

**PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD,
UNA APUESTA DESDE TRABAJO SOCIAL**



ANA MILENA PAYARES PÁJARO

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y EDUCACIÓN
PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL
CARTAGENA DE INDIAS
2016**

**PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD, UNA APUESTA DESDE TRABAJO
SOCIAL**

ANA MILENA PAYARES PÁJARO

**Informe de sistematización presentado como requisito parcial para optar
al Título de Trabajadora Social**



FUNDACIÓN
SERSOCIAL

TUTORA
MARELIS CASTILLO DE LA TORRE
Trabajadora Social

Maestrante en Conflicto Social y Construcción de Paz



UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y EDUCACIÓN
PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL
CARTAGENA DE INDIAS, D. T. Y C.

2016

AGRADECIMIENTOS

Le agradezco a Dios por acompañarme y guiarme a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en momentos de debilidad y angustias, por llenarme de fe para creer lo que creí imposible, por brindarme una vida llena de aprendizajes y sobre todo por mostrarme el camino a seguir.

Le doy gracias a mis padres Ana Y Gustavo, por apoyarme en todo momento, por los valores que desde muy pequeña me inculcaron y por brindarme siempre la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida, pero sobre todo por ser el mejor ejemplo a seguir.

A mis hermanos Carlos y Gustavo y mi hermana Yudis, por ser parte importante de mi vida y representar la unidad familiar.

A Adrian por ser una parte muy importante en mi vida, por apoyarme en las buenas y malas, pero sobre todo por su paciencia y amor incondicional.

A mi familia en general, gracias porque cada uno de una u otra forma aportaron su granito de arena para ayudarme alcanzar este triunfo.

A la Universidad de Cartagena por permitirme ser profesional de la carrera que siempre me apasionó.

Le agradezco la confianza, apoyo y dedicación a mi docente asesora, Marelis Castillo De La Torre y a todos los docentes que aportaron a mi formación, por haber compartido sus conocimientos conmigo, los que me permitieron llegar hasta aquí.

Gracias a la Fundación Ser Social por abrirme sus puertas para la realización de mis prácticas profesionales y a su vez permitir la sistematización de uno de sus proyectos, marcaron de gran manera mi futuro profesional, nunca me cansare de darles las gracias

Gracias a cada uno de ustedes hoy logro una meta, mi tan anhelada meta, ser TRABAJADORA SOCIAL.

CONTENIDO

	Pág.
GLOSARIO	9
RESUMEN.....	11
ABSTRACT.....	12
PRESENTACIÓN.....	13
I. CONTEXTUALIZANDO LA INTERVENCIÓN	15
1.1 CONTEXTO INSTITUCIONAL	15
1.2 CONTEXTO LOCAL.....	18
II. GENERALIDADES DEL PROGRAMA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD, REGIONAL BOLÍVAR NORTE SECTOR CARTAGENA DE INDIAS EN LA FUNDACIÓN SER SOCIAL, AÑO 2015.	24
2.1 ANTECEDENTES DEL PROGRAMA.....	24
2.2 LA FICHA TÉCNICA DEL PROYECTO.....	25
2.2 COOPERANTES DEL PROGRAMA	36
2.3 ACTORES SOCIALES	38
2.4 CONTEXTO DE LA EXPERIENCIA	38
III. FUNDAMENTANDO LA SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA	39
3.1 REFERENTES CONCEPTUALES	39
3.2 REFERENTES EPISTEMOLÓGICOS.....	50
3.3 REFERENTES LEGALES	54
3.4 CONCEPTUALIZANDO EL PROCESO DE SISTEMATIZACIÓN	59
IV. PROCESO METODOLÓGICO	62
4.1 OBJETO DE LA SISTEMATIZACIÓN.....	62
4.2 OBJETIVOS	62
4.2.1 Objetivo General	62
4.2.2 Objetivos Específicos	62
4.3 METODOLOGÍA DE LA SISTEMATIZACIÓN	63
4.4 EJE CENTRAL Y CATEGORÍAS DE ANÁLISIS.....	65

4.5 RUTA METODOLÓGICA DEL PROCESO DE SISTEMATIZACIÓN-	66
V. RECUPERACIÓN DEL PROCESO – DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA ..	68
5.1 METODOLOGÍA:	68
5.1.1 Aciertos:	68
5.1.2 Desaciertos:	70
5.2 ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL:	71
5.2.1 Aciertos:	71
VI. LECCIONES APRENDIDAS DESDE LAS VIVENCIAS	75
6.1 REFLEXIONES DESDE EL ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL	75
6.2 RECOMENDACIONES A LA ENTIDAD OPERADORA DEL PROGRAMA (FUNDACIÓN SER SOCIAL)	77
BIBLIOGRAFÍA.....	77
ANEXOS	84

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. División Del Distrito De Cartagena.....	19
Tabla 2. Ficha Técnica Del Proyecto.	25
Tabla 3. Fases De La Sistematización.....	63

LISTA DE ILUSTRACIONES

	Pág.
Ilustración 1. Marco Institucional.....	17
Ilustración 2. Acciones Desarrolladas Por Los Cooperantes Del Programa	37
Ilustración 3. Actores Sociales.....	38

LISTA DE ANEXOS

Pág.

Anexo A. Propuesta De Participación Social Fortalecimiento De Alianzas De Usuarios Asociación Mutual Ser Eps -S.....	86
Anexo B. Evidencias Fotográficas	100

GLOSARIO

ASOCIACIONES O ALIANZA DE USUARIOS (AU): Son una agrupación de personas que están afiliadas a una EPS o ARS, o que utilizan los servicios de una determinada institución que presta servicios de salud, que deciden organizarse para velar porque los derechos y deberes que tienen los usuarios frente al servicio en condiciones de calidad, trato digno y oportunidad sean cumplidos. Además, también permiten conducir las sugerencias, inquietudes, quejas y reclamos que los distintos usuarios tienen frente a la forma como se les brinda el servicio con el fin de mejorar la satisfacción de cada uno de los usuarios y alcanzar una mayor eficiencia en las instituciones de salud. (Comfenalco, 2015)

CAU: coordinadora de la alianza de usuarios.

PARTICIPACION SOCIAL: Es la capacidad real que poseen las personas y las comunidades para incidir de manera efectiva en los asuntos de interés común que afectan su desarrollo individual y colectivo.

SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ATENCION AL USUARIO (SIAU): Herramienta gerencial para garantizar la calidad en la prestación de servicios que alimenta el cambio en la institución y en las personas.

COMITES DE PARTICIPACION COMUNITARIA EN SALUD (COPACOS): Existen para que se integren los diferentes actores sociales y el Estado para participar en todas las etapas del proceso de formulación del Plan Local de Salud en el respectivo municipio. (Pais)

VEEDURÍAS: la ley entiende por veeduría el control social en salud podrá ser realizado a través de la veeduría en salud, que deberá ser ejercida en los niveles: ciudadano, institución y comunitario, con el fin de vigilar la gestión pública, los resultados de la misma, la prestación de los servicios y la gestión financiera, de las entidades que hacen parte del sistema general de seguridad social en salud. (PROMEDAN, 2015)

PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA (PAB): Es un conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos, de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad.

EGIS REGIONALES: son reuniones que realiza la coordinadora regional y las coordinadoras de los municipios, en donde se muestran los resultados obtenidos.

SERENITO: es un formato propio donde se instauran las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, comentarios, por parte de los usuarios.

RESUMEN

El informe de Sistematización De La Metodología Y Estrategias De Intervención Del Trabajador (A) Social En El Programa Participación Social En Salud, Regional Bolívar Norte Sector Cartagena De Indias En La Fundación Ser Social. Año 2015, presenta el papel desempeñado por el profesional de trabajo social en el programa, orientando su ejercicio desde la investigación social, con la intención de validar la metodología y las estrategias de intervención del trabajador(a) social en el marco del programa participación social en salud. Además, de recuperar la práctica a partir de la metodología y las estrategias de intervención del trabajador(a) social, se proporcionan experiencias de integración, interacción, participación y construcción de espacios para la participación social activa de los miembros de la alianza de usuarios. En primera instancia, el proceso posibilitó la descripción de metodologías y estrategias que se emplean en el programa participación social en salud, regional bolívar norte, sector Cartagena de indias, desde la fundación ser social; identificación el impacto de esta en los actores del programa, a partir del proceso de capacitación y, posteriormente la recuperación de la experiencia desarrollada por el trabajador(a) social en el programa de participación social en salud, con el propósito de identificar aciertos y desaciertos en el proceso, definición de lecciones aprendidas y facilitar herramientas que sirvan de insumo a experiencias futuras similares.

Palabras claves: sistematización, metodología, estrategias de intervención, trabajo social, participación social en salud.

ABSTRACT

The report systematizing the methodology and intervention strategies Worker (A) Social In Social Participation Program in Health Sector Regional North Bolivar Cartagena De Indias In The Social Being Foundation. 2015, presents the role of professional social work in the program, guiding its exercise from social research, with the intent to validate the methodology and intervention strategies worker (a) social under the social participation program in health. In addition, the practice of recovering from the methodology and intervention strategies worker (a) social integration experiences, interaction, participation and building social spaces for the active participation of members of the alliance are provided users. In the first instance, the process made possible the description of methodologies and strategies used in social participation in health program, regional bolivar north, Cartagena de Indias sector from a social foundation; identifying the impact of this on the actors of the program, from training process and subsequently recovering the experience developed by the employee (a) social in the program of social participation in health, in order to identify strengths and weaknesses in the process, defining lessons learned and provide tools that serve as input to future similar experiences.

Keywords: systematization, methodology, intervention strategies, social work, social participation in health.

PRESENTACIÓN

El trabajo social en salud es un campo en que la intervención de trabajo social no ha impactado significativamente, por ello se considera pertinente sistematizar un proceso como este, el cual corresponde a la recuperación de la metodología y estrategias de intervención del trabajador (a) social en el Programa Participación Social en Salud, Regional Bolívar Norte Sector Cartagena de Indias, en la Fundación Ser Social, durante el año 2015.

El proceso de sistematización se desarrolló en el marco de una acción de trabajo social que profundiza en el manejo proactivo de aprendizajes y espacios fundamentados en la cultura participativa de las alianzas de usuarios y en cuyo enfoque metodológico prima la investigación activa, participativa e integradora de conocimientos, experiencias y vivencias interpersonales en el ambiente colectivo.

En el proceso se realizó en primera instancia la observación de las situaciones, hechos y actuaciones dentro de la alianza de usuarios que permitieran acceder a un conocimiento básico sobre los procesos de interacción y las dificultades experimentadas por los diversos actores en la cotidianidad del trabajo en la Fundación Ser Social, esto permitió establecer el objeto de la sistematización.

El informe consta de varios capítulos contemplados así:

Un primer capítulo que da cuenta del contexto institucional, local y de los cooperantes del programa.

El segundo capítulo que se presentan pone consideración los argumentos justificadores de la sistematización de la acción de trabajo social, la fundamentación conceptual y epistemológica, mostrando especialmente la manera como el proceso de estudio se enfoca al aprendizaje de las experiencias participativas, en conexión con la expresión de la construcción social positiva.

El tercer, cuarto y quinto capítulo del trabajo se tratan las cuestiones atinentes a la metodología empleada, que para este caso, se ubicó en los ámbitos de la investigación acción participativa, de tipo cualitativa y con un enfoque adecuado a las condiciones, factores y consecuencias de la problemática determinada previamente.

Finalmente, se exponen y desarrollan en este trabajo algunas reflexiones y propuestas sobre la experiencia participativa de los miembros de la alianza de usuarios, como una construcción cotidiana, reconociendo que es una tarea compleja, pero es necesaria y posible y se constituye en una rica y valiosa experiencia de desarrollo social, dado que la posibilidad de reconstruir la experiencia y aportar nuevos elementos de consolidación participativa en el ámbito de los derechos del usuario de los servicios de salud.

I. CONTEXTUALIZANDO LA INTERVENCIÓN

1.1 CONTEXTO INSTITUCIONAL

La Universidad de Cartagena, en el marco de su misión institucional y proyección investigativa, a partir de la construcción del conocimiento científico en condiciones de pertinencia humana, cultural, ética y axiológica, se dirige hacia el establecimiento de relaciones positivas con las distintas instancias, instituciones y organizaciones del entorno social, con la finalidad de aportar al bien-estar y el bien-ser de los individuos y las comunidades, en un marco de sostenibilidad para el desarrollo y dignificación del ser humano.

En correspondencia con lo anterior, la oferta del programa de Trabajo Social, perteneciente a la facultad de Ciencias Sociales y Educación, responde a la necesidad de fortalecer la labor de desarrollo en las comunidades, al pensar en términos de convenios y/o alianzas que se establecen para trabajar mancomunadamente por ese fin, es por ello que desde la gestión que adelanta la Fundación Ser Social, a través de la articulación entre la formación de profesionales en trabajo social, capaces de intervenir activamente en el desarrollo humano integral y la práctica en los procesos de investigación, intervención, acompañamiento, orientación y apoyo a la misión de la Fundación.

Sobre este aspecto en particular, la participación social en salud, representa una opción para la fundamentación y formación disciplinar, participativa y humana, brindada a los futuros trabajadores sociales, en este sentido, las experiencias de trabajo con la comunidad y las instituciones respalda la construcción de un saber adecuado sobre las prácticas socioculturales en entornos problematizadores.

Lo anterior en virtud de que a través del desempeño como trabajador social se deben alcanzar metas personales, profesionales y sociales, entendiendo la

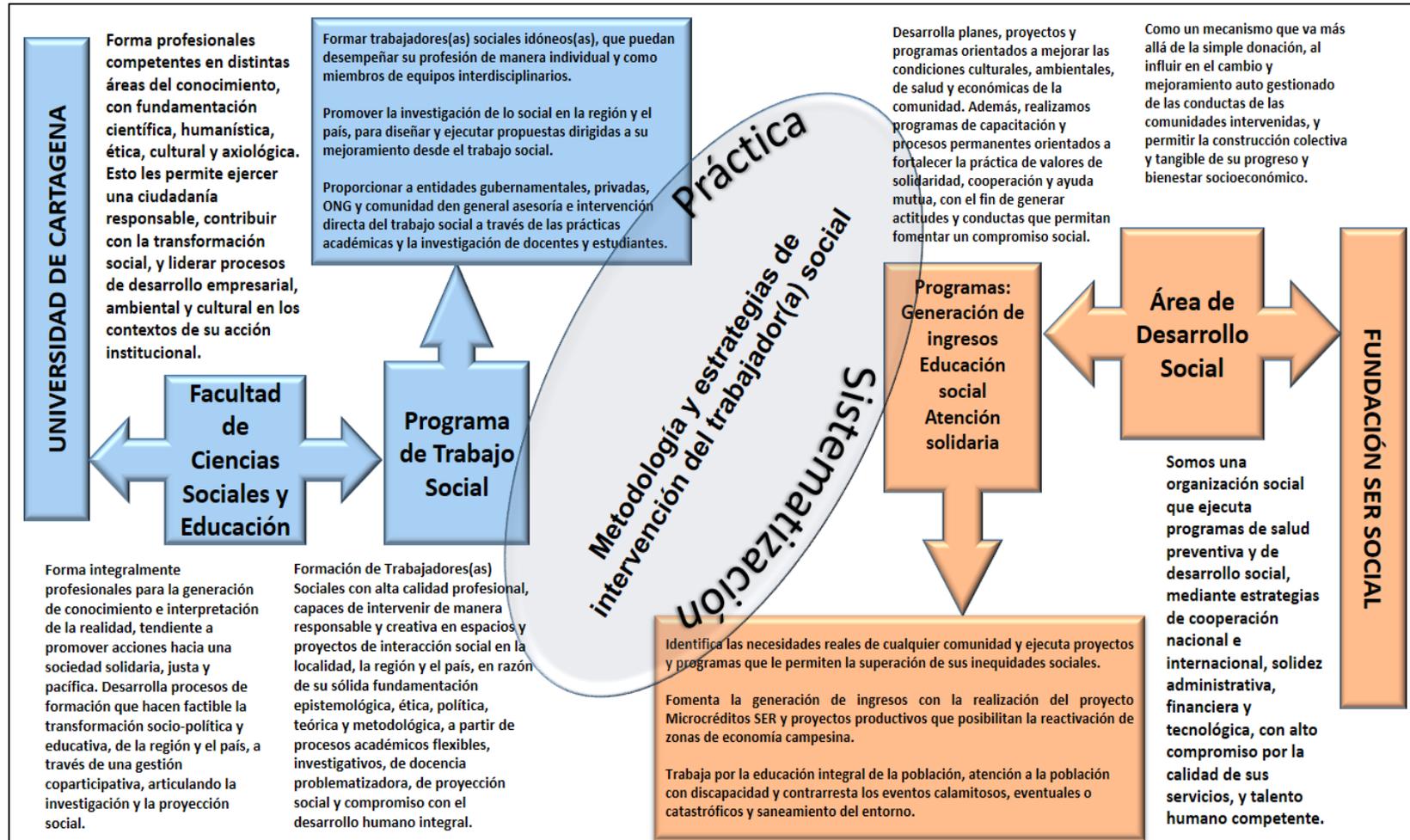
profesión como un quehacer constante, investigativo, crítico y exigente de actitudes, valores y capacidades; de allí que se coloque siempre el compromiso y la dedicación como virtudes de trabajo y bases del ejercicio del trabajador social en su contexto laboral y profesional.

En relación con lo anterior, el proceso de formación como trabajador social y la actividad cotidiana en las entidades del sector salud, permiten responder a inquietudes y expectativas que afirman el convencimiento de que es posible la formación integral y la transformación personal y social de los individuos, sus familias y comunidades; planteando estrategias apoyadas en los procesos de reflexión y de construcción de conocimientos y aprendizajes válidos para afrontar los problemas y propiciar la transformación de la dinámica interpersonal y comunicativa de los actores.

De allí que resulte como eje de articulación, la sistematización de la práctica en torno a la metodología y estrategias de intervención del trabajador social, proporcionando los criterios y líneas de acción para el mejoramiento de los procesos misionales de la Fundación, acordes con el carácter investigativo y científico disciplinar que sustentan la actividad de la Universidad en su contexto socio-histórico. Este planteamiento se debe hacer por parte de todo trabajador social como una prioridad esencial y como una respuesta posible a los propósitos y condiciones requeridas para el mejoramiento del desempeño en la profesión, toda vez que se trata de una prospectiva integrativa, valorativa y crítica frente a las necesidades humanas y de desarrollo de los colectivos con los cuales se trabaja.

El siguiente diagrama es ilustrativo de dicha articulación:

Ilustración 1: Marco Institucional



Fuente: Autora del informe. 2015

1.2 CONTEXTO LOCAL

El Distrito de Cartagena anclado en el norte del departamento de Bolívar y bañado por las aguas del Mar Caribe, está ubicado aproximadamente en la Latitud 10° 25' 28" Norte y Longitud 75° 32' 58" Oeste, con un área aproximada de 62.993,75 Ha, con aproximadamente, 7.681,99 Ha de Suelo Urbano (Plan de Desarrollo Distrital, 2012-2015)¹.

Según el Censo 2005 del DANE², el Distrito cuenta con una población de aproximadamente 967.103 habitantes, discriminados en 466.529 Hombres (48,24%) y 500.574 Mujeres (51,76%), distribuidos en las tres Localidades, subdivididas en 15 Unidades Comuneras de Gobierno Urbanas y 15 Unidades Comuneras de Gobierno Rurales.

En el distrito de Cartagena para comprender la dimensión del campo de salud es necesario establecer relación con otras dimensiones como es el educativo, para este caso específicamente los porcentajes de estudiantes matriculados en los niveles de educación preescolar, básica y media, lo que constituye una prioridad desde el punto de vista de la obligación constitucional del gobierno local en materia de garantía al derecho a la educación.

Las cifras muestran que en los últimos años (período 2008-2013) se viene presentando un marcado decrecimiento en las matrículas, a pesar de los esfuerzos de las distintas administraciones por ampliar y mejorar la infraestructura educativa, en particular la oficial. De hecho, se pasó de 264.317 matriculados en 2008, a 223.831 en julio de 2013, lo cual representa una disminución del 15% en 5 años³.

¹ ALCALDÍA MAYOR DE CARTAGENA DE INDIAS COLOMBIA. Plan de Ordenamiento Territorial. Cartagena: Secretaría de Planeación, 2001, p. 12.

² DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA – DANE. Censo 2005. Informe final. Bogotá: DANE, 2005.

³ ALCALDÍA MAYOR DE CARTAGENA DE INDIAS COLOMBIA. Plan de Desarrollo 2011-2015. Cartagena: Secretaría de Planeación, 2011, p. 73.

Los principales indicadores del sector salud en el Distrito de Cartagena de Indias presentan el siguiente avance durante el año 2012. Oferta en salud Actualmente, el Distrito de Cartagena se encuentra dividido geográficamente en 3 localidades y dentro de estas se encuentran geo referenciados los 47 centros y puestos de salud de la siguiente manera:

Tabla 1: División Del Distrito De Cartagena

	Población	Puestos de salud	Participación
Histórica y del Caribe Norte	378.424	18	37,0%
De la Virgen y Turística	287.049	19	41,3%
Industrial y de la Bahía	301.630	10	21,7%
Total	967.103	47	100,0%

Fuente: Departamento Administrativo Distrital en Salud (DADIS), 2012.

El Distrito de Cartagena de Indias cuenta con 11 centros de atención de urgencias de baja complejidad públicos y 3 privados. Dentro de los públicos hay 3 en la Localidad Histórica y del Caribe Norte, 4 en la Localidad De la Virgen y Turística y 4 en la Localidad Industrial y de la Bahía⁴.

En cuanto a la red hospitalaria⁵, en primera instancia está la Empresa Social del Estado (ESE) Maternidad Rafael Calvo de mediana complejidad que cuenta con 7 camas de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) neonatal y 22 camas de UCI intermedios, 1 ambulancia medicalizada y una ambulancia básica; 11 camas pediátricas, 10 camas de adultos y 70 camas obstétricas, 3 salas de cirugías y 3 salas de partos, Además, su servicio de urgencias es de mediana complejidad, En segunda instancia, se encuentra la ESE Hospital Universitario del Caribe que es una institución pública de mediana y alta complejidad que cuenta con 10 camas de UCI, 8 camas de UCI intermedios, 245 camas de adultos, 6 salas de cirugías, Además cuenta con un servicio de urgencias de mediana y alta complejidad, esta

⁴ DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD – DADIS. Plan de desarrollo del sector salud 2011-2015. Cartagena: Dadis, 2012, p. 5.

⁵ Ibídem, p. 15-16.

es el principal Centro de referencia de pacientes de Red de Servicio Distrital y Departamental..

La ESE Hospital Universitario del Caribe Desde las administraciones anteriores se aprobó la construcción de 4 modernos hospitales, los cuales se encuentran operando el hospital de Arroz Barato, y parcialmente los del Pozón, Canapote y San Fernando.

El Distrito de Cartagena cuenta actualmente con 24 Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) CON UNIDAD de cuidados intensivos, de la cual una es pública (el Hospital Universitario de Caribe), y 23 son privadas.

El Distrito cuenta con 14 entidades de UCI neonatal, de la cual una es de naturaleza pública y 13 privadas, para un total de 99 camas neonatales. Para cuidados intermedios neonatales hay 92 camas. Entre la red pública y la red privada en el Distrito de Cartagena, se ofrecen 260 camas de hospitalización pediátrica, 958 camas de adulto, 203 obstétricas, 63 psiquiátricas y 5 camas de farmacodependencia, para un total de 1.489 camas.

Durante el año 2012, el total de personas aseguradas se distribuyeron en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de la siguiente manera: Población Régimen Subsidiado diciembre de 2012: 459.943, mostrando un incremento del 12,15%, frente a enero del mismo año (410.087). Población Régimen Contributivo diciembre de 2012: 527.957, mostrando un incremento del 3,83% frente a enero de 2012 (507.710). De esta forma, Fosyga reporta para Cartagena en el 2012 una cobertura del 102%⁶.

⁶ Ibídem, p. 31.

Es importante recordar que, en materia de aseguramiento, al Distrito de Cartagena se le dio prioridad por el Gobierno Nacional, como municipio piloto para lograr la cobertura universal en el año 2006. En términos de cobertura, la ciudad se destaca dentro de las de mayor nivel en el país, luego de Bucaramanga con 118%, Barranquilla con 116% y Valledupar con 111%⁷.

Sin embargo, este proceso de aseguramiento ha sido irregular, debido a que la ciudad tiene una alta tasa de población flotante, entre turistas, inmigrantes, desplazados y sub registros del SISBEN. En efecto, el Dadis señala que a enero de 2012 se registró una Población Pobre No Afiliada (PPNA) de 169.808 personas, y en diciembre del mismo año, de 102.429 personas. Una situación problemática en materia de aseguramiento, lo constituye la baja gestión de las EPS para promover la afiliación al Régimen Subsidiado (RS) y Contributivo (RC) en Salud. Como posibles causas se encontraron: debilidad en los sistemas de información y en el manejo de las bases de datos, el hecho de que más de 100 mil personas no aplican al RS y que por su capacidad de pago no pueden afiliarse al RC, pero que sin embargo deben ser atendidos, convirtiéndose en unos vinculados a cargo del Distrito.

Por otra parte, es importante señalar que, en Cartagena, tres (3) EPS tienen el 73% de la afiliación de las personas en el régimen subsidiado: COOSALUD EPS, constituida en la ciudad, tiene el 29% con 133.449 afiliados, Comfamiliar tiene el 23% con 106.404 personas afiliadas y Mutual Ser, el 21% restante de la afiliación global del Distrito de Cartagena, con 94.368 personas afiliadas. Otro 15% de la afiliación se lo reparten Comfacor con 36.995 afiliados (8%) y Caprecom con 31.937 (7%). Comparta tiene un 5% que representa el hecho de tener afiliados a 22.917 cartageneros, y finalmente, AMBUQ y Solsalud, cada una con un 4%, tienen el resto de personas afiliadas al régimen subsidiado de Cartagena.

⁷ MINISTERIO DE SALUD COLOMBIA. Informe descriptivo de los avances en el cubrimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud 2005-2010. Bogotá: Ministerio, 2011, p. 27.

Pensar en la salud es referirnos de igual forma a el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI en Cartagena presenta para la zona urbana un porcentaje del 25,45% (DANE), indicador superior al nacional (19,66%) para la misma zona, lo que permite evidenciar un retraso en la ciudad en este indicador social. Para la zona rural, el NBI en Cartagena está en 35,50%. Si se le compara con el total nacional (53.51%), se puede deducir que en este indicador la ciudad muestra una situación más favorable que el país.

El coeficiente de Gini muestra el grado de desigualdad en el ingreso en la ciudad de Cartagena. En términos generales, éste tiene una correlación significativa con el indicador de Incidencia de Pobreza, y ha pasado del 0.451 en el 2005 al 0.482 en el 2012. Este indicador refleja el alto nivel de desigualdad que subsiste en la ciudad. Incluso, los niveles de distribución del ingreso en la ciudad han empeorado en la última década⁸.

A partir de este panorama es necesario consolidar procesos que inviten a que la disciplina del Trabajo Social se integre significativamente a las acciones claves de participación en salud, atendiendo a las particularidades del contexto de las comunidades y a los procesos institucionales de consolidación del sistema de seguridad social en salud. De esta forma, la práctica del trabajo social aparece así perfilada como el quehacer intencional, crítico y vinculante del profesional a través de los procesos y mediaciones que contribuyen al desarrollo de competencias, conocimientos, actitudes, valores y, consecuentemente con ello, al ejercicio de la capacidad de transformación social desde la propia experiencia de participación y desempeño en los distintos ambientes institucionales y comunitarios. Por esto es posible afirmar que la participación en salud del trabajador social constituye un saber construido activamente, a través del cual se identifican, valoran y transforman

⁸ GALVIS, Luis y MEISEL, Adolfo. Convergencia y trampas espaciales de pobreza en Colombia: Evidencia reciente. Documentos de trabajo sobre economía regional. Cartagena: Banco de la República-Economía Regional, 2012.

críticamente las realidades problemáticas desde el nivel microsistémico (individuo, familia, comunidad), hasta las actuaciones macrosistémicas (institucionalidad, sociedad, Estado).

II. GENERALIDADES DEL PROGRAMA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD, REGIONAL BOLÍVAR NORTE SECTOR CARTAGENA DE INDIAS EN LA FUNDACIÓN SER SOCIAL, AÑO 2015.

2.1 ANTECEDENTES DEL PROGRAMA

El programa participación social en salud de la fundación ser social se consolida a partir de la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud está orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud, para esto plantea acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y fortalecimiento de la participación social.

En este sentido la participación social en salud debe apuntar a fortalecer la capacidad ciudadana para su incidencia en las políticas públicas, promover estilos de vida saludables, incentivar los procesos de vigilancia y control, defender los derechos en salud de los ciudadanos e incentivar el cumplimiento de deberes y responsabilidades de estos con el sistema, para lo cual se han instituido una serie de mecanismos de uso individual, institucional y comunitario que posibilitan la participación; entre los que se encuentran las Asociaciones o Alianzas de Usuarios, Sistema de información y Atención al Usuario, Comités de Ética Hospitalaria, Comités de Participación Comunitaria en Salud (COPACO), Comités de Veeduría, Juntas Directivas, entre otros.

Es por ello que las entidades del Sistema General de la Seguridad Social deben implementar y desarrollar la participación en salud, como uno de los instrumentos para involucrar a los afiliados en la toma de decisiones que les afectan; en este sentido esta propuesta busca apoyar a la Asociación Mutual SER EPS-S, en los requerimientos exigidos por la normativa en relación a la promoción de los espacios de participación social a través de la constitución, reestructuración, capacitación,

seguimientos a las Alianzas de Usuarios, en los territorios donde tiene presencia y a la divulgación de la información a usuarios.

2.2 FICHA TÉCNICA DEL PROYECTO

Tabla 2: Ficha Técnica Del Proyecto.

Criterios Del Programa	Descripción
Justificación	<p>La reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud está orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud, para esto plantea acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y fortalecimiento de la participación social.</p> <p>En este sentido la participación social en salud debe apuntar a fortalecer la capacidad ciudadana para su incidencia en las políticas públicas, promover estilos de vida saludables, incentivar los procesos de vigilancia y control, defender los derechos en salud de los ciudadanos e incentivar el cumplimiento de deberes y responsabilidades de estos con el sistema, para lo cual se han instituido una serie de mecanismos de uso individual, institucional y comunitario que posibilitan la participación; entre los que se encuentran las Asociaciones o Alianzas de Usuarios, Sistema de información y Atención al Usuario, Comités de Ética Hospitalaria, Comités de Participación Comunitaria en Salud (COPACO), Comités de Veeduría, Juntas Directivas, entre otros.</p> <p>Es por ello que las entidades del Sistema General de la Seguridad Social deben implementar y desarrollar la participación en salud, como uno de los instrumentos para involucrar a los afiliados en la toma de decisiones que les afectan; en este sentido esta propuesta busca apoyar a la Asociación Mutual SEREPS-S, en los requerimientos</p>

Criterios Del Programa	Descripción
	<p>exigidos por la normativa en relación a la promoción de los espacios de participación social a través de la constitución, reestructuración, capacitación, seguimientos a las Alianzas de Usuarios, en los territorios donde tiene presencia y a la divulgación de la información a usuarios.</p>
<p>Objetivo General</p>	<p>Implementar los mecanismos de Participación Social en Salud, para el mejoramiento de la calidad de los servicios mediante el control social en Salud, ejercido por las Alianzas de Usuarios de la Asociación Mutual SER EPS-S, y representado en la vigilancia de la calidad de la prestación de los servicios de salud y en la defensa de los derechos de los usuarios de los servicios de salud.</p>
<p>Objetivos Específicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Constituir y/o reestructurar las asociaciones o alianzas de usuarios que correspondan por vigencia o por inactividad. ▪ Brindar educación continua a los diferentes grupos objetivos. (Alianzas de Usuarios, Coordinadores de Atención al Usuario). ▪ Asesorías a las Alianzas de Usuarios en la programación de las actividades del plan de Gestión Integral. ▪ Seguimiento a las Alianzas de Usuarios en la ejecución de las actividades del plan de Gestión Integral ▪ Realizar seguimiento a la participación de las Alianzas de Usuarios en la apertura de buzones, trámite y resolución de las quejas, inquietudes y/o sugerencias interpuestas. ▪ Asesoría a las asociaciones o alianzas de usuarios para el ejercicio de sus funciones.

Criterios Del Programa	Descripción
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborar informes de resultados con periodicidad Trimestral, Semestral, y Anual. ▪ Asegurar archivo documental de las actividades realizadas.
Líneas De Intervención	<p>1. CONSTITUCIÓN Y/O REESTRUCTURACIÓN DE LAS ASOCIACIONES O ALIANZAS DE USUARIOS.</p> <p>Descripción: Se utiliza cómo estrategia de promoción de la cultura de la Participación Social en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se realiza convocatoria pública a los usuarios según lo que estipula el Decreto 1757/1994, Para la constitución o reestructuración de las Asociaciones o Alianzas de Usuarios de Mutual SER EPS-S, garantizando pluralidad y representatividad de los miembros de la comunidad.</p> <p>La constitución se realiza en dos (2) periodos del año, durante el primer semestre se conforman el 90% (77) alianzas y el resto durante el segundo semestre, según periodos de vigencia, y cuando aplique por ingreso a nuevos municipios de la empresa contratante.</p> <p>La reestructuración es para los casos de las Asociaciones o Alianzas de Usuarios que no cumplen con sus funciones.</p> <p>Metodología: Se realiza convocatoria pública a usuarios de Mutual SER EPS-S, para asambleas de constitución de las Alianzas de Usuarios y para el caso de reestructuración se realiza asambleas por localidades, sectores o barrios.</p> <p>Se contratará personal específicamente para la ejecución de esta actividad, por periodo de tiempo determinado.</p>

Criterios Del Programa	Descripción
	<p>Metas: 100% de Alianzas constituidas y/o reestructuradas.</p> <p>Productos: Alianzas de Usuarios constituidas o reestructuradas. Actas de constitución diligenciadas y radicas en el respectivo ente de control.</p> <p style="text-align: center;">2. EDUCACION CONTINUADA A ALIANZAS DE USUARIOS Y DEMAS GRUPOS OBJETIVOS.</p> <p>Descripción: Se realizan capacitaciones en temas relacionados con el Sistema General de Seguridad Social en Salud y la normatividad vigente en participación Social; a miembros de Alianzas de Usuarios. Se implementarán estrategias de intervención que fortalezcan la adherencia, articulación y vinculación de las alianzas de usuarios a los espacios de participación Social.</p> <p>Metodología: El eje principal de intervención será el método constructivista participativo, los participantes aprenderán haciendo, (teoría y práctica), acompañado además del dialogo de saberes, trabajos grupales, revisión conceptual, y la lúdica, (ejercicios prácticos, estudios de casos, dramatizados, etc.) como eje transversal de las intervenciones.</p> <p>Dialogo de saberes: A través de esta estrategia se buscará explorar los conocimientos previos de los participantes, confrontarlos con sus realidades y construir nuevos conceptos.</p> <p>Trabajos grupales: Tendrán como finalidad la generación de debates entre los participantes, se medirá la capacidad de liderazgo y otras habilidades necesarias para la orientación a otros (afiliados), y difusión de información.</p>

Criterios Del Programa	Descripción
	<p>Revisión conceptual: De conformidad a los ejes temáticos definidos se ilustran los conceptos que se desee queden en la recordación de los participantes.</p> <p>Lúdica: dentro del desarrollo temático se utilizarán actividades lúdicas que persigan un aprendizaje colectivo (aprender jugando). Las actividades lúdicas buscan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover las capacidades de trabajar en equipo y el liderazgo. • Incentiva a los más preparados para que ayuden a los que no lo están. • Buscar semejanzas con la práctica de la vida real • Garantizar la participación de todos los miembros de grupo <p>Esta metodología promueve la participación activa y protagónica de todos y cada uno de los integrantes del grupo, busca que los participantes hagan más significativa su experiencia, su aprendizaje se contextualiza en la realidad cotidiana y se ajusta a las particularidades de su proceso de desarrollo. Las capacitaciones o talleres tendrán una intensidad horaria de tres horas; se tendrá como referente guía de trabajo o agenda para el desarrollo de los talleres y se aplicará un pre y pos test a los asistentes según lo que se defina por tema.</p> <p>En estos espacios se entregarán a las Alianzas de Usuarios folletos y cartillas informativas y educativas para su posterior entrega a usuarios.</p> <p>Periodicidad de las capacitaciones</p> <p>Las capacitaciones se realizarán con la siguiente periodicidad:</p> <p>Mensual: Estas capacitaciones serán realizadas por las coordinadoras de Atención al Usuario, estas deben asegurar el soporte de esta actividad en el archivo de Alianzas de Usuarios; la Gerencia de RH y Apoyo administrativo de Mutual SER EPS-S,</p>

Criterios Del Programa	Descripción
	<p>garantizará el cumplimiento de estas funciones a través de los medios que considere, El eje temático que se abordará será el de planeación y seguimiento al plan de gestión integral, o aquellos que se requieran por direccionamiento específico de los entes de control; el material de trabajo será suministrado por Fundación SERSOCIAL, así como los transportes de movilización del personal de las alianzas que lo requieran (aplica para las ciudades capitales). Las asistentes de Participación Social verificarán la ejecución de esta actividad.</p> <p>Desde la dirección de atención al cliente de Mutual SER EPS-S, se propone el cronograma de actividades que ejecutarán las (os) coordinadores de atención al usuario a las alianzas de usuarios.</p> <p>Bimensual: Las capacitaciones serán realizadas por las (os) Asistentes de Participación Social, con periodicidad bimensual, los ejes temáticos a abordar serán los definidos en el Plan de Educación Continuada.</p> <p>Metas: 100% Alianzas de Usuarios capacitada en los ejes temáticos planteados. 95% de eficacia de los entrenamientos (asistentes con resultados satisfactorios en el Post-test, 3.75) 85% de los miembros de las Asociaciones o Alianzas de Usuarios asistiendo a las actividades.</p> <p>Productos: Grupos objetivos capacitados. Actas de capacitación diligenciadas. Soporte de entrega de material educativo Informes trimestrales, este informe será acumulativo y comparativo según periodo de corte.</p>

Criterios Del Programa	Descripción
	<p data-bbox="850 264 1442 443">3. ASESORÍA Y SEGUIMIENTO A LAS ASOCIACIONES O ALIANZAS DE USUARIOS EN LA PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL.</p> <p data-bbox="802 485 1442 1104">Descripción: Espacio para la planeación y seguimientos a las Asociaciones o Alianzas de Usuarios con el fin de verificar el cumplimiento de sus funciones, en estas se elabora el cronograma del Plan de Gestión, se revisan los hallazgos de la vigilancia en la prestación de los servicios a la IPS, los hallazgos de las charlas a las IPS y comunidades, etc.; además se motiva a todas las alianzas de Usuarios para el cumplimiento de sus funciones; y se refuerzan aquellas que se consideran críticas. En estas asesorías se establecerán alianzas estratégicas con los actores del sistema con el fin de promover de manera democrática la vinculación de los miembros de las alianzas de usuarios a los espacios de participación social.</p> <p data-bbox="802 1108 1442 1287">Así mismo se orientará a las alianzas de usuarios en la exigibilidad derechos, utilizando las herramientas de defensa estipuladas para tal fin. (Ej.: Derechos de Petición, Tutelas, etc.)</p> <p data-bbox="802 1291 1442 1581">Metodología: Posterior a la capacitación el facilitador del proceso, revisará cumplimiento de las actividades programadas, los compromisos y realizará los ajustes que consideré para el cumplimiento del plan de gestión integral, orientando la actuación de las Alianzas de Usuarios alrededor de tres (3) escenarios a saber: IPS - EPS - Comunidad.</p> <p data-bbox="802 1585 1133 1617">Primer escenario IPS:</p> <ul data-bbox="850 1621 1442 1837" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="850 1621 1442 1837">▪ Se seleccionarán miembros de las Alianzas, con capacidad de escucha, oratoria y expresión, para que realice educación en salud, brinde asesoría a los usuarios, y entregue carta de deberes y derechos en las IPS más

Criterios Del Programa	Descripción
	<p>representativas de la ciudad y/o municipios, Estos representantes portarán vestuario que los identifique y facilite el acercamiento con los usuarios; así mismo se les garantizará transportes para movilizarse y recargas telefónicas, permitiendo que realicen el reporte inmediato ante los entes correspondientes de situaciones y/o quejas identificadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se realizará un concurso entre los miembros de las alianzas de usuarios, para que estos propongan nombre que identifique a las personas encargadas de realizar la labor de orientación al usuario en las Ips. ▪ Los representantes de las alianzas que se seleccionen se rotaran por las distintas IPS, previamente al inicio de cada mes recibirán asesorías para organizar el plan de trabajo o cronograma de visitas; estas actividades se alinearan con el cronograma de agentes educativos quienes acompañaran esta labor. ▪ Se realizarán replica de las capacitaciones en espacios claves de información (recepción Ips, sala de urgencias etc.) utilizando estrategias pedagógicas y lúdicas para difundir información, así mismo se utilizaran testimonios de usuarios (positivos y negativos) sobre el acceso a los servicios de salud, que permita orientar a otros sobre las temáticas de interés a abordar. <p>De igual forma se utilizarán estrategias de comunicación para la salud, como líderes de opinión, señales en puntos de decisión entre otros.</p> <p>Segundo escenario EPS-S.</p>

Criterios Del Programa	Descripción
	<p>Se propone que se respalde la labor e información realizada por la alianza de usuario, y se realicen acciones diferenciadoras con estos, en las oficinas de atención al usuario; además de facilitar la comunicación interna posibilitando mayor eficacia en las acciones de las alianzas.</p> <p>En este sentido se plantean las siguientes estrategias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Las coordinadoras regionales de SIAU, serán el principal canal de comunicación entre las Alianzas de Usuarios y demás colaboradores de la empresa Mutual SER EPS-S. ▪ Se propiciarán espacios en donde las alianzas de usuarios, planteen situaciones específicas que no se hayan resuelto en el nivel local, a la Junta de control social de la empresa. ▪ Desde el nivel central de la empresa Mutual SER EPS-S, se darán directrices a las regionales de vincular a los representantes de alianzas de usuarios, en eventos y demás actividades que les genere ingresos por labor realizada. ▪ Se abrirá espacio de expresión en el Boletín de SERSOCIAL, a los representantes de las alianzas de usuarios, como mecanismo de expresión y visualización de su labor. ▪ Se instruirá a las alianzas de usuarios en la interposición de PQRSC, a través de la página web de Mutual SER EPS-S. ▪ Se realizarán replica de las capacitaciones en espacios claves de información (recepción, o sala de espera) utilizando estrategias pedagógicas y lúdicas para difundir información, así mismo se utilizaran testimonios de usuarios <p>Tercer Escenario COMUNIDAD</p>

Criterios Del Programa	Descripción
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se realizarán replica de las capacitaciones en espacios comunitarios claves (barrios, calles, etc.) utilizando estrategias pedagógicas y lúdicas para difundir información, así mismo se identificarán usuarios con testimonios positivos y negativos sobre el acceso a los servicios de salud. <p>Metas: 85% Alianzas de Usuarios activas (ejerciendo sus funciones de vigilancia y control) 100% de las actividades realizadas por las Alianzas de Usuarios con soporte.</p> <p>Productos: Cuadro de control de Alianzas de Usuarios activas.</p> <p style="text-align: center;">4. SEGUIMIENTO A LA APERTURA DE BUZONES DE QUEJAS Y SUGERENCIAS.</p> <p>Descripción: En cada oficina local de atención al usuario de MUTUAL SER EPS-S se dispone de un Buzón de Quejas y Sugerencias, la Asistente de Participación Social en las visitas que realice a los diferentes municipios verificará el estado de los buzones y reportará la situación identificada a las coordinadoras de SIAU regional.</p> <p>Metodología: Las Alianzas de Usuarios realizarán la apertura de buzones según lo definido en el procedimiento para tal fin de la asociación Mutual SER EPS-S; La Asistente de Participación Social verificará telefónicamente la participación de las Alianzas de Usuarios, y posteriormente comprobará contra soportes.</p> <p>Meta:</p>

Criterios Del Programa	Descripción
	<p>100% de apertura de los Buzones de Sugerencias en todos los municipios en el tiempo establecido según el procedimiento de Mutual SER EPS-S.</p> <p>Producto: Actas de apertura de buzón</p> <p>DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A USUARIOS Y POTENCIALES AFILIADOS.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ AUDIENCIAS DE RENDICIÓN DE CUENTAS: Descripción: En cumplimiento a lo estipulado en la Ley 1438/2011, Artículo 109, Todas las EPS y Empresas Sociales del Estado del sector salud y las IPS públicas, tienen la obligación de realizar audiencias públicas, por lo menos una vez al año, con el objeto de involucrar a los ciudadanos y organizaciones de la sociedad civil en la formulación, ejecución, control y evaluación de su gestión. Metodología: Se realiza convocatoria pública, a través de diferentes medios de comunicación, así mismo se realizan invitaciones personalizadas a organismos de control y autoridades municipales, y/o distritales. En estos espacios se entregarán folletos y cartillas informativas que la empresa tenga a disposición, como la carta de desempeño, folletos educativos. Etc. <ul style="list-style-type: none"> ▪ ENTREGA DE MATERIAL EDUCATIVO E INFORMATIVO A USUARIOS

Criterios Del Programa	Descripción
	<p>Descripción: Se realiza educación a afiliados, potenciales afiliados, con el objeto de informar y empoderar sobre educación en salud, deberes y derechos, etc.</p> <p>Metodología: Se utilizan diferentes medios para divulgar e impactar a usuarios y potenciales afiliados, como asambleas y/o eventos públicos, charlas y talleres en oficinas, IPS, barrios, se realizarán mensajes radiales, se entregarán folletos y cartillas que la empresa tenga a disposición, como la carta de derechos de los afiliados y de los pacientes, folletos educativos. etc.</p> <p>Productos: Registro de entrega de material.</p>

Fuente: Autora Del Informe. 2015

2.2 COOPERANTES DEL PROGRAMA

Desarrollar acciones sociales requiere del trabajo articulado entre instituciones con una trayectoria en lo relacionado con la participación social específicamente en el campo de la salud y lo académico como instancia que facilite la generación de conocimientos, con el propósito de coadyuvar en los procesos de intervención desde lo social, pero de igual forma garantizar la memoria institucional.

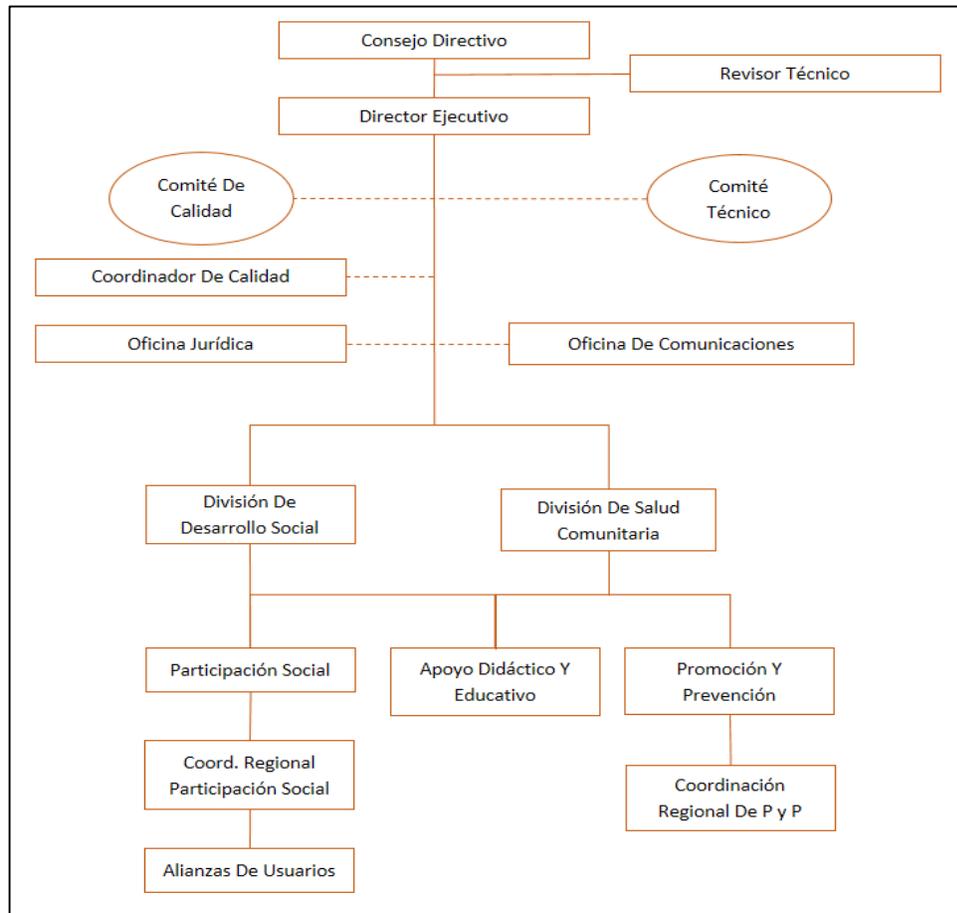
Ilustración 2: Acciones Desarrolladas Por Los Cooperantes Del Programa

COOPERANTES		RESPONSABILIDADES O FUNCIONES
	Mutual Ser EPS	Vinculado por ser Financista del programa y porque Los miembros de la alianza de usuarios son afiliados de esta empresa.
	Fundación Ser Social	Encargada de ejecutar el programa participación social en salud como aliado estratégico de la mano con el área SIAU (servicio de información y atención al usuario.) de Mutual Ser EPS.
	Universidad de Cartagena	Vinculado por medio del programa de trabajo social, con la asignación de un estudiante en práctica y un docente asesor del proceso.

Fuente: Autora del Informe. 2015

2.3 ACTORES SOCIALES

Ilustración 3: Actores Sociales



Fuente: Fundación Ser Social, 2013.

2.4 CONTEXTO DE LA EXPERIENCIA

Al iniciar el proceso de intervención se encontraron los siguientes hallazgos en la alianza de usuarios de Cartagena de indias:

1. poca participación en los procesos formativos.
2. rivalidad entre algunos miembros, por el liderazgo de la alianza.
3. poco compromiso con las actividades correspondientes, en la mayoría de los casos solo quienes estaban en nivel 2, eran quienes respondían al proceso formativo y a las veedurías.
4. impuntualidad constante en los encuentro programados

III. FUNDAMENTANDO LA SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA

3.1 REFERENTES CONCEPTUALES

El punto de partida para la exploración y construcción del referente teórico-conceptual sobre sistematización de la metodología y las estrategias de intervención del trabajador(a) social en los programas de participación social en salud, no puede ser otro que el esclarecimiento científico de los conceptos de trabajo social y sistematización de la práctica de intervención e investigación, toda vez que desde ellos será posible comprender y articular el conjunto de las aportaciones teóricas sobre la relación individuo-comunidad, los procesos de participación y el enfoque de desarrollo social en salud, como dimensiones significativas de intervención profesional, que se encuadran en el marco global del desarrollo humano.

En correspondencia con lo anterior, se asume el concepto bidimensional del **trabajo social** como disciplina científica y como práctica, acorde con lo expresado por la Asamblea General de la Federación Internacional de Trabajo Social – FITS:

El trabajo social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar⁹.

⁹ FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE TRABAJO SOCIAL. Definición Global del Trabajo Social Aprobada en la Asamblea General de la FITS. Melbourne, Australia, 2014, p. 1. Disponible en: <http://www.adasu.org/prod/1/487/Definicion.Global.del.Trabajo.Social..pdf>

A partir de la construcción del trabajo social como un campo disciplinar y práctico, Rozas Pagaza¹⁰, proporciona algunas reflexiones sobre la construcción del objeto de intervención en trabajo social, recurriendo para ello a la perspectiva del campo problemático, como aquel ámbito en el que la interacción de los individuos y los grupos, genera situaciones que ameritan la investigación y la toma de decisiones sobre la participación que conduzca a la transformación de las realidades experimentadas por los sujetos. Para que la intervención tenga sentido, esta autora la define en su dimensión profesional como un proceso de construcción socio-histórica a través de la cual se actúa sobre la cotidianidad para modificar la relación entre los sujetos y sus necesidades.

Reconociendo la importancia que ha tenido el desarrollo histórico de la profesión, en particular a través de los aportes de importantes teóricos como Richmond, Rozas Pagaza¹¹ conceptúa que el objeto de la intervención social es el sujeto en su acción de producción y reproducción de la vida cotidiana, sus problemas, necesidades y posibilidades de desarrollo social y cultural en términos de una comunidad. Para la autora, el sustento teórico del trabajo social, incluyendo los planteamientos del marxismo (no siempre asumidos adecuadamente), la teoría weberiana y los aportes de Durkheim, representa la construcción de un conocimiento disciplinar específico que se encuentra sustancialmente unido a la práctica de la intervención sobre la realidad de los sujetos.

Esta es la particularidad epistemológica del trabajo social como disciplina: su objeto de conocimiento no es sólo teórico sino práctico:

La metodología participativa del trabajo social se centra en “involucrar a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar.” Hasta donde sea posible el trabajo social apoya el trabajo con y no para las personas. De acuerdo con el paradigma de desarrollo social, los trabajadores sociales utilizan una

¹⁰ ROZAS PAGAZA, Margarita. Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social. Buenos Aires: Espacio editorial, 1998.

¹¹ *Ibíd.*, p. 26.

variedad de habilidades, técnicas, estrategias, principios y actividades en los distintos niveles del sistema, destinadas al mantenimiento del sistema y / o los esfuerzos de cambio del sistema. La práctica del trabajo social abarca una gama de actividades que incluyen diversas formas de terapia y asesoramiento, trabajo en grupo y comunitario, la formulación y análisis de políticas, y las intervenciones políticas y de apoyo¹².

Otro aspecto que define la esencia del Trabajo Social en perspectiva crítica es la preocupación por lograr que la intervención se realice atendiendo a las características humanas de la población beneficiaria, es decir, que se conserve la identidad de las personas y que, al acceder a las herramientas de transformación social, puedan reafirmar esa misma identidad. A esto, Terry¹³, toma como ejemplo la necesidad de afirmar la cultura, la identidad y el patrimonio de las comunidades rurales en el proceso de mirar primero, e incentivar después, las condiciones de su desarrollo. En efecto, bajo esta certeza de la correspondencia entre un grupo humano y su identidad como tal, el Trabajo Social puede contribuir a una perspectiva integradora del desarrollo, no hegemónica sino diversa, no excluyente sino incluyente, participativa y transformadora.

La **intervención social**, como procedimiento instrumental subjetivo, es reinterpretativa, según Carballada¹⁴, del sentido que Weber le otorgó al sujeto en relación con la sociedad, de hecho, para el sociólogo alemán lo social sólo existe en relación con el sujeto. La acción transformativa del sujeto, respecto a su actividad social, obligan a estar en búsqueda permanente de una concepción de persona, de sociedad y de mundo que sea expresiva del sujeto como actor permanente de sus relaciones sociales. Es claro que la perspectiva de la intervención desde la subjetividad implica darle cabida y comprender íntegramente

¹² FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE TRABAJO SOCIAL. Op. cit, p. 5.

¹³ TERRY, J. R. (2011). Cultura, identidad cultural, patrimonio y desarrollo comunitario rural: una nueva mirada en el contexto del siglo XXI latinoamericano. En revista: Contribuciones a las Ciencias Sociales, junio 2011. Disponible en: www.eumed.net/rev/cccss/12/

¹⁴ CARBALLADA, A. J. La Intervención en lo social. Exclusiones e integración en los nuevos escenarios sociales. Buenos Aires: Paidós, 2002.

el capítulo ideológico-valórico que conlleva la reflexión profunda y el cuestionamiento a nivel de significados, imágenes, símbolos y representaciones de lo social, logrando con ello una comprensión más profunda de la problemática que involucra a las comunidades y a sus miembros, es decir, colectiva e individualmente.

Precisamente, ello genera la necesidad de conceptualizar al **individuo** como sujeto de la intervención en trabajo social, en el sentido de que se trata del sujeto en situación contextualizada de desarrollo socio-histórico, cultural, político; como entidad diferenciada, pero al mismo tiempo integrada. De acuerdo con Molina Correa, su conceptualización se “sustenta una red de significaciones en torno a una figura que se convertiría en el pilar sobre las que se apoyarían una gama de prácticas y relaciones humanas sancionadas por la idea misma de individuo¹⁵”.

Lógicamente, la idea de individuo tiene significado para las ciencias sociales en la medida en que se pueda conectar con el concepto de **sujeto**. A este planteamiento, Olivera Serrano¹⁶ señala que Schütz llega a reformular el objetivo y los alcances de las ciencias sociales, situando al objeto de las mismas en el sujeto. Ello significa que desde la subjetividad es posible construir todo el edificio epistemológico de las ciencias sociales. El sujeto es la entidad capaz de captar la realidad (los fenómenos) y al hacerlo se convierte a sí mismo en objeto del conocimiento porque su pregunta acerca de lo que experimenta en la cotidianidad del mundo de la vida no es una pregunta por lo ajeno, sino por sí mismo. En un mundo de interacciones subjetivas (el lebenswelt), la presencia del individuo constituye el elemento originario y

¹⁵ MOLINA CORREA, J. Individuo, cultura y sociedad. Revista Electrónica de Psicología Iztacala Vol. 7 No. 3, agosto de 2004. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, 2004, p. 7. Disponible en <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repil/article/viewFile/21663/20414>

¹⁶ OLIVERA SERRANO, M. El problema de la intersubjetividad en Alfred Schütz. Sociológica Vol. 5, Nº 14. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 1990. Disponible en <http://www.revistasociologica.com.mx/pdf/1409.pdf>

configurador del conocimiento, por tanto, las ciencias sociales representan un conocimiento de, por y sobre el sujeto.

Lo anterior demuestra que el objeto de conocimiento de las ciencias sociales está determinado por la existencia individual del sujeto en diferentes escenarios y que es preciso tener en cuenta la conciencia, la voluntad, los intereses, las motivaciones, los sentimientos, los afectos y las expectativas, lo cual constituye su subjetividad. La clave de los estudios sociales consiste en el desentrañamiento o “fenomenización” de lo otro (otredad manifiesta), o lo que es lo mismo, la realidad como fenómeno que se construye a partir de la dimensión subjetiva, pero como el individuo se encuentra ante una praxis continua en el espacio y el tiempo con otras subjetividades, el objeto se constituye desde la intersubjetividad, como el vehículo de interacción compleja que es a un tiempo particular y diversa, reuniendo la identidad individual con la experiencia de ser y de conocer de los otros.

Por esta razón, debe reconocerse que el objeto de las ciencias sociales no es ajeno a la dinámica sujeto-realidad, sino que es posible apropiarse de él, captarlo y expresarlo fenomenológicamente, es decir, representándolo, mediante la intersubjetividad, en la medida en que se descubren los modos posibles de significación de la vivencia cotidiana y esta será, a grandes rasgos, el punto de contacto entre el reconocimiento de la identidad individual del ser humano y sus posibilidades de desarrollo.

De acuerdo con Max Neef¹⁷ (2006), el desarrollo social y económico debe ser entendido a escala humana, es decir, como la materialización, desde la base, de la satisfacción esencial de las necesidades del ser humano. El autor citado, analiza y reflexiona acerca de las perspectivas y posibilidades del desarrollo humano como

¹⁷ MAX-NEEF, Manfred. Desarrollo a escala humana. Montevideo: Nordan comunidad, 2006.

campo de acción, abordadas desde la generación de un cambio positivo en la realidad social, cultural, educativa y humana de las personas.

Dicho de otra forma, acerca de la manera en que la escala humana del progreso funciona como un factor de desarrollo respecto a prioridades y exigencias como la eliminación de la pobreza, la equidad, la salud, la capacitación, la participación política democrática, la inclusión social, la diversidad cultural y el impacto ambiental en las regiones que componen un país. En primera instancia, esto implica un conocimiento suficiente del desarrollo social en relación con las prioridades de las comunidades, y como segunda, la valoración del ser humano, de sus intereses y necesidades básicas, de sus derechos, de sus potencialidades y de su realidad sociocultural.

En correspondencia con lo anterior, el **desarrollo humano** puede entenderse como contexto de relaciones recíprocas entre actores económicos, culturales, políticos y sociales, a partir de los cuales se configura un marco de satisfacción de las condiciones de vida, se entiende como un modelo en el que se privilegia la visión integral de la persona y la sociedad¹⁸.

En este sentido, el desarrollo humano incluye una integración de lo ecológicamente adecuado y mínimamente agresor de la naturaleza, de lo económicamente razonable para atender con suficiencia las necesidades individuales y colectivas sin incurrir en la deshumanización de la producción y de lo socialmente responsable y equitativo para contribuir al logro de la plenitud de vida en lo individual y colectivo.

Pero también, el desarrollo humano tiene una dimensión transformadora del entorno sociopolítico, por lo que deberá estar fundamentado y acompañado de acciones

18 SILVA-COLMENARES, J. Crecimiento económico y desarrollo humano: Una distinción necesaria en la búsqueda de un nuevo modo de desarrollo. 2007. Disponible en: http://www.fuac.edu.co/recursos_web/observatorio/publicaciones/CRECIMIENTO_ECONOMICO_DESARROLLO_HUMANO.pdf

específicas de participación social, democratización del poder y reconocimiento ideológico, dentro de las cuales se enmarca la cooperación y la solidaridad para la convivencia pacífica. Son estos principios del desarrollo humano, los que pueden representar la adopción ética de la perspectiva de derechos para el ser humano en cuanto su dignidad y libertad esencial para la búsqueda de la mayor calidad de vida posible.

Para Ardila¹⁹, **Calidad de vida** es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida.

La calidad de vida, como categoría integradora entre lo subjetivo y lo objetivo en el bien-ser, bien-estar, bien-sentir de las personas, se relaciona estrechamente con el concepto de **salud**. De acuerdo con Alcántara²⁰, la definición más importante e influyente en la actualidad con respecto a lo que por salud se entiende, sin lugar a dudas que es la de la Organización Mundial de la Salud (OMS), plasmada en el preámbulo de su Constitución y que dice: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”²¹.

¹⁹ ARDILA, R. Calidad de vida: una definición integradora. Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 35, núm. 2, 2003, pp. 161-164. Bogotá, Colombia: Fundación Universitaria Konrad Lorenz, 2003. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80535203>

²⁰ ALCÁNTARA MORENO, G. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. Sapiens. Revista Universitaria de Investigación, vol. 9, núm. 1, junio, 2008, pp. 93-107. Universidad Pedagógica Experimental Libertador Caracas, Venezuela, 2008, p. 1. Disponible en: <http://www.redalyc.org/-articulo.oa?id=41011135004>

²¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD -OMS. Constitución de la Organización Mundial de la salud. Preámbulo. Disponible en: www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

La salud es un hecho social tanto material como inmaterial. Por lo tanto, se trata de un fenómeno multidimensional y multicausal que trasciende y desborda la competencia estrictamente médica, relacionándose además de la biología y la psicología, con la economía y la política, en tanto que es un asunto individual y colectivo²².

Dentro de esta concepción abierta y participativa, la atención primaria se entiende como el conjunto de acciones de cuidado de la salud que se establecen a nivel de la prevención, la divulgación, la promoción y el manejo integral de los riesgos que se presenten en la población. Es un claro enfoque hacia el desarrollo de un modelo de cuidado de la salud que vincula a los actores sociales como forma de alcanzar el bienestar, en el marco de la definición del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia.

Precisamente, la perspectiva de la salud como estado general de bienestar, implica la adecuada mitigación o control de **riesgos**, entendidos estos como factores multidimensionales que pueden desencadenar peligros o generar amenaza para el individuo o la colectividad. De acuerdo con Pucci²³, el actual proceso de desarrollo industrial y tecnológico en las sociedades modernas:

(...) ha puesto en evidencia la presencia de riesgos que van más allá de los naturales conocidos hasta ahora por la humanidad. A los clásicos riesgos ligados a los elementos naturales como inundaciones, incendios, sequías, etc., se agregan en la actualidad aquellos que son producto exclusivo de la actividad humana. Los riesgos derivados de la utilización de la energía nuclear, la polución, la contaminación de la naturaleza, etc., pasan a formar parte de las reflexiones que la sociedad realiza sobre sus propias prácticas.

En este sentido, es evidente que la atención en salud deberá incluir tanto las medidas materiales para eliminar o reducir los riesgos en el origen, como las

²² *Ibíd*em, p. 10.

²³ PUCCI, F. Aprendizaje organizacional y formación profesional para la gestión del riesgo. Montevideo: CINTERFOR, 2004, p. 11.

dirigidas a limitar los riesgos o sus consecuencias en caso de accidentes o emergencias. Pero, en todo caso, las medidas materiales de prevención que eliminan o disminuyen la probabilidad de materialización de los riesgos serán prioritarias respecto a las medidas de protección cuyo objetivo es minimizar sus consecuencias. La protección colectiva es a su vez prioritaria frente a la protección individual.

Para Pucci²⁴, en tanto el riesgo aparece ligado a la actividad humana, su percepción está íntimamente ligada a factores sociales y psicológicos. La percepción del riesgo y en particular, los niveles en los cuales el mismo se vuelve aceptable, dependerán de la posición ocupada por un individuo o grupo en la sociedad, de los roles desempeñados, de los sistemas de representación existentes y de los valores puestos en juego, hasta configurar el marco global al que se refieren las acciones sociales en materia de salud como una forma de responder a las amenazas sobre la calidad de vida sanitaria de la población.

Teniendo en cuenta el planteamiento anterior, la **participación social en salud** propiciará la formación del tejido humano y la satisfacción de las necesidades para generar calidad de vida, potenciará los cambios requeridos para tener una nueva concepción de la salud como derecho, creará condiciones para que desde las instituciones de salud sea posible contribuir al bienestar colectivo; atenderá a sus requerimientos cuando sea necesario y trabajará para que se incorporen y relacionen los nuevos ámbitos de construcción de la paz, la convivencia, la equidad y la libertad (perspectiva de derechos fundamentales).

Ante esta idea, autores como Vázquez; Siqueira; Kruzeb; Da Silva y Leite, plantean que en el país se ha producido una reorientación del modelo de salud hacia un esquema participativo que hace énfasis, “por un lado, en la participación individual,

²⁴ Ibídem, p. 15.

introduciendo la libre elección del individuo y, por otro, en la participación colectiva”

25 .

Desde esta posición, se comprende que la participación en materia de salud es una forma poderosa de participación social, reconociendo que ella mejora la respuesta de la institucionalidad a las demandas de la sociedad, basado en principios como la libertad de acción, el respeto por las personas, la tolerancia, la verdad y la justicia en sus relaciones. Esto es lo que propicia un desarrollo integral y armónico en la sociedad y, lógicamente, las instituciones públicas y privadas, así como sus integrantes, no deben estar de espaldas a dichos criterios esenciales.

La **participación social**, vista en su conjunto, responde a la evolución de la sociedad y sus formas de organización política, gracias a la cual se ha ido abandonando la concepción restringida de los derechos como privilegios de determinados sectores o grupos y en su lugar se ha afianzado el sentido universalista de las garantías y libertades fundamentales del individuo para su vida en sociedad. Así, en los últimos años, no han hecho sino aumentar las nuevas exigencias de la sociedad sobre el sistema político para el reconocimiento y ejercicio de derechos.

Restrepo²⁶, considera que la participación social en los asuntos económicos, administrativos y políticos debe crear una nueva cultura, cual es el compromiso directo de los ciudadanos y comunidades con la administración del Estado y las políticas de interés colectivo.

²⁵ VÁZQUEZ, M.L.; SIQUEIRA, E.; KRUIZE, I.; DA SILVA, A. y LEITE, I.C. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. Gac Sanit 2002; 16(1):30-38. Disponible en http://www.plataformademocratica.org-/Publicacoes/7903_Cached.pdf

²⁶ RESTREPO, D. I. La participación social como construcción del interés público entre el Estado y la sociedad. Nómadas (Col), núm. 3, 1995. Bogotá, Colombia: Universidad Central, 1995. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo-.oa?id=105118914005>

El proceso de incorporación de nuevas demandas es un hecho histórico innegable que ha generado un cambio en la manera de entender y ejercer los derechos como claves para la construcción de la **ciudadanía**. Se entiende la ciudadanía como una condición política de pertenencia a un orden social, cuya condición fundamental es el ejercicio en la interacción con otros seres humanos.

Este concepto supone que la interacción se rige por acuerdos de convivencia, contruidos de manera democrática. Desde esta perspectiva, a través de la acción ciudadana se logra construir, reconstruir, transformar o conservar los ámbitos de pertenencia y de acción dentro del ordenamiento social.

La participación ciudadana supone un carácter creativo entendido como la posibilidad de proponer acciones orientadas a la autonomía y al bien común. Es una ciudadanía contextualizada en el espacio y el tiempo, es decir que se mueve dentro del ámbito de las relaciones sociales concretas de las comunidades, el contexto sociopolítico y económico en el que se construye su mundo social.

Esta forma de entender la ciudadanía soporta, a la vez, la necesidad de una participación más directa en el control de los asuntos públicos, fundamento de la **veeduría**. De acuerdo con la Alcaldía de Medellín (2003)

Se entiende por Veeduría Ciudadana el mecanismo democrático de representación que le permite a los ciudadanos o a las diferentes organizaciones comunitarias, ejercer vigilancia sobre la gestión pública, respecto a las autoridades, administrativas, políticas, judiciales, electorales, legislativas y órganos de control, así como de las entidades públicas o privadas, organizaciones no gubernamentales de carácter nacional o internacional que operen en el país, encargadas de la ejecución de un programa, proyecto, contrato o de la prestación de un servicio público²⁷.

²⁷ ALCALDÍA DE MEDELLÍN. Las veedurías ciudadanas. Medellín: En Confianza., 2003. Disponible en <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/enconfianza/articulosytemas/documentos/Las%20-Veedurias%20Ciudadanas.pdf>

Es esta posición la que mejor explica el cambio en la concepción del Estado colombiano, al pasar de un Estado Social a un Estado Social de Derecho, esto es, garantista de las libertades individuales, pero al mismo tiempo comprometido con la promoción, protección y cumplimiento de las condiciones sociales mediante las cuales se realizan los fines de la vida en sociedad y del mismo Estado como institución política que cumple una función social. En la medida en que el Estado Social de Derecho se afianza como forma de organización política, es evidente que aumenta la demanda de reconocimiento de derechos por parte de los ciudadanos.

En correspondencia con esta concepción de la participación social y su proyección sobre el ámbito de la salud, se entiende el importante papel que cumplen las **asociaciones o alianzas de usuarios (AU)**, las cuales son una agrupación de personas que están afiliadas a una EPS o ARS, o que utilizan los servicios de una determinada institución que presta servicios de salud, que deciden organizarse para velar porque los derechos y deberes que tienen los usuarios frente al servicio en condiciones de calidad, trato digno y oportunidad sean cumplidos. Además, también permiten conducir las sugerencias, inquietudes, quejas y reclamos que los distintos usuarios tienen frente a la forma como se les brinda el servicio con el fin de mejorar la satisfacción de cada uno de los usuarios y alcanzar una mayor eficiencia en las instituciones de salud²⁸.

3.2 REFERENTES EPISTEMOLÓGICOS

En la sistematización se ha puesto énfasis principalmente en cuatro aspectos: en la reconstrucción ordenada de la práctica; en la producción de conocimientos; en la conceptualización de la práctica, y en la participación.

²⁸ CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO - COMFENALCO. Asociación de Usuarios de la salud de la EPS-S Comfenalco Antioquia. Apartadó: Confenalco, 2015.

En cuanto a la reconstrucción ordenada de la práctica, Martinic (1987) dice que con este concepto se alude a un proceso que pretende ordenar u organizar lo que ha sido la marcha, los procesos, los resultados de un proyecto, buscando en tal dinámica las dimensiones que pueden explicar el curso que asumió el trabajo realizado²⁹. Como la experiencia involucra a diversos actores, la sistematización intenta dilucidar también el sentido o el significado que el proceso ha tenido para los actores participantes en ella.

Con relación a la producción de conocimientos, la sistematización es un proceso permanente, acumulativo, de creación de conocimientos a partir de la práctica de intervención en una realidad social, como un primer nivel de teorización sobre la práctica. Representa una articulación entre la teoría y la práctica y sirve a dos objetivos: mejorar la práctica y enriquecer, confrontar y modificar el conocimiento teórico existente, contribuyendo a convertirlo en una herramienta útil para entender y transformar la realidad.

La conceptualización de la práctica es uno de los propósitos principales de la sistematización, para poner en orden todos los elementos que intervienen en ella, articulados en un todo en el que cada una de las partes ubique su razón de ser, sus potencialidades y sus limitaciones; en una búsqueda de coherencia entre lo que se pretende y lo que se hace.

En cuanto a la participación, Cadena la define como un proceso intencionado de creación participativa de conocimientos teórico-prácticos desde y para la acción transformadora emancipadora, entendida ésta como la construcción de la

²⁹ MARTINIC, Sergio. Elementos metodológicos para la producción de conocimientos sobre educación popular y acción social 1. Chile: CIDE. Disponible en: <http://biblioteca.uahurtado.cl/ujah/Reduc/pdf/pdf/4962.pdf>

capacidad protagónica del pueblo, con el propósito de que este pueda, de mejor manera, lograr sus fines³⁰.

En resumen, la sistematización es una interpretación crítica de la práctica que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, cómo se han relacionado entre sí, y por qué lo han hecho de ese modo. Pero, como la sistematización no es un concepto unívoco, y hay muchas definiciones propuestas por diversos autores, Quiróz y Morgan, citadas por Cadena, recomiendan que, al referirse a este término, se explicité operacionalmente lo que se entiende por tal para evitar malentendidos estériles³¹.

En cuanto al sustento epistemológico de esta sistematización en particular, se asume la postura de Habermas sobre la acción comunicativa como base de la participación. La teoría de la acción comunicativa nace de la construcción de una teoría social, por parte de Jürgen Habermas³². Se basa en la concepción de la razón, como la forma en que las personas con el lenguaje son capaces de actuar y obtener conocimiento; este autor pretende que las ciencias sociales más allá de la crítica conciben propuestas a las problemáticas planteadas.

Habermas³³ comprende la sociedad en dos niveles: el sistema y el mundo de la vida, este segundo está compuesto por cultura, sociedad y personalidad, y su racionalización involucra una comprensión individual de cada uno de sus capítulos

³⁰ CADENA, Félix. La sistematización como creación de saber de liberación. Guía para la consolidación de procesos de sistematización y autoevaluación de la educación popular. Chile: Programa de Apoyo a la Sistematización y Autoevaluación de la Educación Popular. CEEAL, 1987.

³¹ QUIRÓZ, Teresa y MORGAN, Ma. de la Luz. "La Sistematización, un Intento Conceptual y una Propuesta de Operacionalización", en Félix Cadena (comp.), La Sistematización en los Proyectos de Educación Popular. CIDE, Chile, 1988, pp. 9-13.

³² HABERMAS, Jürgen. Teoría de la Acción Comunicativa. I Racionalización de la Acción y Racionalización Social. Madrid: Taurus Humanidades, 2002.

³³ HABERMAS, Jürgen. Teoría de la Acción Comunicativa. II Crítica de la razón funcionalista. Madrid: Taurus Humanidades, 2002.

(mundo objetivo, mundo social y mundo subjetivo), además afirma que la acción comunicativa ocurre siempre en el mundo de la vida, y recalca que ese mundo constituye la opinión de los actores que confluyen en la sociedad, sin embargo para una representación exterior de la sociedad, esta aparece como un sistema con diversas estructuras, cuya racionalización las aparta del mundo de la vida desde la concepción del actor como sujeto social que lucha en la búsqueda de algún ideal, es importante pues “contribuir a impedir una “colonización” negativa del mundo de la vida y a buscar una convivencia adecuada entre éste y el sistema”.

De acuerdo con lo anterior Habermas asegura que el comportamiento que determina las relaciones que se dan en la sociedad es la acción comunicativa y por eso le corresponde tener un espacio privilegiado en la teoría y uno de sus objetivos debe ser la caracterización y eliminación de todo lo que desfigure la comunicación³⁴. Además, afirma que la racionalización final de la acción comunicativa será posible cuando se hayan eliminado los límites comunicativos. Esta interacción de sujetos, o acción comunicativa será el escenario clave para observar si se generan cambios abruptos en el mundo de la vida, que transformaciones tendrá la cultura como conjunto de saberes y como se puede hacer visible a través del actuar comunicativo.

El método de Sistematización de Experiencias, visto desde el *enfoque crítico emancipador*, debe garantizar la participación activa y protagónica de los actores y actrices sociales claves de las experiencias a sistematizar, con miras hacia su empoderamiento y a elevar su contribución con el proceso de transformaciones revolucionarias en el marco de un proceso colectivo de construcción.

De acuerdo con Jara³⁵, dentro de las corrientes de investigación que afirman la importancia de una aproximación cualitativa, multidisciplinaria y transdisciplinaria,

³⁴ *Ibíd.*, p. 173.

³⁵ JARA, Óscar. Sistematización de experiencias, investigación y evaluación: aproximaciones desde tres ángulos. *Revista Internacional sobre Investigación en Educación Global y para el Desarrollo*. Número Uno (febrero 2012), p. 56

pues parten de la proposición de que no existe una realidad objetiva e independiente, sino que conocemos en íntima interacción con lo que nos proponemos conocer, en América Latina han tenido particular relevancia dos propuestas: La investigación temática y la investigación-acción-participativa.

La investigación temática, fue planteada por Paulo y Elza Freire como parte de su propuesta metodológica de alfabetización de personas adultas, sobre la base de la afirmación del ser humano como creador de cultura y del lenguaje como expresión de su visión del mundo. En ella, se parte del universo vocabular de las personas analfabetas para, en diálogo con ellas, las personas que alfabetizan identifiquen lo que serán los “temas generadores” de posteriores procesos de problematización, reflexión crítica o “concientización”³⁶.

A esos temas generadores les corresponderán algunas “palabras generadoras” que reflejen de manera particularmente significativa dichos contenidos de problematización, pero además que se puedan estructurar de acuerdo a una progresiva complejidad silábica y sintáctica, constituyendo así un conjunto de combinaciones de sílabas y frases que posibilite aprender la lecto-escritura, como un mecanismo vivo, activo y consciente, pero además, como una forma de “leer el mundo críticamente para poder escribir su historia”.

3.3 REFERENTES LEGALES

La sistematización de la metodología y las estrategias de intervención del trabajador(a) social, requiere la elaboración de un referente legal que permita articular el marco institucional y de desarrollo de la participación social, con el marco disciplinar-científico del Trabajo Social como dominio teórico y campo de práctica.

³⁶ FREIRE, Paulo. Investigación y metodología de la investigación del “tema generador”. Cuernavaca, México: CIDOC, 1973.

De acuerdo con lo anterior, el primer capítulo será el reconocimiento constitucional al derecho a la salud y su desarrollo legal y normativo dentro del sistema de seguridad social en salud. El segundo capítulo de análisis legal se refiere a los mecanismos de participación de la ciudadanía, incluyendo las veedurías, (perspectiva institucional y de desarrollo social), por cuanto la sistematización de la práctica de trabajo social tiene como escenario el Programa Participación Social en Salud, regional Bolívar Norte, sector Cartagena de Indias, de la Fundación Ser Social, durante el año 2015.

En la Constitución Política de Colombia de 1991 se define la Seguridad Social como un servicio público permanente y un derecho colectivo, consagrando sus principios rectores, la gestión privada u descentralizada por niveles de atención, con participación de la comunidad³⁷. Esta concepción de la Seguridad Social como derecho colectivo y servicio público esencial, que puede ser prestado por el Estado y por particulares, conforme a los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia, sirvió de base para que se promoviera, a través de la Ley 100 de 1993, la reestructuración administrativa, de gestión y financiera del régimen de seguridad social existente.

La ley 100 de 1993 crea el “Sistema General de la Seguridad Social Integral”, que tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y de la comunidad para obtener la calidad de vida, acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que lo afectan.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) creado con la Ley 100 de 1993³⁸, estableció la calidad, como uno de los fundamentos en la prestación de los servicios de salud, en la cual el control de los servicios de salud se orienta a

³⁷ REPÚBLICA DE COLOMBIA. Constitución Política de Colombia. Bogotá: 1991, art. 48. Disponible en: www.secretariassenado.gov.co

³⁸ CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 100 de 1993. Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: Congreso de la República, 1993.

garantizar unas condiciones de oportunidad, de atención personalizada, humanizada, integral y continua, según los estándares nacionales y los procedimientos de la práctica profesional. Bajo este concepto, en Colombia, tras la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se crearon expectativas en torno al cambio real que este sistema involucraba especialmente en materia de calidad de prestación de los servicios de salud por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS).

Dentro del proceso de reforma a la ley 100 de 1993, se promulgó la Ley 1122 del 9 enero de 2007, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones³⁹, con el propósito de brindar una atención en salud de óptima calidad a los usuarios del sistema, atención que tradicionalmente se ha evaluado de manera negativa tanto por los usuarios como por los proveedores del servicio. Para ello ha establecido los parámetros que la definen y ha creado los respectivos mecanismos de control para garantizarla.

Respondiendo a las objeciones y a la problemática subsistente en cuanto a oportunidad, accesibilidad, calidad y eficiencia de la atención en salud, surge la Ley Estatutaria 1751 de 2015. Al regularse por una ley estatutaria la salud, este derecho ha adquirido el carácter de fundamental y autónomo y por ello tendrá que ser garantizado prioritariamente por el Estado, y asumido como una responsabilidad de toda la sociedad⁴⁰.

A este punto se llegó por las múltiples deficiencias en la atención, la prestación de los servicios, la lentitud en el logro de metas de cobertura y el surgimiento de enormes redes de corrupción en los contratos del SGSSS que hacían inviable y

³⁹ CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Congreso de la República, 2007.

⁴⁰ CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley Estatutaria 1751 de 2015. Derecho a la salud. Bogotá: Congreso de la República, 2015.

poco confiable los servicios sanitarios que recibe la población colombiana, especialmente en los niveles socioeconómicos más bajos. Ello puede cambiar a partir del reconocimiento social de un derecho esencial para garantizar la dignidad humana y la igualdad de oportunidades.

Por otra parte, en los artículos 2, 23, 49, 74, 103, 270, 340 y 369 de la Constitución Política, ley 60 de 1993 y el decreto 1757/94, se encuentran las bases del decreto 1757 de 1994⁴¹, el cual reglamentó, la forma como se organizan y establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, definida como la intervención de la comunidad a través de las personas usuarias de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto.

Lo anterior, de acuerdo con lo contemplado en la ley 100 de 1993 que señaló expresamente que el Sistema General de Seguridad Social en Salud, estimulará la participación de las personas usuarias en la organización y control de las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del sistema en su conjunto. Así mismo, definió que sería el Gobierno Nacional quien establecerá los mecanismos de vigilancia de las comunidades sobre las entidades que conforman el sistema. Será obligatoria la participación de personas representantes de las comunidades de usuarios en las juntas directivas de las entidades de carácter público.

En materia de participación ciudadana, de acuerdo con el artículo 103 de la Constitución, el Estado contribuirá a la organización, promoción y capacitación de las asociaciones profesionales, cívicas, sindicales, comunitarias, juveniles, benéficas o de utilidad común no gubernamentales, sin detrimento de su autonomía

⁴¹ MINISTERIO DE SALUD. Decreto 1757 de 1994. Por el cual se organizan y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 4 del Decreto-ley 1298 de 1994. Bogotá: MS, 1994.

con el objeto de que constituyan mecanismos democráticos de representación en las diferentes instancias de participación, concertación, control y vigilancia de la gestión pública que se establezcan”.

De igual manera, todos están reglamentados bajo la Ley 134 de 1994, la cual expone paso a paso los requerimientos y las etapas de los mecanismos y establece las normas fundamentales por las que se regirá la participación democrática de las organizaciones civiles.

La Ley 134 de 1994 además señala que “la regulación de estos mecanismos no impedirá el desarrollo de otras formas de participación ciudadana en la vida política, económica, social, cultural, universitaria, sindical o gremial del país ni el ejercicio de otros derechos políticos no mencionados en esta ley”⁴².

Por su parte, una veeduría ciudadana, de acuerdo con la Ley 850 del 2003, es un mecanismo democrático de representación de los ciudadanos o de las organizaciones comunitarias, que permite vigilar la gestión pública de autoridades y entidades estatales o privadas, o de organizaciones no gubernamentales, en aquellos ámbitos, aspectos y niveles en los que total o parcialmente se empleen los recursos públicos.

Sus funciones se pueden resumir en dos modalidades; la primera tiene que ver con la relación entre la veeduría y el Estado: vigilar la gestión pública y recaudar indicios y pruebas de corrupción o ineficacia en aquellas entidades que manejan recursos públicos; la segunda tiene que ver con la relación entre la veeduría y la comunidad que representa: de un lado, fortalecer la participación ciudadana y comunitaria en la toma de decisiones, la gestión de asuntos que los afectan y el seguimiento y control

⁴² CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 134 de 1994. Por la cual se dictan normas sobre mecanismos de participación ciudadana. Bogotá: Congreso de la República, 1994, art. 1.

de proyectos de inversión, y de otro lado cuidar los intereses de las comunidades beneficiarias de la acción pública.

3.4 CONCEPTUALIZANDO EL PROCESO DE SISTEMATIZACIÓN

De acuerdo con Carvajal Burbano, a toda sistematización le antecede una práctica⁴³. Sin que exista la vivencia de una experiencia no es posible realizar una sistematización. Una vez acontecida la práctica, la sistematización es un proceso participativo que permite ordenar lo acontecido, recuperar así la memoria histórica, interpretarla, aprender nuevos conocimientos y compartirlos con otras personas.

La sistematización es, por definición, un método que propone una dinámica participativa. Esto implica que se ha de crear un espacio de trabajo que debe estar basado en la confianza de las personas participantes. Su carácter participativo posibilita y es posibilitado en la medida en que:

- Quienes han participado en la experiencia son sujetos de la sistematización que discuten sus opiniones.
- Se asume que todo proceso de sistematización es un proceso de interlocución entre personas en el que se negocian discursos, teorías y construcciones culturales.

El proceso de sistematización requiere cuestionar la experiencia para aprender de ella, algunos de los cuestionamientos planteados en este ejercicio son:

- ¿Conozco a fondo la institución y el proyecto: su misión, visión, población meta, objetivos, metodología, resultados, obstaculizadores, facilitadores y etapas?

⁴³ CARVAJAL BURBANO, A. Teoría y Práctica de la Sistematización de Experiencias. 2010. Disponible en: <http://la-pasion-inutil.blogspot.com.co/2010/04/-arizaldo-carvajal-burbano-teoria-y.html>

- ¿Tengo acceso a la información: documentos iniciales, reportes, informes, planificaciones, evaluaciones, etc.?
- ¿Puedo conseguir la información a través de fuentes directas e indirectas?
- ¿Por qué esta porción de la experiencia y no otra? ¿Cuál es su utilidad? ¿A quién le sirve?
- ¿Qué beneficios aporta a la práctica?
- ¿Qué información necesitamos?
- ¿Cuál sería el producto final?
- ¿Cuáles son los capítulos de nuestro objeto de sistematización?
- ¿Cuáles son los capítulos del contexto de nuestro objeto de sistematización?
- ¿Cuál es el recorte temporal de nuestra experiencia?
- ¿Cuál es la información necesaria para reconstruir el objeto de sistematización?

El mismo autor afirma: “La sistematización es un proceso teórico y metodológico que a partir del ordenamiento, reflexión crítica, evaluación, análisis e interpretación de la experiencia, pretende conceptualizar, construir conocimiento y, a través de su comunicación, orientar otras experiencias para mejorar las prácticas sociales”⁴⁴

Uno de los fundamentos de la sistematización de experiencias es la búsqueda de las interrelaciones que existen entre aquello que se vive en una práctica social y el espacio en donde se desarrolla. En consecuencia, es un proceso que genera el ordenamiento de la experiencia –categorizándola y delimitándola- a través de una metodología que, aunque siempre es propia de la vivencia que se analiza, permite ampliarse al punto de ser utilizada como marco de referencia para otras experiencias similares. Entonces, los rasgos característicos de la sistematización pueden ordenarse de la siguiente forma:

⁴⁴ Ibídem, p. 9.

- La recuperación del saber
- La forma de organizar las experiencias y poderlas comunicar
- Los procesos de teorización basados en la práctica
- La evaluación de las prácticas sociales
- El mejoramiento de las propias prácticas

IV. PROCESO METODOLÓGICO

4.1 OBJETO DE LA SISTEMATIZACIÓN

La metodología y las estrategias de intervención del trabajador(a) social en el Programa Participación Social en Salud, regional Bolívar Norte, sector Cartagena de Indias, de la Fundación Ser Social, durante el año 2015.

4.2 OBJETIVOS

4.2.1 Objetivo General

Sistematizar la metodología y las estrategias de intervención del trabajador(a) social en el Programa Participación Social en Salud, regional Bolívar Norte, sector Cartagena de Indias, de la Fundación Ser Social, durante el año 2015.

4.2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Describir las metodologías y estrategias que se emplean en el Programa Participación Social en Salud, regional Bolívar Norte, sector Cartagena de Indias, en la Fundación Ser Social.
- ✓ Identificar el impacto de la metodología en los actores del Programa de Participación Social en Salud, a partir del proceso de capacitación.
- ✓ Recuperar la experiencia desarrollada por el trabajador(a) social en el Programa de Participación Social en Salud, que sirva como referente en experiencias futuras.

- ✓ Identificar aciertos y desaciertos del proyecto como estrategia que facilite establecer lecciones aprendidas en el proceso.

4.3 METODOLOGÍA DE LA SISTEMATIZACIÓN

Las fases del proceso de sistematización fueron:

Tabla 3: Fases De La Sistematización

N°	FASE	DESCRIPCIÓN
1.	Diseño del proyecto de sistematización	<p>Inició con la identificación del objeto de sistematización, para ello se hizo un proceso de observación de las dinámicas e interacciones en el área asignada.</p> <p>Esta fase requirió de la revisión de información secundaria, como soporte teórico de la sistematización. Además, se realizó el ajuste del modelo de la sistematización, con el propósito de obtener mayor coherencia y correspondencia con los objetivos planteados.</p>
2.	Recuperación de la experiencia a partir de la recolección de información.	<p>Diseño metodológico, precisando las características del proceso de sistematización y procedimientos de la práctica; organizando los criterios y las narrativas para que se pudieran extraer las unidades de información pertinentes. Para ello se contrastó la evidencia observada desde el problema con el fundamento teórico y surgió una alternativa de recopilación de los hechos, situaciones, voces e interacciones evidenciadas por los participantes.</p>

N°	FASE	DESCRIPCIÓN
3.	Análisis e interpretación del proceso.	<p>Una vez recolectada la información se procedió a hacer el inventario de la misma, mediante registros de sistematización en cada uno de los aspectos considerados para la intervención. La información cualitativa fue analizada y categorizada según se constataba la dinámica de cada situación, contexto o sujeto, hasta formar un sistema de proposiciones coherentes que pudieran ser interpretadas.</p> <p>Finalmente, se procedió a la validación empírica y teórica de las categorías de intervención incluidas dentro de la propuesta, lo que permitió responder a la problemática detectada sobre la base del conocimiento y de la experiencia realizada con actividades de participación en salud.</p>
4.	Comunicación de los resultados.	<p>La divulgación de los resultados de la sistematización se realizó a través de un video en el que se incluyen las experiencias, los momentos claves, las interacciones y los guiones de interacción participativa, puestos en común a partir de la intervención de trabajo social realizada.</p>

Fuente: Autora Del Informe. 2015

4.4 EJE CENTRAL Y CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

- Metodología: Una metodología puede ser definida para los efectos de la sistematización como (...) *una estructura más compleja que supera la visión simple del método (Mendoza 1986)* y, además, *trasciende la comprensión de ésta como una disciplina que aborda el estudio de los métodos y sus interrelaciones limitándose a un instrumento para el estudio, desvirtuándose con ello la intención transformadora y reflexiva en tanto orientadora de la acción para el cambio, la reflexión y la transformación*⁴⁵. Para lograrlo es necesario elaborar una metodología que incluya planeación, ejecución y seguimiento en actividades teóricas y prácticas, encaminadas a mejorar el proceso participativo. Dichas actividades deben responder a objetivos (individuales y grupales), ser sistemáticas, creativas y partir de la base de un diagnóstico que permita promover estrategias de consolidación y cambio cuando haya lugar, coadyuvando en el mejoramiento de los entornos sociales.
- Rol del trabajador social: El rol implica participar en la construcción y acompañamiento de un proceso permanente y sistemático que guiará a los actores sociales, de tal forma que ayude a la formación de ciudadanos libres, críticos y gestores de su propia participación. En este sentido, el rol valora el ser y el hacer de las acciones del trabajador social en un contexto sociocultural y disciplinar específico. Lo anteriormente expuesto caracteriza al trabajador social como un facilitador y mediador de desarrollo de potencialidades y de realidades en los grupos humanos, en todo el conjunto de las condiciones humanas, personales y sociales mediante las cuales se adquiere el sentido del bienestar integral en el marco de la persona, la familia, la comunidad, las organizaciones privadas y el Estado.

⁴⁵ FRANCO, N. E. Ponencia: contribuciones epistemológicas para la resignificación del concepto de intervención social y profesional desde el trabajo social. Antioquia: 2009.

4.5 RUTA METODOLÓGICA DEL PROCESO DE SISTEMATIZACIÓN-

- ¿Qué vamos a sistematizar?

La propuesta de participación social – MUTUAL SER-EPS (Anexo 1)

- ¿Para qué queremos hacer esta sistematización?

Recuperar la experiencia desarrollada por el trabajador (a) social en el programa de participación social en salud, con el propósito de identificar aciertos, desaciertos y lecciones aprendidas en el proceso, que sirvan como referente en experiencias futuras.

Comprender la metodología implementada, las estrategias de intervención del trabajador (a) social y las relaciones que se han construido entre estas.

- ¿Qué experiencia(s) queremos sistematizar?

La intervención de trabajo social y la metodología implementada con los miembros de la alianza de usuarios de la regional Bolívar norte sector Cartagena de Indias, durante el año 2015

- ¿Qué aspectos de la(s) experiencia(s) nos interesan más?

El aprendizaje obtenido por parte de los miembros de la alianza de usuarios, a partir de la intervención de trabajo social y de la metodología planteada en el programa.

- ¿Qué fuentes de información vamos a utilizar?

Fuentes de información primaria constituida por los miembros de la alianza de usuarios, al igual que las evidencias que se generan en cada encuentro.

- ¿Qué procedimientos vamos a seguir?

Los procedimientos son plasmados en un cronograma de actividades que se realiza mensualmente en base a un tema que es designado por la directora de atención al usuario, del cual es responsable el coordinador(a) de participación social de cada regional, para esto la Fundación Ser Social brinda unos recursos económicos que son designados dependiendo la necesidad de cada regional, se debe enviar un presupuesto de gastos y viáticos, el cual es desembolsado a la cuenta de cada una.

V. RECUPERACIÓN DEL PROCESO – DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

5.1 METODOLOGÍA

Como punto de partida del programa, se establece la idea de que la participación en salud y la orientación del trabajo social, tienen una dinámica propia de desarrollo que está dada por la acción-participación, es decir, por el principio de la acción como componente de solución a las problemáticas que se presentan en la comunidad y que demandan una concurrencia de intereses y actuaciones. en este sentido, es comprensible que las actividades de participación en salud, como factores de desarrollo social, constituyan herramientas que emplea el trabajador social, por ejemplo dentro de la fundación, para generar condiciones positivas de motivación, el agrado y el interés que los integrantes de la alianza llegan a sentir frente a los mismos procesos de vinculación y participación, en particular porque de ello depende el nivel de respuesta activa, de vinculación y de compromiso que se llega a generar autónomamente frente a la iniciativa de trabajo. en efecto, de esta manera se comprueba que la metodología activa-participativa proporciona una buena fuente de estímulos para el desarrollo de los procesos de cambio y transformación social, acompañada por espacios o recursos dirigidos a la experimentación de situaciones concretas que caracterizan su cotidianidad, pero que son especialmente significativas y mediante las cuales es posible alcanzar experiencias coherentes y progresivas.

5.1.1 Aciertos:

“Siento que cambio mi vida un 100% porque yo era una persona que no me da pena decirlo, estaba entregada al juego y yo vi en la Alianza que iba a tener un cambio, por eso más ingrese y ese cambio se ha visto en mí, yo más nunca he jugado, he pasado dedicada a la alianza y ahí mismo en la alianza cambio mi vida porque he conocido muchas personas y he avanzado bastante he tenido unas enseñanzas espectacular, he sido parte de otras asociaciones, he aprendido muchas cosas me relaciono bien con todas las personas con mis usuarios, me reeligieron en el barrio como presidenta de Asodeu, ósea yo he tenido un cambio grande que no tengo ni a quien agradecerlo ni como agradecerlo, ya en ultimas se lo agradezco a Dios, yo lo que he aprendido aquí lo he llevado a mi comunidad, mi

comunidad vive muy agradecida de todo lo que yo les he enseñado.” (Lina Amor, 63 años)

“Todo lo que he aprendido lo he puesto en práctica, no solo en las s que Ana Milena me ha dado, sino que también ella nos ha enseñado cómo comportarme con el público y con los compañeros” (Sara Moreno, 54 años)

“He tenido un cambio personal, espiritual, me siento a gusto, muy contento y orgulloso de recibir todo este entrenamiento que ha sido muy útil, porque hemos obtenido muchos conocimientos, hemos seguido avanzando acerca de los conocimientos que tienen que ver con el sistema de salud y todo lo que tenga que ver con la parte social a través de los compañeros y las compañeras que bueno esta es una labor muy bonita y yo estoy muy agradecido de Dios porque me ha dado la fortaleza para participar y estos conocimientos tan enriquecedor para mí personalmente y para poder transmitírselos a nuestros compañeros y a nuestros usuarios” (Amador Tavera, 63 años)

“Primero como persona los conocimientos brindados por las capacitaciones que se vienen brindando desde esa época hasta ahora, un cambio porque en la vida mía como líder, aprender y hacer las capacitaciones a los usuarios, a orientar, a guiar a nuestros compañeros como usuarios, porque día a día se presentan los usuarios a mi casa a donde uno vive hacerle preguntas a que los oriente, que pueden hacer, donde puede ir por un servicio, los conocimientos que uno tiene como alianza de usuarios.” (Marqueza Machado, 63 años)

“He aprendido mucho, intelectualmente y le he enseñado a otra persona lo que yo he aprendido también, para mejorar el servicio, Muy buenas las dinámicas, todo lo que se ha hecho ha sido muy maravilloso, hemos

aprendido muchas cosas que no sabíamos y hemos enseñado a otras personas en los puestos de salud las personas nos abordan, nos reconocen y ha sido muy beneficioso, yo antes era muy tímida me daba pena hablar delante de un público y ahora yo me le mido a lo que sea, se me ha quitado la timidez, todo eso ha sido gracias a las capacitaciones”(Juana Ozuna, 62 años).

“Siento un cambio en mi vida, porque yo antes no conocía mis derechos ni mis deberes y ahora los conozco todos, porque ya sé cómo actuar y el procedimiento que puedo hacer” (Faustina Ruiz, 65 años).

“A mí me fascina servir que la gente tenga todo solucionado que cualquier inconveniente que tenga ayudarla y pues eso fue lo que más me motivo para hacer parte de la alianza de usuarios, La verdad es que sí he sentido cambio, no porque uno tiene unos privilegios si no porque también somos escuchados por parte de la fundación ser social y de mutual ser para el buen desarrollo y una óptima prestación de servicios para los usuarios, la salud y el ministerio cambia constantemente hay muchos decretos, muchas leyes, ese es el fin de ir de la mano con mutual ser, para que nosotros seamos conscientes hasta donde el cambio de la salud, hacia donde van dirigidos los privilegios que tenemos como usuarios.”(Josefa Toral, 54 años).

“Los procesos que hemos vivido aquí en la alianza han sido de bien, nos han capacitado, hemos aprendido muchas cosas y así a la vez hemos ayudado a los demás usuarios, sabemos muchas cosas más que no sabíamos, eso lo damos a conocer delante todos los usuarios, en reuniones, en capacitaciones que damos con los usuarios” (Ibis Maza, 33 años).

5.1.2 Desaciertos:

“Lo que menos me ha gustado es que no nos tienen en cuenta cuando vamos a ronda si no que tenemos que buscar a la persona más conocida para que nos pueda ayudar en cualquier caso que lo necesite uno” (Sara Moreno, 54 años).

“Algunas cosas no me han gustado porque a veces nosotros como nos convertimos en unos veedores a través de la participación y he visto algunos trabajadores de la empresa que nos hacen como burlita y algunas cosas, porque una vez me dijeron dentro de poco serás el gerente de mutual ser, ósea a cambiar al doctor Viana, pero no sé si sería de pronto en broma, pero de todas maneras es algo que a veces uno lo percibe, porque hoy estamos acá haciendo esta labor tan linda y tan hermosa, sin ánimo de lucro, si no de pertenencia y de vocación y esto es voluntad, pero con un interés colectivo, cuál es? : El sistema de salud de nosotros, para los colombianos tener salud, no solamente desde san Andrés a Leticia si no en todo el país.” (Amador Tavera, 63 años).

5.2 ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL: Acerca del rol de la trabajadora social aportan lo siguiente:

5.2.1 Aciertos:

“Ella tiene una manera de enseñar, no descalificando a las otras, ella tiene una enseñanza clara o por lo menos que yo la entiendo más” (Lina Amor, 63 años).

“Todas esas capacitaciones que Ana Milena me ha brindado de su conocimiento las he tomado como para ir avanzando y creciendo como persona” (Sara Moreno, 54 años).

“Excelente la califico el 100% no es porque estamos acá al frente, pero si he sentido como una excelencia, muy profesional, humana, muy humilde y he sentido ese calor de persona, dentro del conglomerado cuando estamos en estas actividades, Ana Milena como trabajadora social que te has encaminado y tienes esa vocación tan linda, te dejo este mensaje que sigas

adelante que así le aportas a la sociedad de igual manera a Dios le agradara mucho esta gran labor” (Amador Tavera, 63 años).

“La felicito porque a pesar de ser una persona muy joven, tiene ese carisma y ese deseo de trabajar, como trabajadora social, orientándonos bien, con el sitio organizado y en las capacitaciones siempre estábamos ahí, firme con ella y ella con nosotros le deseamos éxitos en su vida en su carrera, hoy estamos aquí mañana estaremos en otra parte del mundo, el mundo es tan grande y las cosas se dan en cualquier momento, hoy nos encontramos aquí mañana puede ser en otro sitio, que siga siendo sencilla con ese carisma que maneja, y que deseo éxitos en su carrera y muchas felicidades” (Marqueza Mercado, 63 años).

“A la Dra. Ana Milena una persona muy sencilla con mucha tenacidad muy humilde muy sencilla y con un corazón grande nos ha acogido a todos, por eso la queremos mucho particularmente yo la amo mucho, que Dios la bendiga y que utilice lo que ella ha aprendido para el bien de otras personas” (Juana Ozuna, 62 años).

“es una líder muy opcional a las cosas que está diciendo y nos enseña las cosas con mucha facilidad, a pesar que Ana Milena tenemos poco tiempo de estar con ella ha sido una oportunidad muy buena para aprender muchas cosas” (Faustina Ruiz, 65 años).

“Muy objetiva, muy didáctica a pesar que somos mayores tuvo en cuenta eso los caracteres de cada uno de nosotros, nos identificó, cada quien como se podía desempeñar en todas las capacitaciones que brindo, a su corta edad, para toda la experiencia a pesar que puede ser nuestra hija, tiene algo que le marca y lo pone en práctica, si aprendimos bastante” (Josefa Toral, 54 años).

“Ella es una persona muy pilosa, pues sabe cómo llegarnos a nosotros nos explica muy bien y es muy buena orientadora, hemos aprendido de ella muchas cosas, su paciencia, su manera de explicarnos las cosas, las vivencias que hemos aprendido aquí nos han enseñado muchas cosas, muchas gracias Ana Milena que llego en el momento justo, muchas gracias” (Ibis Maza, 33 años).

Lectura: se puede resaltar que la mayoría de los usuarios sienten satisfacción con el proceso de capacitación, por los aprendizajes obtenidos a partir de los contenidos desarrollados en el transcurso del año 2015, al igual que por la labor desempeñada por la trabajadora social en el tiempo que estuvo con ellos. Por otra parte, muestran inconformismo por el comportamiento de algunos trabajadores de la empresa aliada, reflejando la oposición entre el interés general de los participantes y el interés particular vinculado a la práctica laboral en la actividad cotidiana de los funcionarios. Hay que afirmar también que todos los momentos de acción vinculados a la experiencia de participación en salud, ocupan un lugar destacado en las aportaciones a la tarea de construir tejido social fuerte y dinámico, así como el aprendizaje y orientación de un amplio conjunto de valores y actitudes que demuestran el grado de compromiso del trabajador social con su misión y proyección en entornos participativos. Por lo tanto, la lectura crítica de los hechos y situaciones de participación en salud deberá proporcionar un criterio claro acerca del ejercicio del trabajo social en la Fundación y, así mismo, en el proceso de configuración de la realidad colectiva, de tal manera que dicho ejercicio se considere en una triple dirección o perspectiva de desarrollo:

- evidenciando sus aportes para comprender los procesos de participación como prácticas sociales de transformación

- destacando los aportes para la reflexión sobre la práctica en situaciones de trabajo específicas y en los procesos de participación social,
- evidenciando su utilidad para intervenir eficazmente en la resolución de problemas concretos que impliquen necesidades de la comunidad: salud, educación, participación, bienestar, seguridad, medio ambiente, entre otros.

VI. LECCIONES APRENDIDAS DESDE LAS VIVENCIAS

6.1 REFLEXIONES DESDE EL ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL

En materia de desarrollo social de los usuarios, las guías institucionales señalan con claridad las condiciones y procedimientos para la actividad de las alianzas de usuarios, sin embargo, no hay una plena internalización o apropiación de los mismos que permita la integración a un proceso de empoderamiento de los usuarios teniendo como base el adecuado reconocimiento de las dinámicas participativas.

Respecto a las actividades de promoción desarrolladas en la Fundación, se han ido incrementando las acciones y espacios para el desarrollo de procesos de acción participativa de los usuarios inspirados en la experiencia comunicativa y de vinculación social, lo que ha permitido avanzar en el enriquecimiento del capital axiológico humano y social de los usuarios.

En lo relativo a la integración, se considera prioritario el mejoramiento de las relaciones entre usuario y con los funcionarios de la fundación, atendiendo a este factor como uno de los elementos claves para el logro de la cultura institucional proactiva, partiendo de la intersubjetividad y los vínculos socio-afectivos que se presentan en el grupo de usuarios, ya que éstas ocupan un lugar importante en la formación del tejido relacional y que por esta vía se encuentra una importante fuente de valoraciones e identificaciones con otras personas, situaciones e instituciones.

Las actividades de aprendizaje de la cultura participativa en la alianza de usuarios tienen que ser, invariablemente, y por definición, un momento de participación comprometida, libre y espontáneamente elegida, con procesos flexibles que se ajusten a las posibilidades, intereses y necesidades de los miembros de la Alianza, y donde, como resultado, se generen las experiencias de interacción, comunicación, autorregulación y consenso dentro de la vida cotidiana en la Fundación, que

aseguren el desarrollo personal y la gratificación por haber alcanzado un real estado de desarrollo humano, social y de satisfacción de las necesidades.

Se puede afirmar que el trabajo social adelantado, efectivamente contribuye a fomentar una cultura de la participación social en la alianza de usuarios, porque mediante estas experiencias y actividades se logra la formación de actitudes, valores y comportamientos positivos de integración, comunicación, autocontrol y consenso, frente a las prácticas institucionalizadas para el desarrollo humano de los usuarios.

De allí que se requiera generar distintos momentos de encuentro y participación entre los actores institucionales, que permitan el diálogo, la reflexión, el debate. Quizá sea éste uno de los aspectos más problemáticos, para resolver. Dado que en realidad son muy pocas las organizaciones que cuentan con un "tiempo institucional" para dedicar al sistema de interacción participativa generado con sus usuarios, será necesario considerar las características de cada entidad y la población a la que atiende para la existencia, adecuación y/o creación de los tiempos institucionales de retroalimentación de las experiencias, ya que no es lo mismo contar con mecanismos claros y permanentes de promoción de los usuarios a disponer sólo de momentos determinados en el cronograma de trabajo de la Fundación.

Finalmente, este proceso debe ser visto en la dinámica esencial de una proyección social de largo alcance en la construcción de las alianzas de usuarios y como una respuesta posible a los propósitos y condiciones necesarias para el mejoramiento del proceso de integración Fundación-Comunidad, toda vez que se trata de una perspectiva integrativa, valorativa y crítica frente a los factores configurativos de la experiencia del usuario, representando un medio y espacio de intervención específico para aportar en la superación de la problemática participativa, a través de los medios lúdicos, pedagógicos y culturales pertinentes.

6.2 RECOMENDACIONES A LA ENTIDAD OPERADORA DEL PROGRAMA (FUNDACIÓN SER SOCIAL)

Como recomendaciones derivadas del estudio, se han considerado aquellas sugerencias dirigidas a reconocer la acción social de los participantes por medio de la experiencia con el trabajo en las alianzas de usuarios, precisando los siguientes puntos:

- Implementar una acción integral de desarrollo social, que ponga de presente el sentido de la interacción participativa como un valor individual y social que debe enseñarse, promoverse y conquistarse.
- Se debe fomentar el compromiso de los usuarios con las prácticas democráticas de relación, con la exigencia de responsabilidades a todos sus capítulos respecto de las obligaciones que supone el desarrollo de un proyecto en común dentro de la Fundación, y con la referencia habitual al diálogo como medio de superación de los problemas derivados del encuentro entre distintas experiencias de vida.
- Promover la formación de tejido social participativo, (contextualizado y en el propio espacio de la Fundación) sobre contenidos significativos (preocupaciones y dificultades que actualmente plantea la realidad social de los participantes) y que permita incorporar un conjunto amplio de oportunidades, valores, experiencias y contenidos, pensados para construir identidades y constituyendo un proceso continuado de formación respetuosa del ser humano, que se va desarrollando a lo largo de toda la vida.

BIBLIOGRAFÍA

ALCALDÍA DE MEDELLÍN. Las veedurías ciudadanas. Medellín: En Confianza., 2003. Disponible en <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/enconfianza/-articulosytemas/documentos/Las%20Veedurias%20Ciudadanas.pdf>

ALCÁNTARA MORENO, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. Sapiens. Revista Universitaria de Investigación, vol. 9, núm. 1, junio, 2008, pp. 93-107. Universidad Pedagógica Experimental Libertador Caracas, Venezuela. Disponible en: <http://www.redalyc.org/-articulo.oa?id=41011135004>

ARDILA, R. Calidad de vida: una definición integradora. Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 35, núm. 2, 2003, pp. 161-164. Bogotá, Colombia: Fundación Universitaria Konrad Lorenz, 2003. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80535203>

CADENA, Félix. La sistematización como creación de saber de liberación. Guía para la consolidación de procesos de sistematización y autoevaluación de la educación popular. Chile: Programa de Apoyo a la Sistematización y Autoevaluación de la Educación Popular. CEEAL, 1987.

CARBALLEDA, A. J. La Intervención en lo social. Exclusiones e integración en los nuevos escenarios sociales. Buenos Aires: Paidós, 2002.

CARVAJAL BURBANO, A. Guía cartilla sistematización. 2004. Disponible en: <http://arizaldo.jimdo.com/app/download/3340154554/GuiaCartilla+sistematizaci%C3%B3n.pdf?t=1448195524>

CARVAJAL BURBANO, A. Teoría y Práctica de la Sistematización de Experiencias. 2010. Disponible en: <http://la-pasion-inutil.blogspot.com.co/2010/04/-arizaldo-carvajal-burbano-teoria-y.html>

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO - COMFENALCO. Asociación de Usuarios de la salud de la EPS-S Comfenalco Antioquia. Apartadó: Confenalco, 2015.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 100 de 1993. Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: Congreso de la República, 1993.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 134 de 1994. Por la cual se dictan normas sobre mecanismos de participación ciudadana. Bogotá: Congreso de la República, 1994.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Congreso de la República, 2007.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley Estatutaria 1751 de 2015. Derecho a la salud. Bogotá: Congreso de la República, 2015.

FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE TRABAJO SOCIAL - FITS. Definición Global del Trabajo Social Aprobada en la Asamblea General de la FITS. Melbourne, Australia, 2014. Disponible en <http://www.adasu.org/prod/1/487/-Definicion.Global.del.Trabajo.Social..pdf>

FUNDACIÓN SER SOCIAL. Direccionamiento estratégico Fundación Ser Social. Cartagena: s.f. Disponible en http://sersocial.org/fundaser_web/

FRANCO, N. E. Ponencia: contribuciones epistemológicas para la resignificación del concepto de intervención social y profesional desde el trabajo social. Antioquia: 2009.

FREIRE, Paulo. Investigación y metodología de la investigación del “tema generador”. Cuernavaca, México: CIDOC, 1973.

HABERMAS, Jurgen. Teoría de la Acción Comunicativa. I Racionalización de la Acción y Racionalización Social. Madrid: Taurus Humanidades, 2002.

HABERMAS, Jurgen. Teoría de la Acción Comunicativa. II Critica de la razón funcionalista. Madrid: Taurus Humanidades, 2002.

JARA, Óscar. Sistematización de experiencias, investigación y evaluación: aproximaciones desde tres ángulos. Revista Internacional sobre Investigación en Educación Global y para el Desarrollo. Número Uno (febrero 2012).

MARTINIC, Sergio. Elementos metodológicos para la producción de conocimientos sobre educación popular y acción social 1. Chile: CIDE. Disponible en: <http://biblioteca.uahurtado.cl/ujah/Reduc/pdf/pdf/4962.pdf>

MAX-NEEF, Manfred. Desarrollo a escala humana. Montevideo: Nordan comunidad, 2006.

MENDOZA, María del Carmen. Una opción metodológica para los Trabajadores Sociales. Buenos Aires: Editorial Hvmánitas, 1986, p. 50. En <https://es.scribd.com/doc/69668033/UNA-OPCION-METODOLOGICA-PARA-LOS-TRABAJADORES-SOCIALES>

MINISTERIO DE SALUD. Decreto 1757 de 1994. Por el cual se organizan y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 4 del Decreto-ley 1298 de 1994. Bogotá: MS, 1994.

MOLINA CORREA, J. Individuo, cultura y sociedad. Revista Electrónica de Psicología Iztacala Vol. 7 No. 3, agosto de 2004. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, 2004. Disponible en <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/viewFile/21663/20414>

OLIVERA SERRANO, M. El problema de la intersubjetividad en Alfred Schütz. Sociológica Vol. 5, Nº 14. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 1990. Disponible en <http://www.revistasociologica.com.mx/pdf/1409.pdf>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD -OMS. Constitución de la Organización Mundial de la salud. Preámbulo. Disponible en: www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

PACHECO, D. R. Universidad De Cartagena. Disponible en [http://190.25.234.130:8080/jspui/bitstream/11227/175/3/Proyecto%20de%20Gestio n%20DORA%20PRIETO.pdf](http://190.25.234.130:8080/jspui/bitstream/11227/175/3/Proyecto%20de%20Gestio%20n%20DORA%20PRIETO.pdf)

PAÍS LIBRE. Énfasis y Servicios. s.l./s.f. Disponible en <http://www.paislibre.org/site/images/stories/pdfnueva/PRESENTACIONESYDOCUMENTOSPUERTOBERRIO/LAPARTICIPACIONSOCIAL.pdf>

PROMEDAN. Veeduría en salud. PROMEDAN IPS. 2015. Disponible en <http://www.promedan.com.co/index.php/capacitacion-al-usuario/2-general/94-veeduria-en-salud>

PUCCI, F. Aprendizaje organizacional y formación profesional para la gestión del riesgo. Montevideo: CINTERFOR, 2004.

QUIROZ, Teresa y MORGAN, Ma. de la Luz. La sistematización, un intento conceptual y una propuesta de operacionalización. En: Félix Cadena (comp.), La Sistematización en los Proyectos de Educación Popular. CIDE, Chile, 1988.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. Constitución Política de Colombia. Bogotá: 1991. Disponible en: www.secretariasenado.gov.co

RESTREPO, D. I. La participación social como construcción del interés público entre el Estado y la sociedad. *Nómadas (Col)*, núm. 3, 1995. Bogotá, Colombia: Universidad Central, 1995. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105118914005>

ROZAS PAGAZA, Margarita. Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social. Buenos Aires: Espacio editorial, 1998.

SILVA-COLMENARES, J. Crecimiento económico y desarrollo humano: Una distinción necesaria en la búsqueda de un nuevo modo de desarrollo. 2007. Disponible en http://www.fuac.edu.co/recursos_web/observatorio/publicaciones/CRECIMIENTO_ECONOMICO_DESARROLLO_HUMANO.pdf

TERRY, J. R. Cultura, identidad cultural, patrimonio y desarrollo comunitario rural: una nueva mirada en el contexto del siglo XXI latinoamericano. En revista: *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, junio 2011. Disponible en: www.eumed.net/rev/cccscs/12/

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA. Universidad De Cartagena. 2013. Disponible en http://www.unicartagena.edu.co/index.php/universidad/institucion/item/155-mision-vision-y-objetivos#.VUd8Pfl_Oko

VÁZQUEZ, M.L.; SIQUEIRA, E.; KRUZE, I.; DA SILVA, A. y LEITE, I.C. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. Gac Sanit 2002; 16(1):30-38. Disponible en http://www.plataformademocratica.org/Publicacoes/7903_Cached.pdf

ANEXOS

Anexo A. Propuesta de Participación Social
FORTALECIMIENTO DE ALIANZAS DE USUARIOS
ASOCIACIÓN MUTUAL SER EPS-S.

JUSTIFICACIÓN.

La reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud está orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud, para esto plantea acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y fortalecimiento de la participación social.

En este sentido la participación social en salud debe apuntar a fortalecer la capacidad ciudadana para su incidencia en las políticas públicas, promover estilos de vida saludables, incentivar los procesos de vigilancia y control, defender los derechos en salud de los ciudadanos e incentivar el cumplimiento de deberes y responsabilidades de estos con el sistema, para lo cual se han instituido una serie de mecanismos de uso individual, institucional y comunitario que posibilitan la participación; entre los que se encuentran las Asociaciones o Alianzas de Usuarios, Sistema de información y Atención al Usuario, Comités de Ética Hospitalaria, Comités de Participación Comunitaria en Salud (COPACO), Comités de Veeduría, Juntas Directivas, entre otros.

Es por ello que las entidades del Sistema General de la Seguridad Social deben implementar y desarrollar la participación en salud, como uno de los instrumentos para involucrar a los afiliados en la toma de decisiones que les afectan; en este sentido esta propuesta busca apoyar a la Asociación Mutual SEREPS-S, en los requerimientos exigidos por la normativa en relación a la promoción de los espacios de participación social a través de la constitución, reestructuración, capacitación, seguimientos a las Alianzas de Usuarios, en los territorios donde tiene presencia y a la divulgación de la información a usuarios.

OBJETIVO GENERAL:

Implementar los mecanismos de Participación Social en Salud, para el mejoramiento de la calidad de los servicios mediante el control social en Salud, ejercido por las Alianzas de Usuarios de la Asociación Mutual SER EPS-S, y representado en la vigilancia de la calidad de la prestación de los servicios de salud y en la defensa de los derechos de los usuarios de los servicios de salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Constituir y/o reestructurar las asociaciones o alianzas de usuarios que correspondan por vigencia o por inactividad.
- Brindar educación continua a los diferentes grupos objetivos. (Alianzas de Usuarios, Coordinadores de Atención al Usuario).
- Asesorías a las Alianzas de Usuarios en la programación de las actividades del plan de Gestión Integral.
- Seguimiento a las Alianzas de Usuarios en la ejecución de las actividades del plan de Gestión Integral
- Realizar seguimiento a la participación de las Alianzas de Usuarios en la apertura de buzones, trámite y resolución de las quejas, inquietudes y/o sugerencias interpuestas.
- Asesoría a las asociaciones o alianzas de usuarios para el ejercicio de sus funciones.
- Elaborar informes de resultados con periodicidad Trimestral, Semestral, y Anual.
- Asegurar archivo documental de las actividades realizadas.

CAPÍTULOS DE LA PROPUESTA.

5. CONSTITUCIÓN Y/O REESTRUCTURACIÓN DE LAS ASOCIACIONES O ALIANZAS DE USUARIOS.

Descripción: Se utiliza cómo estrategia de promoción de la cultura de la Participación Social en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se realiza convocatoria pública a los usuarios según lo que estipula el decreto 1757/1994, Para la constitución o reestructuración de las Asociaciones o Alianzas de Usuarios de Mutual SER EPS-S, garantizando pluralidad y representatividad de los miembros de la comunidad.

La constitución se realiza en dos (2) periodos del año, durante el primer semestre se conforman el 90% (77) alianzas y el resto durante el segundo semestre, según periodos de vigencia, y cuando aplique por ingreso a nuevos municipios de la empresa contratante.

La reestructuración es para los casos de las Asociaciones o Alianzas de Usuarios que no cumplen con sus funciones.

Metodología: Se realiza convocatoria pública a usuarios de Mutual SER EPS-S, para asambleas de constitución de las Alianzas de Usuarios y para el caso de reestructuración se realiza asambleas por localidades, sectores o barrios. Se contratará personal específicamente para la ejecución de esta actividad, por periodo de tiempo determinado.

Metas:

100% de Alianzas constituidas y/o reestructuradas.

Productos:

Alianzas de Usuarios constituidas o reestructuradas.

Actas de constitución diligenciadas y radicas en el respectivo ente de control.

6. EDUCACIÓN CONTINUADA A ALIANZAS DE USUARIOS Y DEMÁS GRUPOS OBJETIVOS.

Descripción: Se realizan capacitaciones en temas relacionados con el Sistema General de Seguridad Social en Salud y la normatividad vigente en participación Social; a miembros de Alianzas de Usuarios.

Se implementarán estrategias de intervención que fortalezcan la adherencia, articulación y vinculación de las alianzas de usuarios a los espacios de participación Social.

Metodología: El eje principal de intervención será el método constructivista participativo, los participantes aprenderán haciendo, (teoría y práctica), acompañado además del dialogo de saberes, trabajos grupales, revisión conceptual, y la lúdica, (ejercicios prácticos, estudios de casos, dramatizados, etc.) como eje transversal de las intervenciones.

Dialogo de saberes: A través de esta estrategia se buscará explorar los conocimientos previos de los participantes, confrontarlos con sus realidades y construir nuevos conceptos.

Trabajos grupales: Tendrán como finalidad la generación de debates entre los participantes, se medirá la capacidad de liderazgo y otras habilidades necesarias para la orientación a otros (afiliados), y difusión de información.

Revisión conceptual: De conformidad a los ejes temáticos definidos se ilustran los conceptos que se desee queden en la recordación de los participantes.

Lúdica: dentro del desarrollo temático se utilizarán actividades lúdicas que persigan un aprendizaje colectivo (aprender jugando). Las actividades lúdicas buscan:

- Promover las capacidades de trabajar en equipo y el liderazgo.
- Incentiva a los más preparados para que ayuden a los que no lo están.
- Buscar semejanzas con la práctica de la vida real
- Garantizar la participación de todos los miembros de grupo

Esta metodología promueve la participación activa y protagónica de todos y cada uno de los integrantes del grupo, busca que los participantes hagan más significativa su experiencia, su aprendizaje se contextualiza en la realidad cotidiana y se ajusta a las particularidades de su proceso de desarrollo.

Las capacitaciones o talleres tendrán una intensidad horaria de tres horas; se tendrá como referente guía de trabajo o agenda para el desarrollo de los talleres y se aplicará un pre y pos test a los asistentes según lo que se defina por tema. En estos espacios se entregarán a las Alianzas de Usuarios folletos y cartillas informativas y educativas para su posterior entrega a usuarios.

Periodicidad de las capacitaciones: Las capacitaciones se realizarán con la siguiente periodicidad:

Mensual: Estas capacitaciones serán realizadas por las coordinadoras de Atención al Usuario, estas deben asegurar el soporte de esta actividad en el archivo de Alianzas de Usuarios; la Gerencia de RH y Apoyo administrativo de Mutual SER EPS-S, garantizará el cumplimiento de estas funciones a través de los medios que considere, El eje temático que se abordará será el de planeación y seguimiento al plan de gestión integral, o aquellos que se requieran por direccionamiento específico de los entes de control; el material de trabajo será suministrado por Fundación SERSOCIAL, así como los transportes de movilización del personal de las alianzas que lo requieran (aplica para las ciudades capitales). Las asistentes de Participación Social verificarán la ejecución de esta actividad.

Desde la dirección de atención al cliente de Mutual SER EPS-S, se propone el cronograma de actividades que ejecutaran las (os) coordinadores de atención al usuario a las alianzas de usuarios.

Bimensual: Las capacitaciones serán realizadas por las (os) Asistentes de Participación Social, con periodicidad bimensual, los ejes temáticos a abordar serán los definidos en el Plan de Educación Continuada.

EJES TEMÁTICOS PROPUESTOS Y CRONOGRAMA DE TRABAJO

EJES TEMATICOS Y/ O ACTIVIDADES	GRUPOS OBJETIVOS														
	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	A.U	CAU	A.E	Usuarios	
Selección e Inducción Equipo Técnico												NA	NA	NA	
Alianzas de Usuarios, Organización y Funciones (Decreto 1757/1994)															
Actualización Normatividad vigente (Afilación, Sisben, Portabilidad nacional)															
Planeación y Seguimiento Plan de Gestión															
Actualización Normatividad vigente (Pos-s, Deberes- Derechos, UPC)															
Planeación y Seguimiento Plan de Gestión															
Audiencias de Rendición de Cuentas															
Enfoque diferencial (Discapacidad, atención a víctimas)															
Planeación y Seguimiento Plan de Gestión															
Constitución o reestructuración de las Asociaciones o Alianzas de Usuarios															
Evaluación de Resultados															
Planeación y Seguimiento Plan de Gestión															

Metas:

100% Alianzas de Usuarios capacitada en los ejes temáticos planteados.

95% de eficacia de los entrenamientos (asistentes con resultados satisfactorios en el Post-test, 3.75)

85% de los miembros de las Asociaciones o Alianzas de Usuarios asistiendo a las actividades.

Productos:

Grupos objetivos capacitados.

Actas de capacitación diligenciadas.

Soporte de entrega de material educativo

Informe trimestral, este informe será acumulativo y comparativo según periodo de corte.

7. ASESORÍA Y SEGUIMIENTO A LAS ASOCIACIONES O ALIANZAS DE USUARIOS EN LA PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL.

Descripción: Espacio para la planeación y seguimientos a las Asociaciones o Alianzas de Usuarios con el fin de verificar el cumplimiento de sus funciones, en estas se elabora el cronograma del Plan de Gestión, se revisan los hallazgos de la vigilancia en la prestación de los servicios a la IPS, los hallazgos de las charlas a las IPS y comunidades, etc.; además se motiva a todas las alianzas de Usuarios para el cumplimiento de sus funciones; y se refuerzan aquellas que se consideran críticas. En estas asesorías se establecerán alianzas estratégicas con los actores del sistema con el fin de promover de manera democrática la vinculación de los miembros de las alianzas de usuarios a los espacios de participación social.

Así mismo se orientará a las alianzas de usuarios en la exigibilidad derechos, utilizando las herramientas de defensa estipuladas para tal fin. (Ej.: Derechos de Petición, Tutelas, etc.)

Metodología: Posterior a la capacitación el facilitador del proceso, revisará cumplimiento de las actividades programadas, los compromisos y realizará los ajustes que consideré para el cumplimiento del plan de gestión integral, orientando la actuación de las Alianzas de Usuarios alrededor de tres (3) escenarios a saber: IPS - EPS - Comunidad.

Primer escenario IPS:

- Se seleccionarán miembros de las Alianzas, con capacidad de escucha, oratoria y expresión, para que realice educación en salud, brinde asesoría a los usuarios, y entregue carta de deberes y derechos en las IPS más representativas de la ciudad y/o municipios, Estos representantes portarán vestuario que los identifique y facilite el acercamiento con los usuarios; así mismo se les garantizará transportes para movilizarse y recargas telefónicas, permitiendo que realicen el reporte inmediato ante los entes correspondientes de situaciones y/o quejas identificadas.
- Se realizará un concurso entre los miembros de las alianzas de usuarios, para que estos propongan nombre que identifique a las personas encargadas de realizar la labor de orientación al usuario en las IPS.
- Los representantes de las alianzas que se seleccionen se rotarán por las distintas IPS, previamente al inicio de cada mes recibirán asesorías para organizar el plan de trabajo o cronograma de visitas; estas actividades se alinearan con el cronograma de agentes educativos quienes acompañaran esta labor.
- Se realizarán réplicas de las capacitaciones en espacios claves de información (recepción IPS, sala de urgencias, etc.) utilizando estrategias pedagógicas y lúdicas para difundir información, así mismo se utilizarán

testimonios de usuarios (positivos y negativos) sobre el acceso a los servicios de salud, que permita orientar a otros sobre las temáticas de interés a abordar.

De igual forma se utilizarán estrategias de comunicación para la salud, como líderes de opinión, señales en puntos de decisión, entre otros.

Segundo escenario EPS-S:

Se propone que se respalde la labor e información realizada por la alianza de usuarios, y se realicen acciones diferenciadoras con estos, en las oficinas de atención al usuario; además de facilitar la comunicación interna posibilitando mayor eficacia en las acciones de las alianzas. En este sentido se plantean las siguientes estrategias:

- Las coordinadoras regionales de SIAU, serán el principal canal de comunicación entre las Alianzas de Usuarios y demás colaboradores de la empresa Mutual SER EPS-S.
- Se propiciarán espacios en donde las alianzas de usuarios, planteen situaciones específicas que no se hayan resuelto en el nivel local, a la Junta de control social de la empresa.
- Desde el nivel central de la empresa Mutual SER EPS-S, se darán directrices a las regionales de vincular a los representantes de alianzas de usuarios, en eventos y demás actividades que les genere ingresos por labor realizada.
- Se abrirá espacio de expresión en el Boletín de SERSOCIAL, a los representantes de las alianzas de usuarios, como mecanismo de expresión y visualización de su labor.
- Se instruirá a las alianzas de usuarios en la interposición de PQRSC, a través de la página web de Mutual SER EPS-S.
- Se realizarán réplicas de las capacitaciones en espacios claves de información (recepción, o sala de espera) utilizando estrategias pedagógicas

y lúdicas para difundir información, así mismo se utilizaran testimonios de usuarios

Tercer Escenario COMUNIDAD:

- Se realizarán réplicas de las capacitaciones en espacios comunitarios claves (barrios, calles, etc.) utilizando estrategias pedagógicas y lúdicas para difundir información, así mismo se identificarán usuarios con testimonios positivos y negativos sobre el acceso a los servicios de salud.

Metas:

85% Alianzas de Usuarios activas (ejerciendo sus funciones de vigilancia y control)

100% de las actividades realizadas por las Alianzas de Usuarios con soporte.

Productos:

Cuadro de control de Alianzas de Usuarios activas.

8. SEGUIMIENTO A LA APERTURA DE BUZONES DE QUEJAS Y SUGERENCIAS.

Descripción: En cada oficina local de atención al usuario de MUTUAL SER EPS-S se dispone de un Buzón de Quejas y Sugerencias, la Asistente de Participación Social en las visitas que realice a los diferentes municipios verificará el estado de los buzones y reportará la situación identificada a las coordinadoras de SIAU regional.

Metodología: Las Alianzas de Usuarios realizarán la apertura de buzones según lo definido en el procedimiento para tal fin de la asociación Mutual SER EPS-S; La Asistente de Participación Social verificará telefónicamente la participación de las Alianzas de Usuarios, y posteriormente comprobará contra soportes.

Meta:

100% de apertura de los Buzones de Sugerencias en todos los municipios en el tiempo establecido según el procedimiento de Mutual SER EPS-S.

Producto:

Actas de apertura de buzón

OTRAS ACTIVIDADES**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A USUARIOS Y POTENCIALES AFILIADOS.****▪ AUDIENCIAS DE RENDICIÓN DE CUENTAS:**

Descripción: En cumplimiento a lo estipulado en la Ley 1438/2011, Artículo 109, Todas las EPS y Empresas Sociales del Estado del sector salud y las IPS públicas, tienen la obligación de realizar audiencias públicas, por lo menos una vez al año, con el objeto de involucrar a los ciudadanos y organizaciones de la sociedad civil en la formulación, ejecución, control y evaluación de su gestión.

Metodología: Se realiza convocatoria pública, a través de diferentes medios de comunicación, así mismo se realizan invitaciones personalizadas a organismos de control y autoridades municipales, y/o distritales. En estos espacios se entregarán folletos y cartillas informativas que la empresa tenga a disposición, como la carta de desempeño, folletos educativos, etc.

Productos:

Actas de actividades realizadas

Soporte de entrega de material educativo

ENTREGA DE MATERIAL EDUCATIVO E INFORMATIVO A USUARIOS

Descripción: Se realiza educación a afiliados, potenciales afiliados, con el objeto de informar y empoderar sobre educación en salud, deberes y derechos, etc.

Metodología: Se utilizan diferentes medios para divulgar e impactar a usuarios y potenciales afiliados, como asambleas y/o eventos públicos, charlas y talleres en oficinas, IPS, barrios, se realizarán mensajes radiales, se entregarán folletos y cartillas que la empresa tenga a disposición, como la carta de derechos de los afiliados y de los pacientes, folletos educativos. etc.

Productos: Registro de entrega de material.

PERFIL PROFESIONAL Y DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA.

Para la ejecución de esta propuesta Fundación SERSOCIAL, asignará un profesional que coordine la planeación, organización, y consolidación de resultados del proyecto, de igual forma se contratarán siete (7) Técnicos o Tecnólogos en Promoción Social y/o Administrador en Salud, para cada una de las regionales en donde Mutual SER EPS-S, tiene presencia, estas son: Atlántico, Bolívar Sur, Centro, Norte, Sucre, Córdoba y Magdalena.



Estos deben cumplir con las competencias propias del cargo, relacionadas con conocimientos en normatividad de salud, participación Social, y habilidades comunicativas, liderazgo y de trabajo en equipo. También se garantizará la estructura administrativa y logística que requiere la propuesta.

RESPONSABILIDADES:

La interlocución con la empresa contratante se realizará en dos ámbitos, un **nivel central** en donde interactúan Gerente de Recursos Humanos y Apoyo administrativo de Mutual SER EPS-S, Gerente Salud Comunitaria de Fundación SERSOCIAL, y Asistente Desarrollo Social, y desde el **nivel local** interactúan Coordinadoras de SIAU, quienes orientaran la labor de las Asistentes de Participación Social de Fundación SERSOCIAL.

Los(as) Coordinadores de Atención al usuario de Mutual SER EPS-S de los municipios con menor número de usuarios serán los responsables de la gestión de las alianzas, es decir capacitarán y harán seguimiento de forma directa al cumplimiento de las tareas de las alianzas, con previo direccionamiento de la dirección de Siau.

Los espacios de interlocución para el nivel central serán las reuniones programadas y cuando se amerite; para el nivel local serán las Egis regionales, reuniones bimensuales con coordinadoras de Siau y de Atención al Usuario; es importante anotar que habrá un primer momento de verdad entre las coordinadoras de Siau, de Atención al Usuario y Asistentes de Participación Social, que se dará en la inducción y entrega de cargo.

Esta interlocución facilitará la identificación de oportunidades de mejora al equipo de Mutual SEREPS-S y Fundación SERSOCIAL, permitiendo la retroalimentación permanente y la toma de decisión oportuna.

DURACIÓN: Esta propuesta se ejecutará en nueve (9) meses.

PRESUPUESTO.

VALOR PROPUESTA: Setecientos sesenta y cuatro millones setecientos diecisiete mil ochocientos ochenta y cuatro pesos (**\$764.717.884.00**).

Este valor incluye:

- Logística para asamblea de constitución o reestructuración de la Asociación o Alianzas de Usuarios.
- Honorarios de los profesionales
- Logística necesaria para el desarrollo de talleres (sitios de talleres, transporte, alojamiento, refrigerios, de cada uno de los asistentes a los talleres).
- Materiales de trabajo y logística para los miembros de las Asociaciones o Alianzas de Usuarios.

CONDICIONES DE PAGO:

Mensualmente, previa radicación y aceptación de la factura correspondiente, la empresa contratante cancelará el valor pactado hasta concluir el proceso y la entrega de los informes finales.

Atentamente,

ERNESTO ESTRADA DE ÁVILA

Gerente General

Anexo B. Evidencias fotográficas



