

ATENCIÓN CON CALOR HUMANO INFORME DE PRACTICAS TRABAJO  
SOCIAL FUNDACIÓN SOMA CHIGORODÓ

Estudiante

NATALIA ARANGO USUGA

Informe de prácticas para optar por el título de Trabajadora Social

Asesora académica

NATALIA ARROYAVE BOTERO

Trabajadora Social

Asesor institucional

JORGE MARIO SANCHEZ

Psicólogo Fundación SOMA

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA  
FACULTAD CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL  
APARTADÓ

2020

## **Resumen**

Este proceso práctico, se direccionó a la humanización de los servicios de salud, prestados en la unidad materno infantil de Chigorodó “FUNDACIÓN SOMA”, la cual no tiene el servicio de urgencias, pero su atención es las 24 horas del día, con una estrategia educativa sensibilizadora, que permitió la reflexión desde el contexto socio-sanitarios, en aras de un inicio de la vida más humano. Teniendo presente la intervención desde Trabajo Social, como un método integrado que refleja se ve reflejada desde las pacientes a sus familiares y la comunidad que las rodea.

**Palabras clave:** Trabajo Social, Humanización, Salud, Educación.

## **Abstract**

This practical process was aimed at the humanization of health services, provided in the Chigorodó maternal and child unit "SOMA FOUNDATION", which does not have an emergency service, but its attention is 24 hours a day, with a strategy educational sensitizing, which allowed reflection from the socio-health context, for the sake of a more humane start to life. Taking into account the intervention from Social Work, as an integrated method that reflects it is reflected from the patients to their families and the community that surrounds them.

**Keywords:** Social Work, Humanization, Health, Education.

## Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN .....	6
COMPONENTE 1 .....	6
COMPONENTE 2 .....	12
ACIERTOS METODOLÓGICOS Y DIFICULTADES .....	12
Aciertos .....	13
Dificultades .....	13
Aciertos metodológicos y dificultades .....	14
EVALUACIÓN DEL CAMPO DE PRÁCTICA .....	16
COORDIANCIÓN DE PRACTICAS DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL- UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA .....	16
UMI (UNIDAD MATERNO INFANTIL) FUNDACIÓN SOMA CHIGORODO-ANTIOQUIA .....	17
ASESOR INSTITUCIONAL .....	18
ASESORA ACADÉMICA .....	19
AUTOEVALUACIÓN .....	20
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	22
ANEXOS .....	25
CONTEXTUALIZACIÓN .....	25
CONTEXTO GEOGRÁFICO .....	25
CONTEXTUALIZACIÓN DEL CAMPO DE PRÁCTICA .....	27
MISION .....	28
VISION .....	28
POLITICA DE CALIDAD .....	28
OBJETIVOS DE CALIDAD .....	28
SERVICIOS QUE SE OFRECEN .....	29
CAPACIDAD INSTALADA .....	29
ÁREA DE INFLUENCIA .....	30
REFERENTE CONCEPTUAL .....	31
MATERNIDAD: .....	31
• NEONATO .....	31
• FAMILIA: .....	32
• SISTEMA DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO SIAU .....	34
DIMENSIONES .....	35

MARCO NORMATIVO.....	38
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	48
DISEÑO METODOLÓGICO .....	49
APORTES DE TRABAJO SOCIAL EN EL CAMPO DE PRÁCTICA PROFESIONAL.....	50
ROL DE TRABAJO SOCIAL UMI UNIDAD MATERNO INFANTIL FUDACIÓN SOMA CHIGORODÓ .....	51
MAPA DE PODER.....	52
DIAGNOSTICO .....	53
MEMORIA METODOLÓGICA .....	54
POBLACIÓN .....	54
REFERENTE TEÓRICO .....	55
REFERENTE CONCEPTUAL.....	57
GINECOBSTETRICIA:.....	57
HUMANIZACIÓN: .....	57
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO SIAU: .....	59
MARCO NORMATIVO.....	60
METODOLOGÍA.....	68
IDENTIFICACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA.....	70
CAUSAS .....	76
CONSECUENCIAS.....	77
PRONÓSTICO.....	78
RECURSOS.....	79
ACTORES .....	81
PROYECTO DE INTERVECIÓN .....	83
ATENCIÓN CON CALOR HUMANO “UNA ESTRATEGIA SENSIBILIZADORA” .....	83
UMI UNIDAD MATERNO INFANILTIL CHIGORODÓ, FUNDACIÓN SOMA.....	83
INTRODUCCIÓN .....	83
SUJETOS DE INTERVENCIÓN .....	85
JUSTIFICACIÓN .....	88
OBJETIVOS .....	91
OBJETIVO GENERAL .....	91
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	91
RUTA METODOLÓGICA .....	91

LÍNEA ESTRATÉGICA.....	93
Acción 1: .....	93
FUNDACIÓN SOMA, juntos por un inicio de la vida más humano.....	93
“Atención con calor humano” .....	93
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PROYECTO DE INTERVENCIÓN .....	97
PRESUPUESTO.....	99

## **INTRODUCCIÓN**

Al finalizar la práctica profesional de Trabajo Social se hace necesario y ético dar cuenta del todo el proceso realizado con sus frutos, dificultades, logros y reflexiones que generaron nuevos aprendizajes en la inserción al campo práctico del contexto hospitalario uno de los primeros campos prácticos explorados por el Trabajo Social pero que poco hay documentado.

Se realiza este informe donde en su primer momento dará cuenta de las acciones en el marco del mismo proceso acompañamiento, de acciones transversales durante todo el proceso de práctica; en un segundo momento se presentara la memoria metodológica del proyecto de intervención **ATENCIÓN CON CALOR HUMANO “UNA ESTRATEGIA SENSIBILIZADORA”**, proceso con el cual se le abrió campo al que hacer del Trabajador Social en la UMI (unidad materno infantil) FUNDACIÓN SOMA, Chigorodó-Antioquia.

Y por último se realiza una evaluación de los diferentes actores que convergieron en la realización del proceso práctico: la Universidad de Antioquia- Departamento de Trabajo Social en cabeza del actual coordinador de Prácticas y de la docente Rosangela Carmona quien nos acompañó como coordinadora hasta el semestre 2 del 2019, la Fundación SOMA como campo de práctica, el asesor institucional Jorge Mario Sánchez Rincones, Psicólogo de la Fundación y guía en el campo, la asesora académica Natalia Arroyave guía durante todo el proceso académico y mi inspiración por el amor al campo de la salud y mi evaluación como ejecutora del proceso.

## **COMPONENTE 1**

De manera aleatoria a la ejecución de mi proyecto , tuve la responsabilidad de realizar la socialización de los derechos, deberes a las pacientes durante la estancia hospitalaria, acción que quizás para muchas áreas sea inoficiosa o de poca importancia, pero desde Trabajo Social es el

escenario propicio para promover espacios de Reconocimiento de rutas, procesos, derechos, deberes y demás elementos que favorecen el reconocimiento del sistema de salud y el cómo moverse en el mismo, en este caso concreto lograr la conformación de la liga de usuarios de la institución, asociación que en 13 años de la inauguración de la fundación no había sido posible dado las condiciones de atención con las cuales se presta el servicio, donde las pacientes solo llegan a las instalaciones para ser atendida por su parto y después de un periodo no mayor a 36 horas, abandonan las instalaciones y no vuelven hacer uso de la misma.

El proceso de escucha consciente, y empática fue la clave, tras hacer la socialización de una forma Creativa, sencilla y amena pretendí, incluir a todas la diversidad de usuarias que atiende la fundación , desde las letradas e instruidas que fácilmente puede leer los folletos que les entregan y con gran fluidez realizar preguntas e incluso reflexionar acerca de alguna situación en la cual se le haya vulnerado algún derecho así misma o a una de sus compañeras, las que medianamente se han estrenado en la lectura y que ella sea por la apatía o porque ven que las cosas están muy lindas en el papel pero no se cumplen o no les interesa y que explota fácilmente ante algo que creen que está mal hecho pero no saben como defenderse, las que no tiene conocimiento de la lectura pero que les interesa saber que dice ahí, la de la etnia Emberá con toda su diversidad ( Chamí, Eyabida, Katío), que convergen en la región municipios cercanos, que si bien poco o mucho comprende el idioma español, desean saber que hay más allá de lo que el médico, ginecólogo, enfermera personal admirativo le están informando.

La dialogicidad me permitió recepcionar peticiones, quejas, reclamos y sugerencias, con una luz de esperanza y credibilidad por parte de las usuarias ya que sentía que alguien las estaba escuchando, alguien de ese monstruo, grande llamado clínica por muchas, por otras hospital de pacotilla, se interesaba en saber que les estaba pasando y porque tenían esa molestia, alguien que

les explique el porqué de la demora en las remisiones y no solo escuchar “está en trámite hay que esperar” lo que posiciono un escenario de escucha y de relación bidireccional, donde ambas partes se reconocen como sujetos esenciales en la relación de salud y cuidado de la vida. Se posiciona este encuentro como un lugar para el agenciamiento de derechos y el reconocimiento del uso y la potencia de los mismos, desde el seguimiento la reclamación y la garantía del mismo, permitiendo la promoción del lugar de esas madres y gestantes como sujetos de derechos...

Es un logro la creación de la asociación de usuarios desde una perspectiva de derechos ya que permite, tener mayor exigibilidad de procesos frente a ministerio de salud y supersalud; sumado al empoderamiento de las pacientes en el momento de formular una queja, ya que retoman lo aprendido en la socialización y citan textualmente “me están violando un derecho y es.... Como lo dice en el folleto”, es una satisfacción porque es la evaluación que de una u otra forma están haciendo las usuarias de lo que está establecido en los documentos formales de la institución y lo que se practica. Lo que ha dado lugar a la gestión debida y oportuna de los procesos, desde la dirección como corresponde en el diseño del protocolo de pqr, lo que ha demás permite que desde esas esferas de poder y de configuración de lo administrativo se reconozca la necesidad y el sentir del usuario real que hace uso de la IPS y exigibilidad de su derecho.

En el trascurso de esta práctica, he comprendido tanto a las usuarias, familiares personal asistencial y administrativo (SIAU-ADMISIONES), como sujetos de derechos, autónomos, conscientes de su realidad social, sujetos integrales con capacidades, habilidades y saberes, son actores que se relacionan en la esfera social y que han asimilado distintas problemáticas y



conflictos que atraviesan sus escalas de vínculo de relacionamiento socio-afectivo familiar, laboral e institucional.

Dentro de los retos que le quedan a la **FUNDACIÓN SOMA**, en cuanto a la liga de usuarios es mantenerla el tiempo ya que es una población bastante flotante, sus intereses por los servicios pueden desaparecer por simplemente no necesitarlos mi sugerencia ha sido enganchar las convocatorias a las reuniones a una capacitación de un tema que sea necesario y llamativo para las usuarias; parte el temario a desarrollar podría ser:

- Motricidad en los primeros años de vida.
- Pautas de crianza.
- Inserción a los primeros alimentos gruesos del infante.

Estos sumados a los de formación en mecanismos de reclamación:

- Cuáles son los mecanismos y para qué sirve
- ¿qué es una tutela? Y como se realiza.
- ¿qué es un derecho de petición? y como se realiza.

Esta sugerencia podría mantener la asociación de usuarios con movilidad y participación, ya que con esto se puede crear un sentido de pertenecía por la institución y un acto de corresponsabilidad USUARIA-INSTITUCIÓN-USUARIA.

Otra de las acciones que acompañe dentro del proceso de practica fue el apoyo al proceso de lactancia, allí desarrolle charlas de inducción a lactancia materna, cuidados del neonato en

compañía de mi asesor institucional, donde se evidencio los miedos, mitos y arraigos culturales en todas las madres lactantes, en este acompañamiento más que conocer su punto de vista, me permitió interactuar aún más con ellas, Generando una relación empática una empatía que permitió en muchas ocasiones ir más allá de solo la lactancia, llegar a entender quizás el por qué el rechazo a lactancia e incluso a mismo bebe, al realizar este proceso con Psicología genero la oportunidad, que en sus historias clínicas quedara la nota de una consulta por EPS, para el manejo de ese diagnóstico.

También otro proceso, fue la revisión por las acciones que acompañe, de documentos oficiales de la institución, Donde se pudo reconocer en algunas ocasiones que existe incongruencia entre lo que está escrito y lo que hay en la institución, Situación que generaba aumento en las quejas y confrontaciones con el personal de vigilancia, SIAU y admisiones. Así mismo acompañamiento en calidad de observadora a simulacros previamente programados por la ARL SURA y capacitación de bomberos frente a manejo de extintores en un conato de incendio por los diferentes factores de riesgo.

Es muy significativo hablar de procesos De atención en salud, que humanicen y trasciendan que trasciendan a las lógicas de formulación desde el escritorio sin lectura de la realidad del contexto, ni de las necesidades e intereses de la población. Trabajo Social es una profesión humana que apuesta siempre a procesos intencionados, reuniendo la triangulación de intencionalidades (institución-sujeto-población). En la intervención la FUNDACIÓN SOMA, he estado observando las relaciones y formas de socialización en las diferentes áreas, evidenciando las situaciones conflictivas, problemáticas y las formas de mediación del conflicto.

Uno de mis mayores aprendizajes en el campo de práctica es que la realidad hospitalaria colombiana es compleja y precaria, está en constante movimiento y los procesos están mediados

por diversos poderes y Y procesos de orden administrativo que muchas veces en vez de potenciar la atención, la limitan , la complejizan o la llegan hasta considerar en muchas ocasiones inalcanzable para el usuarias, también que en el marco de cumplir con metas e indicadores se tiende a realizar acciones más que procesos y que se limitan de acuerdo a las voluntades e intenciones de la institución Y más cuando en muchas ocasiones del cumplimiento de esos indicadores dependen recursos, en términos de pagos, entre otros aspectos.

Así mismo a nivel personal he desarrollado o fortalecido habilidades, destrezas y estrategias para la comunicación Asertiva y empática, Para procesos de mediación y para el trámite de emociones en procesos que pueden ser estresantes y conflictivos. Al igual que la escucha y empatía como ejes fundamentales en la intervención con las pacientes y el personal asistencial y admirativo de la institución.

En medio del proceso proactivo también sentí frustración y un poco impotencia frente a lo que hoy se denomina IVE, en las Sentencia C-355, una ley colombiana con bagaje amplio, ley colombiana, donde cita aspectos como la edad gestacional, y la objeción de conciencia solo aplica para el ginecólogo, médico que lo va a practicar, los Trabajadores Sociales y Psicólogos somos quienes generamos el diagnóstico de la causal por *riesgo psicosocial* no poseemos ni el tiempo ni las herramientas que nos apoye en el dictamen, nuestra intervención es necesaria para maneja procesos de acompañamiento del impacto de los equipos que acompañan tal proceso.

Por otro lado, en el campo ya de una acción transversal y pensada en la lógica de proceso. Se desarrolló el proyecto de intervención, que partió previamente de un serio proceso de diagnóstico .Del proyecto puedo decir que en la medida de lo posible se avanzó con los indicadores y objetivos propuesto en el proyecto de intervención, esto, por los mismos tiempos de los procesos; de la realización de los talleres en dentro de la institución y los procesos ajenos a

ella como en este caso es el Covid-19., una pandemia global que llego para paralizar no solo las practicas académicas sino, las prácticas culturales, sociales, laborales y relacionales de todo los continentes.

## **COMPONENTE 2**

Mi proyecto de intervención ATENCIÓN CON CALOR HUMANO “UNA ESTRATEGIA SENSIBILIZADORA” FUNDACIÓN SOMA CHIGORODÓ, está enmarcado en la necesidad latente que existe en el sistema hospitalario Colombiano o IPS, como en este caso es la institución, por una atención que cuestione y evalúe las actuaciones laborales, que realizan los profesionales del área de la salud, frente al trato humano; así mismo generar espacios de reflexión que permita que el profesional se Tenga un espacio donde dar trámite o procesar la carga emocional que muchas veces genera su trabajo y Pueda exponer sus apreciaciones , Y generar o potenciar un espacio donde los demás compañeros puedan apoyarse.

### **ACIERTOS METODOLÓGICOS Y DIFICULTADES**

Acompañamiento al personal del área asistencial y administrativa en la sensibilización, reconocimiento y apropiación de la humanización y la comunicación asertiva como ejes transversales en el mejoramiento de la calidad del servicio prestado, “el inicio de la vida con un valor más humano”. Para esta estrategia se plantearon dos líneas de acción.

FUNDACIÓN SOMA, juntos por un inicio de la vida más humano. “Atención con calor humano”, para esta línea, se planteó como meta, que el 50% de los sujetos de la intervención el personal asistencial de ginecobstetricia, participa en la tertulia y genera Procesos de reflexión de reflexión acerca de la humanización en servicios de salud, hoy como fecha del 18 de marzo del 2020 ha un mes de terminar el campo de práctica se logró que el 48 % del personal asistencial y

participara activamente de las lecturas y tertulias de carácter reflexivo. De lo que se puede concluir que la meta fue cumplida en un 20%, ya que se deja capacidad instalada mas no ejecutada.

### **Aciertos**

A partir de la lecturas reflexivas que incluían casos típicos y normales en el servicio de urgencias prestado por diversas entidades, que tenían por finalidad llevar la reflexión las prácticas diarias en la fundación y la sensibilización de la humanización en cada una de las labores, se pudo evidenciar que este espacio fue propicio ya que los seres humanos al no sentir que no están juzgando sino que estamos Generando espacios de reflexión más abiertos y sin prejuicios a otros pares, llegamos a Conversaciones más profundas identificando que elementos, emociones, percepciones que mueven las motivaciones de nuestras prácticas diarias, dejando en evidencia eso que sabemos que se debe hacer, pero lo pasamos por la prisa, por el estrés, por lo Mecánico que muchas veces se convierte nuestra profesión.

En el 30% de las participaciones obtenidas, se les solicito a los asistentes que narraran que situaciones similares se le habían presentado en el ejercicio de sus labores, llegando así a reflexionar que estamos practicando como institución de humanización en el servicio de salud.

### **Dificultades**

La dificultad que se ha presentado a lo largo de la implementación de esta línea radica, en el sentimiento de incomodidad que se genera en el personal asistencial cuando, se les pide que con sus palabras narren las experiencias similares o afines a la lectura que hallan vivenciado en la institución, en el quehacer diario de las prácticas realizadas. Ante esta situación acudo a la naturalización, la comunicación horizontal y al dialogo de saberes, argumentando que todos

poseemos experiencias que es lo que nos hace diversos y que no todos sabemos de los mismo temas, por tanto existen cosas que vamos a desconocer y es completamente natural y que cada día aprendemos, reaprendemos y desaprendemos como seres humanos que somos y estamos en permanente construcción profesional y personal.

### **Aciertos metodológicos y dificultades**

En la comunicación esta la interacción Segunda estrategia del proyecto “FUNDACIÓN SOMA, JUNTOS HACEMOS MÁS”, más allá que tener un balance, como lo he hecho en la anterior acción, es una reflexión, del que hacer del Trabajador Social, ante las dificultades presentadas en el desarrollo de las actividades propuestas dentro de un cronograma.

Lo particular de esta acción, está justo en la fecha que se tenía para darle inicio dentro del cronograma de mi proyecto de intervención, el día 16 de Marzo del 2020, justo este día comienza mi cuarentena por complicaciones de salud, un cuadro gripal de más 10 días, justo en el momento por el cual está pasando el Covid-19 no había pasado mucho tiempo cuando surgió el anuncio que por parte del departamento de Trabajo Social quedaban suspendidas las practicas por lo mismo Covid-19 y el interés del estado de salud de nosotros los estudiantes el alma de la Universidad de Antioquia. ,el virus que se convirtió en pandemia global y hoy tiene en Jaque a grandes potencias como China, Italia EE.UU, en un colapso de su red hospitalaria, y lo que parecía solo ser algo del mundo occidental hoy ya está en Colombia, y siendo mi campo de prácticas un contexto hospitalario lo más recomendable fue el aislamiento en casa, al principio lo tome como un alivio pues tenía mis hijas en casa debido a lo mismo Covid-19, y el Presidente Duque, anuncio justo la noche anterior que los Colegios no asistirían a clases para evitar la propagación. Pero poco después llego la incertidumbre de que voy hacer con mis prácticas y los tiempos de la ARL, Hoy más preocupación por no haber desarrollado esta segunda línea, Me

queda la inquietud y si solo los respiradores que tenemos son para Neonatos una urgencia de un niño de 3,4 o 9 meses quien lo atenderá? que pasara con la cobertura hospitalaria que aun sin pandemia no alcanza? Que pasara con los elementos de bioseguridad que no están disponibles para los médicos y demás equipos de salud para prestar su atención al menos en condiciones de seguridad?

Hoy es una realidad que los campo de práctica se cierra, que nos faltaron solo 3 semanas , para un ci adecuado del proceso de finalización... la cuarentena y las demás mediadas asociadas a la contingencia , imposibilitaron desarrollar las acciones planteadas, sin embargo acudiendo a mi compromiso ético político, diseñe para poder cumplir de alguna manera responsable y profesional con mi accionar, una cartilla a la fundación con las temáticas no abordadas y las temática ya abordar para que en su momento el personal de la clínica las pueda desarrollar , la igual que servirá de base mis productos académicos como base para una futura prácticas de trabajo social, que espero que este campo no se cierre , y aunque fue gestión propia, la coordinación de regionalización de prácticas siga en contacto y se siga potencializando el campo de intervención en salud en la región, que permitió el aprendizaje en el tema teórico, frente a rutas de salud, mecanismos de reclamación de derechos, en este campo de Trabajo Social donde hay una presencia pero no se reconoce no se valora, que no se reflexiona de su multiplicidad a la hora de intervención, no se publica, no se sistematiza pero que existe un saber valioso.

## **EVALUACIÓN DEL CAMPO DE PRÁCTICA**

### **COORDIANCIÓN DE PRACTICAS DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL- UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA**

La coordinación de prácticas de regionalización, durante el proceso de mi inserción a campo y culminación del mismo estuvo acompañado de dos docentes, en el periodo comprendido de febrero del 2019 a diciembre del mismo, por la docente Rosangela Carmona, quien fue en quien su momento gestiono los campos prácticos y su inserción al mismo en este caso debo de anotar que mi proceso también fue en tres momentos.

Mi primera inserción a campo práctico se dio en la alcaldía municipal de Chigorodó, en el programa de jóvenes, y aunque desde su inicio en marzo se comenzó a dar alertas que el campo no propiciaba las garantías para el desarrollo de una práctica, por estar inmiscuida en temas electorales, que buscaba instrumentalizar el desarrollo de la misma; estas alertas no fueron tomadas en cuenta por parte de la coordinación, dejando así una apreciación de abandono y poco interés lo que entorpeció el curso de la misma, ya que no se tuvo una postura por parte de la coordinadora que propendiera por el mejoramiento de las condiciones o su finalización; dando como resultado un cambio de campo práctico terminado el primer periodo de los tres que componen el desarrollo de la misma dentro del departamento.

El segundo momento está comprendido entre el cierre del campo y la búsqueda de un nuevo campo, ante la postura de la coordinación de un no al cambio, no se tuvo acompañamiento en este proceso; y aunque en un inicio se dijo por parte de la coordinación la multiplicidad de escenarios que nos requerían, esto quedó reducido a 4 instituciones a nivel regional, el nuevo campo se gestionó por parte de la estudiante y su inserción fue un poco engorrosa, ya que desde la coordinación no tenían conocimiento de los requisitos mínimos que exigían en un contexto



hospitalario así que inicio se dio para un 20 de agosto del mismo año empezando así el segundo periodo del tiempo práctico.

El tercer momento está acompañado por el hoy coordinador de prácticas de regionalización Manuel Alejandro Ríos, esta etapa es de coyunturas, el acople a nuevas directrices poco claras, el cierre del campo por situación de pandemia global, sin una postura clara por parte de la coordinación dejando a los asesores académicos y a los mismos estudiantes quien sean los que dignifiquen este cierre deja bastante sinsabores y una coordinación de prácticas regionalización por evaluarse y reinventarse en cada uno de los territorios y contextos.

Trabajo Social en regiones no es solo comisaria de familia y programas sociales en las alcaldías municipales, nuestra profesión permite una multiplicidad de acciones encadenadas a estrategias macro en diferentes organizaciones de índole privado y social. Por otro lado, considero, de vital importancia que el departamento en cabeza de la coordinación de prácticas posicione el área de la salud, como un campo de intervención que posibilita la generación de nuevos conocimientos y la creación de nuevas metodologías, procesos a los cuales durante el proceso formativo no se tiene la oportunidad de acercamiento, generando así, la desmitificación del campo ya que en el imaginario existe la idea que en su mayor medida es asistencialista y de corte administrativo, desconociendo las amplias posibilidades que este campo nos ofrece como Trabajadores Sociales.

### **UMI (UNIDAD MATERNO INAFANTIL) FUNDACIÓN SOMA CHIGORODO-ANTIOQUIA.**

Partiendo desde la experiencia vivida, considero que la FUNDACIÓN SOMA se constituye como un excelente campo de práctica profesional, en cuanto a sus dinámicas y características de la población que atiende dentro del contexto hospitalario y sin servicios de urgencias, pero en atención constante durante las 24 horas del día de la urgencia, más humana el

parto además las características de la población que atiende constituye como un excelente campo de práctica profesional, en tanto sus dinámicas y las características particulares de la población que atiende maternas y neonatos de los municipios de la región de Urabá, Urabá chocoano, Urabá cordobés y dos municipios del occidente antioqueño,.

Lo que permite poner en función del quehacer profesional los conocimientos adquiridos durante la formación exigiendo habilidades para el trabajo con individuos, familia, grupo y comunidades y llegando desde todos los tipos de intervención asistencial, promocional, preventiva y educativa (Vélez, O. 2013 p. 69), siendo esta última la más fuerte en la formación de usuarios empoderados de los servicios prestados por las instituciones de salud. Lo que implica desarrollar destrezas y empatía para comprender las situaciones, identificar las necesidades, movilizar recursos y buscar alternativas de intervención.

Cabe anotar que en la fundación no posee un Trabajador Social, mas sin embargo es un campo al cual por medio de esta práctica se deja capacidad instalada para el que hacer de la profesión desde un modelo de intervención educativo, lo que permitirá la llegada de nuevos practicantes que renueven y potencializando lo realizado.

#### **ASESOR INSTITUCIONAL.**

En cuanto a mi asesor institucional, Jorge Mario Sánchez Rincones, Psicólogo de la fundación, acompañó permanentemente el proceso de práctica, desde el primer día estuvo dispuesto, a realizar un trabajo mancomunado desde Psicología y Trabajo Social y transmitirme su experiencia a nivel personal y profesional, teniendo como propósito lograr evidenciar la diferencia del quehacer profesional el psicólogo y del Trabajador Social, en la Fundación. Es así como se convirtió en el lapso del tiempo de prácticas en un guía, contradictor de teorías y metodologías, un receptor de nuevos aprendizajes en los espacios de intervención. Es que cabe

resaltar que ambos en diferentes circunstancias fuimos pioneros en nuestras profesiones, en ejercer en la institución y no ha sido fácil pero sigue siendo un reto. La relación que se tejió entre ambos fue de respeto y reconocimiento de saberes, lo que permito una retroalimentación constante de la delgada línea limítrofe de cada una de las áreas. Tuve la oportunidad de compartir espacios de capacitación y ver reflejado en el que los obstáculos nos lo colocamos nosotros mismos como seres humanos, que no hay mas quien sepa de mi labor que uno mismo.

“Un hombre aproximadamente de 1. 92 mts, de contextura gruesa de procedencia costera, ejerciendo el rol de educador en lactancia materna a mujeres, que se supone por creencia cultural, saben su labor que es propia de ella, y de nadie más”, ver cómo se las ingeniaba para explicarles que era un pezón invertido y que estas accedieran a mostrarlo sin miedo, verlo en el rol de educador en la UCIN en la sala de canguraje cuando los bebés podrían medir 20 veces menos que el, ayudar a mamás para que su bebé pusiera agarrar el pezón en una zona donde el machismo es abundante, es valioso y esa labor no se puede perder. Me enseñó que no es quien lo haga, es como lo haces.

Por otra parte es un reto para el como profesional del área de ciencias sociales y humanas, apoyar el posicionamiento de este campo de práctica, si bien es un proceso de doble vía (SOMA-Universidad-SOMA), considero importante que desde la solicitud de las agencias de prácticas se tenga en cuenta la existencia de un profesional del área para que sea un proceso se dé aprendizajes teóricos-metodológicos como lo fue este.

### **ASESORA ACADÉMICA**

Mi asesora académica Natalia Arroyave Y generar o potenciar un espacio de ... Botero, más que asesora fue guía, fue el riel tras riel para construir esta gran vía férrea que es el campo de práctica, inicialmente en él, programa de jóvenes de la alcaldía municipal de Chigorodó, y

luego en la FUNDACIÓN SOMA, como asesora logro transmitir ese gran amor y pasión que tiene por esta profesión Trabajo Social, por el campo de la salud desde su experiencia como mejor fuente de verificación, abre un abanico de posibilidades para la intervención profesional.

Como profesional en el área, compartió su amplio conocimiento, el cual contribuyo a mi formación integral, teniendo siempre una postura crítica y ético-política de los contextos y las situaciones presentadas, a trascender de lo que inicialmente percibimos, a no quedarme con una sola versión de la realidad.

Asimismo genero espacios de reflexión, que me permitieron reconocermme como persona y profesional, con saberes propios y saberes aprendidos de todas y cada uno de los espacios en los cuales he estado, cada uno marcando mi historia con sentimientos emociones y miedos, los cuales debo de aprender a identificar y sanar cuando estos han dejado heridas, para así poder intervenir y construir otras realidades, de la mano de otros, y sin generar juicios de valor por algún motivo.

Permanentemente estuvimos en contacto, se llevaron a cabo varias asesorías que permitieron el desarrollo y cumplimiento del sistema evaluativo de la práctica, resalto la disposición constante que tuvo para resolver dudas y para acompañar emocionalmente el proceso.

## **AUTOEVALUACIÓN**

La elección de este campo de práctica, estuvo motivada por el interés de acercarme a lo que para mí era desconocido, No puedo negar que me sentí atraída por eso que nunca me hablaron durante mi proceso formativo, a que era eso que le tenían tanto miedo, a que era eso de lo que no querían ni hablar, así mismo reconozco que inicie este camino con muchos temores, miedos, incertidumbre, pero es aquí donde puse a prueba lo aprendido durante todo mi proceso

de formación, esto desde lo profesional y desde lo personal el juego de emociones de que es lo que me toca y me hiere , pero debo aprender a sanar.

Es así, como pude ratificar el compromiso y amor que le tengo a esta profesión Trabajo Social, por ello durante todo el proceso existieron tres factores determinantes en la institución como guías; uno, pude comprender que no todo está escrito al momento de intervenir, que cada sujeto es diferente, cada necesidad y situación varía de acuerdo al contexto del que provenga la paciente; esto me movilizo a leer más, investigar a otras fuentes que llenan de conocimientos la intervención.

Me deconstruí como persona de fe religiosa y comencé a generar reflexiones desde el quehacer profesional, pero desde una postura ético-política no mediada por razones de creencias y si de experiencia, me auto reconocí como profesional que se debe a los sujetos con los cuales se realiza cada una de las intervenciones, es así como, mi proceso de intervención con las pacientes-usuarias estuvo basada en la escucha y con esta lograr la comprensión de las realidades que cada uno traía consigo, dejando los juicios de valor de lo que es bueno y lo que es malo , para quien lo es, pero sin entra a justificar determinadas acciones frente a diferentes situaciones.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Acosta Ramírez, M.L, Bohórquez Velasco, M.Y, Duarte Garzón, f, e. González Osorio, A, Rodríguez Hoyos, C, I. (2014) trabajo social en el área de salud perfiles y competencias profesionales básicas en el área de salud. Minsalud, Recuperado de:  
[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Trabajo%20Social%20en%20el%20Sistema%20de%20Salud%20Colombiano\\_Octubre2014.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Trabajo%20Social%20en%20el%20Sistema%20de%20Salud%20Colombiano_Octubre2014.pdf).
- Alava, L, Lino, L, & Anchundia, V. (2017). Las funciones del trabajador social en el campo de salud. Contribuciones a las Ciencias Sociales, (2017-04). Recuperado de:  
<http://www.eumed.net/rev/cccss/2017/02/portoviejo.html>.
- Albert, V., Bajoit, G., Franssen, A., & Walthery, P. (1997:17). El oficio del Asistente Social (Análisis y pistas de acción). Revista de Trabajo Social Perspectivas, notas sobre intervención y acción social (5), 17 -30.
- Albert, V., Bajoit, G., Franssen, A., & Walthery, P. (1997:17). El oficio del Asistente Social (Análisis y pistas de acción). Revista de Trabajo Social Perspectivas, notas sobre intervención y acción social (5), 17 -30.
- Amelotti, F., & Fernández, N. (2012). Estrategias de intervención del Trabajo Social en salud a nivel Interinstitucional. Margen, edición digital, (66). Recuperado de:  
[https://www.margen.org/suscri/margen66/02\\_amelotti.pdf](https://www.margen.org/suscri/margen66/02_amelotti.pdf).
- Amelotti, F., & Fernández, N. (2012). Estrategias de intervención del Trabajo Social en salud a nivel Interinstitucional. Margen, edición digital, (66). Recuperado de:  
[https://www.margen.org/suscri/margen66/02\\_amelotti.pdf](https://www.margen.org/suscri/margen66/02_amelotti.pdf).

- Bermejo, C (2003) “Propuesta para humanización de la salud: cuestión de dignidad” Ponencia presentada en el “Primer simposio Internacional de Humanización en la Salud”. Medellín Colombia.
- Bermejo, C (2004) ¿Qué es Humanizar la Salud? BioéticaOrg. Recuperado de <http://www.cbioetica.org/revista/42/422800.pdf>.
- Chigorodó. Territorialidades y multiculturalismo. Proyecto cátedra municipal. Gómez, R. (2018). Clases de Planeación y Gestión del Desarrollo. Marzo 16 – 17.
- COLOMBIA. CONGRESO. Constitución Política de Colombia 1991. Bogotá: El Congreso, 1991. Recuperado de: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Documents/Constitucion-Politica-Colombia.pdf>
- Familias y Terapia familiar. Barcelona: Granica. • Parsons, T. (1988).
- Franco, N. E. M. (2007). Promoción y desarrollo humano: su relación actual con el trabajo social en salud. Trabajo Social, (9) Recuperado de: [file:///C:/Users/Uniminuto/Downloads/Promoci%C3%B3n\\_y\\_desarrollo\\_humano.pdf](file:///C:/Users/Uniminuto/Downloads/Promoci%C3%B3n_y_desarrollo_humano.pdf).
- Franco-Giraldo, Á. (2015). El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). Facultad Nacional de Salud Pública, 33(3), 414-424. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v33n3/v33n3a11.pdf>.
- Gómez, P. M. (2002). Mary Richmond. Su libro " Diagnóstico social" casi un siglo después. Trabajo social hoy, (35), 21-38. Recuperado de: [http://eprints.ucm.es/5674/1/Revista\\_T\\_Social\\_Hoy\\_35\\_M.\\_Richmond.pdf](http://eprints.ucm.es/5674/1/Revista_T_Social_Hoy_35_M._Richmond.pdf)

Leichsenring, K. (2009): “La atención integral como base de los sistemas emergentes de asistencia de larga duración en Europa”, en Arriba, A y Moreno, FJ: El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos, IMSERSO, 2009.

Ley 1098. Código de infancia y adolescencia congreso de la república, Bogotá, Colombia, 8 de noviembre de 2006 recuperado de:

[https://www.oas.org/dil/esp/Codigo\\_de\\_la\\_Infancia\\_y\\_la\\_Adolescencia\\_Colombia.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/Codigo_de_la_Infancia_y_la_Adolescencia_Colombia.pdf)

Ley 12. Ratificación sobre la convención de los derechos del niño congreso de la república, Bogotá, Colombia, 22 de enero de 1991. Recuperado de:

[https://www.oas.org/dil/esp/Convencion\\_Internacional\\_de\\_los\\_Derechos\\_del\\_Nino\\_Colombia.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/Convencion_Internacional_de_los_Derechos_del_Nino_Colombia.pdf)

Organización de las naciones unidas. Declaración de los derechos de los niños de 1959. Recuperado de: <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

Organización de las Naciones Unidas. (2008). Declaración Universal de los Derechos Humanos.

United Nations. Recuperada de: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>

Perfil Municipio de Chigorodó. (s.f). Recuperado de:

[http://prevencionviolencia.univalle.edu.co/observatorios/antioquia/chigorodo/archivos/perfil\\_chigorodo.pdf](http://prevencionviolencia.univalle.edu.co/observatorios/antioquia/chigorodo/archivos/perfil_chigorodo.pdf)

Toffler, A. (1997). La Tercera Ola. España: Plaza y Valdés.



## ANEXOS

### CONTEXTUALIZACIÓN

#### CONTEXTO GEOGRÁFICO

La historia de un municipio va más allá de nombrar la fecha de su fundación, implica contar los momentos que llevaron al establecimiento del lugar, ubicación y cultura; la zona de Urabá es conocida por ser el lugar por donde entraron los primeros pobladores de Colombia, es un lugar diverso, un hogar a miles de personas de todo el país; los primeros colonizadores de la zona llegaron en 1870 buscando de tagua y comenzaron a aprovechar las tierras fértiles, que los proveía además de la tagua con madera, caucho y raicilla de ipecacuana, de hecho, se dice que los primeros pobladores de Chigorodó fueron los tangueros Teodosio Zúñiga e Ismael Segura, seguidos por Juan Arango; aunque se cuenta que las tierras que conforman el municipio fueron “descubiertas” por Juan Badillo y Francisco Cesar en 1537<sup>1</sup>, es necesario tener en cuenta que ya había presencia de comunidades indígenas y la historia que se cuenta es desde una perspectiva occidental.

El nombre de Chigorodó es de origen Emberá Katío que significa Rio de Guadua, sin embargo, según la tradición oral este no ha sido el único nombre que el municipio ha tenido, cuentan que el primer nombre que los colonos le pusieron a la localidad fue “Nombre de Dios” ya que allí encontraron el caucho y la tagua que tanto habían buscado, otra versión dice que el nombre que se le designo fue “Bujío” en honor al pájaro que los recibió, mientras otras dicen que fue llamado “Crucero”, ya que era un cruce de caminos que dirigía a Turbo. Tiempo después se

---

<sup>1</sup>En la región de Urabá, la serranía de Abibe (en 1059 el congreso decreto el establecimiento de una reserva floresta en la serranía) es el territorio que ancestralmente han habitado los indígenas Emberá eyabida y Chamí,

realiza una segunda fundación, ya que el primer caserío fue destruido<sup>2</sup>, y lo nombran “Sitio Nuevo”, sin embargo, es Chigorodó, nombre dado por los Emberá al río que lo cruza, el que atraviesa los años y permanece como única denominación.

Actualmente Chigorodó está localizado al noroeste del Departamento de Antioquia, la cabecera se encuentra a una altura de 34 m.s.n.m y la temperatura promedio en la cabecera es de 28 °C. Posee una extensión geográfica de 608 Km<sup>2</sup> de los cuales 3 Km<sup>2</sup> son urbanos y los 605 Km<sup>2</sup> restantes corresponden al área rural. La extensión del municipio de Chigorodó es de 608 km<sup>2</sup>, de los cuales 580 corresponden a clima cálido y los otros 28 restantes a clima medio. (Plan de desarrollo municipal).

Fue erigido municipio en el año de 1912 y está conformado geopolíticamente por una zona urbana, un corregimiento, Barranquillita y 32 veredas entre las que se encuentran algunas muy desarrolladas como las veredas: El Venado, Guapa y El Vijao. La población asciende a 76.202 habitantes de los cuales el 30% de ellos, oscilan en edades entre los 14 y 28 años, que para la política pública de juventud son el Objeto de intervención.

Chigorodó limita al norte con el Municipio de Carepa, por el oriente con las cumbres de la Serranía de Abibe, límite con el departamento de Córdoba; por el sur con el Municipio de Mutatá, y por el oeste con el Municipio de Turbo. (Plan de desarrollo municipal).

El municipio de Chigorodó, Antioquia a través del plan de gobierno 2016-2019 nos proporciona una cifra un poco preocupante y alarmante frente a la cobertura en salud, del total de la población del municipio solo un 51.20% se encuentra afiliada al régimen subsidiado, el 35.54% al régimen contributivo y el 13.26% restante se encuentra en la categoría de población

---

<sup>2</sup> Existen diferentes versiones sobre lo ocurrido, la primera habla de un maremoto que ensancho el cauce del río Chigorodó y se llevó las casas existentes; la otra versión cuenta que un movimiento sísmico hizo que el cauce del río León se creciera y se formara la laguna Tumaradó y las lomas del Cuchillo, inundando completamente el caserío.

pobre no afiliada y si sumamos estas cifra con los demás municipios de la región del Urabá es significativa frente a la poca cobertura y acceso que tiene la población a los servicios de salud.

## **CONTEXTUALIZACIÓN DEL CAMPO DE PRÁCTICA**

### **UMI Unidad materno infantil Chigorodó, FUNDACIÓN SOMA.**

Somos una fundación que creó LA UNIDAD MATERNO INFANTIL DE CHIGORODÓ con el fin de proyectar su labor social a las regiones más marginadas en cuanto a accesibilidad de servicios médicos especializados, escogiendo para ello la subregión de Urabá en el Departamento de Antioquia, la cual presenta los indicadores más críticos de salud pública, especialmente en las altas tasas de mortalidad materna y perinatal.

Se consideró reabrir la UNIDAD MATERNO INFANTIL DE CHIGORODÓ, ubicada en el municipio con su mismo nombre, por ser un sitio estratégico y equidistante para los 21 municipios que conforman el Gran Urabá, además de los 3 municipios del Occidente Antioqueño cercano a esta subregión. Esta entidad de salud que hacía falta, se constituyó con unas condiciones que garantizan su operatividad y cumplimiento de objetivos.

Se requirió indispensablemente que fuera una institución sin ánimo de lucro, del tipo fundacional, para asegurar su solidez, universalidad, equidad y que reinvierta sus utilidades en servicios a la comunidad, decidiéndose entonces emprender dicho propósito a través de la Fundación Social de la CLÍNICA SOMA, FUNDACIÓN SOMA. Renace entonces la UNIDAD MATERNO INFANTIL DE CHIGORODÓ, de manos de la FUNDACIÓN SOMA, abriendo sus puertas al servicio a partir del 14 de mayo de 2009.

## **MISION**

La UMI es una Institución Prestadora de Servicios de Salud de tercer y cuarto nivel de complejidad, privada, sin ánimo de lucro, con capacidad para ofrecer a la comunidad del Urabá Antioqueño, Chocoano y Cordobés servicios médicos en Gineco-obstetricia y Neonatología, con un equipo médico caracterizado por su gran sentido de la ética, su idoneidad y responsabilidad, quienes brindan una atención cálida, oportuna y segura, apoyados por colaboradores y benefactores comprometidos con la proyección social de la FUNDACION SOMA.

## **VISION**

La Unidad Materno Infantil de Chigorodó trabaja para lograr ser la primera institución a nivel Regional que ofrece servicios de salud especializados a las madres y a los recién nacidos; reconocida nacional e internacionalmente por su proyección social y la calidad en la atención, basados en un modelo de administración y de prestación de servicios eficiente, seguro e innovador, para mejorar la calidad de vida de la comunidad.

## **POLITICA DE CALIDAD**

Prestar servicios integrales de salud en forma eficiente, confiable, segura y rentable, en búsqueda del mejoramiento continuo a través de un equipo humano ético y competente, capaz de brindar una atención amable, eficaz y oportuna, ofreciendo al usuario y su familia información suficiente y permanente que les genere confianza en nuestros servicios, disponiendo además de infraestructura y tecnología adecuadas para ser competitivos, orientados a la satisfacción de las entidades del Sistema de Seguridad Social en Salud y los usuarios.

## **OBJETIVOS DE CALIDAD**

- Aumentar los ingresos rentablemente
- Mejorar el desempeño de los procesos

- Brindar atención segura en salud y mantener permanente y suficientemente informados a nuestros usuarios
- Lograr que el personal de la Unidad Materno Infantil Chigorodó sea suficiente y cuente con las competencias necesarias para el desarrollo de su trabajo.
- Mejorar la cultura de servicio al cliente y al usuario de la Unidad Materno Infantil
- Mantener y mejorar la infraestructura

### **VALORES INSTITUCIONALES**

1. Compromiso
2. Responsabilidad
3. Actitud de servicio
4. Ética
5. Honestidad
6. Respeto
7. Solidaridad

### **SERVICIOS QUE SE OFRECEN**

- obstetricia ·
- cirugía ginecobstetricia
- unidad cuidados neonatales ·
- hospitalización

### **CAPACIDAD INSTALADA**

La FUNDACIÓN SOMA cuenta con la infraestructura de la UNIDAD MÉDICA la cual se remodeló y acondicionó en la forma debida para la prestación de este tipo de servicios

especializados. Estas instalaciones han sido dotadas con equipos de última generación en cantidad suficiente para atender la demanda requerida por los usuarios.

### **ÁREA DE INFLUENCIA**

La socialización del proyecto permitió definir como área de influencia para la cobertura asistencial de sus servicios, la siguiente:

Municipios del Urabá Antioqueño, Chocoano y Cordobés.  
Municipios del Occidente Antioqueño cercanos a Urabá.

La FUNDACIÓN SOMA Chigorodó está enmarcada en la atención de maternas y neonatos, pese la razón social de la fundación y su razón de ser dentro de las IPS prestadoras del servicio de la salud en la región, no se brinda una atención integral a las maternas dado que el área psicosocial solo interviene en casos de menores de edad o cuando el personal médico informa de algún caso excepcional.

La fundación realiza el proceso de acompañamiento a lo que es un neonato en UCIN, cuando el parto es atendido dentro de las instalaciones de la institución y se le permite a la madre estar en hospitalización entre 1 y 3 días después del parto antes de ser dadas de alta y empezar con ellas el proceso de madres canguro. Pero cuando el neonato nos llega remitido de otra institución solo se le brinda el acompañamiento en la introducción al programa madre canguro, dejando una falencia en la atención integral a la madre y desconociendo que un bienestar integro para el Neonato radica en el bienestar de la madre y su núcleo familiar.

Universalidad, equidad y que reinvierta<sup>20</sup>

## REFERENTE CONCEPTUAL

### **MATERNIDAD:**

La maternidad es un fenómeno sociocultural complejo, que trasciende los aspectos biológicos de la gestación y del parto, pues tiene además componentes psicológicos, sociales, culturales y afectivos del ser madre que se construyen en la interacción de las mujeres con otras personas en escenarios particulares, donde se viven universos simbólicos con significados propios; La maternidad en los servicios de salud ha sido abordada, principalmente, desde su componente biológico, mediante el uso del paradigma empírico-analítico o modelo biomédico centrado en los factores de riesgo, cuyo indicador centinela es la mortalidad materna (MM), y cuyos insumos son las políticas de atención materna, los programas de atención prenatal y los indicadores de la vigilancia en salud pública de la MM y de la mortalidad perinatal.

- **NEONATO:** Se define el periodo neonatal, como el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta los primeros 28 días de vida; clasificándolos de acuerdo a la edad gestacional como:

- Inmaduro (< 28 semanas)
- Prematuros/pretérmino: < 37 semanas
- Lactantes a término: 37 a 42 semanas
- Postérmino (> 42 semanas)

La evaluación nutricional está compuesta por la historia alimentaria, los hallazgos clínicos, los parámetros antropométricos y la realización de pruebas bioquímicas; en el recién nacido el peso al nacimiento es uno de los indicadores antropométricos más importantes, que permite predecir la probabilidad de la supervivencia perinatal y el crecimiento, el indicador más sensible de la salud posnatal. Clasificación del recién nacido de acuerdo al peso al nacer:

- Macrosómico: > 4 000 g
- Peso normal: 2 500 a 3 999 g
- Bajo peso: < 2 500 y >1 500 g
- Peso muy bajo:

- **FAMILIA:** La familia ha pasado por un largo proceso de transformación, la estructura de la familia actual corresponde al proyecto de Estado- Nación, los valores compartidos por sus integrantes le dan cohesión. • Según Durkheim, existen dos tipos de familia: la familia “reducida” y la familia “primitiva” ambas corresponden y son reflejo de las condiciones sociales de su tiempo. • La familia es el lugar de orden, normativo y básico, aunque heterogéneo, en el que actúan, al igual que en la sociedad, fuerzas de aprobación y sanción (Durkheim, 1973).

La familia es un sistema donde sus integrantes se hayan subordinados al sistema familiar. Talcott Parsons, considerado el mayor exponente del enfoque estructural- funcionalista, reconoce cuatro conceptos básicos: sistema, estructura social, función y equilibrio. Establece una relación de semejanza entre el funcionamiento de los subsistemas corporales y el sistema social, dentro del cual la familia se constituye como un sistema elemental, formado por diferentes subsistemas, el conyugal, formado por los esposos, el parental, referido al vínculo entre padres e hijos y el fraterno que se da entre los hermanos.

Alvin Toffler reconoce tres grandes momentos de cambio en las sociedades con implicaciones biológicas, psicológicas, sociales y económicas. La primera, denominada la edad de la agricultura, por su similitud al proceso de siembra. La segunda es la aparición de la máquina de vapor y la revolución industrial, la tercera y última, denominada “de la mente”, llamada por otros, era posmoderna o sociedad del conocimiento (Toffler, 1997).



Desde la perspectiva de Lujan (2000), las definiciones de familia apuntan a un proyecto relacional que no hace referencia necesariamente a la consanguinidad, sino más bien a un contexto de aprendizaje que conecta a sus miembros con los valores socialmente aceptados, a través de un proceso de enculturación que consiste en la transmisión de representaciones y valores colectivos, indispensables para el desarrollo y adaptación del ser en sociedad.

Para Loyácano (2002), la familia es una institución social afectada por los cambios que continuamente suceden en la sociedad, razón por la cual realizan nuevas prácticas familiares que las hacen diferentes (tradicionales, transicionales y posmodernas), con características propias a cada una de ellas, asume diferentes estructuras y formas de funcionamiento, sin embargo, esto no significa que sean disfuncionales.

Según Quiroz (2000), es posible clasificar la diversidad familiar a través de la construcción de la siguiente tipología:

- Hogar unipersonal, estructura unipersonal y ciclo individual: persona que vive sola. El hábitat está constituido por una sola persona, generalmente un adulto. Corresponde a personas solas que no comparten la vivienda.

- Familia uniparental/monoparental: corresponde a la unidad familiar que, desde su constitución, tiene una estructura monoparental centrada en la figura materna o paterna, o que, debido a la desintegración de la díada parental-conyugal, falta el padre o la madre

- Uniones consensuales: son aquellas unidades familiares en las cuales hay comunidad de hechos y techos sin que se trate de un matrimonio legal.

- Familias reestructuradas, recompuestas, o reconstituidas, simultáneas o recompuestas: es la unidad familiar que se constituye después de una desintegración, reestructurando la díada conyugal-parental a través del matrimonio o de la unión consensual

. – Familia agregada: es aquella unidad familiar formada por dos personas divorciadas, con hijos, que se casan entre sí, aportando los hijos de sus relaciones anteriores.

– Familia adoptiva: es aquella que nace de acto jurídico o resolución judicial y que se crea entre dos personas que no son necesariamente parientes.

– Hogar o unidad domestica u hogar colectivo: es una estrategia de sobrevivencia donde las personas están unidas voluntariamente para aumentar el número de perceptores económicos y lograr economías de escala. Algunas formas de hogar más reconocidas son: cuarteles, conventos, campamentos, asilos, hospitales, hogares estudiantiles, cohabitación juvenil, etc. Como experiencias de convivencia, se registran también los hogares de niños de la calle, orfanatos u hogares sustitutos, entre otros.

• **SISTEMA DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO SIAU** Es una estrategia de desarrollo institucional y ciudadana; se considera una unidad de apoyo en el hospital para buscar una atención integral en salud y garantizar la calidad en la prestación de los servicios a los usuarios, es un puente entre la administración y el usuario. El Servicio de Información y Atención al Usuario es una iniciativa gerencial diseñada por el Ministerio de Salud, para fortalecer la calidad de los servicios, la cual tiene como punto de partida la información que proporcionan los usuarios en las peticiones (demandas, quejas, reclamos, sugerencias y/o felicitaciones) sobre la prestación de los servicios de la I.P.S.

**NORMATIVIDAD: FUNDAMENTADO EN LA LEY DECRETO 1757 DE 1994 LEY 90 DE 1995. CONCEPTOS BASICOS EN LA ATENCION AL USUARIO ACCESIBILIDAD:** Facilidad de entrar en contacto con el servicio o los profesionales, facilidad de acceso físico y telefónico. Es un componente de la calidad de servicio. Incluye aspectos como el horario de visitas, ubicación de pacientes y servicio al cliente interno y externo.

## **DIMENSIONES**

La UMI Unidad materno infantil Chigorodó, FUNDACIÓN SOMA se ha caracterizado por tener como pilar en el abordaje de sus acciones dirigidas a las madres gestantes y a los neonatos, en el cual incluyen líneas de acción desde lo educativo en la adaptabilidad a los procesos biológicos y fisiológicos del cuerpo en el proceso del parto y postparto.

Dicho de esta manera en el ámbito social se reconoce la apuesta de la FUNDACIÓN SOMA como institución que da cabida al cumplimiento de la norma desde la constitución y las leyes que regulan el orden social, por tanto, se encarga de promover las buenas prácticas en el estado de gestación y pos-parto, la promulgación de los derechos de los y las niños, direccionadas al buen trato de los familiares y pacientes que son usuarios directos e indirectos de la institución.

En este sentido, desde al ámbito político se configuran las relaciones entre la institucionalidad y la población en este caso maternas, enmarcada en el reconocimiento de estos como sujetos políticos y garantes de derechos establecidos como de prioridad atención; es por ello que desde la FUNDACIÓN SOMA se reconocen las madres gestantes como actores que promulgan nuestra proyección social desde el impulso a la participación en los diferentes ámbitos como en este caso es la liga de usuarios, la participación de las pacientes se reduce dado que el tiempo en que permanecen en la institución en su gran mayoría oscila entre 24 y 36 horas tiempo en el cual es atendido proceso de parto, parto y recuperación en postparto, se reconoce sus saberes frente a tomas para adelanto de sus contracciones pero una vez ingresan a la FUNDACIÓN SOMA no se les permite ningún otro medicamento o bebida que no se ha suministrada por el médico tratante.

Por otro lado desde la dimensión cultural, la UMI es reconocida porque converge una gran población heterogénea, donde se reconoce al otro como un ser diverso, individual y con necesidades diferentes; lo que demuestra que en la FUNDACIÓN SOMA se encuentra una estrecha relación en lo cultural-étnica, costumbres que son respetadas y comprendidas desde lógicas sociales; Para Gimeno Sacristán (1999: 12 y 13): “La diversidad alude a la circunstancia de los sujetos de ser distintos y diferentes [...] Queremos señalar que la diversidad (y también la desigualdad) son manifestaciones normales de los seres humanos, de los hechos sociales, de las culturas [...] La diversidad podrá aparecer más o menos acentuada, pero es tan normal como la vida misma, y hay que acostumbrarse a vivir con ella y a trabajar a partir de ella

La Fundación es garante de los derechos culturales, y por ello en muchas ocasiones la salud de las gestantes se ha visto en peligro dado que la cultura o mito de que la cesárea es un procedimiento que se desencadena en no querer a los hijos, es factor de resistencia para algunas comunidades.

En cuanto a la dimensión económica, somos una fundación que dependemos de la CLINICA SOMA MEDALLIN y EL IDEA INSTITUTO PARA EL DESARROLLO DE ANTIOQUIA, como precursores económicos de lo que es la fundación y los aportes que realizan las EPS por los servicios prestados a sus afiliados.

La FUNDACIÓN SOMA, al atender población gestante de forma transitoria y su foco solo es la atención del parto el cual es cubierto en su totalidad por la entidad prestadora de salud de la usuaria no genera pagos altos al momento de alta de las mismas. El acceso a los servicios de la fundación por parte de la población del eje bananero se hace más asequible que la del resto de territorio al cual se atiende ya que dadas las condiciones de desplazamiento en muchas ocasiones duran de 4 a 6 horas y los costos en su mayoría son asumidos por los familiares y pacientes,

este factor en el caso de los neonatos que se encuentran en UCIN, se puede desencadenar en abandono no voluntario de los familiares.

La población migrante es atendida bajo los tratados internacionales, que están vigentes para un atención integral, bajo la constitución política de Colombia o legislación de migración Colombia no hay un decreto o artículo que lo fundamente pero desde la FUNDACION SOMA, se atiende bajo el parámetro del derecho internacional humanitario donde prioriza la vida por encima de nacionalidad, credo o etnia, en cuanto a cobertura de la misma población a nivel municipal se realiza por la figura de población pobre no afiliada.

Finalmente concluyo con la dimensión ambiental, desde la cual la Fundación le aporta l buen manejo de los residuos hospitalarios y residuos ordinarios, destinándoles sus espacios para que tengan una disposición final en adecuadas condiciones exigidas por la ley.

Las orientaciones oportunas brindadas a las usuarias y familiares acompañantes, frente a las normas de bioseguridad a tener en cuenta durante la estancia hospitalaria para evitar complicaciones de salud, no asociadas al motivo de la consulta. La valoración por parte del personal médico a las pacientes frente a factores de contagio a otras pacientes o usuarios de la FUNDACIÓN SOMA y su respectivo aislamiento cuando el dictamen así lo requiera (malaria, varicela, sarampión).

El respectivo manejo de las pruebas del VIH a las pacientes cuando ingresan y los mecanismos de control cuando aparece un positivo en este o en alguna otra enfermedad de transmisión sexual (sífilis, VPH, vaginosis bacteriana), dada las condiciones sociales y culturales frente al inicio temprano de la vida sexual por parte de los adolescentes y la no respectiva orientación frente a los cuidados y manejo de la sexualidad responsable.

## MARCO NORMATIVO

Dentro del marco normativo que respalda la estructuración de la intervención de la población enmarcada en el proyecto y su institucionalidad, así como las funciones propias desde la intervención a nivel internacional se establecen leyes que regulan el actuar de la legislación colombiana frente a la Declaración Universal de DDHH de 1948, de la cual retomaremos los siguientes artículos:

- Artículo 1: Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.
- Artículo 2: Toda persona tiene los derechos y libertades proclamados en esta declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónoma o sometida a cualquier otra limitación de soberanía.

Declaración de los derechos de los niños de 1959, de la cual retomaremos los siguientes artículos:

Principio 6: El niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, necesita amor y comprensión. Siempre que sea posible, deberá crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres y, en todo caso, en un ambiente de afecto y de seguridad moral y material; salvo circunstancias excepcionales no deberá separarse al niño de corta edad de su madre. La sociedad

y las autoridades públicas tendrán la obligación de cuidar especialmente a los niños sin familia o que carezcan de medios adecuados de subsistencia. Para el mantenimiento de los hijos de familias numerosas conviene conceder subsidios estatales o de otra índole.

Principio 7: El niño tiene derecho a recibir educación que será gratuita y obligatoria por lo menos en las etapas elementales. Se le dará una educación que favorezca su cultura general y le permita, en condiciones de igualdad de oportunidades, desarrollar sus aptitudes y su juicio individual, su sentido de responsabilidad moral y social, y llegar a ser un miembro útil de la sociedad. El interés superior del niño debe ser el principio rector de quienes tienen la responsabilidad de su educación y orientación; dicha responsabilidad incumbe, en primero término, a sus padres.

El niño debe disfrutar plenamente de juegos y recreaciones, los cuales deberán estar orientados hacia los fines perseguidos por la educación; la sociedad y las autoridades públicas se esforzarán por promover el goce de este derecho.

Convección internacional de los derechos de niños y niñas de 1989, de la cual retomaremos

Para fines de nuestro contexto los siguientes artículos:

ARTÍCULO 1: Para los efectos de la presente Convención, se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo, que, en virtud de la ley le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.

ARTÍCULO 4: Los Estados Partes adoptarán todas las medidas administrativas, legislativas y de otra índole para dar efectividad a los derechos reconocidos en la presente Convención. En lo que respecta a los derechos económicos, sociales y culturales, los Estados

Partes adoptarán esas medidas hasta el máximo de los recursos de que dispongan y, cuando sea necesario, dentro del marco de la cooperación internacional.

ARTÍCULO 5: Los Estados Partes respetarán las responsabilidades, los derechos y los deberes de los padres o, en su caso, de los miembros de la familia ampliada o de la comunidad, según establezca la costumbre local, de los tutores u otras personas encargadas legalmente del niño de impartirle, en consonancia con la evolución de sus facultades, dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente Convención.

Para el caso del deber constitucional asociado a la realidad social a intervenir, se hace importante mencionar que la República de Colombia como Estado Social de Derecho, fundamentada en el respeto de la dignidad humana y la garantía de deberes y derechos, establece una serie de artículos desde la Constitución Política de 1991, entre los cuales, tomando en cuenta el presente análisis, se resalta el Artículo 49, el cual señala que:

La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. (Corte Constitucional, 2015, p.21)

De este modo, la atención en salud para los colombianos, está reglamentada por la Ley 100 de 1993 del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-, que es reformada por medio de la Ley 1438 de 2011, en este sentido, reconociendo las características específicas de la realidad social, se toma los artículos del 194 al 197 de la ley 100, en donde se reglamenta la prestación de los servicios de salud a través de las Empresas Sociales del Estado, así, el artículo 194 plantea que:



La prestación de servicios de salud en forma directa por la nación o por las entidades territoriales, se hará principalmente a través de las Empresas Sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa.

Por otra parte, se encuentra el Decreto 1876 de 1994, el cual plantea los objetivos, principios, organización y régimen jurídico de las Empresas Sociales del Estado. Y en el ámbito nacional, se ubica el Plan de Desarrollo Nacional 2014-2018, todos por un nuevo país y en relación a su estructura, se definen cinco estrategias de las cuales es importante realizar un énfasis la estrategia dos: movilidad social y uno de sus objetivos es mejorar las condiciones de salud de la población y disminuir las brechas de resultados en salud. Y para el caso de políticas públicas, a nivel nacional se ubica la Política Nacional de Atención Integral en Salud: un sistema de salud al servicio de la gente a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, la cual define como objetivo:

Orientar el sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, pág. 30)

La sentencia C-355 DE 2006 en las causales que permiten la interrupción voluntaria del embarazo:

**ABORTO-Incesto** la dignidad de la mujer excluye que pueda considerársele como mero receptáculo, y por tanto el consentimiento para asumir cualquier compromiso u obligación cobra especial relieve en este caso ante un hecho de tanta trascendencia como el de dar vida a un nuevo

ser, vida que afectará profundamente a la de la mujer en todos los sentidos. En este supuesto cabría incluir también el embarazo resultado del incesto, porque se trata también de un embarazo resultado de una conducta punible, que muchas veces compromete el consentimiento y la voluntad de la mujer. En efecto, aun cuando no implique violencia física, el incesto generalmente compromete gravemente la autonomía de la mujer y es un comportamiento que por desestabilizar la institución familiar resulta atentatorio no sólo de esta (bien indiscutible para el Constituyente), sino de otro principio axial de la Carta: la solidaridad, según así lo ha considerado esta Corporación. Por estas razones, penalizar la interrupción del embarazo en estos casos supone también una injerencia desproporcionada e irrazonable en la libertad y dignidad de la mujer.

**ABORTO**-Exigencia de denuncia cuando embarazo es resultado de incesto, acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas cuando el embarazo sea resultado de una conducta, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, o de inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado no consentidas, así como de incesto, es preciso que el hecho punible haya sido debidamente denunciado ante las autoridades competentes.

**ABORTO**-Procedencia cuando esté en riesgo la salud física o mental de la madre resulta relevante la interpretación que han hecho distintos organismos internacionales de derechos humanos respecto de disposiciones contenidas en distintos convenios internacionales que garantizan el derecho a la vida y a la salud de la mujer, como el artículo 6 del PDCP, el artículo 12.1 de la Convención para la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra la Mujer, y el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, en el sentido que estas disposiciones, que hacen parte del bloque de constitucionalidad, obligan al

estado a adoptar medidas que protejan la vida y la salud. La prohibición del aborto cuando está en riesgo la salud o la vida de la madre pueden constituir, por lo tanto, una trasgresión de las obligaciones del Estado colombiano derivadas de las normas del derecho internacional. En todo caso, esta hipótesis no cobija exclusivamente la afectación de la salud física de la mujer gestante sino también aquellos casos en los cuales resulta afectada su salud mental. Recuérdese que el derecho a la salud, a la luz del artículo 12 del PIDESC supone el derecho al goce del más alto nivel posible de salud física y mental, y el embarazo puede causar una situación de angustia severa o, incluso graves alteraciones síquicas que justifiquen su interrupción según certificación médica.

**ABORTO**-Procedencia cuando existe grave malformación del feto que haga inviable su vida si bien cabe identificar distintas clases de malformaciones, desde el punto de vista constitucional las que plantean un problema límite son aquellas que por su gravedad hacen que el feto sea inviable. Se trata de una hipótesis completamente distinta a la simple identificación de alguna enfermedad en el feto que pueda ser curada antes o después del parto. En efecto, la hipótesis límite ineludible a la luz de la Constitución es la del feto que probablemente no vivirá, según certificación médica, debido a una grave malformación. En estos casos, el deber estatal de proteger la vida del nasciturus pierde peso, precisamente por estarse ante la situación de una vida inviable. De ahí que los derechos de la mujer prevalezcan y el legislador no pueda obligarla, acudiendo a la sanción penal, a llevar a término el embarazo de un feto que, según certificación médica se encuentra en tales condiciones. Un fundamento adicional para considerar la no penalización de la madre en este supuesto, que incluye verdaderos casos extremos, se encuentra en la consideración de que el recurso a la sanción penal para la protección de la vida en gestación entrañaría la imposición de una conducta que excede la que normalmente es exigible a la madre,

puesto que la mujer debería soportar la carga de un embarazo y luego la pérdida de la vida del ser que por su grave malformación es inviable.

**ABORTO**-Exigencia de certificación médica cuando embarazo constituye peligro para la vida o la salud de la mujer o exista grave malformación del feto que haga inviable su vida cuando la continuación del embarazo constituye peligro para la vida o la salud de la mujer, y cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, debe existir la certificación de un profesional de la medicina, pues de esta manera se salvaguarda la vida en gestación y se puede comprobar la existencia real de estas hipótesis en las cuales el delito de aborto no puede ser penado. Lo anterior, por cuanto no corresponde a la Corte, por no ser su área del conocimiento, establecer en que eventos la continuación del embarazo produce peligro para la vida o salud de la mujer o existe grave malformación del feto. Dicha determinación se sitúa en cabeza de los profesionales de la medicina quienes actuaran conforme a los estándares éticos de su profesión.

**OBJECION DE CONCIENCIA**-No son titulares las personas jurídicas/**OBJECION DE CONCIENCIA INSTITUCIONAL EN ABORTO**-Improcedencia/**OBJECION DE CONCIENCIA POR MEDICO**-Invocación para no practicar aborto

La objeción de conciencia no es un derecho del cual son titulares las personas jurídicas, o el Estado. Solo es posible reconocerlo a personas naturales, de manera que no pueden existir clínicas, hospitales, centros de salud o cualquiera que sea el nombre con que se les denomine, que presenten objeción de conciencia a la práctica de un aborto cuando se reúnan las condiciones señaladas en esta sentencia. En lo que respecta a las personas naturales, cabe advertir, que la objeción de conciencia hace referencia a una convicción de carácter religioso debidamente fundamentada, y por tanto no se trata de poner en juego la opinión del médico en torno a si está o

no de acuerdo con el aborto, y tampoco puede implicar el desconocimiento de los derechos fundamentales de las mujeres; por lo que, en caso de alegarse por un médico la objeción de conciencia, debe proceder inmediatamente a remitir a la mujer que se encuentre en las hipótesis previstas a otro médico que si pueda llevar a cabo el aborto, sin perjuicio de que posteriormente se determine si la objeción de conciencia era procedente y pertinente, a través de los mecanismos establecidos por la profesión médica.

Así mismo, el **aseguramiento**, sugiere dos regímenes: el contributivo y el subsidiado, corresponden a la afiliación de la población colombiana a las Empresas Promotoras de Salud (EPS). El régimen contributivo cobija a los trabajadores y a su núcleo familiar, y se financia con los ingresos laborales, dadas las condiciones de capacidad de pago como cotizante, o aportes económicos financiados por empleados o empleadores. Por otra parte, el régimen subsidiado asegura en salud a toda la población no trabajadora perteneciente a los estratos más pobres, y/o población especial, donde previamente, deben demostrar su incapacidad de pago ante un sistema de clasificación que los acredita como pertenecientes a los estratos 1 y 2, y se les garantiza el derecho a los servicios de salud mediante subsidios del Estado (Vélez, Op. cit, pág. 34).

Para materializar la prestación del servicio de salud, las EPS, contratan el plan obligatorio de salud (POS) de su población afiliada, con las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), las cuales pueden ser clínicas, laboratorios, hospitales y otras instituciones con las cuales tienen convenios las aseguradoras, y que dichas instituciones pueden ser, tanto de carácter público como privado; así mismo, la atención en el sistema de salud se divide en cuatro niveles, de acuerdo a la complejidad de los procedimientos e intervenciones realizada, en el primer nivel, se cuentan con servicios como consulta médica general, atención inicial, estabilización, atención odontológica, laboratorio clínico básico, radiología básica, medicamentos esenciales; en el nivel

dos, se brinda atención médica no quirúrgica, cuenta con laboratorio clínico especializado, radiología especializada, y procedimientos diagnósticos y terapéuticos; en el nivel tres, se brinda atención especializada por cardiólogo, neumólogo, reumatólogo, otorrinolaringólogo, oftalmólogo, además de laboratorio clínico, imágenes diagnósticas y exámenes especiales no considerados para niveles I y II, finalmente en el nivel cuatro, se brinda atención a las enfermedades consideradas catastróficas, de alta complejidad o alto costo.

El funcionamiento en la atención de la Salud, se realizan a través los copagos y las cuotas moderadoras. “El artículo 187 de la ley 100 de 1993 estableció que los usuarios estarían sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y copagos- deducibles para acceder a los beneficios contenidos en el POS – con el fin de racionalizar el uso de los servicios del sistema y de complementar la financiación (Vélez, Op. Cit, pág. 47). En el régimen contributivo las cuotas moderadoras tienen diferencias entre quienes devengan ciertos tipos de salarios, por su parte, en el régimen subsidiado el valor del copago es del 10% del costo del servicio recibido servicio recibido.

En el mismo sentido, están los medicamentos no POS, los cuales no los cubren a cabalidad las aseguradoras- EPS. Por tanto y ante la dificultad en la cobertura, esta situación obliga a millones de colombianos a interponer acciones de tutela, por los servicios reclamados, no POS.

En particular, las tutelas se han convertido en el principal mecanismo de los ciudadanos para reclamar y garantizar su derecho legítimo a la salud. Así mismo, ante las demoras, se llegan a instancia como el fenómeno de desacato, el cual obliga a garantizar el derecho. Por tanto, “la defensoría manifiesta que es necesario pensar la obligatoriedad de las entidades al cumplimiento de dichos fallos, sin que los usuarios tengan que interponer desacatos, que, en última instancia,

son también ignorados en detrimento de su estado de salud” (Vélez, Op, cit. Pág. 38). Es importante añadir las trabas en las demoras en asignación de citas, autorizaciones para tratamientos y cirugías, entre otras decenas de trámites por parte de las EPS, hacen más lento y limitan el acceso real a los servicios de salud, se convierten en un problema real de acceso.

Así, por ejemplo, el aseguramiento, que propendía por la cobertura, -como inicialmente se había pensado- como la atención oportuna a la enfermedad, en cualquier lugar y a cualquier persona con el fin de activar las estrategias para preservarlo sano, con la ley 100, se concebía que solo con estar afiliado a una aseguradora se consideraba como cubierto, sin importar que se reciba o no la atención médica requerida.

Este panorama del “derecho” se disputa con la necesidad de la población que dice beneficiar, a pesar que la corte constitucional ha señalado que las dificultades mencionadas no pueden convertirse en barreras de acceso al derecho de la salud, ya que algunas personas no cuentan con los recursos económicos para cubrir tratamiento médico, además, visibilizan las necesidades, dado que parte de los pacientes no tienen ni siquiera para movilizarse desde sus lugares de residencia a los centros asistenciales, además de los costos que una estancia hospitalaria genera en cuanto a la supervivencia del paciente, el acompañante y su grupo familiar. Esto pues, afecta a la población en general, ya que no se cuenta con oportunidades para el acceso real al derecho de la salud y a su vez aparecen las necesidades de cada paciente en relación con el contexto en el que vive.

Carballeda (s.f) ha realizado un análisis acerca de dicha situación, “La emergencia de las Problemáticas Sociales complejas se manifiesta en una significativa tensión entre necesidades y derechos cuando se multiplican las expectativas y disminuyen las posibilidades de alcanzarlas, donde el mercado, aún de los cambios que se generaron en los últimos años, se sigue presentando

como un gran disciplinado”. Estos modelos clásicos, según el autor, parecieran no tener capacidad de respuesta, frente a sus lógicas inflexibles, manifestada en prácticas conservadoras de intervención.

## **FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

El referente teórico que guio el proceso de contextualización es el interaccionismo simbólico, en tanto permite comprender las dinámicas en las que se encuentran los usuarios internos y externos de la UMI unidad materno infantil FUNDACIÓN SOMA, en relación a sus apreciaciones de salud, bienestar y atención, dando cuenta de esta manera, los posibles escenarios de acción que confluyan con sus construcciones propias, teniendo como punto de partida el contexto en el que se desenvuelven los individuos.

Dado que cuando se interviene las pacientes se reconoce que traen consigo, saberes y conocimientos propios de lo que para ellas y sus familiares significa la maternidad, parto, postparto y lactancia; reconociendo el consumo de bebidas como canela que es conocida como generadora de oxitocina de forma natural pero no comprobada, la toma agua de manzana, toronjil, manzanilla para manejo de cólicos y sueños del recién nacido, y no llegar a contraer sus conocimientos pero si acentuar los conocimientos científicos y comprobados de los cuidados y los riesgos a los riesgos a los riesgos a los que se está expuesto al no atender las recomendaciones médicas.

Comprender el significado de la palabra y de las imágenes para las pacientes y familiares que llegan a la FUNDACIÓN SOMA, y no tienen un manejo de la escritura y la lectura y comprender que para ello debemos ser más humanos, mas consientes, más recursivos al



momento de dar indicaciones de procedimientos a realizarse durante la hospitalización y en la dada de alta hospitalaria.

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

La contextualización se enmarcó en el paradigma comprensivo interpretativo, lo que conlleva al reconocimiento de los sujetos como intérpretes de la realidad que viven, requiriendo una mirada holística a dicha realidad y teniendo en cuenta la subjetividad de individuos en el contexto en el cual están inmersos.

La modalidad que voy a implementar es la educación popular porque parte del reconocimiento de los saberes previos de los usuarios internos y externos de la UMI Unidad materno infantil Chigorodó, FUNDACIÓN SOMA que apuesta por la necesidad de incluirlos como sujetos activos, con capacidad para transformar la perspectiva de salud y enfermedad frente al estado de gestación y lactancia, lo que propicia la formación de saberes por medio del pensamiento crítico, es una metodología cíclica, flexible y promueve el diálogo de saberes como una clave interpretativa, parte de los participantes y las necesidades sentidas de los implicados e implica reflexión sistemática en la acción profesional.

Para fines concretos de la práctica, la estudiante se enfocará en las pacientes como sujetos de derechos, autónomos, diversos, conscientes de su realidad social, abordándolas desde la dimensión individual; en el entorno clínico, como mecanismo de canalización de la población y de atención a la misma. En este sentido, el trabajo social en el campo de la salud es:

[...] una actividad profesional de tipo clínico que implica de un lado, el diagnóstico psicosocial de la persona enferma, como aportación al diagnóstico global y al plan general de tratamiento; y de otro, el tratamiento (individual, familiar y/o grupal) de la problemática

psicosocial que incide en el proceso de salud- enfermedad, dentro del contexto general de tratamiento y en orden al logro de objetivos de salud y rehabilitación psicosocial. Conlleva la tarea de orientar, cuando el problema así lo requiera, al equipo de salud, así como al propio enfermo y a su entorno, sobre los recursos sanitarios y sociales que puedan ser adecuados para el logro de objetivos de salud. (Ramírez et al, 2012, p.18)

Se realizó una recolección de datos de información que fue la recopilación de información de todo el material que comprende revisión bibliográfica detallada del Trabajo Social en salud, reglamentaciones de ley y documentos facilitados por la UMI unidad materno infantil FUDACIÓN SOMA Chigorodó, que permitieron la ubicación contextual del campo de práctica.

El análisis e interpretación de los datos obtenidos en campo nos aportará a la construcción de un diagnóstico para tomar nuestro objeto e intencionar mi proyecto de intervención los informes, diagnóstico, propuesta de intervención y respectivos diarios de campo serán entregados a la UMI unidad materno infantil FUDACIÓN SOMA Chigorodó como soportes de la práctica. En este sentido Natalia Arango Usuga practicante de Trabajo Social tiene claro la postura ético política y compromiso con la institucionalidad en sus políticas institucionales, así como con la Universidad de Antioquia en los compromisos establecidos en el acta de instalación a la práctica.

## **APORTES DE TRABAJO SOCIAL EN EL CAMPO DE PRÁCTICA**

### **PROFESIONAL.**

El principal aporte de Trabajo Social en este campo de práctica es la guía y orientación a los usuarios a las pacientes en estado de gestación frente a los derechos, deberes mecanismos de reclamación y factores de riesgo durante la estancia hospitalaria, igualmente, la resolución de

problemáticas derivadas de los tramites frente a la falta documentación o ausencia de la misma que presentaban los usuarios o usuarios y funcionarios en los trámites para remisiones o dadas de alta.

Así, el impacto que tienen las acciones del trabajador social en un hospital, según Ramírez et al (2012) es:

- Fomentar cambios y transformaciones en las dinámicas personales, colectivas y sociales que propendan por la construcción de estilos de vida saludables.

- Validar los aspectos socioeconómicos y culturales como factores sociales centrales en el sistema integral de atención en salud, desarrollando intervenciones socio familiares en los componentes de promoción, prevención, atención y rehabilitación.

## **ROL DE TRABAJO SOCIAL UMI UNIDAD MATERNO INFANTIL FUDACIÓN SOMA CHIGORODÓ**

El objetivo del Trabajo Social en el área de la salud es Identificar e intervenir en los factores sociales que se generan a partir de la atención a las maternas y familiares en la FUNDACIÓN SOMA , tales como: Orientaciones frente a mitos y creencias de la lactancia , cuidado del postparto ( depresión, ansiedad, miedos, dudas), orientaciones legales frente a registro civil, derivaciones a entidades competentes en caso de abandono o no asistencia de familiares a los neonatos en UCIN y automedicación en neonatos y mujeres es gestación y lactancia. que inciden en las condiciones de salud de las personas, sus familias y la comunidad, por medio de un proceso metodológico tendiente a propiciar que la población usuaria participe en el desarrollo de acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud, basadas en sus necesidades (Ramírez et al, 2012, p.18) .De esta manera, todas las acciones

realizadas tienen como fin satisfacer las necesidades de los usuarios internos y externos de la UMI, buscando su bienestar a través de acciones de educación salud.

Así mismo se puede evidenciar que el escenario que requiere hoy la intervención desde Trabajo Social es la sensibilización y apropiación del concepto de humanización en el servicio de salud, en el personal de salud, admisiones y SIAU, del área de ginecología y obstetricia.

desde la perspectiva de optimización de los servicios prestados u ofrecidos desde la institución, con una línea de educación que permita la reflexión de él que hacer técnico, con el componente humano como valor agregado y fundante de la razón social de la FUNDACIÓN SOMA, como institución que está enmarcada en la etapa de la llegada de la vida, donde se encuentran vulneraciones, que pueden desencadenarse en procesos traumáticos y complejos que la paciente no quiera volver a pasar por circunstancias similares, llevándola a tomar decisiones a priori.

Por lo anterior mencionado se hace necesario retomar el concepto de humanización en el área de ginecología y obstetricia, para establecer protocolos de atención desde lo humano, dado que el servicio es prestado por personas y para personas.

### **MAPA DE PODER**

La fundación SOMA, tiene diversas relaciones de poder, la primera y en línea directa es con la Clínica SOMA Medellín y el instituto de desarrollo de Antioquia ya que son ellos quienes colocaron el capital inicial para la apertura de la UMI en el municipio de Chigorodó. Con las EPS es una línea más conflictiva porque si bien es por los usuarios que estamos en funcionamiento el no pago de las EPS, por los servicios prestados por la Fundación a sus afiliados ocasiono que en el año 2018 en los primeros meses la fundación estuviera a punto de cerrar sus puertas; ya que la capacidad económica se limitaba al ingreso de una máximo dos EPS que realizaban sus pagos.

Con las instrucciones públicas como son Alcaldía y hospital se maneja una relación ausente, ya que por parte de los anteriormente mencionados manejan la información de cómo es particular poco o nada pueden aportar ellos, el Icbf ES un ente estatal con el que se maneja una relación bastante cercana pero un poco conflictiva dado que los trámites de remisión y derivaciones que se realizan son demorados por la no cercanía de un punto de atención y fijación para el restablecimiento de los menores.

### **DIAGNOSTICO**

El presente informe tiene por objetivo evidenciar los resultados obtenidos durante el ejercicio del diagnóstico realizado por la Trabajadora Social en formación de la Universidad de Antioquia seccional Urabá Natalia Arango Usuga, cuyo objetivo fue identificar el nivel de conocimiento que tiene el personal del área de ginecología y SIAU, de la UMI unidad materno infantil Chigorodó FUNDACIÓN SOMA con respecto al componente de humanización en servicios de salud.

De este modo dejando en evidencia factores y circunstancias que hacen del componente de humanización un proceso complejo, que se olvida en el momento de atención a los usuarios, provocando así un deterioro o desmejora en la calidad de los servicios ofertados por la institución, lo que brinda elementos para el diseño de una propuesta de intervención pensada desde la línea de educación de Trabajo Social.

Así mismo se abordarán los referentes teórico, conceptual, contextual y marco normativo como soporte del proyecto diagnóstico realizado; acto seguido se dará cuenta de la identificación de la problemática, las posibles causas y consecuencias del deterioro de la calidad en los servicios ofertados, de la misma forma se abordará pronóstico de la situación, recursos disponibles, análisis de contingencia y orientaciones para la propuesta de intervención. Como

parte final del informe se expondrán los resultados de las técnicas realizadas, el análisis, conclusiones y recomendaciones de lo abordado desde la perspectiva de Trabajo Social.

## **MEMORIA METODOLÓGICA**

La elaboración del diagnóstico estuvo enfocado en identificar el nivel de conocimiento que tiene el personal del área de ginecobstetricia y SIAU, de la UMI unidad materno infantil Chigorodó FUNDACIÓN SOMA con respecto al componente de humanización en servicios de salud, con referencia al mejoramiento continuo de la calidad en los materno infantiles prestados en la fundación.

## **POBLACIÓN**

Las personas que participaron en el diagnóstico, corresponden en primera instancia al personal del área de la salud, médicos generales, ginecólogos, auxiliares de enfermería y de laboratorio, jefes de enfermería y en segunda instancia con el personal administrativo que hace parte de SIAU y admisiones de la FUNDACIÓN SOMA Chigorodó. Cabe mencionar que, por el momento, estas son las personas con las cuales he estado en acercamiento en el proceso de práctica, aunando el acercamiento con pacientes y familiares que es constante en la socialización de los derechos y deberes de los usuarios, recepción de PQRS y orientaciones de la lactancia materna y cuidados del recién nacido.

Es de resaltar, que, en el proceso de diagnóstico, se tuvo en cuenta al personal del área de ginecobstetricia y administrativo, como principal fuente de información, ya que, por lo general, son quienes se encargan de ser garantes de los derechos de los pacientes, representando a su vez las políticas institucionales de la UMI. Lo anterior, no implica el desconocimiento de la necesidad de trabajar directamente con los pacientes en cuanto a las prácticas del cuidado de la

humanización en los servicios prestados por la fundación. En este caso, el servicio de ginecología y obstetricia, cuenta con la presencia de mujeres en estado de gestación a término o con riesgo durante la misma.

Como se mencionó anteriormente, la población más recurrente y con la cual se llevó a cabo el ejercicio, pertenecen a dos áreas específicas de la fundación área de ginecología y obstetricia y SIAU, aunque también, se cuenta con el personal de laboratorio.

Así mismo, dentro del diagnóstico, se identificó que población especial, como indígenas y desplazados son unos de los actores más propensos a la vulneración de los derechos ya que existen condiciones sociales que limitan la apropiación y la autonomía en los procesos de atención en el sistema de salud, el cual a lo largo del tiempo ha generado dependencias al mismo.

Las madres lactantes y que hacen parte del programa madres canguro, que no tiene la facilidad de tener vínculo permanente con los neonatos dado, las posibilidades económicas de hospedaje en el municipio o el desplazamiento desde su lugar de residencia, desplazamiento y residencia que debe ser suministrado por las EPS, pero que no se logra obtener se ven en un alto riesgo psicosocial tanto él bebe como la madre ya que en ocasiones el no acercamiento a la institución se desencadena en entrega a menor apórito a comisaria de familia y posteriormente a bienestar familiar.

## **REFERENTE TEÓRICO**

El referente teórico que guio el proceso del diagnóstico es el *construccionismo social*, Ilustrando un poco la idea, se puede indicar que uno de los exponentes de esta teoría Kenneth Gergen (2007) define “el construccionismo social como un movimiento que percibe el mundo, no como un reflejo o un mapa del mundo, sino como un fruto de la interacción social”, esta teoría reconoce al sujeto con una identidad reconfigurada, ahora desde las relaciones. Para explicar la

naturaleza de este enfoque, cabe decir, que el construccionismo reúne un conjunto de aportaciones como: teorías, descripciones sociales/relacional, prácticas dialógicas y procesos reflexivos desde los cuales fue posible identificar las diferentes percepciones y posturas del personal del área de ginecología y SIAU frente a la humanización en los servicios de salud.

Desde la noción que tienen los profesionales que laboran en el área de la salud, con la construcción que ha venido formándose de la humanización en todo el proceso de los servicios en un contexto clínico, frente a la realidad construida por los mismos y sus pares, quienes son los sujetos para los cuales y por los cuales está el servicio. Partiendo de lo subjetivo de las percepciones y las concepciones creadas a partir de la experiencia de cada uno.

Así mismo desde el construccionismo social, “se enfatiza el rol de las personas respecto de su propia experiencia, así como la descripción y lectura que de ella hacen. Son los sujetos, no el observador, quienes generan las distinciones que definen como “realidad” a partir de su propia realidad, aquellas distinciones que surgen en el espacio subjetivo conversacional y que operan a través del lenguaje” (Donoso Niemeyer, T; 2004). Por tanto, desde este enfoque teórico, el reconocimiento y relacionamiento con los sujetos, parte del principio de la otredad y la alteridad, lo cual implica reconocer y valorar a cada persona en su autonomía, en su diversidad y en su particularidad, en sus necesidades, pero también en sus potencialidades, en sus trayectorias y experiencias, en su historicidad, en sus sentidos y significados, en los saberes y capacidades que cada quien porta, de acuerdo a su contexto.

De esta manera, se postula una posición de construcción mutua de un conocimiento significativo para los involucrados en este constructo de acciones, basado en la naturaleza social del conocimiento y el origen de significados que dan cuenta de la realidad, es decir este fundamento teórico explica o postula una particular, compleja, dinámica y dependiente relación entre el conocimiento y la realidad. Cantera (2009) plantea que:



La realidad cobra el carácter de existencia porque la construimos cada día de manera relacional y social. Mediante el proceso de socialización donde el ser humano reacciona ante el mundo que le rodea, trata de comprenderlo y en ese proceso nombra y define, sin dejar de formar parte de una definición compartida respecto a esa realidad que observa; reactuando y actuando mediatizado por una definición compartida que toma forma de “natural”, “normal” y por tanto adquiere distancia de su origen, a través del lenguaje y los símbolos ocurre la internalización de las definiciones, verdades, etc. que dan cohesión y sentido de pertenencia y coherencia de lo que se ha vivido, se vive o se vivirá. (p. 19).

## **REFERENTE CONCEPTUAL**

### **GINECOBSTETRICIA:**

La Ginec obstetricia comprende dos aspectos, la Ginecología se encarga de las enfermedades y la prevención de éstas del sistema reproductor femenino y la Obstetricia es la especialidad para el cuidado del embarazo, así como la atención del parto y los cuidados postnatales; es por ello que la Gineco-obstetricia es la unificación de las dos disciplinas para conservar y salvaguardar la vida de la mujer en sus diferentes etapas, haciendo énfasis en la gestación como fin del espacio donde se encuentra inmersa la institución, por lo tanto, el concepto se puede orientar a la humanización del parto y los cuidados en el postparto.

### **HUMANIZACIÓN:**

Humanizar es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud. Cuando los valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano,

hablamos de humanización<sup>3</sup>. Por ello es de gran importancia tener en cuenta la preparación de los profesionales en salud para la concientización y sensibilización con respecto a la atención de los usuarios, que debe realizarse en el contexto de la ética y los valores, de este modo se pretende atender al paciente y suplir sus necesidades a nivel físico, emocional, intelectual y social. Es de gran importancia que las instituciones prestadoras de servicios de salud, las universidades y organizaciones que forman profesionales en salud, implementen capacitaciones en humanización y que dichas temáticas sean fundamentales en la atención y formación del personal, así se logra que las personas y usuarios de la salud sean considerados como seres humanos en un sentido global.

Se necesita que este derecho de primera generación sea garantizado por el Estado como lo establece la Constitución para que los usuarios no sean los perjudicados, quienes tras haber logrado acceder al servicio después de cumplir requisitos múltiples y largas filas en algunos casos, se encuentren con servicios de regular calidad y atención. Se debe entonces contar con profesionales en continua preparación para la humanización de la atención, mediante cursos, capacitaciones, talleres, seminarios, conferencias, que brinden la oportunidad de instrucción al personal prestador de servicios de salud para mejorar la calidad de atención al usuario mediante la práctica de valores y principios humanísticos, todo encaminado a la transformación de la relación médico-paciente.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud, en el proceso de planeación de la atención, deben tener una política de atención humanizada que incluya criterios para el paciente y el personal de la institución. Debe tenerse en cuenta, entre otros aspectos, las condiciones de

---

<sup>3</sup> José Carlos Bermejo Higuera, director del Centro de Humanización de la Salud de Madrid, Doctor en Teología Pastoral Sanitaria y Magister en Bioética.

privacidad y confidencialidad durante la atención del paciente, la definición de horarios de visita que consulten las necesidades de los pacientes de acuerdo con su vulnerabilidad y preferencias, el manejo de la información entregada, la administración de medicamentos en horarios articulados con el reposo de los pacientes, condiciones de silencio, hotelería y confort de la infraestructura física, condiciones locativas y tecnológicas que promuevan atención oportuna y la reducción de esperas, las condiciones biométricas (peso, talla) para el cuidado, la atención cortés y respetuosa a pacientes y familiares, estrategias de cuidado con orientación lúdica especialmente en niños, el respeto por el cuerpo del paciente fallecido y el apoyo emocional a familiares, así como el desarrollo a todo el personal de habilidades para la comunicación y el diálogo.

En general el eje y enfoque de la humanización de los servicios, además de ser una política para la planeación de la atención, debe contemplar las estrategias a desarrollar, el apoyo desde el direccionamiento estratégico y la gerencia, la existencia de instancias de apoyo como los comités de ética, la gerencia del talento humano, salud ocupacional y atención al usuario, entre otros.

Es necesario promover la cultura de la humanización de los servicios, el proceso de preparación del personal, líneas de intervención con usuarios y clientes internos, la práctica de valores y principios humanísticos y desde la gerencia del talento humano propender por el respeto a la dignidad humana, la humanización, la motivación y el reconocimiento.

### **SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO SIAU:**

Es una estrategia de desarrollo institucional y ciudadana; se considera una unidad de apoyo en el hospital para buscar una atención integral en salud y garantizar la calidad en la prestación de los servicios a los usuarios, es un puente entre la administración y el usuario. El Servicio de Información y Atención al Usuario es una iniciativa gerencial diseñada por el

Ministerio de Salud, para fortalecer la calidad de los servicios, la cual tiene como punto de partida la información que proporcionan los usuarios en las peticiones (demandas, quejas, reclamos, sugerencias y/o felicitaciones) sobre la prestación de los servicios de la I.P.S.

**NORMATIVIDAD: FUNDAMENTADO EN LA LEY DECRETO 1757 DE 1994 LEY 90 DE 1995. CONCEPTOS BASICOS EN LA ATENCION AL USUARIO ACCESIBILIDAD:**

Facilidad de entrar en contacto con el servicio o los profesionales, facilidad de acceso físico y telefónico. Es un componente de la calidad de servicio. Incluye aspectos como el horario de visitas, ubicación de pacientes y servicio al cliente interno y externo.

### **MARCO NORMATIVO**

Dentro del marco normativo que respalda la estructuración de la intervención de la población enmarcada en el proyecto y su institucionalidad, así como las funciones propias desde la intervención a nivel internacional se establecen leyes que regulan el actuar de la legislación colombiana frente A:

Declaración Universal de DDHH de 1948, de la cual retomaremos lo siguientes artículos:

- Artículo 1: Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.
- Artículo 2: Toda persona tiene los derechos y libertades proclamados en esta declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un

país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía.

Declaración de los derechos de los niños de 1959, de la cual retomaremos los siguientes artículos:

Principio 6: El niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, necesita amor y comprensión. Siempre que sea posible, deberá crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres y, en todo caso, en un ambiente de afecto y de seguridad moral y material; salvo circunstancias excepcionales no deberá separarse al niño de corta edad de su madre. La sociedad y las autoridades públicas tendrán la obligación de cuidar especialmente a los niños sin familia o que carezcan de medios adecuados de subsistencia. Para el mantenimiento de los hijos de familias numerosas conviene conceder subsidios estatales o de otra índole.

Principio 7: El niño tiene derecho a recibir educación que será gratuita y obligatoria por lo menos en las etapas elementales. Se le dará una educación que favorezca su cultura general y le permita, en condiciones de igualdad de oportunidades, desarrollar sus aptitudes y su juicio individual, su sentido de responsabilidad moral y social, y llegar a ser un miembro útil de la sociedad. El interés superior del niño debe ser el principio rector de quienes tienen la responsabilidad de su educación y orientación; dicha responsabilidad incumbe, en primero término, a sus padres.

El niño debe disfrutar plenamente de juegos y recreaciones, los cuales deberán estar orientados hacia los fines perseguidos por la educación; la sociedad y las autoridades públicas se esforzarán por promover el goce de este derecho.

Convención internacional de los derechos de niños y niñas de 1989, de la cual retomaremos

Para fines de nuestro contexto los siguientes artículos:

ARTÍCULO 1: Para los efectos de la presente Convención, se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo, que, en virtud de la ley le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.

ARTÍCULO 4: Los Estados Partes adoptarán todas las medidas administrativas, legislativas y de otra índole para dar efectividad a los derechos reconocidos en la presente Convención. En lo que respecta a los derechos económicos, sociales y culturales, los Estados Partes adoptarán esas medidas hasta el máximo de los recursos de que dispongan y, cuando sea necesario, dentro del marco de la cooperación internacional.

ARTÍCULO 5: Los Estados Partes respetarán las responsabilidades, los derechos y los deberes de los padres o, en su caso, de los miembros de la familia ampliada o de la comunidad, según establezca la costumbre local, de los tutores u otras personas encargadas legalmente del niño de impartirle, en consonancia con la evolución de sus facultades, dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente Convención.

Para el caso del deber constitucional asociado a la realidad social a intervenir, se hace importante mencionar que la República de Colombia como Estado Social de Derecho, fundamentada en el respeto de la dignidad humana y la garantía de deberes y derechos, establece una serie de artículos desde la Constitución Política de 1991, entre los cuales, tomando en cuenta el presente análisis, se resalta el Artículo 49, el cual señala que:

La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. (Corte Constitucional, 2015, p.21)

De este modo, la atención en salud para los colombianos, está reglamentada por la Ley 100 de 1993 del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-, que es reformada por medio de la Ley 1438 de 2011, en este sentido, reconociendo las características específicas de la realidad social, se toma los artículos del 194 al 197 de la ley 100, en donde se reglamenta la prestación de los servicios de salud a través de las Empresas Sociales del Estado, así, el artículo 194 plantea que:

La prestación de servicios de salud en forma directa por la nación o por las entidades territoriales, se hará principalmente a través de las Empresas Sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa.

Por otra parte, se encuentra el Decreto 1876 de 1994, el cual plantea los objetivos, principios, organización y régimen jurídico de las Empresas Sociales del Estado. Y en el ámbito nacional, se ubica el Plan de Desarrollo Nacional 2014-2018, todos por un nuevo país y en relación a su estructura, se definen cinco estrategias de las cuales es importante realizar un énfasis la estrategia dos: movilidad social y uno de sus objetivos es mejorar las condiciones de salud de la población y disminuir las brechas de resultados en salud.

Y para el caso de políticas públicas, a nivel nacional se ubica la Política Nacional de Atención Integral en Salud: un sistema de salud al servicio de la gente a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, la cual define como objetivo:

Orientar el sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, pág. 30).

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es un derecho fundamental de las mujeres y niñas en Colombia. Por esta razón, los servicios de salud relacionados con la IVE deben garantizarse de manera real con una atención oportuna en todos los grados de complejidad y en todo el territorio nacional.

La realización de este procedimiento parte de haber garantizado, tanto en la RPMS, como en los primeros pasos de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal, el derecho que tienen las mujeres a conocer las causales bajo las cuales pueden interrumpir el embarazo, y que están previstas en la Sentencia C - 355 de 2006 y demás sentencias complementarias.

Los prestadores primarios que cuenten con personal médico debidamente entrenado, están en la capacidad de ofrecer servicios de IVE por aspiración endouterina hasta las 15 semanas y con medicamentos hasta la semana 10 de embarazo, dado que ambos son procedimientos ambulatorios. Para el caso de la aspiración endouterina en el primer nivel de atención, se debe cumplir con los requisitos establecidos en la Resolución No. 2003 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social o la norma que la modifique o sustituya. Así mismo, deben estar en capacidad de identificar, estabilizar y remitir cualquier complicación de la IVE que no pueda tratarse en ese nivel

Aunque algunos procedimientos a realizarse después de las 15 semanas de embarazo se pueden llevar a cabo de forma ambulatoria (dilatación y evacuación o aborto por inducción con medicamentos), la opción de hospitalización debe estar disponible, en caso de ser necesario. Así mismo, este nivel debe estar en capacidad de manejar las posibles complicaciones relacionadas con la IVE.

**OBJECION DE CONCIENCIA**-No son titulares las personas jurídicas/



**OBJECION DE CONCIENCIA INSTITUCIONAL EN ABORTO-**  
Improcedencia/**OBJECION DE CONCIENCIA POR MEDICO**-Invocación para no practicar aborto.

La objeción de conciencia no es un derecho del cual son titulares las personas jurídicas, o el Estado. Solo es posible reconocerlo a personas naturales, de manera que no pueden existir clínicas, hospitales, centros de salud o cualquiera que sea el nombre con que se les denomine, que presenten objeción de conciencia a la práctica de un aborto cuando se reúnan las condiciones señaladas en esta sentencia. En lo que respecta a las personas naturales, cabe advertir, que la objeción de conciencia hace referencia a una convicción de carácter religioso debidamente fundamentada, y por tanto no se trata de poner en juego la opinión del médico en torno a si está o no de acuerdo con el aborto, y tampoco puede implicar el desconocimiento de los derechos fundamentales de las mujeres; por lo que, en caso de alegarse por un médico la objeción de conciencia, debe proceder inmediatamente a remitir a la mujer que se encuentre en las hipótesis previstas a otro médico que si pueda llevar a cabo el aborto, sin perjuicio de que posteriormente se determine si la objeción de conciencia era procedente y pertinente, a través de los mecanismos establecidos por la profesión médica.

Así mismo, el **aseguramiento**, sugiere dos regímenes: el contributivo y el subsidiado, corresponden a la afiliación de la población colombiana a las Empresas Promotoras de Salud (EPS). El régimen contributivo cobija a los trabajadores y a su núcleo familiar, y se financia con los ingresos laborales, dadas las condiciones de capacidad de pago como cotizante, o aportes económicos financiados por empleados o empleadores. Por otra parte, el régimen subsidiado asegura en salud a toda la población no trabajadora perteneciente a los estratos más pobres, y/o población especial, donde previamente, deben demostrar su incapacidad de pago ante un sistema

de clasificación que los acredita como pertenecientes a los estratos 1 y 2, y se les garantiza el derecho a los servicios de salud mediante subsidios del Estado (Vélez, Op. cit, pág. 34).

Para materializar la prestación del servicio de salud, las EPS, contratan el plan obligatorio de salud (POS) de su población afiliada, con las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), las cuales pueden ser clínicas, laboratorios, hospitales y otras instituciones con las cuales tienen convenios las aseguradoras, y que dichas instituciones pueden ser, tanto de carácter público como privado; así mismo, la atención en el sistema de salud se divide en cuatro niveles, de acuerdo a la complejidad de los procedimientos e intervenciones realizada, en el primer nivel, se cuentan con servicios como consulta médica general, atención inicial, estabilización, atención odontológica, laboratorio clínico básico, radiología básica, medicamentos esenciales; en el nivel dos, se brinda atención médica no quirúrgica, cuenta con laboratorio clínico especializado, radiología especializada, y procedimientos diagnósticos y terapéuticos; en el nivel tres, se brinda atención especializada por cardiólogo, neumólogo, reumatólogo, otorrinolaringólogo, oftalmólogo, además de laboratorio clínico, imágenes diagnósticas y exámenes especiales no considerados para niveles I y II, finalmente en el nivel cuatro, se brinda atención a las enfermedades consideradas catastróficas, de alta complejidad o alto costo.

El funcionamiento en la atención de la Salud, se realizan a través los copagos y las cuotas moderadoras. “El artículo 187 de la ley 100 de 1993 estableció que los usuarios estarían sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y copagos- deducibles para acceder a los beneficios contenidos en el POS – con el fin de racionalizar el uso de los servicios del sistema y de complementar la financiación (Vélez, Op. Cit, pág. 47).

En el régimen contributivo las cuotas moderadoras tienen diferencias entre quienes devengan ciertos tipos de salarios, por su parte, en el régimen subsidiado el valor del copago es del 10% del costo del servicio recibido servicio recibido. En el mismo sentido, están los

medicamentos no POS, los cuales no los cubren a cabalidad las aseguradoras- EPS. Por tanto y ante la dificultad en la cobertura, esta situación obliga a millones de colombianos a interponer acciones de tutela, por los servicios reclamados, no POS. En particular, las tutelas se han convertido en el principal mecanismo de los ciudadanos para reclamar y garantizar su derecho legítimo a la salud.

Así mismo, ante las demoras, se llegan a instancia como el fenómeno de desacato, el cual obliga a garantizar el derecho. Por tanto, “la defensoría manifiesta que es necesario pensar la obligatoriedad de las entidades al cumplimiento de dichos fallos, sin que los usuarios tengan que interponer desacatos, que, en última instancia, son también ignorados en detrimento de su estado de salud” (Vélez, Op, cit. Pág. 38). Es importante añadir las trabas en las demoras en asignación de citas, autorizaciones para tratamientos y cirugías, entre otras decenas de trámites por parte de las EPS, hacen más lento y limitan el acceso real a los servicios de salud, se convierten en un problema real de acceso.

Así, por ejemplo, el aseguramiento, que propendía por la cobertura, -como inicialmente se había pensado- como la atención oportuna a la enfermedad, en cualquier lugar y a cualquier persona con el fin de activar las estrategias para preservarlo sano, con la ley 100, se concebía que solo con estar afiliado a una aseguradora se consideraba como cubierto, sin importar que se reciba o no la atención médica requerida.

Este panorama del “derecho” se disputa con la necesidad de la población que dice beneficiar, a pesar que la corte constitucional ha señalado que las dificultades mencionadas no pueden convertirse en barreras de acceso al derecho de la salud, ya que algunas personas no cuentan con los recursos económicos para cubrir tratamiento médico, además, visibilizan las necesidades, dado que parte de los pacientes no tienen ni siquiera para movilizarse desde sus lugares de residencia a los centros asistenciales, además de los costos que una estancia

hospitalaria genera en cuanto a la supervivencia del paciente, el acompañante y su grupo familiar. Esto pues, afecta a la población en general, ya que no se cuenta con oportunidades para el acceso real al derecho de la salud y a su vez aparecen las necesidades de cada paciente en relación con el contexto en el que vive.

Carballeda (s.f) ha realizado un análisis acerca de dicha situación, “La emergencia de las Problemáticas Sociales complejas se manifiesta en una significativa tensión entre necesidades y derechos cuando se multiplican las expectativas y disminuyen las posibilidades de alcanzarlas, donde el mercado, aún de los cambios que se generaron en los últimos años, se sigue presentando como un gran disciplinado”. Estos modelos clásicos, según el autor, parecieran no tener capacidad de respuesta, frente a sus lógicas inflexibles, manifestada en prácticas conservadoras de intervención.

## **METODOLOGÍA**

El diagnóstico se enmarcó en el paradigma interpretativo-comprensivo, teniendo en cuenta que, para este paradigma, existen múltiples realidades construidas por los actores en su relación con la realidad social en la cual viven. No existe una sola verdad, sino que cada una surge como una configuración o construcción de los diversos significados que las personas les dan a las situaciones en las cuales se encuentran. Este paradigma, permitió en el proceso del diagnóstico, identificar cuales, con las concepciones del concepto de humanización en servicios de salud, del personal de ginecobstetricia y SIAU, todo esto partiendo del reconocimiento de la diversidad, las particularidades en las formas de conocimiento de los procesos en esas nuevas perspectivas desde lo humano y los factores sociales, políticos, económicos y culturales del contexto en el cual se encuentran inmersos.

Así mismo el enfoque cualitativo es de gran utilidad en el proceso donde se visualiza la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido de, o interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados y relatos que tienen para las personas implicadas. Realidades que se viven cotidianamente y cuentan con un patrón de propiedades relacionados con creencias, deseos, motivaciones, intenciones y sentimientos que forman parte del comportamiento humano.

Por su parte, **la fenomenología** como método, permite interpretar y comprender la complementariedad de perspectivas anotadas anteriormente, y aportando más bases para la comprensión de las percepciones del personal de ginecología y SIAU de la fundación, es decir las realidades construidas del entorno con base en las subjetividades, concebidas desde los sentidos. Entonces conforme a la fenomenología como método para el estudio de los fenómenos (o experiencias) tal como se presentan y la manera en que se vive por las propias personas porque ofrece las posibilidades para explorar y especificar propiedades, características y rasgos importantes del fenómeno, problemática o hecho social, pero al mismo tiempo nos permite describir la realidad tal como es concebida, tendencias y/o percepciones de las personas o grupos en cuanto a su mundo de forma auténtica.

“La fenomenología nos conduce a cuestionar lo que previamente parecía evidente (...). Esto involucra un cambio de actitud, debemos mirar el mundo con 'ojos nuevos'. ¿Qué es exactamente esta nueva actitud que adopto al realizar la reducción fenomenológico-trascendental? Aquí Husserl nos provee de una variedad de frases pensadas para mostrar esta nueva actitud al lector: ya no le atribuyo ninguna validez a la 'creencia natural en la existencia de lo que experimento'; 'invalido', 'inhibo', 'descalifico' todos los compromisos con referencia a objetos experimentados; 'yo pongo entre paréntesis el mundo objetivo'. Esta última es una de las frases más conocidas usadas en este contexto" (Osorio, F 1998. p.7)

Una vez definido el método, se implementaron técnicas para la recolección de la información, tales como la observación, la entrevista semiestructurada y el rastreo bibliográfico. En el espacio de las intervenciones en la socialización de los derechos y deberes de los usuarios en el área de ginecología se hacen entrevistas conversacionales a personal médico, jefes de enfermería, auxiliares de laboratorio y en el área de SIAU con el personal administrativo delegado, con el fin de identificar las percepciones frente al componente de humanización en el área de la salud y todos sus procesos derivados de esta. Se realizaron 12 entrevistas, 8 de ellas al personal del área de la salud y las otras 4 al equipo de SIAU de la FUNDACIÓN SOMA.

Así mismo, la **observación** nos permitió identificar el nivel de relación entre lo expresado verbalmente con el lenguaje corporal, las posturas frente a las orientaciones brindadas, el interés y la receptividad, estas observaciones se dieron en el espacio de ginecología y SIAU.

Por su parte, el **rastreo bibliográfico** es un proceso necesario, en la fase del diagnóstico en el cual se busca constantemente retroalimentar la experiencia vivida en la práctica, con las orientaciones teóricas las cuales confluyen en diálogo, dando lugar a encuentros, desencuentros, continuidades y discontinuidades entre ambas. Es importante mencionar que estas técnicas tienen como propósito generar un diálogo de saberes, en donde se escuchen las voces de quienes viven la realidad, sin perder de vista el objeto de la intervención profesional por el cual fue requerido.

## **IDENTIFICACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA**

En la última década cada vez más se está hablando, con mayor insistencia sobre “la deshumanización en la atención de los servicios de salud”, y uno de los tantos signos de alarma o alerta que se pueden vislumbrar son las repetidas quejas, reclamos, incluso tutelas por actos de deshumanización que han recibido los usuarios en instituciones prestadoras de los servicios. La

alerta de la deshumanización en diversas ocasiones se refiere sobre todo a la falta de encuentro humano auténtico, en la práctica utilizada en la atención, diagnóstico y evolución del paciente.

Es así, apoyándonos en Bermejo (1998), consideramos que la naturaleza de los contextos clínicos, pueden permitir generar ambientes de estrés, agotamiento esto dado la demanda versus la oferta de servicios con alguna especialidad, en este caso la FUNDAIÓN SOMA, y su especialidad de ginecología y obstetricia y neonatología, o que genera espacios de alto nivel de ansiedad. La comunicación es el vehículo conductor de la emotividad del personal asistencial- usuaria, personal asistencial- administrativos, personal asistencial- personal asistencial; siendo la comunicación interpersonal, e encuentro entre lo humano y lo técnico.

En el periodo de ingreso hospitalario( admisiones), servicio de citas, cirugías programadas (SIAU), y hospitalización están presente factores generadores de ansiedad y estrés que no sólo tienen repercusión en el paciente sino también en familiares, personal asistencial, y administrativo de la institución, invisibilizando de esta manera, el panorama de posibilidades y alternativas que se tiene frente, a la atención de las problemáticas vividas por dichas personas, es en este sentido en donde la duración del periodo de admisión, atención y hospitalización recobra relevancia, entendiendo que “La duración de la estancia en el hospital podría tener una gran importancia. Una hospitalización media de más de una semana o repetidas readmisiones de pequeña duración podrían asociarse con un considerable aumento de las alteraciones conductuales del paciente y con un aumento de su estrés y el de sus acompañantes” (Fernández Castillo, A; López Naranjo, I; 2006 p. 634).

El tiempo de espera en atención a las pacientes cuando consultan por urgencias, es uno de los factores que ha provocado inconformidad en las usuarias y familiares. En ocasiones, no es por el lapso de tiempo si no la incomodidad de que el personal que le realice el triage sea el de admisiones (personal administrativo y no asistencial), es por lo anterior, que una orientación

temprana en sala de espera a las pacientes informándoles los procedimientos, que se realizan como protocolos en la institución, influiría en la disminución de uno de los factores estresores, la queja.

De esta manera conviene no solo enfocarse en el motivo de consulta, cirugía, dificultad con el periodo de gestación o urgencia con la cual llega la paciente, sino también como lo hemos mencionado anteriormente, para garantizar el bienestar es necesario tener en cuenta aspectos relacionados a las condiciones de emotividad generada por la atención brindada, desde admisiones hasta el personal asistencial.

Es así, que para brindar una atención de salud satisfactoria a las madres gestantes, además de enfocarse el proceso de parto y postparto, es necesario evaluar muy bien todos los aspectos que influyen en el desarrollo normal del proceso, sin olvidar por supuesto las necesidades de la familia y, sobre todo, las del acompañante que tiene a su familiar en espera o hospitalización, junto con abarcar los aspectos socioculturales que rodean la paciente. La presencia de los pilares familiares, principalmente de la red de apoyo durante el proceso de atención y hospitalización es fundamental para favorecer la mejoría de la gestante, teniendo siempre presente que el trabajo del equipo de salud va de la mano con ellas; se debe fomentar la participación de los familiares, junto con generar un ambiente propicio para la adaptación y aceptación del espacio hospitalario por parte de la gestante.

Además de los factores estresores, existe otra realidad ligada a la accesibilidad de los servicios, orientaciones y recomendaciones por parte de los usuarios, el desconocimiento de la norma y los mecanismos de exigibilidad, lo que da lugar a la necesidad de una orientación en derechos y deberes a los pacientes y la sensibilización del concepto de humanización en el servicio de salud prestada como una práctica profesional, al personal asistencial de la FUNDACIÓN SOMA; el bienestar de la paciente también parte de su emotividad añadido al



adecuado tratamiento médico y la comprensión de su situación sociofamiliar hace que la atención brindada se genere de forma asertiva con una comunicación que fluya entre usuaria y personal asistencial y administrativo de la institución.

“Ella no ha estado pendiente del niño, no porque no lo quiera sino porque a ella el dijeron que el niño quedaba en incubadora dos meses, y por eso no ha ido y además donde ella vive eso está inundado y no hay señal por eso tampoco les contesta y tampoco tiene donde quedarse aquí en Chigorodó, pero ella no quiere reglar su niño” (Familiar de paciente en UCIN, E8, p1).

Tomando este caso de ejemplo, desde Trabajo social se hace la gestión de acompañamiento, telefónico y nuevamente se le brindan las orientaciones, frente a las condiciones de permanencia del neonato en UCIN y las complicaciones que causa el no acompañamiento del mismo en el espacio hospitalario, tales como la entrega a comisaria de familia se comunica las posibilidades de acceso frente a las garantías que deben de ofrecer las EPS de la formula oligomérica que requiere la paciente y en caso de que esta sea negada se acude a la acción de tutela con el fin de garantizar el suministro de la formula requerida, sin embargo, la madre no sabía que tenía derecho al suministro de este medicamento y desconocía los medios para exigirlo. Así como este caso, ocurren muchos más dentro del servicio de hospitalización, en el cual, el desconocimiento de las rutas, puede llegar a impedir la adherencia al tratamiento y con ello la vulneración de derechos.

Así como he venido mencionando en párrafos anteriores, son diferentes las situaciones que se presentan a intervenir desde la competencia del área Psicosocial, no visualizado como necesario por la gran parte del funcionamiento de la clínica, dado que en 10 años de brindar servicios en la región de Urabá de la FUNACIÓN SOMA, solo hasta el año anterior, se empezó a contar con el acompañamiento psicológico y por ende abrir el campo de la intervención de lo

social en la institución para brindar y una atención integral en salud, tanto el acompañamiento médico, como el acompañamiento Psicológico y social.

A partir de la información obtenida durante las entrevistas conversacionales y las observaciones realizadas al personal del área de ginecología y SIAU se infiere lo siguiente.

La humanización en los servicios de la salud, siendo un proyecto nacional difundido por el ministerio de protección social en el anexo técnico Calidad y humanización de la atención en salud a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes ( 2014), es poco el conocimiento y apropiación que se tiene del mismo, que hasta la fecha no se ha realizado su respectiva socialización en la institución y por ende presenta algunas desestabilidades y carencia de vigilancia y apoyo por parte del área administrativa, en el proceso de implementación y desarrollo de la misma.

De este modo podemos evidenciar que en la FUNDACIÓN SOMA, institución que surge de la necesidad de minimizar el riesgo de muerte en maternas y neonatos, se sienten manifestaciones por parte del personal acerca del contenido en la humanización de los servicios de salud como:

Lo que se debe humanizar no es el servicio, es al profesional como tal, ya que con lo humano se nace y en ocasiones se forma, pero los servicios no se humanizan porque son intangibles y cambiantes, la aptitud de servicio es algo que pocos tienen y en un espacio como este es vital ya que cada usuario llega con su urgencia y siempre la considera más prioritaria que el resto y es por ello que el personal de admisiones tiene que tener la capacidad humana de contener y estabilizar al usuario para brindarle las orientaciones de una forma coherente y asertiva, si no se hace la debida concientización se pueden realizar mil socializaciones, mil capacitaciones y los profesionales siguen actuando de la misma forma por arraigos ideológicos y culturales. (Entrevista, 2019)

De igual forma, se manifiesta la necesidad de establecer el concepto de lo humano durante todo el proceso que se brinda en la FUNDACIÓN, desde admisión hasta hospitalización dado que en cada uno de los momentos se tiene contacto diferente como personal de ginecología y SIAU, conjuntamente ya que una área no está desligada de la otra, situación que genera desinterés y poca apropiación del concepto por parte de las dos áreas ya que una asume que le corresponde a la otra y así inversamente, como se manifiesta.

Cuando hay alguna queja del servicio prestado y es de la parte administrativa buscamos la solución, pero si es de la parte médica ahí si no podemos hacer nada porque ellos son un mundo aparte y son quienes deben de brindar la humanización en los servicios que está prestando en el momento” (Entrevista,2019).

Es que el problema no es de nosotros los médicos, porque en muchas ocasiones ya la paciente y el familiar nos llegan ofuscados incluso agresivos por una mala atención en admisiones, o una mala información de los procesos y con ellos demoras en la atención, y ahí si no hay humano que valga frente a una actitud desafiante y grosera, si fuera inconveniente de nosotros lo solucionamos, pero no es así, es de otra área. (Entrevista, 2019).

Nada de humanización nada, aquí no nos han brindado capacitación frente a ese tema no conocemos nada, a nosotros nos dieron un curso con el SENA, pero fue de servicio al cliente y eso porque nosotros lo pedimos y llamamos al SENA para que nos lo viniera a dar cuando ya teníamos el cupo completo de resto nada. (Entrevista, octubre 2019).

Yo soy practicante de la fundación y me desempeño en SIAU, pero no me han dado inducción o capacitación en lo que tiene que ver con ese proceso, aquí somos dos practicantes de la misma área que nos desempeñamos en SIAU y admisiones, pero no tenemos conocimiento de ese proceso. (Entrevista, octubre 2019).

## CAUSAS

Dentro de las causas que se pudieron identificar en el transcurso del diagnóstico y por medio de las técnicas ya mencionadas, se encontró que la carencia de la humanización en los servicios ofrecidos por la FUNDACIÓN SOMA son:

- Desconocimiento del concepto de humanización en servicios de salud por parte del personal de SIAU y admisiones provocando roces o situaciones incómodas para las pacientes, familiares y personal de la institución ya que no es una directriz de la intervención institucional, dado que no se ha brindado una capacitación al personal asistencial y administrativo.

“me sentí un poco mal cuando fui atendida, porque mi cuñado había tenido un alegato con la muchacha que recibe los papeles y cuando por fin me llamaron y me entraron al consultorio la doctora que me reviso me dijo: ¡a usted, es la familiar del señor que anda todo grosero!, siento que no deben pasar, lo que pasa a fuera con los médicos” (Testimonio tomado en la recepción de PQRS, septiembre 2019).

- Aplicabilidad del anexo técnico **Calidad y humanización de la atención en salud a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes**<sup>4</sup> donde esta discriminados los criterios para realizar la atención del parto humanizado y su respectiva definición; además la diferenciación de dos conceptos esenciales como lo son la humanización del parto como aplicabilidad técnico-científica que tiene por fin el cuidado de la usuaria desde el momento de su observación, evolución y postparto y como producto final un parto humanizado; y la humanización como modelo de atención basado en una atención integral que involucra las necesidades físicas y psicológicas de la paciente y sus familiares.

“Es un poco complicado decir que se realiza la atención, desde los conceptos de humanización porque cuando hay demasiados maternas en trabajo de parto uno no alcanza

---

<sup>4</sup> Tomado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Calidad-y-humanizacion.pdf>

atender una, cuando ya está la otra paciente en fila y todas quieren que se revisen rápido y todas tienen su prioridad” (Entrevista 2, noviembre 2019).

- Desarticulación en los procesos internos en lo concerniente a documentación requerida (documento de identidad de la paciente), tramites lo que conlleva a que el paciente y familiares tengan retrasos incensarios en el momento del alta hospitalaria, siendo la comunicación asertiva uno de los pilares de la humanización.

“cuando llegan pacientes con inconvenientes de documentación, el personal de admisión debe de informar de este acontecimiento, para las demás áreas ir preparando e informándose de que proceso se debe seguir, no esperar a que ya la paciente o el niño este de alta, para empezar a ver el chicharrón que hay, y correr contar el tiempo, sin contar con los recursos económicos y sociales de la paciente y su acompañante cuando lo tienen” (Entrevista conversacional, octubre 2019).

## **CONSECUENCIAS**

Las consecuencias que trae el desconocimiento del concepto de humanización en servicios de salud, es la limitación que tienen los profesionales del área de ginecobstetricia y SIAU para desenvolverse en el actual modelo sistema de salud a nivel técnico, humano y relacional y acudir a mecanismos correspondientes para la atención de las necesidades de la institución, pacientes y familiares en vías del cumplimiento de sus derechos, además de la reproducción de un sistema castigador y adoctrinado que limita la actuación de los profesionales y pacientes, por medio de acciones netamente técnicas y en pro de cumplimiento de un medidor, dejando de lado el significado de lo humano en un capo de actuación que tiene como pilar el nacimiento y la atención integral de la mujer en sus estado de gestación y el neonato.

No se desea desdibujar ni menospreciar los conocimientos técnicos y profesionales que tiene el personal y por ende es uno de los fundamentos por los cuales la fundación existe, en la atención materno-infantil está presente situaciones que implican componentes sanitarios, éticos, legales y sociales, que están presentes en la atención brindada por los profesionales asistenciales y administrativos. Para tal fin el equipo de Ginecobstrecia y SIAU, debe capacitarse y vincular a sus prácticas elementos Éticos que tengan como fin único la humanización de los servicios ofertados por la FUNDACIÓN SOMA, realizando de esta forma una mejora continua de los servicios desde la perspectiva de una atención integral.

### **PRONÓSTICO**

Al llevar a cabo acciones de tipo educativo, las cuales permitan brindar herramientas para el conocimiento del concepto y aplicabilidad de la humanización como practica en los servicios de salud, se impactaría positivamente no sólo a los pacientes y familiares, en la media en que se mejora la atención y receptividad, sino también a la FUNDACIÓN SOMA ya que el trato y el manejo de la usuaria durante la recepción y atención del parto está estrechamente relacionado con la experiencia de los profesionales, que en la mayoría de los casos, se puede condicionar por cada una de las representaciones culturales y simbólicas que tiene consigo las usuarias, familiares y personal asistencial y administrativo que son diversas en cada parto; además de la empatía de los profesionales la formación humanista como concepto del parto normal; se apreciaría mas que simplemente la humanización del parto como un proceso biológico y orgánico, sino que en su atención incluya toda la esfera humana

En caso de no intervenir la situación presentada frente al desconocimiento de la fundamentación teórica, conceptual y aplicabilidad de la humanización en servicios de salud, habría mayor posibilidad de peticiones, quejas, reclamos por parte de los pacientes y familiares,

dado que cuando se crea la brecha entre paciente y el personal de la clínica, se da lugar a la incertidumbre, inseguridad, estrés y miedo de la intervención que van a realizar los profesionales asistenciales y se corre el riesgo de generar un ambiente de tensión no en la paciente si no en las demás pacientes y familiares que encuentran en la sala de espera, sala de parto o hostilización. Generando de esta forma una imagen inadecuada de la institución y de los profesionales que prestan sus servicios en la FUNDACIÓN SOMA (UMI) Chigorodó-Antioquia.

## **RECURSOS**

La FUNDACIÓN SOMA Chigorodó, cuenta con instalaciones físicas dotadas de espacios dispuestos para la atención y orientación de los pacientes y cuidadores, no solo en los pisos donde los pacientes se encuentran hospitalizados, sino también en la oficina de trabajo social ubicada en el primer piso de la torre sur, esta además, se encuentra dotada de sillas y escritorio.

Con relación a los recursos humanos, se cuenta con el personal médico que atiende a los pacientes y que, en caso de ser requerido para el apoyo en las intervenciones, se hará uso de este, adicionalmente se encuentra el área de Psicosocial, conformado por el profesional Jorge Mario Sánchez Psicólogo de la fundación y 1 practicante de Trabajo Social, con quienes se ejecutará el proyecto de intervención. Estos recursos son propios.

De igual manera se requieren equipos tecnológicos como computador e impresora, los cuales hacen parte de la capacidad instalada de la FUNDACIÓN SOMA. Dentro de los materiales que se deben gestionar, se encuentra hojas de papel para el trabajo con el personal del área de ginecología y SIAU, lapiceros, marcadores e impresiones.

Así mismo, se buscará la posibilidad de realizar un trabajo en red con las instituciones capacitadoras en la temática de humanización de los servicios en salud, COMFAMA , como caja

de compensación familiar a la cual está inscrita la Fundación y brinda capacitaciones al personal asistencial desde el punto de vista institucional, con el fin de propiciar espacios para la educación, orientación y acción frente a la atención de los pacientes y familiares, con respecto a sus necesidades y e información solicitada.

<b>RECURSOS GESTIONABLES</b>	<b>RECURSOS GESTIONADOS</b>	<b>CAPACIDAD INSTALADA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación de humanización y comunicación asertiva con COMFAMA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Espacio de capacitación y equipos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Área de talento humano con psicólogo.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación de manejo de emociones con COMFAMA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Materiales para capacitación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal asistencial con conocimientos de humanización en servicios de salud.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación de manejo de código FUCSIA con IVE, por parte de los secretarios de salud del municipio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refrigerios para los asistentes a las capacitaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Espacio formativo con equipos necesarios. ( auditorio)</li> </ul>

**Tabla 1, Elaboración propia**

En cuanto a los temas políticos, más allá de la voluntad de la fundación SOMA , en la región de Urabá está marcada la escases de recursos hospitalarios, la carencia de humanización en los servicios, de las pocas entidades de salud que tiene la región de Urabá es constante las quejas de los usuarios de los tratos inhumanos recibidos tanto por el personal asistencial, como el personal administrativo de las diferentes instituciones; y aunque en los planes de desarrollo de cada uno de los municipios que comprende la región la salud, la infraestructura hospitalaria y la mejora de los servicios prestados, desde la perspectiva de humanización es un programa bandera; en su aplicabilidad se ha vuelto Cliché y no visible.



## ACTORES

- **OIA:** Organización Indígena de Antioquia “Es una organización Social encargada de la representación política de las comunidades indígenas de Antioquia pertenecientes a los pueblos Tule, Sinú y Emberá a través de la reivindicación de la integridad de derechos humanos y étnicos” (OIA, 2017)

- **ICBF:** Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, “es la entidad del estado colombiano que trabaja por la prevención y protección integral de la primera infancia, la niñez, la adolescencia y el bienestar de las familias en Colombia, brindando atención especialmente a aquellos en condiciones de amenaza, inobservancia o vulneración de sus derechos” (ICBF, 2017).

- **Comisaría de Familia:** “Las Comisarías de Familia son instituciones creadas para brindar apoyo a la familia en los ámbitos jurídicos y psicosocial, habilitando a sus miembros en el ejercicio de sus derechos y en la exigibilidad de los mismos” (Gobernación de Antioquia, 2017)

- **Personería:** estancia que vela por la promoción y protección de los derechos humanos y vigila el debido proceso. Ante esta instancia se presentan los mecanismos de exigibilidad, por medio de los cuales los ciudadanos apelan por sus derechos.

- **Notaria:** es una oficina pública donde un abogado otorga por medio de su intervención la legalización o la autenticidad de documentos públicos y privados, garantizando legitimidad y seguridad jurídica con su firma en un amito extrajudicial, dándole a cada uno de su actos presunción de verdad, reglamentados en el marco del derecho privado de naturaleza civil y mercantil, asimismo esta oficina tendría la función de asesorar a los ciudadanos en materia de

actas públicas, situaciones testamentarias, de hecho, derecho hereditario custodia de documentos entro otros.

- **Registradora:** La Registradora Nacional del Estado Civil en Colombia es una institución descentralizada del Estado que es la encargada del registro civil nacional, así como de la convocatoria y organización electoral bajo el mandato y supervisión del Consejo Nacional Electoral.

- **EPS:** Una entidad promotora de salud conocida en sus siglas como EPS, son empresas del Sistema de Salud en Colombia, las cuales prestan servicios médicos. Las personas se afilian a las EPS para luego ser atendidas en clínicas y hospitales, las cuales sí brindan los servicios médicos pero no cobran por estos a los pacientes.

- **Hospitales regionales:** Dentro del modelo de Seguridad Social, el hospital es concebido como un actor social que funciona como una agente economía dentro del sector de la salud, en el marco de una plataforma de económica de libre mercado y modelada por principios Solidarios, que se encuentran bajo la regulación y control del Estado en el marco de las normas del Sistema de Seguridad Social en Salud. Esto significa, que el hospital debe funcionar con la autonomía política y financiera necesarias para prestar los servicios con la calidez y calidad, esenciales para satisfacer las necesidades de salud del usuario y a su vez sobrevivir, crecer y desarrollarse en medio de una competencia dada por otros prestadores dentro de un área social de mercado de servicios de salud<sup>5</sup>.(Ministerio de salud, mejoramiento en salud. p.6)

- **Juzgados municipales:** Artículo 22 de la Ley 270 de 1996. RÉGIMEN DE LOS JUZGADOS. Los Juzgados Civiles, Penales, de Familia, Laborales, de Ejecución de Penas, y de Pequeñas Causas que de conformidad con las necesidades de la administración de justicia determine la Sala Administrativa del Consejo Superior de la Judicatura, para el cumplimiento de

---

<sup>5</sup> CAPÍTULO 1. CONCEPTOS BÁSICOS. Re-Crear la Prestación de Servicios de Salud en los Hospitales E.S.E. en el S.G.S.S.S. Guías de Capacitación y Consulta.

las funciones que prevea la ley procesal en cada circuito o municipio, integran la Jurisdicción Ordinaria. Sus características, denominación y número serán los establecidos por dichas Corporaciones.

Cuando el número de asuntos así lo justifique, los juzgados podrán ser promiscuos para el conocimiento de procesos civiles, penales, laborales o de familia.

De conformidad con las necesidades de cada ciudad y de cada municipio habrá jueces municipales de pequeñas causas y competencia múltiple sobre asuntos de Jurisdicción Ordinaria, definidos legalmente como conflictos menores. La localización de sus sedes será descentralizada en aquellos sectores de ciudades y municipios donde así se justifique en razón de la demanda de justicia. Su actuación será oral, sumaria y en lo posible de única audiencia.

## **PROYECTO DE INTERVENCIÓN**

### **ATENCIÓN CON CALOR HUMANO “UNA ESTRATEGIA SENSIBILIZADORA” UMI UNIDAD MATERNO INFANIL TIL CHIGORODÓ, FUNDACIÓN SOMA.**

#### **INTRODUCCIÓN**

El presente informe tiene como fin evidenciar el proyecto de intervención realizado por la Trabajadora Social en formación de la Universidad de Antioquia seccional Urabá Natalia Arango Usuga, cuyo objetivo es sensibilizar al personal del área de ginecobstetricia y SIAU, de la UMI unidad materno infantil Chigorodó FUNDACIÓN SOMA con respecto al componente de humanización en servicios de salud y la comunicación asertiva como eje precursor de un adecuado ambiente laboral.

Teniendo en cuenta la contextualización y el diagnóstico realizado en las instalaciones de la FUNDACIÓN SOMA, se realiza el proyecto que guiará la intervención en los espacios del campo de práctica de Trabajo Social, el proyecto está basado en la humanización de los servicios de salud y la comunicación asertiva desde un componente educativo a los usuarios internos y externos, que convergen en las instalaciones de la institución

La propuesta de intervención está guiada desde dos componentes, partiendo de la línea de educación en Trabajo Social como estrategia que propenda por la promoción de la humanización en servicios de salud desde la UMI unidad materno infantil Chigorodó, FUNDACIÓN SOMA y la comunicación asertiva en el personal asistencial y administrativo.

Una de las realidades que se vive en el entorno de las atenciones en el área de ginecología y admisiones es el afán del día a día y el estrés que se maneja por las intensas jornadas de trabajo y la afluencia de usuarias requiriendo el servicio de urgencias con todas las derivaciones que convergen con el estado de gestación; y pareciera que esto implica dejar a un lado el factor humano que debe caracterizar las intervenciones que se realizan en la FUNDACIÓN SOMA.

Así mismo, las dificultades presentadas por una comunicación no adecuada o poco asertiva que revela las pasiones, los egos y roles que por organigrama se establecen pero, que en la atención integral deben desaparecer para un trato humano a las pacientes, familiares y compañeros del área asistencial y administrativa.

## SUJETOS DE INTERVENCIÓN

Inventario de Involucrados.	Tipo de Interés del involucrado frente a la problemática.	Fase en la que podría intervenir potencialmente. Diseño (D), Financiación (F), Ejecución (E), Evaluación (EV), Sustentabilidad (S).	Rol que podría asumir el involucrado en determinada fase del proyecto.	Posible estrategia del proyecto para relacionarse con el interesado / involucrado.
<b>Directos</b>	<b>Maternas</b>	<b>DISEÑO</b>  <b>EVALUACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aportar las apreciaciones y generalidades del proyecto, para realizar posibles ajustes que permitan la sustentabilidad y éxito del proyecto.</li> <li>• Opiniones sobre avances o dificultades que observen en la ejecución del proyecto.</li> </ul>	Socialización de la propuesta de intervención
	<b>Ginecólogos</b>	<b>EJECUCIÓN</b>  <b>EVALUACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participar activamente de las actividades y talleres propuestos para la aplicabilidad del proyecto en la UMI.</li> <li>• Opiniones sobre avances o dificultades que observen en la ejecución del proyecto.</li> </ul>	Socialización y desarrollo de estrategias y metodologías mejoradoras.

	<b>Enfermeras</b>	<b>EJECUCIÓN</b>  <b>EVALUACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participar activamente de las actividades y talleres propuestos para la aplicabilidad del proyecto en la UMI.</li> <li>• Opiniones sobre avances o dificultades que observen en la ejecución del proyecto.</li> </ul>	Socialización y desarrollo de estrategias y metodologías de sensibilización de humanización en servicios de salud.
	<b>Médicos generales</b>	<b>EJECUCIÓN</b>  <b>EVALUACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participar activamente de las actividades y talleres propuestos para la aplicabilidad del proyecto en la UMI.</li> <li>• Opiniones sobre avances o dificultades que observen en la ejecución del proyecto.</li> </ul>	Socialización y desarrollo de estrategias y metodologías de sensibilización de humanización en servicios de salud.
	<b>Asistentes administrativas</b>	<b>EJECUCIÓN</b>  <b>EVALUACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participar activamente de las actividades y talleres propuestos para la aplicabilidad del proyecto en la UMI.</li> <li>• Opiniones sobre avances o dificultades que observen en la ejecución del</li> </ul>	Socialización y desarrollo de estrategias y metodologías de sensibilización de humanización en servicios de salud.

			proyecto.	
	<b>FUNDA CIÓN SOMA</b>	<b>FINANCIACI ÓN EVALUACIÓN  SUSTENTABILIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aportar recursos financieros y locativos para el desarrollo, evaluación y sustentabilidad del proyecto.</li> <li>• Opiniones sobre avances o dificultades que observen en la ejecución del proyecto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adecuar espacios de socialización.</li> <li>• Mantener disponibilidad de los recursos.</li> <li>• Socialización de la propuesta de intervención</li> </ul>
<b>Indire ctos</b>	<b>Familia</b>	<b>DISEÑO  EVALUACIÓN</b>	Aportar las apreciaciones y generalidades del proyecto, para realizar posibles ajustes que permitan la sustentabilidad y éxito del proyecto.	Socialización de la propuesta de intervención
	<b>Factura ción</b>	<b>DISEÑO  EVALUACIÓN  N</b>	Aportar las apreciaciones y generalidades del proyecto, para realizar posibles ajustes que permitan la sustentabilidad y éxito del proyecto.	Socialización de la propuesta de intervención
	<b>UCIN</b>	<b>DISEÑO  EVALUACIÓN  N</b>	Aportar las apreciaciones y generalidades del proyecto, para realizar posibles ajustes	Socialización de la

			que permitan la sustentabilidad y éxito del proyecto.	propuesta de intervención
	<b>EPS</b>	<b>EVALUACIÓN</b>  N.	Opinion es sobre avances o dificultades que observen en la atención que se les brinda a las usuarias de su entidad.	Considerando la importancia de su desarrollo y aplicabilidad para la población gestante y la sociedad en general, a través de la encuesta de satisfacción de servicios prestado por terceros.

**Tabla 2, Elaboración propia**

### **JUSTIFICACIÓN**

Teniendo en cuenta que en Colombia la Salud es un derecho fundamental, de los ciudadanos y como derecho fundamental debería respetarse, cumplirse y seguir determinados parámetros para su establecimiento. Es importante destacar que el planteamiento de la ejecución de este proyecto de intervención, es una estrategia de sensibilización grupal, considerando que entre las dificultades encontradas durante el proceso diagnóstico, están presentes dos puntos por fortalecer, que llevan como guía una misma dirección; uno de estos hace referencia a la queja más frecuentes de los usuarios del sistema de salud a nivel general (país) y se encuentra en el sentir de la población usuaria de los servicios de salud como objeto comercial en la mecanización de los procesos y/o procedimientos con la bina empresa-usuario. (Comprador- vendedor) la atención del parto y los servicios anexos a la maternidad como algo efímero y de corta duración donde la atención que se enfoca es el número como indicador de efectividad.



. El otro hace relación a una problemática dada en el ambiente laboral empleado-empleado, ya este dado dentro de UMI- Fundación Soma, encontrando poca receptividad, compañerismo, familiaridad e importancia a la cordialidad y obtención de los objetivos comunes, como resultado de una carente comunicación asertiva. El común denominador de estos dos grupos está relacionado con la ausencia de trato humanizado sumándose la inadecuada interacción, escasas estrategias de afrontamiento a los problemas social-familiar-laboral, falta de capacitación o aplicación de lineamientos para la atención al usuario.

Es también, de anotar y tener en cuenta las percepciones que pueden tener el personal asistencial, administrativo, familiares y usuarios, frente a la realización de las estrategias de sensibilización de humanización y comunicación asertiva, sobre todo en las entidades de salud, en este caso la fundación soma, que presta el servicio del alumbramiento y los cuidados gestacionales, parto y post-parto.

En justificación a lo anteriormente detectado, es posible afirmar que la humanización parte desde la atención de calidad en articulación a los avances tecnológicos y científicos, con acogida y ambiente laboral con las condiciones del ejercicio profesional en la asistencia obstétrica, proporcionando una atención integral con el mínimo de procedimientos; así mismo como un servicio que está dado por la exigencia de la implementación de protocolos de atención, seguimientos, vínculo relacional ( usuaria-institución) y evaluación de estos. Es de considerar que la humanización de un servicio no es solo un requisito para la acreditación, es la gran oportunidad para reorientar la intención positiva, al objetivo original enfocado en el servicio que alienta a los profesionales y pacientes durante la atención y estancia hospitalaria en la FUNDACIÓN SOMA.

De igual forma, no se puede invisibilizar que la temática de la salud en el territorio Colombiano, en las últimas dos décadas ha vivido situaciones de orden legal, jurídico y político,

problemas estatales de mayor envergadura, que han generado malestar y descontento en los ciudadanos colombianos, es por ello que se reconoce que está en manos de los usuarios organizarse como mecanismo, para hacer valer los derechos, en este caso el de la salud, con acciones que presenten exigibilidad en mejorar la calidez en la prestación del servicio, ya que la falta de la misma sumado a las problemáticas socio-familiares generan conflictos en la dupla usuarios-institución.

Como lo menciona Bermejo (2003), es necesario promover la sensibilización de la humanización en contextos hospitalarios, como un proceso de preparación del personal asistencial y administrativo, con dos líneas de intervención con las usuarias como sujetos portadores de derechos y el personal de la institución, en la práctica y aplicabilidad de valores y principios humanísticos desde el área social y talento humano, propendiendo por el respeto a la dignidad humana, la humanización, la motivación y el auto reconocimiento siendo espacios que generan aprendizaje y nuevo hábitos en la atención y comunicación.

Es así como se hace de vital importancia que desde Trabajo Social se promuevan espacios que lleven a la reflexión, permitiendo generar procesos de aprendizaje y sensibilización, con estrategias de educación y comunicación que tenga por objetivo una mejora positiva en la manifestaciones negativas que hacen de la prestación en los servicios de salud algo mecánico y sin calidez.

Por tanto, la capacitación como eje fundamental para el inicio de un cambio de actitudes es el mejor paso a seguir por esto se propone:

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Generar espacios educativos-reflexivos frente a la humanización en servicios de salud, y comunicación asertiva en la UMI Unidad materno infantil Chigorodó, FUNDACIÓN SOMA que propendan por el bienestar de los usuarios internos y externos en el periodo comprendido entre diciembre del 2019 y abril del 2020 del área de ginecología y SIAU.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Generar espacios de discusión con el personal asistencial y administrativo de la FUNDACIÓN SOMA acerca de la importancia de la humanización en los servicios de ginecología y SIAU.
- Generar espacios de reflexión y reconocimiento de las condiciones o prácticas profesionales, en el ejercicio de la comunicación asertiva en la FUNDACIÓN SOMA.
- Motivar la participación conjunta del equipo de ginecología, admisiones y SIAU en el reconocimiento de los recursos personales y técnicos existente, que aporten a minimizar los problemas actuales, ligados a la humanización de los servicios.

## **RUTA METODOLÓGICA**

La humanización en el ámbito de los espacios clínicos, es un llamado latente no solo para el personal asistencial sino, también para el personal administrativo, quien es el que tiene un primer contacto con los usuarios en las instituciones prestadoras de servicios de salud, donde las labores del día a día se hacen monótonas y poco cálidas, afectando la imagen de la institución; perdiendo de vista la importancia de la dignidad humana, evidenciada en la relación de reciprocidad y buen trato entre el usuario( paciente) y la institución.

Para este proyecto de intervención el cual tiene como objetivo Generar un proceso de intervención que posibilite la identificación y reconocimiento de estrategias metodológicas, en la sensibilización del concepto de humanización en los servicios de salud ofrecidos por la UMI unidad materno infantil, y la comunicación asertiva en la FUNDACIÓN SOMA, Chigorodó Antioquia, se tendrá en cuenta la metodología de la pedagogía social entendida como: un saber práctico y como un saber teórico, síntesis entre el conocimiento del hombre que alcanza la filosofía, en tanto que reflexión crítica acerca de la cultura, y la idea de comunidad como fin regulador de la acción educadora.

Considera que la elevación a la comunidad es una ampliación del yo hasta el nosotros, educación de la voluntad sobre la base de la comunidad:” en esto consiste la pedagogía social” propone que “todo individuo ha de ser trabajador de la cultura y todo trabajador ha de estar dotado de una conciencia cultural, en este caso la humanización de los servicios de salud de la UMI unidad materno infantil FUNDACIÓN SOMA, Chigorodó.

Para Natorp, el fin de la educación no puede ser otro que la socialización y con ello la moralización de la vida del pueblo; el medio esencial de la formación de la voluntad es la organización de la comunidad.

De la misma manera, para intervenir la humanización en los servicios de salud en la UMI, se propone un modelo de intervención educativa debido que, además de ser un campo propio del trabajo social, desde allí, se dispondrá de tiempo y espacios para facilitar el encuentro con el personal de salud y administrativo pertenecientes al área de ginecobstetricia, admisiones y SIAU en donde se llevara a cabo un proceso de construcción de enseñanza y aprendizaje, con miras a potenciar la humanización en estos espacios de servicios prestados, es también brindar la posibilidad que a través de esta forma de intervención, los profesionales del área de salud y

administrativos sean conscientes de la importancia del desarrollo y aplicabilidad de la humanización como concepto fundante y objetivo inicial de toda entidad prestadora de salud, que por ende ha sido invisible, y se le ha restado importancia en la institución

En suma, se realizará bajo la estrategia de intervención de tipo educativo, donde se proponga el diseño de estrategias metodológicas que permitan el desarrollo de acciones enfocadas a la sensibilización y visibilización del concepto humanización en servicios de salud y comunicación asertiva, en UMI, unidad materno infantil FUNDACIÓN SOMA Chigorodó.

La humanización en el campo clínico, es un ejercicio que requiere de intervención desde diferentes áreas, a las que hasta el momento lo han realizado, desde intervenciones estructurales tratándolo desde hace dos décadas con formación lineal, es así que desde el que hacer del Trabajo Social en contextos socio-sanitarios se propone; el desarrollo de una línea estratégica como es: Acompañamiento al personal del área asistencial y administrativa en la sensibilización, reconocimiento y apropiación de la humanización y la comunicación asertiva como ejes transversales en el mejoramiento de la calidad del servicio prestado, “el inicio de la vida con un valor más humano”.

## **LÍNEA ESTRATÉGICA**

### **Acción 1:**

**FUNDACIÓN SOMA, juntos por un inicio de la vida más humano.**

**“Atención con calor humano”**

Acompañamiento al personal de ginecología y obstetricia en la reflexión conjunta del concepto de lo humano en las labores diarias realizadas, en la institución; la práctica que acompaña el inicio de la vida.

Esta estrategia tiene por objetivo el reconocimiento y aplicabilidad del concepto de humanización en el momento del parto como actividad principal de la fundación, y por ende donde mayor afluencia de pacientes se tiene, y donde se puede desarrollar un componente humano que brinde la mejora en la calidad del servicio prestado.

A través de acciones que se concreten en fundamentar la humanización, como política institucional a la cual se le asignen un mínimo de atención desde el área gerencial y administrativa de la Fundación SOMA, que trascienda desde lo físicamente filosófico y utópico a lo teórico – práctico desde el quehacer diario, ya que este no puede ser cortoplacista, por que tan solo las acciones que se sostengan en el tiempo, son los que logran generar cambios culturales, que es en su naturaleza lo que se pretende con un proyecto de intervención en la humanización de los servicios prestados en la institución.

La primera etapa es brindarle seguridad a la paciente, en el trato de sus datos personales, historia clínica y diagnóstico; en toda la estancia hospitalaria, desde el proceso de admisión, revisión e información del estado de salud tanto a la paciente como a los familiares cuando esto sea preciso; la segunda etapa es garantizar el mejoramiento continuo de los procesos de atención médica, admisión y SIAU, orientándolos al cubrimiento de las necesidades de las pacientes y su satisfacción; la tercera etapa es la información clara precisa y pertinente a las usuarias desde su diagnóstico, tratamiento y egreso hospitalario, que le brinde seguridad y confianza en los servicios prestados por la institución y en los profesionales que realizan la atención y la cuarta etapa está basada en la comunicación asertiva tanto del personal de admisiones y el personal asistencial, generando un ambiente de armonía, empatía y asertividad en la atención brindada a la usuaria.

Lo anterior se lograra a través de talleres de lecturas previas de casos de falta de humanización en diferentes instituciones de salud diferentes a la FUNDACIÓN SOMA, que brinde un momento de reflexión en el personal asistencial con las semejanzas que se pueden prestar en casos de la institución o que se hallan presentados, y que esta misma reflexión nos lleve a la práctica mínima de un principio fundamental de la humanización en servicios de salud.

Al igual que con talleres de comunicación asertiva que brinde las herramientas de comunicación al personal de admisiones, SIAU Y asistencial, para general un ambiente de cordialidad entre el personal de la institución brindando seguridad en las pacientes, familiares y en los mismos profesionales de la institución ya que se tendría certeza de que todo están en pro del mismo objetivo una atención con calor humano.

ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	META	INDICADOR	RESPONSABLE	RECURSO	FUENTE DE VERIFICACIÓN
<p>Acompañamiento al personal del área asistencial y administrativa en la sensibilización, reconocimiento y apropiación de la humanización y la comunicación asertiva como ejes transversales en el mejoramiento de la calidad del servicio prestado, “el inicio de la vida con un valor más humano”.</p>	<p>FUNDACIÓN SOMA, juntos por un inicio de la vida más humano. “Atención con calor humano”</p>	<p>2 Talleres de lectura, dialogo, reflexión y escucha, frente a situaciones reales presentadas en la institución donde se evidencia el componente de humanización.</p>	<p>Se logra desarrollar las lecturas, tertulias y fraseo en carteleras.</p>	<p>50% del personal asistencial de ginecología, participa en la tertulia y genera frases de reflexión acerca de la humanización en servicios de salud.</p>	<p>Practicante de Trabajo Social</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lapiceros.</li> <li>• Hojas block blancas</li> <li>• Lecturas, copias.</li> <li>• Carteleras .</li> <li>• Chinchas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Listado de asistencia.</li> <li>• Guía metodológica de taller.</li> <li>• Listado de asistencia.</li> <li>• Registro fotográfico.</li> </ul>
	<p>En la comunicación esta la interacción “FUNDACIÓN SOMA, JUNTO S HACE MOS MAS”</p>	<p>1 Talleres de comunicación asertiva. Con el personal de admisiones y SIAU, donde se busca trabajar la asertividad de la información brindada a los usuarios.</p>	<p>Se logra desarrollar los talleres temáticos de comunicación asertiva y hay una reflexividad frente al tema y mejor apreciación de los usuarios en la información solicitada.</p>	<p>Se realizó el 100% De los talleres.</p>	<p>Practicante de Trabajo Social</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tinto.</li> <li>• Agua.</li> <li>• Lapiceros.</li> <li>• Hojas block blancas.</li> <li>• Lana.</li> <li>• Auditorio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Listado de asistencia.</li> <li>• Guía metodológica de taller.</li> <li>• Listado de asistencia.</li> <li>• Registro fotográfico.</li> </ul>
		<p>1 talleres de comunicación asertiva con el personal asistencial, donde se</p>	<p>Se logra desarrollar los talleres temáticos de comunicación asertiva y</p>	<p>Se realizó el 100% De los talleres.</p>	<p>Practicante de Trabajo Social</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tinto.</li> <li>• Agua.</li> <li>• Lapiceros.</li> <li>• Hojas block blancas.</li> <li>• Video beam.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Listado de asistencia.</li> <li>• Guía metodológica de taller.</li> <li>• Listado de asistencia.</li> <li>• Registro fotográfico</li> </ul>



		busca es identificar los puntos de quiebre de las relaciones laborales y desempeño profesional .	hay una reflexividad frente al tema y se minimiza el número de inconvenientes laborales por una inadecuada comunicación.			• Auditorio.	
--	--	--	--	--	--	--------------	--

**Tabla 3, Elaboración propia**

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PROYECTO DE INTERVENCIÓN**

FASE	¿QUE?	¿Cómo?	¿Cuándo?				
			MES				
	Actividad	Metodología	DIC	ENE	FEB.	MAR	ABR
<b>1. Diseño</b>	Formulación del proyecto de intervención.	Se realiza un rastreo bibliográfico y elección de documentación y fuentes bibliográficas necesarias para el proyecto de intervención. Se Identifica la situación problemática, de los sujetos de intervención, se plantea la justificación, se formulan los objetivos de intervención, la conceptualización de la realidad a intervenir, organización de la ruta metodológica, el sistema de evaluación,					

		<p>cronograma y presupuesto.</p> <p>Diseño de talleres con el personal de ginecología y SIAU, de La fundación SOMA</p>					
<b>2. Ejecución</b>	<p>Desarrollo de la intervención a través de talleres de humanización y comunicación asertiva en la fundación SOMA.</p>	<p>Se ponen en práctica o en marcha el desarrollo de las técnicas propuestas como fueron</p>					
<b>3. Evaluación</b>	<p>Revisión consecutiva del proyecto de intervención.</p>	<p>Revisando, retroalimentando el proceso por parte de la docente asesora, la estudiante de trabajo.</p>					
<b>4. Seguimiento</b>	<p>Acciones de mejoramiento.</p>	<p>Realizando acciones de mejoramiento a la intervención.</p>					

**Tabla 4, Elaboración Propia**

**PRESUPUESTO**

ACTIVIDAD	PROFESIONAL	DESCRIPCION DEL RECURSO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	COOPERANTE
Taller Humanización en servicios “Atención con calor humano”	Natalia Arango Usuga	Profesional	4	50.000	200.000	Fundación SOMA
		Auditorio	1	Recurso propio de la institución	N/A	
		portátil	7	Recurso propio de la institución	N/A	
		Marcadores	10	20.000	7.000	
		Papel periódico	16	800	10.400	
		Video Beam	1	Recurso propio de la institución	N/A	
		Lápices	16	500	8000	
		Resma de papel	1	13500	13500	

**Tabla 5, Elaboración propia.**