, con visión socioecologista de la salud en contextos locales.

COMENTARIO AL ESTUDIO

Este estudio es de gran importancia para el análisis de la perspectiva de la salud, desde un ámbito paciente - profesional, como dos actores principales dentro del sistema integral de salud. De igual forma, se logra

determinar la percepción del usuario y de la comunidad respecto del nuevo rol del profesional de la salud.

SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL

RESUMEN

Referente a la Sistematización de Experiencias se encontró un estudio realizado por Lizcano Edgar como trabajo de grado de la Universidad Santo Tomás de Bogotá quien se inscribió en el proyecto “Redes Sociales Municipales con el pretexto de abordar la violencia intrafamiliar y el maltrato infantil en el municipio de Bojacá (Cundinamarca) durante el segundo periodo académico del año dos mil (2.000)

La principal pretensión fue reconstruir la autoreferencia, la autorreflexión, las influencias, los sentires y los pensares de los actores involucrados durante el proceso de la construcción de redes. Se utilizó una metodología de tipo cualitativa, utilizando técnicas de recolección de información tales como archivos y documentos, diarios de campo, observación participativa entre otras. La sistematización de esta experiencia permitió adquirir nuevos conocimientos aplicables a los procesos de retroalimentación, con los cuales se pueden tomar decisiones acerca de las acciones a ejecutar en la comunidad, con el objetivo de establecer relaciones entre la disciplina psicológica y los nuevos proyectos educativos, pedagógicos y comunitarios.

COMENTARIO AL ESTUDIO

Es un buen ejemplo de cómo la sistematización de experiencias permite obtener conclusiones valiosas sobre el transcurrir y construcción del conocimiento desde lo comunitario y popular. Se rescata igualmente, la generación de nuevos conocimientos que son aptos para aplicarlos a los proyectos sociales de la comunidad.

3. METODICA

3.1 TIPO DE INVESTIGACION

La presente investigación es cualitativa de tipo documental, exploratorio y descriptivo, por lo tanto tiene por objeto esencial, familiarizarse con un tópico (el discurso de la salud) que sirva para desarrollar estrategias a utilizar en la educación para la salud y realizar un análisis sobre la promoción y prevención en salud en una comunidad.

Para Bonilla, (1998), la investigación cualitativa intenta hacer una aproximación de las situaciones globales para explorarlas, descubrirlas y comprenderlas de manera inductiva. Es decir, a partir de los conocimientos que tiene las diferentes personas involucradas en ellas. Esto supone que los individuos interactúan con los otros miembros de su contexto social compartiendo el significado y el conocimiento que tiene de sí mismos y de su realidad.

Retomando a Bonilla (1998), desde el método cualitativo “Los investigadores cualitativos tienen que desarrollar una comunicación directa y permanente con los sujetos investigados, porque su interés implica de hecho comprender el conocimiento que ellos tienen de su situación y de sus condiciones de vida”

De tal forma que el diálogo con las promotoras de la salud y con la comunidad a la que pertenecen, aportarán la información pertinente que se requiere para interpretar la realidad que viven a través de la cultura de la salud.(proceso inductivo)

Teniendo en cuenta aportes del método cualitativo, la investigación determina su interés en desarrollar los siguientes aspectos:

1. Rol de la investigación cualitativa (Descriptivo - exploratorio) al involucrarse en la cultura que maneja la comunidad, referente a la promoción y prevención en salud, así como también la intervención de las instituciones, el contexto estatal y legal y los actores que intervienen directa o indirectamente.

2. Compromiso del investigador (el significado social) a través de la experiencia e interpretación de la realidad social dentro del concepto promoción en salud y derecho a la salud, conociendo y analizando el rol de las promotoras de salud en la localidad.

3..Relación entre teoría /concepto e investigación (inductiva) que a través del análisis permita comprender el significado de promoción en salud de la comunidad.

3.2 Método:

La investigación soporta su desarrollo metodológico en el método de Observación Participante. Para ello es necesario recurrir a estrategias de tipo documental, descriptivo y exploratorio, que permita el análisis y la reflexión mediante la sistematización de la experiencia de tal forma que se logre contribuir con la comunidad en la significación de la salud y generar por lo pronto, una reflexión sobre la manera de utilizar la promoción y prevención de la salud en la comunidad.

3.3 Instrumentos Metodológicos

Observación Participante:

- Desde los encuentros comunitarios con las promotoras en el proceso de capacitación.

- Identificación de la situación que se pretende analizar (proceso promoción y prevención en salud)
- Trabajo con las promotoras a través de la capacitación en promoción y prevención en salud.
- Observación de las actividades de las promotoras con la comunidad para determinar dinámicas de aprehensión de significados de los programas de promoción y prevención en salud

3.4 Actores

El grupo de actores que intervienen en la presente investigación, está conformado por el grupo de promotoras de salud.

3.5 Técnicas y Recolección de Información

Las técnicas y los procedimientos para recoger la información son las siguientes:

DIARIO DE CAMPO: A través del cual se mantenga un dominio durante el proceso de la investigación.

DOCUMENTOS: Desde los cuales se pudo lograr un acercamiento sobre la historia de la comunidad y de los actores de la investigación.

PLAN DE ACCION: Desde el cual se diseñó el proyecto y se planificaron las actividades a experimentar.

OBSERVACIÓN PARTICIPANTE: Desde la asistencia a los cursos de capacitación que sobre Prevención y Promoción fueron dictados a las promotoras, se pudo lograr un acercamiento sobre los conocimientos que sobre estos temas, poseían ellas. De igual forma, asistiendo a los eventos con la comunidad, de tal forma que se pudiera lograr un acercamiento, encaminado a detectar el conocimiento y significado que sobre prevención y promoción de la salud, tenía la comunidad.

3.6 Manejo de la Información

Para la sistematización de la información de la experiencia y comprensión adquiridas en el proceso de interacción y capacitación con las promotoras, se procedió de la siguiente manera:

1) DELIMITACIÓN PRECISA DE LO QUE SE PRETENDE INVESTIGAR Y APRENDER

Comprensión dentro de una realidad social posible de transformar, de la Prevención y Promoción de la salud en la comunidad del Codito, y su reflejo en el actual sistema de salud en Colombia.

2) ORGANIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA Y LA INFORMACIÓN RECOGIDAS

Por medio de los siguientes parámetros:

- Los diarios de campo. Información recogida en los diferentes documentos relacionados con el tema.
- Observación del trabajo de las promotoras de la localidad, destacando aspectos inherentes al socialización de los temas en la capacitación

5. ANÁLISIS DE CONTENIDO

5.1 ESTRUCTURA CONCEPTUAL: De la conceptualización a la Experiencia

El proceso de sistematización, a partir de los lineamientos metodológicos establecidos en la investigación, se inicia con la categorización de la información obtenida en la comunidad y que será base fundamental en el análisis de los procesos inherentes al objeto de estudio.

MATRIZ 1

CATEGORÍA DEDUCTIVA	PROPOSICIONES AGRUPADAS POR TEMA	CATEGORÍA INDUCTIVA	CODIGOS
CONCEPTO DE SALUD	REALIZACIÓN DE LA VIDA COMO PERSONAS EN LAS MEJORES CONDICIONES POSIBLES	SALUD COMO ESTADO DE BIENESTAR	BIENSALUD
	PROMOCIONAR LA SALUD A TRAVES DE LOS ESFUERZOS ORGANIZADOS DE LA SOCIEDAD	SALUD PUBLICA	SALUDPU
	CAPACIDAD DE LAS PERSONAS Y DE LOS GRUPOS PARA INTERACTUAR ENTRE SI Y CON EL MEDIO AMBIENTE	SALUD MENTAL	SALUNDMEN
	NO SE ESTA SANO CON LA SIMPLE AUSENCIA DE LA ENFERMEDAD	CONSERVACIÓN DE LA SALUD	CONSERSA

MATRIZ 2

CATEGORÍA DEDUCTIVA	PROPOSICIONES AGRUPADAS POR TEMA	CATEGORÍA INDUCTIVA	CODIGOS
	TODA PERSONA TIENE DERECHO A UN NIVEL DE VIDA ADECUADO QUE LE ASEGURE ASI COMO A SU FAMILIA LA SALUD Y EL BIENESTAR	DERECHO A LA SALUD	DERSALUD
DERECHO A LA SALUD	LOS DERECHOS DE SALUD DEBEN SER PRESTADOS DE MANERA UNIVERSAL PARA TODOS LOS CIUDADANOS CON COBERTURA PROGRESIVA CON CALIDAD EFICIENCIA Y DE FORMA INTEGRAL	MECANISMOS DE EXIGIBILIDAD JURÍDICOS EN SALUD	EXIJUSA
	SE DEBE GARANTIZAR AL CIUDADANO LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIO MÉDICOS Y LA PROMOCIÓN DE AMBIENTES FAVORABLES PARA EL DISFRUTE DE LA SALUD	EL ESTADO FRENTE A LA SALUD	ESSALUD
	LA SEGURIDAD SOCIAL ES UN SERVICIO PUBLICO DE CARÁCTER OBLIGATORIO Y AL CUAL TIENE DERECHO TODA LA POBLACIÓN SIN EXCLUSIÓN ALGUNA.	CONSTITUCIÓN NACIONAL DE 1991	CONS

MATRIZ 3

CATEGORÍA DEDUCTIVA	PROPOSICIONES AGRUPADAS POR TEMA	CATEGORÍA INDUCTIVA	CODIGOS
	IMPULSAR Y FORTALECER LO PROCESOS ORGANIZATIVOS TANTO DE LAS COMUNIDADES COMO DE LOS DIFERENTES SECTORES SOCIALES	CONSTRUCCIÓN DE UNA SOCIEDAD DEMOCRATICA	CONST
	ARTICULACIÓN DE ESFUERZOS HACIA FINES COMUNES	TRABAJO COMUNITARIO Y SOCIAL	COMUN
COMUNIDAD	NECESIDADES POLÍTICAS CULTURALES TERRITORIALES Y POBLACIONALES	CONOCIMIENTO DE LOS PROBLEMA SOCIALES	PROSO
	PROCESOS DE TRANSFORMACIÓN Y PARA LA TRANSFORMACION	ORGANIZACIÓN SOCIAL	ORGSO
	ELEMENTOS CLAVES EN LOS PROCESOS COMUNITARIOS	CONTROL SOCIAL	CONTSO
	LLAMADO A LA POBLACIÓN PARA LA COLABORACIÓN Y APOYO DE LAS COMUNIDADES EN LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN PRIMARIA	PARTICIPACION EN SALUD	PARSA

MATRIZ 4

CATEGORÍA DEDUCTIVA	PROPOSICIONES AGRUPADAS POR TEMA	CATEGORÍA INDUCTIVA	CODIGO
	TRANSFORMACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL	BIENESTAR SOCIAL	BIENS
	AUMENTO DE LA COBERTURA	ACCESO PERSONAS DE ESCASOS RECURSOS	RECUR
	SERVICIO EQUITATIVO DE TIPO SOCIAL	NECESIDADES DE TODA LA POBLACION	NEC
LEY 100 DE 1993	REGIMEN SUBSIDIADO	POSIBILIDAD DE ATENCIÓN MEDICA A POBLACIÓN VULNERABLE	POVUL
	COLSANITAS SALUDCOOP COOMEVA COMPENSAR FAMISANAR	REDES PROPIAS DE ATENCIÓN AL REGIMEN CONTRIBUTIVO	EPS
	COLAPSO DE LA RED PUBLICA HOSPITALARIA	DETERIORO DE LA SALUD PUBLICA	REDP

5.2 Organización de los datos que van a ser sistematizados y universo de datos de los cuales han sido obtenidos

UNIVERSO DE DATOS				
TEMA				
1.PROMOCION DE LA SALUD EN LA COMUNIDAD 2.DERECHOS DE LOS CIUDADANOS 3. ACCION SOCIAL	INFORMACIÓN OBTENIDA EN LA CAPACITACION	EXPERIENCIA EN EL TRABAJO CON LAS PROMOTORAS DE SALUD DE LA LOCALIDAD	SISTEMA ACTUAL DE SALUD EN COLOMBIA	PRINCIPIOS Y ESTRATEGIAS DE LA CARTA DE OTTAWA Y LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
4. REALIDAD SOCIAL	LA SISTEMATIZACION EN EL TRABAJO DE EDUCACIÓN POPULAR	SOCIOCONSTRUCCIONISMO (GERGEN)	EXPERIENCIA CON LA COMUNIDAD	
5. POLITICAS DE ESTADO	INSTITUCIONES PUBLICAS -SECTOR PRIVADO -REDES	-ACCESO AL SERVICIO DE SALUD DE ACUERDO CON LA CAPACIDAD DE PAGO -LÓGICA DEL MERCADO	CIUDADANOS COMO SUJETOS DE DERECHO EN POSIBILIDAD DE EXIGIRLOS	

5.3 INTERPRETACIÓN ANALITICA

Una vez obtenidos los datos se inicia la interpretación de los datos y el análisis de contenido, a partir de los elementos que lo constituyen, como son, el análisis Pragmático, el descriptivo y el semántico, desde los cuales se iniciará la sistematización de la experiencia, razón fundamental de esta investigación.

Al respecto se tendrá en cuenta inicialmente las categorías que fueron seleccionadas, para ir fraccionando la información y extraer lo mas relevante para el análisis

ANALISIS PRAGMATICO

Salud como estado de bienestar: La comunidad se enfrenta a situaciones como las adicciones, la violencia, los accidentes y los desastres naturales evitables, el terrorismo, las infecciones de transmisión sexual, el abuso sexual, el envejecimiento, etc.

Salud Pública: Las promotoras no cuentan con los recursos necesarios para los programas de promoción, además la comunidad crece considerablemente debido al desplazamiento de familiar campesinas que huyen de la violencia.

Salud Mental : Las características del ambiente en que se desarrollan los individuos no es el adecuado. Esto lo pudimos observar en los jardines de madres comunitarias que funcionan en casas completamente inadecuadas.

Derecho a la salud: los habitantes de la comunidad no tienen claros los derechos que les corresponden en materia de salud, no hay quien se los imparta, eso solo lo tienen claro los dirigentes y lideres comunitarios.
(MATRIZ 2)

El Estado frente a la salud - Las reformas políticas en materia de salud dejaron sin posibilidades a las poblaciones vulnerables al someter la prestación de los servicios de salud a las leyes de la oferta y la demanda. A pesar de los esfuerzos que ha hecho el Hospital, en las encuestas que se realizaron en la localidad a través de los establecimientos educativos, se pudo observar un alto porcentaje de población por fuera del sistema (SISBEN)

ANALISIS SEMANTICO

Promoción y Prevención de la salud: La promoción de la salud va más allá de los sistemas de cuidado médico, de la educación en salud, o de la prevención de la enfermedad. Ella constituye una respuesta social organizada, multisectorial y multidisciplinaria para mejorar la salud y bienestar de la comunidad; no es una respuesta exclusiva del sector salud o de asistencia médica, sino una respuesta de los diferentes sectores relacionados con la salud, es decir, comunidad, instituciones de salud, promotoras de salud y organismos internacionales de ayuda humanitaria, que incidan en el mejoramiento de vida de la comunidad del Codito.

El grupo de promotoras, evidenció un enorme interés por el bienestar de su comunidad, destacándose en ellas, un sentido de compromiso, solidaridad y responsabilidad, en la difusión de los programas de promoción y prevención de la salud. Este es un paso fundamental, ya que si se les brinda el apoyo necesario, tanto en recursos, como en estrategias, los resultados se verán reflejados en el beneficio de la comunidad.

Trabajo comunitario y social: El acompañamiento a las promotoras permitió determinar el significado que para ellas tiene el concepto salud y su estrategia de prevención y promoción. Este significado se ve reflejado en la elaboración de propuestas -para promocionar la salud- formuladas por Copevisa el hospital y la misma comunidad, las cuales fueron llevadas

a las mesas de trabajo de los encuentros ciudadanos .

Conocimiento de los problemas sociales.- La comunidad trabaja con base en las necesidades, su nivel de educación no les permite conocer la verdadera realidad y causas de los problemas sociales.

Organización Social.- De lo aprendido en la capacitación y experiencia con las promotoras pudimos observar que hay organizaciones bien conformadas pero que los intereses de todos no son los mismos y que no se apunta a una verdadera transformación de la realidad. (MATRIZ 3 Y 4)

Participación en Salud- Desde las promotoras se trabaja en la comunidad en el sentido de que la población haga uso adecuado de los servicios de salud es por esto que se utiliza la estrategia de capacitación a las promotoras, pero sería urgente y necesario que la comunidad contara con un mayor número de promotoras que fortalezcan la atención primaria.

Bienestar Social. Se observar que la conformación de las redes sociales en la comunidad deben involucrarse en una labor que apunte a la transformación de la realidad social (Hospital, Copevisa, líderes comunitarios) un cambio que se materialice en el bienestar de todos los habitantes de la comunidad, donde a pesar de los cambios que se dieron con la promulgación de la Ley 100, el Estado debe garantizar el bienestar ya que este es un derecho exigible.

En la comunidad objeto de nuestro estudio y en general en la población vulnerable se observa un gran número de habitantes por fuera del sistema de salud, aquí juega papel importante el control social y los líderes comunitarios y en el caso de las promotoras de salud este debe ser un objetivo fundamental que apunte a la adquisición de los ciudadanos a este derecho.

Deterioro de la salud pública.- Es indudable que uno de los grandes estragos que produjo la reforma a la salud fue el cierre de muchos

hospitales en la localidad de Usaquen si bien el hospital todavía se mantiene no logra la cobertura de atención a toda la localidad.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DESCRIPTIVO

REFLEXION

Es posible cambiar las estructuras materiales y simbólicas que afectan las condiciones de vida de La comunidad del Codito o que limitan su capacidad de gestión desde la participación activa de todos los actores involucrados en el proceso.

SITUACION A ANALIZAR: Comunidad del Codito en Condiciones precarias en los estilos de vida de la población vulnerable, lo que no permite una atención directa a los planes de promoción y prevención en salud.

DIMENSIONES DE ANÁLISIS A CONSIDERAR

Registro de la vivencia con la comunidad y sistematización de los eventos desde la conceptualización a la práctica comunitaria. Para ello se aborda el relato ordenado y reflexivo de nuestra experiencia en el curso de capacitación en salud y el trabajo práctico con las promotoras de la salud de la localidad.

6.- SISTEMATIZACION DE LA EXPERIENCIA

1.- Descripción de los Procesos vividos por la Comunidad

Las características del poblamiento y urbanización del Sector "El Codito" responden al patrón de crecimiento acelerado de la Localidad Uno de Usaquén y en general de las ciudades colombianas. A partir, de los años setenta, los procesos de modernización impulsados por las élites generaron una forma de habitar la ciudad altamente planificada, integrada al mundo desarrollado y controlada como complejo residencial y comercial, financiero y de seguridad, pero profundamente excluyente y generadora de pobreza. En la segunda mitad del Siglo XX Usaquén pasó de tener 5.000 habitantes a más de 400.000 al comenzar el siglo XXI

Pero los planes urbanísticos, por su carácter antidemocrático trajeron como correlato la exclusión y la fragmentación social.. territorial, política y cultural. Los sectores populares y marginados en la localidad están constituidos por campesinos migrantes procedentes de distintas regiones y municipios del país. Se trata de familias rotas y desplazadas por la necesidad o la expectativa económica y/o la violencia política, por migrantes intraurbanos, igualmente desarraigados en busca de un lugar donde vivir, que proceden de otros lugares marginados próximos o lejanos de la misma ciudad. y por las nuevas generaciones nacidas en el nuevo contexto de los asentamiento urbanos.

Para poder resolver las más elementales necesidades relacionadas con el

equipamiento urbano los pobladores marginados de El Codito, recurrieron constantemente a organizarse comunitariamente para autogestionar los satisfactores a sus urgencias y para reclamar a la Alcaldía Local y Distrital, sus justas demandas. Las Juntas de Acción Comunal, Los Comités Comunitarios (de salud, empleo o educación, por ejemplo), los movimientos de viviendas como la Central Provivienda y las formas religiosas de cohesión y acción como es el caso de las comunidades Eclesiales de Base, son las más significativas formas como la comunidad de El Codito se constituyó en una comunidad de ciudadanos durante las décadas anteriores.

En general, sus formas de organizarse y actuar han sido la autogestión, la búsqueda de reconocimiento pacífico por parte de las instituciones excepto cuando han sido agredidos por las propias autoridades como cuando se pretendió hacer desalojos masivos. En estos casos la comunidad se defendió de un medio hostil que no sólo los instrumentaliza y degrada, sino que adicionalmente, los invisibiliza y los convierte en amenaza para los 'buenos ciudadanos. En el mejor de los casos, han sido objetos del clientelismo, del asistencialismo o de la caridad que hace mendigos. En el peor de ellos, han sido objeto de siniestras campañas de la mal llamada 'limpieza social', especialmente dirigida contra jóvenes transgresores de las formas legales de socialización y moralidad, cuando no contra simple transeúntes que se volvieron por azar objetivos militares.

Pero el habitual modo de proceder de la población ha sido el de reclamar al Estado soluciones para sus demandas. organizándose y buscando participación. En este proceso, las mujeres y los jóvenes han cumplido un papel destacado y aún insuficientemente reconocido y promovido. La presencia de nuevos habitantes, los que nacieron en este lugar y los que llegaron después, explica en parte, lo que podría llamarse la crisis de las

organizaciones con sentido comunitario que se ha experimentado en los últimos años. La comunidad se caracterizó por la acción solidaria de sus pobladores quienes buscaron organizarse para resolver sus necesidades básicas como la vivienda, el saneamiento, el agua, la luz. Sin embargo, en los últimos años, la acción solidaria, la participación y la organización comunitarias se han debilitado. Muchas organizaciones han desaparecido y otras muestran agotamiento y crisis. Las formas anteriores como se organizó la comunidad parecen hoy ser insuficientes e inadecuadas para vincular a una población creciente y con expectativas diferentes a las de otro tiempo.

A esta situación deben sumarse otros factores no menos importantes como son la situación generalizada de desempleo que afecta al país y que por su carácter macro impide generar respuestas locales suficientes para las familias y personas que subsisten en la informalidad y en la pobreza. Este es el caso de muchas mujeres cabeza de familia y de los jóvenes. También debe señalarse el contexto de debilitamiento y atomización de los movimientos sociales de acción nacional que tuvieron que ver en la vida de estos barrios anteriormente.

Esto es propio de un contexto de fragmentación social, cultural y política en el que las formas de organización social no logran constituirse en vehículos de constitución autónoma de la sociedad civil. Se trata de una crisis de sentido que toca las formas fundamentales de socialización. El ambiente general de incertidumbre, la dependencia de decisiones muy ajenas, la cultura de la corrupción y el individualismo, el miedo impuesto como condición psicológica de una guerra que se extiende y degrada son todos factores que inhiben la organización y la participación comunitaria, dejándola como una expectativa más de posible realización, y en la cual la salud, por ejemplo pasa a ocupar un lugar secundario, tanto para los habitantes, como para sus gobernantes.

Desde este ejercicio de sistematización se observa la necesidad de

fortalecer los procesos existentes, impidiendo que sus factores de debilidad los lleven a desaparecer. De igual forma, se evidencia la necesidad de generar nuevas posibilidades de articulación comunitaria acordes con las realidades locales y urbanas y nacionales. La reconstrucción de los tejidos sociales fundamentales y su potenciación como agentes comunitarios de desarrollo y paz es un desafío cultural y político que exige respuestas constantes y creativas.

El Sector El Codito ha sido calificado en varias oportunidades como 'zona roja' por la Policía y el Ejército, a raíz de la defensa que hicieron los pobladores que invadieron predios. Más recientemente han sido algunas bandas juveniles las que se han puesto en la mira de las autoridades. En este contexto las violaciones contra los derechos humanos (civiles y políticos) y contra el derecho internacional humanitario podrían dejar de ser acciones selectivas o esporádicas para convertirse en situaciones de terror, incertidumbre y amenaza mucho más cotidianas.

El conflicto armado y sus secuelas no muestran una tendencia a menguarse. A pesar de que hay intentos por iniciar procesos de diálogo, la comunidad, lo encuentran indescifrable y ajeno. Esta situación implanta un contexto de incertidumbre y desconcierto.. Para los procesos comunitarios" exige esfuerzos de comprensión de lo que ocurre a nivel nacional y de incluir dentro de su horizonte y práctica, no solamente la implementación de mecanismos de protección y defensa de sus vidas. Desde este proceso de sistematización, se establece porqué las organizaciones, procesos comunitarios y la población, requieren factores de cohesión, educación y visibilización que posibiliten la comprensión de una realidad nacional muy compleja y su constitución como gestores de una nación en paz, a partir de sus preocupaciones locales y cotidianas.

En el caso del Sector El Codito deben mencionarse los barrios Zerreuela, la Aurora y El Mirador como nuevos asentamientos que se levantan principalmente con población desplazada. En el Programa Nocturno de

Acceso a la Educación para jóvenes y adultos que orientó el Instituto de Misioneras Seculares. la Corporación René García y la Cooperativa Coopevisa, se constató. a través de las hojas de matrícula que por lo menos una quinta parte de los estudiantes proceden de familias desplazadas por la violencia.

A partir de los resultados del trabajo de las promotoras de salud con los jóvenes escolarizados y no escolarizados de este sector, se evidencia el llamado que hacen los jóvenes y la comunidad., para ser tenidos en cuenta en los planes y programas sobre salubridad y bienestar, ya que su significación del concepto bienestar y sobrevivencia, es un permanente sueño e ilusión. Desde el punto de vista de la morbilidad sentida hay cuatro realidades que la comunidad señala. Las cuatro coinciden de manera interdependiente con los riesgos que hacen vulnerable a la población juvenil transversalmente en las dimensiones biológica, psíquica y social, por lo que atenderlas articuladamente, desde el punto de vista de la educación comunitaria y de la prevención y promoción de la salud es indispensable.

Las situaciones relacionadas con estos riesgos enlazan las distintas instancias de socialización cotidiana de los jóvenes (familia, Escuela, Entorno barrial, entorno mediático, entorno global-urbano, y entorno económico laboral). Del mismo modo están ancladas en la construcción de la identidad persona], identidades de género, identidades culturales, la subjetividad y la autoestima. Son factores que vinculan a los individuos en su relación consigo mismos, con sus experiencias de comunidad (tejido social sano) y del sentido de participación en lo público (tejido asociativo y ciudadanía saludables). Desde el análisis pragmático de la comunidad del Codito, en cuanto se refiere a sus mayores problemáticas a nivel de salud y bienestar, se pueden describir las siguientes:

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, SALUD SEXUAL, ACCIDENTES POR CAUSAS DERIVADAS DE LA VIOLENCIA, DROGADICCIÓN Y DESNUTRICIO DE LA POBLACIÓN MAS JOVEN.

En esta comunidad, como consecuencia de la desigualdad e inequidad social en que vive su población, cada vez se ve mas disminuida de programas que eleven los niveles de salubridad y calidad de vida. Desarrollar adecuadamente esquemas para la prevención y promoción de la salud, representa el recurso mas viable para proporcionar al menos algunos elementos primarios y básicos en cuanto a la disminución de enfermedades complejas, producto de la desnutrición y el abandono.

Esta investigación aporta elementos para creer que es indispensable desarrollar una experiencia piloto con los jóvenes del sector del Codito en el sentido de construir un modelo de salud comunitario, promocional y participativo, en donde la combinación de factores como la organización, la formación de mas promotoras de salud, el seguimiento, el acompañamiento y el Empoderamiento de los servicios de salud, promuevan mejores niveles y hábitos de vida tanto individuales como comunitarios.

La comunidad del Barrio El Codito, se enfrenta diariamente a serios problemas de salubridad, que incluyen no solo las enfermedades tradicionalmente y mal llamadas de la pobreza, el hambre y la injusticia social, si no también a las de la abundancia y al desorden físico y mental.

En esta comunidad se presentan situaciones comunes a toda comunidad en la que conviven personas. Estas situaciones van desde las adicciones, la violencia, los accidentes y los desastres naturales evitables, el terrorismo, las infecciones de transmisión sexual, la desintegración familiar, el desplazamiento, el abuso sexual, el envejecimiento y otras muchas mas. Desde lo psicológico, se evidencian el miedo a la desesperanza, la depresión, la insolidaridad, la falta de valores y la inequidad.

Desde este análisis, es importante impulsar un modelo promocional de salud, que implique interactuar con una amplia gama de actores sociales de quienes depende en conjunto alcanzar un mejoramiento en el bienestar de la comunidad del Codito. Lo anterior implica necesariamente, el diseño y la implementación de un modelo de atención de salud comunitaria promocional y participativa, fundamentado en una labor de educación y

promoción de la salud, combinando esfuerzos profesionales y técnicos de las áreas de la salud, el trabajo social, la nutrición, la enfermería, la medicina social, la Psicología, y los grupos organizados desde la comunidad, encargados de cuidar y promover la salud de todos sus miembros. Lo práctico, significa lograr que todos y cada uno de ellos participen de forma activa, voluntaria, consciente y responsable en el cuidado de la salud individual, familiar, grupal y comunitaria, con una concepción integral, es decir, de evitar en lo posible la dependencia de organismos o instituciones cuya tarea fundamental es restaurar la salud cuando ésta está pérdida.

2.- Descripción de los Procesos vividos por las Promotoras

Para la comprensión de cómo interiorizan las promotoras, el proceso de promoción y prevención de la salud, se retoma el concepto de promoción en salud en el sentido de que “la salud depende en mayor grado de los diferentes campos de promoción y prevención que de la única prestación de los servicios de salud”. Cuando identificamos las primeras causas de muerte y enfermedad encontramos que sus raíces están en los otros tres componentes del concepto: Biología humana, medio ambiente y sobretodo, estilos de vida, por lo tanto las vastas sumas de dinero que se han estado gastando tratando enfermedades han podido gastarse mejor previniéndolas.” (Organización Mundial de la Salud,2000)

Las promotoras, sienten y viven con mucho compromiso, el proceso de prevención y promoción, desde su propia experiencia y formación. Mantienen un adecuado conocimiento sobre la importancia del mismo y tratan de transmitirlo a la comunidad.

En este orden de ideas, es verdad que se han elaborado proyectos sobre planes saludables, pero con muy pocos o ningún resultado, así lo pudimos observar en la comunidad de El Codito, a través del proceso.

Esta investigación propone que es necesario reestructurar el modelo de atención a partir de las promotoras de salud. Se considera que es bien importante desarrollar toda una estrategia organizacional que permita desarrollar bajo indicadores concretos de ejecución, la labor de las promotoras de salud del sector El Codito.

Este modelo debe estar direccionado bajo tres indispensables elementos:

a. Promoción de estilos de vida saludables en la comunidad del Codito.

Es necesario implementar los elementos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, haciendo énfasis en aquellos problemas que tempranamente hacen mella en la vida de los jóvenes como el embarazo precoz , la violencia, o la dependencia de alcohol, tabaco o drogas.

b. Servicios de salud para niños y adolescentes de la comunidad del Codito.

Basados en la evaluación de necesidades y recursos a partir de un diagnóstico concreto de la situación de los escolares del Codito y de las posibilidades de recursos económicos, se requiere establecer de manera prioritaria un plan de Promoción y prevención en salud en esta rango de la población, ya que de esta manera se evitará en el futuro la atención de enfermedades de alto costo y para lo cual quizás no exista lo recursos ni las instituciones suficientes para su atención. Las políticas al respecto de estos planes, se encuentran en el Plan de Atención Básica -PAB- y el Plan Obligatorio de Salud –POS.

c. Salud ambiental.

Este eje debe incluir el diagnóstico físico y medio ambiental de la comunidad. Uno de los requerimiento absolutos para promocionar la salud en la comunidad, tiene que ver con la disponibilidad tanto de agua potable como de energía eléctrica; igualmente, la iluminación y el control del ruido. Se sabe muy bien con el mismo celo que los animales demarcan su

territorio, un humano empieza sentirse inquieto, si alguien invade su espacio territorial delimitado en 30 cms, provocando una reacción de hostilidad. La salud ambiental también comprende la armonía que debe reinar entre los miembros de una comunidad, así que el diagnóstico ambiental debe explorar los antivalores prevalentes en un espacio urbano.

Mediante un proceso de participación de todos los agentes sociales que conforman la comunidad del Codito, se integran las soluciones en el marco del contexto que dominan las promotoras de salud. Si bien, su papel es con toda la comunidad, es importante destacar que su papel mas trascendental esta dirigido hacia la población infantil y juvenil a través de las escuelas y colegios. Desde allí se puede determinar en forma concreta, y con la familia, los valores que se quieren interiorizar en los niños, para generar procesos de formación integral, desarrollo individual y colectivo, respecto de su salud, de sus hábitos alimenticios, del cuidado de su cuerpo, respeto por el otro, respeto por las diferencias y sentido de pertenencia, dentro de un marco de convivencia pacífica, a través de valores, actitudes y conductas que favorezcan la tolerancia, la solidaridad, y el sentido de acogida, arraigo y pertenencia, como principios básicos para desarrollar una vida saludable desde lo mental, lo físico, lo social y lo psicológico.-

Un programa de este tipo, significaría desarrollar cinco clases de indicadores para la planificación, implantación y monitoreo de los proyectos que se ejecuten a nivel comunitario. Los indicadores determinantes son:

Estados de Salud y Nutrición

Conductas que más afectan la salud

Logros escolares (% incremento retención-Disminución % repitencia)

Calidad del ambiente físico y psicosocial

Calidad del servicio de salud

Grado de implementación de la prestación de servicios de salud infantil, escolar y adolescentes.

Desde lo anterior, se pretende mejorar algunas condiciones de la localidad del Codito como son:

- a. Mejoría del estado de salud y nutrición infantil.
- b. Mejoramiento de los ambientes psicosociales
- c. incremento en la cobertura de servicios de salud escolar
- d. Incremento de conocimiento, actividades y prácticas de hábitos saludables
- e. Disminución del uso de tabaco, alcohol y drogas
- f. Sexualidad responsable protegida
- g. Autocuidado

De esta manera, procesos de fortalecimiento de las organizaciones y participación comunitaria se hacen viables en la comunidad objeto de nuestro trabajo, en la medida en que se capacita y se involucra a sus habitantes en el discurso de la salud, un discurso entendible al que todos tengan oportunidad de acceder. Allí también quedarían incluidos el desarrollo de habilidades personales.

En cuanto a la creación de ambientes saludables es responsabilidad del Estado, de las Instituciones y de la misma comunidad (exigiendo sus derechos) que se puede lograr y en la comunidad está trabajando sobre este aspecto.

La Carta de Ottawa elaborada en la Conferencia Internacional de la Salud en 1986, afirma que “la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma y que a través de la promoción, las comunidades estarán en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y de ese modo mejorar el nivel de vida y bienestar”

La carta propone cinco (5) estrategias para involucrarse activamente en la promoción de la salud :

- Elaboración de políticas saludables
- El fortalecimiento de la organización y participación comunitaria
- El desarrollo de habilidades personales
- La creación de ambientes saludables
- Servicios de salud reorientados hacia equidad, calidad y prevención

3.- Descripción de los procesos experimentados por las profesionales de la Psicología Social Comunitaria

El análisis se centra entonces, desde la perspectiva que ofrece la disciplina, en este caso, la Psicología Social Comunitaria, en relación con la salud y la comunidad benefactora de la misma.

Dentro de este marco referencial de la psicología social comunitaria, es de vital importancia el análisis del proceso salud-enfermedad que es un fenómeno de interés tanto individual, social y comunitario, como macroestructural. De igual forma, es necesario el trabajo sincrónico de los diferentes sectores: económico, político y productivo. La meta principal es

la salud, y para ello se cuenta con estrategias como son la Atención Primaria en Salud (APS) y la Promoción de la Salud (PS).

El interés creciente por la Prevención en Salud es evidente y así lo demuestran los esfuerzos realizados por el gobierno nacional quien a partir de la Ley 100 le da vida al nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud y operacionaliza lo propuesto por la Constitución de 1991 respecto a los derechos de salud, seguridad social, bienestar y ambientes saludables, que se define el valor de la educación y promoción en salud para alcanzar la calidad de vida y se plantea el acceso progresivo de todos los colombianos al plan de protección integral en salud.

La implementación de la Prevención en Salud comprende etapas como son: la promoción de la estrategia, el diagnóstico, la intervención y finalmente la evaluación; a través de las cuales, además de los objetivos propios de cada una, se logra una transformación de los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos para que den mayor importancia a los principios preventivos y se trabaje dentro de una filosofía de fomento y promoción de la salud más que de asistencia médica. De ahí, que la importancia de la Psicología Social Comunitaria en el área de la salud no sólo ha sido reconocida por la propia disciplina sino que también ha sido objeto de participación y acción dentro de las mismas comunidades, quienes ven los inmensos aportes al desarrollo de los planes sociales en salud y prevención.

Desde la disciplina se debe abordar el modelo de Competencia, el cual enfatiza la promoción y prevención y plantea que la práctica profesional

debe buscar anticiparse a los problemas mediante la detección precoz de factores de riesgo y desarrollar competencias y habilidades de afrontamiento para reducir la incidencia de problemas psicológicos.

Otro aporte importante de la Psicología Social Comunitaria, a la prevención e intervención en la prevención y promoción comunitaria en salud esta referido al trabajo con padres, niños y maestros, dentro de los entornos educacionales, hasta el centrado en problemas de salud, seguridad e ingeniería humana, en el entorno laboral (OMS, 1988). Sin embargo, es desde la Psicología de la Salud y la Psicología Comunitaria (áreas que surgieron en la última década) donde se han realizado las mayores contribuciones. La psicología de la salud es un campo reciente, pero es el resultado del trabajo de varias décadas en otras áreas. la primera de ellas, la Medicina psicosomática se basa en el enfoque psicoanalítico que supone que la personalidad, específicamente los conflictos, están relacionados con una enfermedad determinada.

La segunda, la Psicología Médica, incluye aportes desde la Psicología Experimental para el diagnóstico y evaluación de la enfermedad física y el uso de ciertas estrategias de investigación en el tratamiento, enfatizando para el entendimiento de las enfermedades médicas el contexto psicológico y social. Finalmente, la Medicina Conductual incluye aportes de las ciencias conductuales y biomédicas relevantes para la atención de la salud y la enfermedad en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la misma. La psicología de la Salud es una subdisciplina, que a diferencia de

la Psicología clínica tradicional y de las tres áreas mencionadas, además de ocuparse del tratamiento y rehabilitación, resalta la importancia de un trabajo a nivel de prevención de la enfermedad y promoción de salud . Se define como: "el conjunto de contribuciones educacionales, científicas y profesionales de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, para la prevención y tratamiento de la enfermedad, para la identificación de correlatos etiológicos de la salud y diagnósticos de salud-enfermedad, de las disfunciones relacionadas, así como para el análisis y mejoramiento del sistema de cuidado de la salud y las políticas de atención de la salud" (Ardila,1984). Es importante aclarar que la diferencia fundamental entre la prevención y promoción radica en que la primera se realiza cuando existen indicios o riesgos de enfermedad mientras que la segunda se enfoca hacia la salud y personas sanas.

Los aportes se han centrado en investigar factores de riesgo asociados con la enfermedad, con el fin de crear programas que los modifiquen y propicien estilos de vida más saludables, esto a nivel de Atención Primaria en Salud (APS) y en torno a la Prevención en Salud buscando generar conductas promotoras de salud, consideradas como aquellas que surgen cuando nos movemos hacia niveles más altos de salud más que reacciones a influencias o amenazas externas. Así los psicólogos comunitarios se han convertido en aliados para desarrollar métodos y estrategias de investigación e intervención para la promoción de una mejor salud. La Psicología de la salud comunitaria se define como "la construcción teórico-práctica nacida de la integración de los modelos

comunitarios, mediante una visión ecológica del comportamiento, desarrollada a través de los principios de la psicología científica y capaz de generar conocimientos y soluciones para la prevención de la enfermedad y el estudio exhaustivo de la salud" (Ardila, 1993).

Desde nuestra experiencia con la comunidad y acercando, por medio de la sistematización la teoría y la práctica, podemos deducir que desde el punto de vista de los sistemas, se conoce la forma como la organización de la comunidad afecta al individuo que participa en las estructuras de la comunidad y desde el punto de vista ecológico, hace hincapié en la interacción de las personas con estructuras comunitarias, usando los conceptos de adaptación y competencia para describir la dinámica de esta transacción-

De acuerdo a lo anterior, la gente y la comunidad en general debe tener la capacidad para asumir el compromiso de vigilar y cuidar su salud. Debe contar la comunidad con lineamientos que hagan énfasis en la Educación para la Salud, mediante programas que más allá de transmitir información logren que los individuos y las comunidades adopten realmente comportamientos facilitadores de salud. Para ello se deben establecer algunos objetivos específicos como serían:

- 1) Desarrollar hábitos y costumbres sanas en la gente. Entendiendo que, es desde la promoción, como se mantiene un nivel adecuado de salud y bienestar. Modificar las pautas de comportamiento de la gente cuando los hábitos o costumbres individuales son insanos o peligrosos para la salud.

2) Promover la modificación de aquellos factores externos al individuo que influyen negativamente en la salud.

Con lo anterior, se busca lograr que los individuos y los grupos organizados de la comunidad acepten la salud como un valor fundamental. Este objetivo pretende que la salud sea un patrimonio de la comunidad, y para ello ésta habrá de asumir responsabilidades y control de muchas de las circunstancias y condiciones que le afectan. En este orden de ideas un modelo integral de salud, ideal debe establecer tres Ámbitos diferentes, como son el individual, el familiar, y el comunitario.

En síntesis, la psicología de la salud comunitaria se ha convertido en una área que brinda estrategias para la promoción de la salud, teniendo como meta el logro de comportamientos saludables.

De ahí la importancia de establecer estrategias de intervención y participación comunitaria que permita:

- a) Elaboración de políticas de salud. Tanto el estado colombiano, como los ministerios de salud y trabajo entre otros, deben elaborar políticas claras respecto de la salud en el país.
- b) Creación de ambientes favorables, que posibiliten en la comunidad, la realización autónoma de su bienestar y cuidado.
- c) Reforzamiento de acción comunitaria
- d) Desarrollo de aptitudes personales en cada uno de los miembros de la comunidad.

e) Reorientación de servicios sanitarios y de salubridad que le aseguren a la comunidad los mínimos elementos de bienestar y calidad de vida.

7. CONCLUSIONES

A partir de esta experiencia de sistematización se ha podido determinar con claridad la importancia podemos ubicar las actividades del psicólogo en un continuo que va desde el nivel teórico hasta el aplicado. Sin embargo las actividades mas fundamentales dentro de este ámbito están:

1. Investigación: Dentro de la Prevención en Salud es fundamental el estudio sistemático de los factores que influyen de manera positiva y constructiva en el desarrollo de una buena salud, con el fin de generar modelos explicativos que permitan predecir y diseñar programas acordes.

El proceso de sistematización, permitió encontrar varias estrategias de participación. Entre las mas importantes están: a) estadísticas que permitieron observar la distribución de las enfermedades a la vez que permite entender los factores que contribuyen tanto a la morbilidad como a la mortalidad, b) las encuestas que son útiles para obtener información de carácter cualitativo sobre las actitudes y creencias relacionadas con la salud, sobre la calidad de vida y variables contextuales, de la comunidad c) las experiencias vivenciales que son de especial utilidad al analizar la causalidad de los problemas comunitarios y d) los estudios clínicos que se enfocan más al desarrollo de tratamientos efectivos.

Retomando los diferentes fenómenos observados en la comunidad del Codito acerca de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, se puede evaluar lo siguiente: la calidad de vida, los estilos de vida,

hábitos de salud, procesos de autocambio (Intención de llevar a cabo la conducta y sus determinantes como las expectativas de autoeficacia, las creencias de control, las habilidades y solución de problemas y el sistema de valores y metas), creencias sobre la enfermedad y variables contextuales como el apoyo social; sin descartar la influencia que tienen otras variables externas (como las sociodemográficas) sobre la salud del individuo. esto, a través de la incorporación de múltiples técnicas adaptadas del psicodiagnóstico tales como: la entrevista, la observación, entre otras. Una de las estrategias más eficaces para promover conductas promotoras de salud, es la educación pública, que hace referencia a programas a nivel nacional dirigidos a brindar información que permita el conocimiento de si mismo, de la historia natural de las enfermedades, del ciclo vital, del efecto de las drogas y el tabaco.

Los resultados generados del proceso de sistematización se constituyen en las bases para la creación de programas que en Promoción de Salud deben ser de carácter comunitario, puesto que como anotan reúnen un gran número de personas, son obtenidos a un bajo costo, pueden realizarse en el mismo medio, tienen efectos a largo plazo y comprometen directamente al individuo en el cuidado de su salud. Por otra parte, los aportes del Psicólogo a un nivel macroeconómico, en la elaboración de políticas de salud, deben insistir en la consideración de las variables comportamentales como moduladoras del proceso de salud-enfermedad. Por lo anterior, el rol del psicólogo debe ampliarse, además del esquema asistencial, debe centrarse en la investigación en torno, entre otros puntos,

a los factores protectores de la salud como son: el no fumar, el hacer ejercicio, el mantener un peso normal, el no comer entre comidas, el comer un desayuno diario, el dormir 7 u 8 horas diarias y el uso moderado de alcohol, entre otros, con el fin de proporcionar conocimientos que orienten el trabajo en Psicología de la Salud. La Psicología tiene un compromiso social, y el impacto de sus intervenciones a largo plazo redundará en el mejoramiento de la calidad de vida de los individuos.

Apoyadas en la teoría de Pablo Freire cuando habla de que es el propio oprimido quien debe buscar los caminos de su liberación, ya que ésta no puede venir de aquellos que lo mantienen en esta situación, reafirmamos la importancia de compartir lo aprendido sobre lo que nos corresponde derechos en un Estado de Derechos.

Colombia, es un estado de derecho y de esta forma, los derechos humanos son su principal preocupación. Teniendo en cuenta que los derechos humanos están sustentados en un marco normativo que es reconocido de forma universal, es decir, los derechos humanos tienen el reconocimiento de todos los seres humanos, y de todos los Estados, y están basados en valores sobre los cuales se construyen las sociedades modernas. Por eso los Estados han firmado pactos y acuerdos en "donde se comprometen a respetar y garantizar los derechos humanos como base para el reconocimiento de la dignidad humana.

Para tener una mejor dimensión de que es el derecho a la salud, es necesario, en primer lugar, identificar qué es salud y de la misma manera definir qué es el derecho, de esta forma podremos comprenderlo mejor.

Durante mucho tiempo se entendió por salud el momento en el cual no se está enfermo, así estar saludable era equivalente a estar aliviado y por lo tanto, se definía salud como la ausencia de enfermedad.

Sin, embargo, las epidemias que han afectado a la humanidad han mostrado a los hombres que la salud no es solamente algo propio de cada hombre o mujer, es decir no depende solamente de cada uno, sino también depende de las relaciones que establecen las personas entre sí, y de las relaciones que establecen los seres humanos con el medio ambiente, así que la salud no es sólo individual sino también es colectiva. Como vemos la salud entonces depende de las condiciones ambientales del empleo, de la alimentación y en general de las condiciones de vida en que vivamos.

Con esta nueva forma de entender la salud, a finales del siglo XIX y principios del siglo XX: se inicia una construcción más amplia del concepto de salud- enfermedad recogiendo la multiplicidad de factores que intervienen en ellas.

Tenemos entonces que la salud no puede definirse como el no estar enfermo; si no por el contrario, es la realización de nuestra vida como seres huma!jos en las mejores condiciones posibles.

Desde este enfoque, la salud estaría relacionada con tener y mejorar nuestra calidad de vida, siendo así no se refiere únicamente .a la parte biológica de los seres humanos, sino que contempla todos los espacios en que nos desarrollamos e interactuamos con los otros seres. Si entendemos la salud como calidad de vida esto quiere decir que es un proceso en el que intervenimos los seres humanos las condiciones de vida y el ambiente en un momento determinado de nuestras vidas así nuestra salud es el producto de una construcción colectiva de carácter histórica.

Siendo la salud una construcción colectiva las organizaciones sociales deben intervenir en la construcción de ella por medio de su participación activa en la identificación y solución de sus propios problemas, en las decisiones que afectan su propio bienestar; además de las organizaciones

deben intervenir también las instituciones estatales encargadas tanto de la prestación de los servicios de atención médica, como de los otros servicios que mejoran la calidad de vida de las personas, esto se debe a que las instituciones son quienes representan al Estado siendo éste el responsable de garantizar los derechos a los ciudadanos.

Por lo anterior, vale la pena recordar que la salud, es ante todo un derecho de los ciudadanos y de la comunidad en general. Los derechos se pueden entender como el conjunto de normas que se construyen a partir de cuanto es legítimo, es decir, lo que está conforme a algo, y es reconocido por todos, siendo así el derecho se relaciona con lo que es considerado justo para una sociedad, una vez se ha alcanzado este reconocimiento, el derecho establece acuerdos sociales que se manifiestan por medio de reglas que posibilitan el funcionamiento de la sociedad. Los derechos al convertirse en normas pueden ser exigidos por personas y comunidades ante el Estado.

Por lo tanto, el derecho a la salud es la posibilidad de disfrutar de manera individual y colectiva de bienes, servicios y condiciones adecuadas de bienestar que nos permitan tener una vida digna. El derecho a la salud es el - resultado de la reunión de por lo menos cuatro grandes derechos ciudadanos fundamentales que permiten entender la salud como un bien público (que es de todos):

El derecho a la vida: es el reconocimiento de la vida como el más alto valor del ser humano, y el máximo derecho, por lo que debe ser garantizado por parte del Estado.

El derecho a la asistencia sanitaria; esto quiere decir el derecho que tenemos todos los seres humanos a tener una atención integral de las enfermedades, cuando lo necesitemos.

El derecho al bienestar: es la posibilidad de tener una vida saludable en las mejores condiciones posibles y con acceso suficiente a los medios

disponibles.

El derecho a la participación: es el ejercicio de la ciudadanía y autonomía en el proceso de toma de decisiones y de acciones, individuales y colectivas, en todo lo que atañe.,a la salud, lo que implica "el reconocimiento a la opinión, el acceso a la información, el ejercicio del control sobre los programas y recursos públicos, y la toma de decisiones sobre las políticas que afectan la salud de todos.

Por esta razón existen múltiples leyes, convenios e instrumentos nacionales e internacionales que reconocen y promueven la garantía de los derechos humanos y específicamente del derecho la salud.

Para ello, la comunidad cuenta con instrumentos que son mecanismos que reglamentan los derechos y que nos permiten exigirlos, éstos mecanismos son diversos, hay unos que son más generales porque abarcan a todos los países, pues son creados y acordados por el conjunto de la sociedad planetaria, estos son de carácter internacional. También existen mecanismos de carácter regional, que son acuerdos formulados por países de una región determinada y que aplican solo para los países que hayan ratificado el mecanismo; y existen otros mecanismos de carácter nacional que sólo aplican dentro del territorio que conforma la nación, estos mecanismos nacionales, son entre otros, la Constitución Nacional como marco o parámetro que regula todas las relaciones en el interior de cada país. -

Uno de los instrumentos de mayor importancia a nivel internacional es La Declaración Universal de los Derechos Humanos, promulgada en 1948 que estableció en su artículo **25** "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia; la salud y el bienestar; y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios".

Este artículo es fundamental porque reconoce el-carácter universal (para todas las personas) del derecho a la salud. .

De igual forma, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara nuestro derecho a disfrutar de la salud y establece que el Estado tiene el deber de facilitar a todos los ciudadanos -el goce del grado máximo de salud, sin discriminación de ninguna naturaleza: "el goce máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social"

En la **Constitución Nacional de 1991** se estableció en el artículo 48 que: "la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio y que habrá de ser prestado bajo la dirección! coordinación y control del Estado! en sujeción a los principios de eficiencia! universalidad y solidaridad!1! de igual forma la ley 100 de 1993 en su artículo 2 considera la seguridad social como un servicio público. Esto quiere decir que es al Estado colombiano a quien corresponde organizar la prestación de los servicios para *todos* los ciudadanos de la *nación colombiana!* teniendo en cuenta el marco legal sobre salud existente a nivel nacional y los pactos firmados y ratificados por el Estado! es decir! que reconoce los pactos y acuerdos de carácter internacional.

El derecho humano a la salud, como todos- los derechos humanos tiene las siguientes características:

Universalidad: esto quiere decir que la salud es para todos y todas por el hecho de ser humanos! teniendo en cuenta que todos los seres humanos nacemos libres e iguales en dignidad y derechos sin distinción de raza, sexo, condición económica! Religión, o cualquier otra condición propia de cada persona.

Interdependencia e indivisibilidad: esto quiere decir que los derechos humanos se interrelacionan unos con otros y que ninguno es más

importante que otro! es decir! que el disfrute de ciertos derechos no implica la negación de otros! y que el disfrute de unos derechos depende de la garantía de los *otros* derechos. Por ejemplo, el disfrute del derecho a la salud implica el cumplimiento de otros derechos como la alimentación, el trabajo, el vestido, la vivienda, entre otros.

.Carácter individual y social: la salud tiene carácter individual en tanto se refiera a cada persona, y además es colectiva en tanto la salud de un individuo depende y afecta a grupos humanos, familiares o de cualquier orden. En tal sentido, el Estado debe orientar acciones para satisfacer las necesidades individuales y colectivas.

Por ejemplo! a nivel individual el Estado debe garantizar la prestación de servicios con equipad y calidad para cada uno, por lo cual debe reglamentar las relaciones médico/paciente; a nivel colectivo, el Estado debe garantizar el desarrollo de políticas públicas que garanticen la salud pública para el conjunto de la población. Por ejemplo, el control de las enfermedades infecciosas! a través de procedimientos de vacunación.

.Progresividad e irreversibilidad: esto quiere decir que los derechos humanos avanzan y evolucionan en el tiempo de acuerdo con las condiciones históricas y sociales en que vivimos. Además una vez se han alcanzado ciertos logros estos no se pueden acabar, ni retroceder. De esta forma el Estado no puede diseñar o implementar políticas en salud que desmejoren o disminuyan los logros alcanzados. Por ejemplo, si la cobertura en el sistema ha alcanzado el 70% del total de la población, el Estado no puede implementar una política que *disminuya* la cobertura, es "más debe impulsar acciones hacia del logro de cubrimiento al 100% de la población.

Irrenunciabilidad: esto quiere decir que nadie puede renunciar a sus derechos y ninguna organización social, ni el Estado puede quitarle los

derechos a los seres humanos. Desde esta característica los derechos humanos no se negocian, no se empeñan, no se transponen, es decir, los derechos humanos son innegociables, por ninguna prebenda o por otros beneficios.

Por ejemplo, el derecho a la salud, el trabajador no puede negociarse por dinero; si un trabajador del sector agroindustrial tiene como principal factor de riesgo los gases, el trabajador no debe cambiar su derecho a la salud en el trabajo por una prima de gases, él debe buscar mecanismos para que la empresa controle y disminuya el riesgo y así evitar la exposición y disminuir las posibilidades de enfermarse.

Además de las características comunes a los' derechos humanos, que son adecuadas para identificar el derecho a la salud, existen unos principios rectores que ayudan a delimitar de manera más precisa este derecho. Ellos están contemplados en la Ley 100 de Seguridad Social.

Finalmente, desde el Socioconstruccionismo, entendimos un lenguaje de la salud que desde las prácticas sociales, determinan los procesos de construcción social “El hablar de prácticas sociales nos ubica en el problema del conocimiento, entendido éste como lo plantea Gergen (1994) : “el conocimiento es construido desde las prácticas socioculturales. El lugar del conocimiento ya no es la mente individual sino más bien las pautas de relación social. “

El Análisis sobre la salud de la comunidad en Colombia, no conduce solamente a la búsqueda y aplicación de mecanismos adicionales a los que prevé el diseño del Sistema General de Seguridad Social y Sistema de Garantía de la Calidad, sino a hacer operar adecuadamente los factores y facilitadores de la calidad, fortaleciéndolos y eliminando las barreras que impiden su correcto funcionamiento.

Una adecuada información a los usuarios permite que el nivel de promoción y prevención opere eficazmente; la información comparativa a

los agentes (IPS y EPS) permite que actúe el incentivo de prestigio. La información adecuada para los órganos de vigilancia y control es necesaria para que esta función se ejerza y se eviten los abusos y comportamientos indeseables en el sistema. Se logró determinar que existen planes y estrategias encaminadas a lograr que sea la población menos favorecida, la principal beneficiada de estos programas. Estos programas y estrategias se pueden resumir así:

- Se están diseñando el sistema de información a usuarios, los nuevos requisitos esenciales, la auditoria y la acreditación, que son fuentes importantes de información para la comparación y para estimular la competencia y la búsqueda de la reputación y de mejores resultados en la población. El Premio de Calidad en Salud Colombia y algunas iniciativas locales o departamentales de crear premios de calidad departamentales, son también fuente potencial de información valiosa para los mismos fines.

- El sistema de Vigilancia y Control está en revisión.

En la microgestión, se debe asegurar la capacidad de respuesta y competencia por calidad en las organizaciones. Tras la declaración de autonomía de los hospitales e instituciones de salud, diferentes programas y proyectos han apoyado y están apoyando el fortalecimiento institucional y la adecuación y desarrollo del recurso humano de salud:

- El programa de Mejoramiento de Servicios de Salud del Ministerio de Salud y las Secretarías de Salud, están trabajando en la reestructuración de hospitales.
- Los proyectos de Recursos Humanos del Programa de Apoyo a la Reforma están velando por la suficiencia y el conocimiento necesario para el sistema.
- Se están diseñando instrumentos de acreditación y auditoria para EPS e IPS y se está revisando el instrumento de Requisitos Esenciales.

Todos estos instrumentos permiten que las organizaciones cuenten con modelos para mejorar y direccionar su gestión hacia la población necesitada de los servicios de salud.

- Por iniciativa conjunta del Departamento Nacional de Planeación y líderes comunitarios, empresariales y del sector Salud, Colombia cuenta con un centro para el diseño, la capacitación, asesoría e intercambio de experiencias en el uso de estrategias y programas de promoción y prevención en salud, utilizando metodologías para mejorar calidad, productividad y gestión en la comunidad.

El esfuerzo hacia adelante consiste en definir una estrategia para fortalecer los instrumentos con que Colombia cuenta y remover las barreras que no los dejan operar.

8. RECOMENDACIONES

La Sistematización de la Experiencia con la comunidad permitió determinar que el ejercicio investigativo se enriqueció con el conocimiento profundo y detallado de las características y bondades de la sistematización de experiencias.

Por lo tanto, la sistematización debe tenerse en cuenta, ante todo, como un mecanismo o una herramienta con la que diferentes colectivos pueden lograr objetivos cómo capturar los significados de su acción y sus efectos; mejorar la propia práctica y la forma de reestructurar comunidades; compartir aprendizajes con grupos similares; generar nuevas motivaciones; lograr mayor cohesión grupal; contribuir al enriquecimiento de la teoría; generar nuevas articulaciones; incidir positivamente en la calidad de vida de los miembros de una comunidad, en esta caso la del Codito;

Además, en el ámbito de los movimientos sociales, la sistematización puede acontecer un proceso constructor de pensamiento, identidad y de sentido; rescatar aquello innovador de las formas y métodos de organización;

Se debe dar mas y mejor difusión de esta metodología ya que desde la experiencia de las investigadoras, se pudo observar que no se está apuntando a un verdadero trabajo de promoción y prevención en salud con la comunidad del Codito. Entonces lo ideal sería trabajar desde las causas y no sobre las necesidades. Por ejemplo, habría necesidad de prevenir problemas de desnutrición y gastar sumas considerables de dinero, cuando lo ideal sería detectar las causas de la desnutrición y trabajar sobre ellas, si se tiene en cuenta que ésta se manifiesta debido a las condiciones adversas de la comunidad y que no le permiten lograr un adecuado nivel de calidad de vida (alimentación, educación, vivienda, recreación, etc).

Es preciso que las entidades promotoras de servicios de salud, evalúen sus procedimientos para establecer hasta que punto y como se podría mejorar el apoyo hacia la ciudadanía. Se necesitan respuestas prontas, practicas y de manera especial.

□ Debe generarse una efectiva formación para el ejercicio y la promoción y la prevención en salud, en los funcionarios encargados de las instituciones prestadoras de salud, así como en la comunidad y en el usuario final.

Es importante que exista una mayor cooperación tanto del sector público como privado en la financiación de procesos de participación ciudadana en la promoción y prevención de la salud.

Es importante aproximar y definir un nuevo esquema de colaboración, para comprometer inversiones y recursos de carácter intergubernamental que apoyen las organizaciones de la sociedad civil, de tal manera que se garantice la atención a la población menos favorecida y de menores recursos.

□ Desarrollar instrumentos y metodológicas de capacitación a actores comunitarios e institucionales, los cuales permitirán el ejercicio libre que tiene la comunidad de autogestionar su bienestar.

Bajo esta expectativa, el modelo de Seguridad Social en Salud, debe generar sus mecanismos y estrategias desde estos tres protagonistas:

- Los usuarios
- Las instituciones
- Las autoridades de dirección, vigilancia y control

El usuario, que posee unas características particulares que determinan sus preferencias, escoge los servicios basándose en la información de la

calidad y eficiencia de dichos servicios. Elegirá los servicios con base en atributos de calidad y oportunidad, según sus preferencias y su capacidad de pago, y generará una demanda de los servicios brindados por los agentes, que se constituye en un bienestar individual y colectivo.

Los otros dos actores, es decir, las instituciones y el estado deben generar una comunicación estrecha y efectiva, de tal forma que sea recibida y percibida por los usuarios como indicadores de satisfacción y calidad. De las instituciones provienen la información sobre desempeño comparativo y las señales de calidad que generan prestigio y nutren las actividades de vigilancia y control. Finalmente, la información fluye hacia las autoridades de dirección, vigilancia y control (El estado) para orientar y facilitar las actividades de registro y control.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ardila, R. 1993 "Psicología en Colombia": Contexto Social e Histórico. Bogotá: Tercer Mundo,. 158 p.
- Ballesteros B. "A propósito de la salud mental en Colombia". En: Revista de la Asociación de Terapia y Comportamiento (ABA) No. 7 Mayo, 1999. 24 p.
- Barnechea E. y Morgan, M, 1998 La producción de conocimientos en sistematización, ponencia presentada en el Seminario Latinoamericano de sistematización de prácticas de animación sociocultural y participación ciudadana en América Latina, Medellín, Colombia, Agosto 1998
- Berger P., y Luckman T. 1998 "La construcción Social de la Realidad" México Trillas.
- Bonilla, E., y Rodríguez, P., 1997 "Más allá del dilema de los métodos" (la investigación en Ciencias sociales), grupo Bogotá: editorial norma.
- Departamento Nacional De Planeación. "Revista de salud Pública en Colombia" 2001
- Freire, P., 1978, "Pedagogía y Acción Liberadora", Bilbao: Zero
- Gómez. L., Quintero E., "La psicología como disciplina y profesión en la promoción de la salud": Universidad Nacional de Colombia, 1999. 165 p.
- Ibáñez, T 1994, "Psicología Social Construccinista", México, Universidad de Guadalajara
- Ibañez T , 1988. "Ideologías de la Vida Cotidiana". Sendai Editores. Barcelona,
- JARA, O. 1994, "Para sistematizar experiencias" San José, Alforja
- MINISTERIO DE SALUD 1998. *Política Nacional de Salud Mental*. Dirección general de promoción y prevención, Subdirección de Promoción, Programa de Comportamiento humano. Bogotá: Imprenta Nacional, 87 p.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1998) "Carta de Ottawa"
- REVISTA APORTES 1995 "La sistematización en el Trabajo de Educación Popular" Edición No. 32 y 44

ANEXOS

ANEXO 1

Documento utilizado para el taller con promotoras de salud

LEY 100 EN LA BÚSQUEDA DEL BIENESTAR SOCIAL (El espectador viernes 19 de diciembre de 2003)

Diez años que puede ser el tiempo suficiente para evaluar cualquier proyecto , pero en caso de la ley 100, que transformo la seguridad social el asunto no es tan sencillo. Se trata quizás , de una de las normas que mas a revolucionado el bienestar social de la gente sea trabajador o pensionado; empleado o independiente, ya que abarca salud, pensión y riesgos profesionales.

Temas que hasta 1993 había sido tratado independientemente .Desde ese momento se puso en practica un modelo para llevar salud a toda Colombia ese fue el primer foco. El balance de la década en cifras muestra el siguiente panorama en salud : la cobertura paso del 39.6% al 59.3%.

En pensiones lo mas importante es la rentabilidad que la gente a podido recibir de esos ahorros en las entidades privadas que sin quererlo, se transformaron en un motor de inversión y de empleo. En riesgos profesionales asido mas lento y poco a poco las empresas e incluso los trabajadores han visto las ventajas de permanecer al sistema.

Una vez se estableció, bajo los parámetros constitucionales, que todas las personas deberían tener acceso a un sistema de salud y pensiones obligatorio, al igual que este debería ser un servicio publico son muchos los pasos que se han dado para optimizar lo y llegar a todos los rincones del país.

La salud ha sido un camino largo , los beneficios se han demorado un poco en dar semillas, sin embargo la ley 100 logro el aumento de la cobertura del régimen contributivo (Personas que tienen acceso al sistema de salud)del 23 % al 55% , según estadísticas de la federación de aseguradores Colombianos (Fasecolda), presentados en el foro 10 años de la ley 100, el 86% de los suscritos al nuevo sistema de salud se encuentran satisfechos con los servicios , lo que demuestra que las cosas se están haciendo bien.

Especialmente si se tienen en cuenta que antes las personas de escasos recursos no tenían acceso. En este mismo evento , Diego Palacios Betancourt Ministro de Protección Social , explico que son muchos los avances que se han realizado en cuanto a salud publica; las jornadas de vacunación las campañas en prevención en salud mental o sexualidad son muestras del que el sistema se ha preocupado por mejorar la calidad de vida de la población.

Uno de los mayores cambios se dio en el sector salud, que dejó de ser un privilegio y se trasformó en una necesidad que podrá ser cubierta .

Desde esta perspectiva se hizo necesario reevaluar las funciones que prestaban centro de salud , clínicas y hospitales al igual que la forma como era suministrado el servicio. Dichos cambios se hicieron necesarios por que las personas de escasos recursos no tenían en realidad acceso al servicio de prestación de salud, ya que los costos de un hospital eran menores al de una clínica se trataba de sumas muy elevadas.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud regula el servicio publico en el sector y genera condiciones de acceso para toda la población en cualquier lugar del país , de esta forma se a creado un sistema justo .Lo que la ley 100 buscaba era crear un servicio equitativo de tipo social que compensara las necesidades de toda la población de acuerdo con sus facilidades económicas, pero prestando un servicio optimo y de calidad.

Anexo 2

Documento utilizado para el taller con promotoras en salud

LEY 100 UN SUEÑO MALOGRADO (El Tiempo, sábado 27 de diciembre de 2003)

Este mes se cumplieron 10 años de la promulgación de la ley 100, por la cual se creó en 1993 el Sistema de Seguridad Social Integral y, como parte suya el Sistema General Integral de Seguridad Social en Salud. Aquella fue catalogada en su momento como un paso que dividiría en toda la historia de los servicios de salud de Colombia, pues en virtud de ella dichos servicios se extendieron a todos los colombianos en el año 2001.

Para alcanzar esa ambiciosa meta, la Ley 100 protocolizó la competencia entre el Seguro Social y las empresas promotoras de salud EPS entidades privadas que nacieron a su amparo y que lograron en el lapso transcurrido rebasar al ISS en el número de usuarios. Pero pasada la primera década de vigencia del nuevo sistema, la realidad dista mucho del optimista pronóstico formulado en 1993; de los 44 millones de usuarios potenciales, apenas un poco más de la mitad están amparados. Antes de la Ley 100 y con la red pública hospitalaria funcionando la cobertura llegaba al 52% de la población. Ahora con varios hospitales públicos cerrados no alcanza al 56%.

Además de la falta de cobertura, el sistema nacional de salud adolece de los servicios, algunas de ellas atribuidas a la equivocada aplicación de los servicios. En opinión de los médicos y expertos, estos problemas se originaron en la gestación de la Ley que resultó de la fusión de dos proyectos gubernamentales, el del sistema de ahorro pensional, orientado a trasladar al sector privado los dineros de cesantías y

pensiones de los trabajadores y de la reforma de la seguridad social en salud en el que se venía trabajando desde años antes. Los efectos de aquella fusión se hicieron evidentes en las incongruencias de la ley, que ha sido objeto de un número record de decretos reglamentarios para tratar de subsanar los errores iniciales.

El sistema general de la salud fue concebido como un engranaje en el que debían interactuar las EPS y las instituciones prestadoras de servicios (IPS) o sea los hospitales y clínicas. Pero en la práctica, las primeras optaron por fundar redes propias (Colsanitas, SaludCoop, Coomeva, Compensar, Famisanar, etc.) y establecer así el monopolio de los servicios. Estas redes no están sujetas a auditorias externas y por ende actúan como jueces y parte en lo que se refiere a la calidad y eficiencia de sus servicios. En cambio cuando las IPS contratan con la red externa, son implacables en la auditoria y dilatan el pago de los servicios prestados a sus afiliados con disculpas de trámites administrativos, lo cual empeora el estado financiero de las IPS externas. El efecto sobre algunas de estas últimas, incluyendo las que integran la red pública hospitalaria, es que se han tornado invisibles.

La ley 100, por otra parte generó un malestar general en los profesionales de salud que se han visto sometidos a aceptar las tarifas que las EPS fijan en forma unilateral, así como la práctica impuesta por ellas de limitar los servicios a los pacientes. Así el médico no goza de plena libertad para ejercer el acto médico en beneficio de su paciente. Un efecto negativo de este fenómeno es la comercialización anti-ética que algunos han adoptado como medio de sobrevivir, se anuncian tratamientos milagrosos, cirugías sin bisturí, blanqueamiento de dientes con láser, etc.; que en el fondo resultan un engaño, y sobre estas actividades no hay control de estado porque se amparan, para moverse en el derecho al “libre desarrollo de la personalidad”.

La ley 100 de 1993 instauró en Colombia un sistema de aseguramiento en

salud y seguridad social , (SGSS) que tiene en cuenta la capacidad de pago de los ciudadanos para acceder a servicios de salud, pensiones y riesgos profesionales. Esta ley modifico el papel del Estado en la prestación de estos servicios, dando mayor participación al sector privado, trasformó las fuentes de financiamiento , establecido el subsidio a la demanda , definió la focalización como estrategia de atención y reformuló la concepción de salud publica restringiéndola al desarrollo de acciones de bajo costo y alto impacto a partir de la lógica de factores de altas externalidades .

Es importante señalar que los argumentos por las cuales se estableció el sistema General de Salud y seguridad Social ,SGSS son : la baja cobertura en servicios de asistencia en salud , riesgos profesionales y pensiones ; la falta de recursos y la concentración de los existentes en gastos generosos de funcionamiento de los hospitales.

Anexo 3

Documento utilizado para el taller con promotoras en salud

LA DESPROTECCIÓN SOCIAL SE PROFUNDIZA

(Corporación para la Salud Popular Grupo Guillermo Fergusso)

Realizar un balance del primer año de gobierno de Uribe, teniendo como marco de referencia el desarrollo de los DESC, específicamente en salud y seguridad social implica determinar el sentido de las políticas en los últimos gobiernos en procura de establecer sus tendencias.

La Ley 100 de 1993 instauró en Colombia un sistema de aseguramiento en salud y seguridad social que tiene en cuenta la capacidad de pago de los ciudadanos para acceder a servicios de salud, pensiones y riesgos profesionales.

Esta Ley modificó el papel del Estado en la prestación de estos servicios, dando mayor participación al sector privado, transformó las fuentes de financiamiento, estableció el subsidio a la demanda, definió la focalización como estrategia de atención y reformuló la concepción de salud pública restringiéndola al desarrollo de acciones de bajo costo y alto impacto a partir de la lógica de factores de altas externalidades.

Es importante señalar que los argumentos por los cuales se estableció el Sistema General de Salud y Seguridad Social, SGSS son: la baja cobertura en servicios de asistencia en salud, riesgos profesionales y pensiones; la falta de recursos y la concentración de los existentes en gastos onerosos de funcionamiento de los hospitales.

En este marco, el sentido de la reforma del sistema está enunciado en el artículo 2 de la Ley bajo los siguientes principios: eficiencia, universalidad, solidaridad, participación. Integralidad, unidad, equidad, al tiempo que en el artículo 3º. Se plantea que la seguridad social es un derecho irrenunciable y progresivo, definido como servicio público obligatorio cuya obligación, dirección y control está a cargo del Estado y será prestado por entidades

públicas o privadas en los términos y condiciones definidos por la Ley. (Ley 100 de 1993).

Sin embargo esta ley no contiene una perspectiva de los derechos, ya que al introducir la prestación de los servicios en el marco del aseguramiento (contrato individual) restringe estos a la capacidad de pago del ciudadano, ubicándolo como responsable de su salud y seguridad social, con lo cual imposibilita el acceso universal a la garantía de estos derechos.

ANEXO 4
Relatoria del taller “ESTADO Y POLITICAS PUBLICAS”
FECODE 2004

ANEXO 5

Diarios de Campo

4.- ADQUISICION DE LA INFORMACIÓN PARA SISTEMATIZAR

La adquisición de la información se adquirió a partir de las diferentes actividades disponibles para tal efecto y que permitieron un acercamiento y un contacto mas directo con la comunidad.

4.1 DIARIOS DE CAMPO

DIARIO DE CAMPO

ACTIVIDAD No. 1

<p>NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Presentación del proyecto a la Junta de Acción Comunal del sector del Codito (No. 1)</p> <p>LUGAR: Instalaciones de Coopevisa</p> <p>FECHA: Enero 16 de 2004</p> <p>OBJETIVO: Dar a conocer los objetivos de la investigación, su metodología y el alcance hacia la comunidad</p>	
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	ANALISIS
<p>El primer encuentro se realizó con las directivas de la junta de acción Comunal y la asistencia de las promotoras. Allí se presentó un plan de acción, con respecto del proyecto de sistematización de la investigación. Se conoce que expectativas tienen las promotoras a futuro con el plan de prevención y promoción. Dieron a conocer un proyecto de trabajo con la comunidad, el cual consiste en realizar un censo en el área sobre acceso a los servicios de salud de los habitantes. Igualmente, se informó a las investigadoras el lugar y fechas de realización de los cursos de capacitación para promotoras en el tema de prevención y promoción. Estos cursos se dictarán en la Escuela de Capacitación "Grupo Fergusson para la Salud Popular". Se acordó la elaboración junto con las promotoras, de algunas propuestas para el programa "Hacia un modelo promocional de la salud y de servicios en la localidad y el Hospital de Usaquen."</p>	<p>Durante esta presentación, se pretende motivar a las directivas y al grupo de promotoras para que se interesen en el proyecto de investigación, de tal forma que sean un soporte fundamental en la realización de la investigación.</p>

<p>Las promotoras manifestaron su interés en la participación de la investigación.</p> <p>Una vez cumplida la etapa de protocolo se solicita a las promotoras, describir detalladamente como se lleva a cabo el proceso de promoción y prevención con la comunidad. Ellas comentan que dicho proceso esta direccionado desde el Hospital de Usaquén quien diseña las directrices a seguir en los programas de promoción y prevención, El hospital las trasmite a las promotoras, quienes con la ayuda de la cooperativa Coopevisa las desarrollan y difunden. Coopevisa, es una entidad privada, con capital proveniente de una ONG, que mantiene convenio con el Hospital y le brinda apoyo en estas actividades.</p> <p>De igual forma, las promotoras manifiestan que se ven enfrentadas a múltiples problemas en el desarrollo de su labor como son bajo reconocimiento tanto económico como moral ya que hay muchos intereses de por medio dado que se trabaja con asignación de recursos.</p>	

DIARIO DE CAMPO
ACTIVIDAD No. 2

<p>NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Acompañamiento al grupo de promotoras en trabajo con la comunidad (No. 2)</p> <p>LUGAR: COMUNIDAD EL CODITO</p> <p>FECHA: Enero 30 de 2004</p> <p>OBJETIVO: Observación participante del trabajo de las promotoras con la comunidad</p>	
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	ANALISIS
<p>El acompañamiento se realizó durante la jornada del censo que se le realizó a la comunidad, con el fin de establecer el número de familias inscritas al SISBEN. Este sistema de recolección de información se hizo a través de los colegios de la zona, en el cual los alumnos fueron los encargados de suministrar los datos.,</p> <p>Se aprovechó para dialogar con la comunidad y se les mostró la importancia de estar afiliados al sistema de Seguridad en Salud.</p> <p>Las promotoras explican sobre las diversas actividades ciudadanas que tiene programadas para la comunidad, las cuales son espacios de participación, en los que la comunidad diseña y construye el futuro de su localidad. Allí puede participar cualquier ciudadano, o ciudadana sin limite de edad.</p>	<p>Sin embargo, el objetivo no se logró en su totalidad ya que las directivas de algunos colegios no suministraron la información solicitada</p> <p>No obstante, se logró detectar que algún sector de los habitantes de la comunidad, se encuentran por fuera del sistema de salud.</p>

DIARIO DE CAMPO
ACTIVIDAD No. 3

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Autoevaluación De Las Actividades realizadas hasta la fecha por las promotoras (no. 3)

LUGAR: TELECENTRO DE COPEVISA

FECHA: FEBRERO 16 DE 2004

OBJETIVO: Análisis y discusión de resultados de ejecución de las actividades elaborados hasta la fecha

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	ANALISIS
<p>En relación con la visita a los establecimientos de educación las promotoras manifiestan que no lograron realizar el objetivo asignado a través de las encuestas sobre la asistencia en salud con que cuenta cada familia del sector, ya que no todos los alumnos suministraron la información que debían recoger de sus casas y entregada a los directivos de los colegios y aluden que esto poco les interesa a las directivas puesto que para ellas es más importante ejecutar los proyectos educativos que tienen como meta</p> <p>Las promotoras informaron sobre los resultados obtenidos en el recorrido que realizaron para motivar a la comunidad a hacerse partícipe en los encuentros ciudadanos integrando las mesas de trabajo en salud, fueron muy pocos los participantes al evento, pero manifiestan que es por falta de motivación a los jóvenes de la comunidad. Si a ellos se les apoyan sus proyectos y se les respetan sus espacios seguro que estarían también apoyando todo lo que se realice en beneficio de la comunidad.</p> <p>En cuanto al trabajo que se está realizando para promover el centro médico homeopático informan las promotoras que se está logrando la meta asignada y sugieren que se lleven a cabo actividades que le interesen a la comunidad como talleres de cocina, gimnasia, buen trato, cuidado de la salud, etc., y que un medio para obtener asistencia es a través de una onces o la degustación de algún producto elaborado a base de soya donde se les puede hablar de tratamientos a base de medicina alternativa.</p> <p>Las promotoras consideran de vital importancia que una de las formas de prevenir problemas de salud está en una</p>	<p>Para los habitantes de esta comunidad hay necesidades mas urgentes como son suplir las necesidades de alimentación y de vivienda. Por la salud solo se ocupan cuando alguno de los integrantes de la familia contraen alguna enfermedad, por esto es que se pretende trabajar con las juntas de acción comunal para que motiven a la comunidad a trabajar en los programas de salud. Claro está que hay promotores que se preocupan mucho por la salud y saben la importancia de ella, entonces muestran un interés decisivo en la consecución de los objetivos de los programas de salud.</p>

<p>adecuada alimentación y que se debería trabajar con las amas de casa a través de talleres de una sana alimentación, así sea con escasos recursos (por ejemplo, una pastilla de chocolate vale igual que un colicero)</p> <p>Manifiestan también las promotoras en esta reunión que los recursos con que cuentan para llevar a cabo actividades de promoción en la comunidad son muy pocos y que además se hace necesario que se preparen más promotoras de la salud puesto que el sector crece cada día más.</p>	
---	--

DIARIO DE CAMPO
ACTIVIDAD No. 4

<p>NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Taller de capacitación a las promotoras sobre Seguridad Social en Salud (No. 4)</p> <p>LUGAR: Fecode</p> <p>FECHA: Febrero 27 de 2004</p> <p>OBJETIVO: Apropriación de los temas relacionados con promoción y prevención</p>	
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	ANALISIS
<p>La capacitación se inició a las 8:30AM., en la Escuela de Promoción que está ubicada en el barrio Teusaquillo. En estos talleres participan representantes en salud de las diferentes comunidades donde la escuela dicta los programas de capacitación.</p> <p>El tema es desarrollado de manera clara con el fin de explicar, la importancia de la participación comunitaria y de las estrategias para lograrlo, como son: Hablar , Habilitar e Integrar ,</p> <p>La charla la inicia Luz Dary Carmona, profesora de salud de la Universidad del Rosario y miembro de la fundación.</p> <p>. Lo aprendido en este taller, fue ante todo los elementos conceptuales, analíticos e instrumentales sobre la participación en salud de la Ciudadanía</p>	<p>El tema permitió la integración de tutores y alumnos de los diferentes centros para socializar lo aprendido del material del trabajo respectivo. La conferencista enfatizó sobre las necesidades e intereses de la comunidad y de la importancia de la participación de la población en general en los programas de salud</p>

DIARIO DE CAMPO
ACTIVIDAD No. 5

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Taller sobre Participación en salud (No. 5)	
LUGAR: Fecode	
FECHA: Marzo 8 de 2004	
OBJETIVO: Apropiación de los temas relacionados con promoción y prevención en salud	
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	ANALISIS
<p>La capacitación se llevó a cabo en la Escuela de Promotoras y contó con la participación de aproximadamente 20 promotoras de diversos sectores de la ciudad. Se realizaron debates, y construcciones sociales sobre el tema de la salud a partir de la Ley 100 y su incidencia en la comunidad.</p> <p>Inicialmente se enfoca a el grupo de promotoras a comprender el sentido de la participación, referido al apoyo y colaboración de las comunidades.</p> <p>En un segundo sentido de la participación, se hace un llamado a la comunidad del Codito para que haga uso adecuado de los servicios de salud y contribuya a la extensión de su cobertura para lo cual se formula la estrategia de capacitar promotores de salud comunitarios. Además busca fortalecer la atención primaria. Finalmente en el tercer enfoque, la participación social es considerada básica para conducir el proceso de fortalecimiento de los sistemas locales de salud.</p> <p>DESARROLLO DEL TEMA PARTICIPACIÓN, EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOC</p> <p>Quedaron incluidos en este apartado los mecanismos de participación, reglamentado</p>	<p>Se manifiesta un interés en los programas de atención primaria, en la perspectiva de consolidar una propuesta de prevención que apunte a disminuir costos asistenciales y a la vez permita mayor cobertura.</p> <p>Debe destacarse que hubo un mayor énfasis en la participación comunitaria, la cual incluye la toma de decisiones y la formulación de propuestas por parte de la comunidad de la cual hacen parte los pobladores, las organizaciones no gubernamentales y las instituciones.</p> <p>Es necesario generar espacios de discusión y concertación entre los representantes de organizaciones sociales, instituciones y administración local orientados a la dinamización de la participación comunitaria en torno a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los procesos de planeación social.</p>

<p>en la Ley 100, correspondiente a salud y a riesgos profesionales, el componente de pensiones no tiene mecanismo de participación.</p> <p>Entre los mecanismos de participación en salud se encuentran:</p> <p>Comité de ética hospitalaria.- Vela por el respeto de lo derechos de los usuarios, dentro de los parámetros de ética profesional y de calidad de los servicios.</p> <p>Integrantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> El director o gerente de la Institución en salud Un representante del equipo médico Un representante del equipo de enfermería Dos representantes de la asociación de usuarios de la IPS Dos delegados elegidos por y entre organizaciones de la comunidad que conforman el COPACO <p>El tutor aclara posibles dudas y las promotoras comentan su experiencia en este proceso de participación de la comunidad.</p> <p>Se indica que la ley 134 de 1994, establece quién y cómo se participa, en la conformación de comités de vigilancia y veedurías ciudadanas</p>	<p>Se requiere la conformación de comités para vigilar la prestación, calidad y oportunidad de los servicios y la defensa de los usuarios.</p> <p>Se deben emprender acciones de acompañamiento y seguimiento a planes, programas y proyectos orientados al mejoramiento de la salud de los habitantes.</p> <p>Con esta capacitación se generó entre los participantes la inquietud de cómo se han establecido unas normas de participación que no son acordes con el significado de participación, concebida ésta como un verbo que implica movilizarse en la acción.. Desde esta lógica el participar es propio de los seres humanos, de tal forma que hay que construir en lo público para poder transformar la realidad. Tengamos en cuenta que los derechos son la garantía de la dignidad.</p>
--	--

DIARIO DE CAMPO
ACTIVIDAD No. 6

<p>NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Taller para promotoras sobre Promoción y Prevención en salud (No. 6)</p> <p>LUGAR: Fecode</p> <p>FECHA: Marzo 30 de 2004</p> <p>OBJETIVO: Apropiación de los temas relacionados con promoción y prevención en salud</p>	
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	ANÁLISIS
<p>En este encuentro se invita a los participantes a la apropiación de los conceptos de promoción y prevención de la salud en la comunidad.</p> <p>A continuación se resume los contenidos y construcciones más importantes, que desde el grupo de promotoras, se generaron a lo largo del taller, que se realizó en la Escuela de Promotoras.</p> <p>El propósito es el de conocer, impulsar y organizar los procesos de promoción y prevención dirigido a las comunidades, así como a los diferentes sectores sociales, Estos programas deben estar direccionados por líderes en salud y seguridad social, que generen una reflexión sobre la importancia de implementar planes de promoción y prevención en salud.</p>	<p>Sin lugar a dudas que se comprende el impacto de los programas de promoción que las organizaciones de salud han dirigido hacia la comunidad en este sentido. Se entiende que el propósito fundamental es desarrollar estrategias que permitan mejorar la calidad de vida de su familia, sus comunidades y la sociedad en general.</p>

DIARIO DE CAMPO
ACTIVIDAD No. 7

<p>NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Observación Participativa en LA JORNADA DE VACUNACIÓN DE LAS AMERICAS (No.7)</p> <p>LUGAR: COPEVISA</p> <p>FECHA: Abril 24 DE 2004</p> <p>OBJETIVO: Prestación servicio de vacunación a toda la población infantil</p>	
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	ANALISIS
<p>Los días previos a la celebración de la jornada de vacunación, se realizó una promoción del evento en toda la zona, invitando a los grupo de teatro, música, danzas, a las instituciones de educación y facilitándoles los medios para que pudieran participar</p> <p>Este evento estuvo a cargo del hospital de Usaquén y la Alcaldía mayor de Bogota .</p> <p>Se elaboraron anuncios alusivos a la importancia de la vacunación en los niños, del afecto y de una sana alimentación.</p> <p>Se aprovechó la jornada para difundir en la comunidad, los siguientes aspectos de prevención y promoción:</p> <p>MADRE TU AMOR ME ALIMENTA. Allí una madre alimentando a su bebé con su seno materno.</p> <p>LOS DERECHOS DEL NIÑO. Una muñeca pintada y a su alrededor se enuncian los derechos del niño.</p> <p>PORQUE ES IMPORTANTE VACUNAR A SUS HIJOS, aparece allí el dibujo de un niño acompañado de su madre, asistiendo a colocarse las vacunas.</p> <p>El stand del hospital estaba a cargo de las madres comunitarias donde se entregaron unas cartillas de la secretaria de salud con información para jóvenes madres y adultos, sobre planificación familiar, prevención en salud para jóvenes de 11 a 17 años,</p>	<p>Para este evento, se consideró pertinente realizar acompañamiento en el stand de las madres comunitarias</p> <p>Del diálogo con las madres comunitarias, se pudo conocer que los niños no tienen material didáctico y sólo cuentan con unas mesas y butacas.</p> <p>Además se conoció que la madre comunitaria debe atender otros asuntos como son los de su hogar, lo que implica que esta personas tenga una alta carga de actividades, las cuales a veces no resultan siempre eficaces. No obstante, pese al despliegue publicitario, no se obtuvieron los resultados esperados por cuanto, los niños que se esperaban de acuerdo con las estadísticas de la localidad, no se presentaron en un 70% aproximadamente.</p> <p>En diálogos con varios participantes de la jornada de vacunación, se pudo observar que la mayoría, no tiene claro la importancia del concepto promoción y prevención, ya que algunos ni siquiera sabían del tema y otros lo conocían pero no le daban mayor importancia. Un ejemplo claro es que las personas recibían la cartilla y se la dejaban a los niños par que jugaran con ellas.</p>

<p>prevención de la salud para adultos de 25 a 47 años promoción de la salud para madres gestantes y enfermedades de transmisión Sexual.</p> <p>La jornada finaliza a las 4:00PM., el cierre lo hacen los niños con consignas alusivas a los derechos del niño con motivo de la celebración del día del niño</p>	
--	--

DIARIO DE CAMPO**ACTIVIDAD No. 8**

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: FORO DE DISCUSIÓN CON PROMOTORAS SOBRE LOS SIGNIFICADOS DE LA PROMOCION Y PREVENCIÓN EN SALUD (8) LUGAR: COPEVISA FECHA: Mayo 03 de 2004 OBJETIVO: Conocer la interpretación de los significados que sobre promoción y prevención interiorizaron las promotoras después de los cursos de capacitación.	
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	ANALISIS
<p>La actividad se inicio a la 8:00 a.m. con el grupo de promotoras y las profesionales de Psicología Social Comunitaria. La idea fue realizar un foro de discusión en el cual se trataran los temas referentes a los resultados de la jornada de vacunación y la asimilación de los conceptos de promoción y prevención en salud, adquiridos por las promotoras en su proceso de capacitación. Con la coordinación de la profesionales, se abrió el foro invitando a las participantes a exponer su percepción sobre los resultados de la jornada de vacunación y su relación con la promoción y prevención en salud.</p> <p>Algunos conceptos son:</p> <p><i>“La comunidad no se interesa por su bienestar ni calidad de vida. El hecho es que la mayoría no asistió a la jornada de vacunación.”</i></p> <p><i>“Se deben establecer estrategias eficaces, desde las mismas instituciones médicas, con el fin de hacer una difusión permanente y eficaz hacia la comunidad, de la importancia que debe tener la promoción y</i></p>	<p>Se nota algo de desmotivación en las promotoras, debido al poco interés que la comunidad tiene sobre su salud y bienestar. Aquí es importante resaltar que las promotoras tienen un diferente significado de la salud, debido a su formación sobre el tema.</p>

<p><i>prevención en salud”</i></p> <p><i>“Los problemas socioeconómicos que afectan a la comunidad, son obstáculos que impiden valorar con plena conciencia la promoción y prevención, ya que es mas importante sobrevivir que protegerse”</i></p> <p><i>“La heterogeneidad de la población que habita en el sector, no permite que se tenga un criterio unificado sobre la importancia de estos programas”. No hay mucha solidaridad con algunos grupos marginales de la comunidad”</i></p> <p><i>“El énfasis y la necesidad de atención inmediata de las enfermedades de nivel I y II, Y IV, absorben la mayoría de los recursos económicos, dejando en segundo plano la inversión para la promoción y prevención en salud”</i></p> <p>En la segunda parte del foro se habló sobre el significado que sobre promoción y prevención en salud” tienen las promotoras de la localidad del Codito de Usaqué.</p> <p>ALGUNOS CONCEPTOS FUERON:</p> <p>“ Yo considero que la promoción y prevención en salud es un proceso demasiado importante, para mantener a la comunidad, viviendo en un nivel de vida acorde a su condición de grupo humano”</p> <p>“ Si en la comunidad se implementarán mas y mejores programas de promoción y prevención en salud, se conseguiría la disminución y menor ocurrencia de enfermedades primarias y catastróficas, lo que significaría, entre otras cosas, un menos gasto de recursos, que se pueden destinar a otras necesidades de la población”.</p>	<p>La comunidad no retroalimenta eficazmente al grupo de promotoras, en el sentido de la no participación activa por parte de la comunidad, en los programas emprendidos por ellas.</p> <p>En cuanto a la percepción de las promotoras, con respecto de la prevención y promoción de la salud, se pudo concluir, que dentro de ellas hay un marcado interés por promover este tipo de actividades y programas.</p>
--	--

<p>“Es un concepto universal que permite direccionar la salubridad pública, como una política de estado y por lo tanto como un hecho concreto al cumplimiento del mandato constitucional en el sentido de hacer valer la salud como un derecho fundamental”</p> <p>“La promoción y prevención en salud, implica necesariamente, la participación activa y decidida de todos los miembros que conforman una comunidad. Las políticas deben ser establecidas desde los entes gubernamentales; los planes deben ser implementados por las instituciones regionales y la comunidad debe actuar como beneficiaria y veedora de estos programas”</p> <p>“promoción y prevención en salud” es un proceso que debe estar dirigido, de primera mano hacia la población mas vulnerable, (niños y ancianos) ya que allí es donde se genera la mayor incidencia de enfermedades y tratamientos”</p>	<p>El grupo de promotoras, evidenció un enorme interés por el bienestar de su comunidad, destacándose en ellas, un sentido de compromiso, solidaridad y responsabilidad, en la difusión de los programas de promoción y prevención de la salud. Este es un paso fundamental, ya que si se les brinda el apoyo necesario, tanto en recursos, como en estrategias, los resultados se verán reflejados en el beneficio de la comunidad.</p>
---	--

