

**FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA ESTRATÉGICO EN EDUCACIÓN,
COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN
DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN LA IPS
COOMULTRASAN ENTRE EL 2009 Y 2010.**

RAÚL ANTONIO PUESME RIVERA

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



UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

**FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA ESTRATÉGICO EN EDUCACIÓN,
COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN
DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN LA IPS
COOMULTRASAN ENTRE EL 2009 Y 2010.**

RAÚL ANTONIO PUESME RIVERA

Proyecto de grado presentado para optar al título de
Trabajador Social

**Directora:
Edith Rueda Palomino
Trabajadora Social**

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



AGRADECIMIENTOS

El autor agradece por la realización de este proceso académico a:

La Escuela de Trabajo Social de la Universidad Industrial de Santander por mi desarrollo profesional, académico y humano; Así como a todo su equipo de docentes y personal administrativo, por haberme brindado la oportunidad de formarme en una de las instituciones de educación superior más prestigiosas del país.

A la directora del proyecto, la Trabajadora Social Edith Rueda Palomino así como la Docente Adriana Vega por la constante asesoría profesional para el mejoramiento continuo en el marco de la gerencia del ser. También a la profesora Ruth Zárate Rueda y Martha Ligia Peña Villamizar por brindarme derroteros de acción profesional en el ejercicio académico.

A la IPS Coomultrasan por brindarme la oportunidad de formular y ejecutar este proceso así como a todo su equipo de profesionales del campo de la salud.



DEDICATORIA

Resulta cierto que detrás de cada experiencia, por pequeña que resulte, se encuentra el apoyo de un alguien, lejano y cálido, fraterno y silencioso o frío y vivaz; por esta razón, y con gran alegría quiero dedicar todo lo que ahora soy, principalmente, a mis padres, Zoraida Felicitas Rivera Jaimes (Q.E.P.D) y Ramón Antonio Puesme Rondón, mi hermano Juan Carlos, Mi tía Sofía, Mis primas (Amparo Lizcano y Nubia Ortega) a mis tías/os maternos y primos. De ellos aprendí que toda acción exitosa exige tiempo y esmero. ¡Gracias, familia!

A mis docentes Martha Beatriz Rodríguez, Carlos Eduardo Torres y Nelly Aguilar Rueda por su apoyo en los momentos difíciles y por enseñarme que el discurso profesional debe, necesariamente, anclarse a la acción humanística.

A mis grandes amigos Iván González, Gorgin Humberto Ríos, Carolina Barajas y Flia, Walter Castellanos, Mauricio Serrano, Fredy López, Diana Rondón, Víctor Pabón, Maryluz Cadena, Yuli Cala y Carlos Barrera Mendoza.

A la División de Bienestar Universitario, a las Residencias Universitarias y a la compañía y apoyo brindado por las señoras de Cafetería.

Sin olvidar a Blanquita por demostrarme en muchos momentos que la calidez y el amor siempre nacen del sentido humano en todos los momentos de la existencia; siempre le recordaré.

Y a mí, por ser la persona que más aprecio y admiro, por mi tenacidad, por hacer de cada mañana una victoria, por brindarme ánimo en las derrotas y exigirme fuerza y valentía en los momentos más arduos.

A todos y todas muchas gracias.

Raúl Antonio Puesme Rivera.



CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	16
1 LA COMUNICACIÓN, EDUCACIÓN E INFORMACIÓN EN EL CAMPO DE LA SALUD: MOTOR DEL DESARROLLO SOCIAL	18
1.1 EL CONCEPTO DE SALUD: ALGUNAS ASEVERACIONES.....	18
1.1.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD.	21
1.1.2 PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD.	24
1.1.3 DIFERENCIAS Y SIMILITUDES ENTRE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD.....	25
1.2 COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN PARA LA SALUD.....	27
1.3 EDUCACIÓN PARA LA SALUD (EPS).....	32
1.4 LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD	35
1.5 MARCO LEGAL DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN COLOMBIA.....	40
2 ORIENTACIONES DE CONTEXTO DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD: EL CASO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.....	46
2.1 LAS ACCIONES DE LA COMUNIDAD INTERNACIONAL EN TORNO A LOS TEMAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: DEL CAIRO A BEIJING.....	46
2.2 EL CONTEXTO COLOMBIANO.....	50



3 IPS COOMULTRASAN: CAMPO DE INTERVENCIÓN ACADÉMICA EN EL ÁREA DE LA SALUD.....	57
3.1 DESCRIPCIÓN GENERAL	57
3.2 MODELO DE PLANEACIÓN.....	61
3.3 PROGRAMAS DE SALUD DESARROLLADOS POR LA IPS COOMULTRASAN.....	64
3.3.1 PROGRAMAS GENERALES DE SALUD QUE PRESTA LA IPS.	65
3.3.2 PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN (PYP).....	66
4 DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA DE PRÁCTICA ACADÉMICA	71
4.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL ESTRATÉGICO	71
4.1.1 DESCRIPCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA.....	73
4.1.2 CARACTERISTICAS GENERALES DE LA MUESTRA.	75
4.1.3 ANÁLISIS GENERAL DE LA SITUACIÓN PRESENTADA	83
4.1.4 AUDITORIA DEL DESEMPEÑO	84
4.1.5 MATRIZ DE EVALUACIÓN DEL FACTOR EXTERNO (MEFE).	85
4.1.6 MATRIZ DE EVALUACIÓN DEL FACTOR INTERNO (MEFI).....	88
4.1.7 MATRIZ FODA.....	90
4.2 PLANEACIÓN A NIVEL OPERATIVO.	100
4.2.1 PLAN OPERATIVO 1: COMPONENTE EDUCATIVO.....	100
4.2.2 PLAN OPERATIVO 2: COMPONENTE INFORMATIVO.	104
4.2.3 PLAN OPERATIVO 3: COMPONENTE COMUNICATIVO.	112
4.3 PROCESO METODOLÓGICO DE INTERVENCIÓN.	115
4.4 EJECUCIÓN DE LA ACTUACIÓN PROFESIONAL	117
4.4.1 PLAN OPERATIVO 1: COMPONENTE INFORMATIVO.	117
4.4.2 PLAN OPERATIVO 2: COMPONENTE EDUCATIVO.	120
4.4.3 PLAN OPERATIVO 3: COMPONENTE COMUNICATIVO.	124



5 EVALUACIÓN	127
6 MI FUTURO: PROPUESTA PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA IPS COOMULTRASAN	129
6.1 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: UN ACERCAMIENTO CONCEPTUAL	130
6.2 JUSTIFICACIÓN	133
6.3 OBJETIVO GENERAL	134
6.3.1 OBJETIVO GENERAL	134
6.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	134
6.4 RESULTADOS ESPERADOS	134
6.5 PROCESO METODOLÓGICO	135
6.6 ACTIVIDADES	135
6.6.1 COMPONENTE EDUCATIVO	135
6.6.2 COMPONENTE ASISTENCIAL	136
6.7 CRONOGRAMA	136
7 CONCLUSIONES	137
8 RECOMENDACIONES	141
BIBLIOGRAFÍA	144
ANEXOS	150



LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Diferencias entre Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.	26
Tabla 2 Cualidades de la Comunicación en salud.	30
Tabla 3 Estructura Demográfica COOMULTRASAN.	59
Tabla 4 Distribución por sexo.	70
Tabla 5 Cálculo de la muestra por estratos.	74
Tabla 6 Ficha técnica del instrumento aplicado.	75
Tabla 7 Matriz de Evaluación de Factores Externos.	86
Tabla 8 Matriz de Evaluación del Factor Interno.	89
Tabla 9 Cruce de variables DOFA	91
Tabla 10 Ponderación de Estrategias.	95
Tabla 11 Selección de los Objetivos Estratégicos para P&P.	97
Tabla 12 Plan de Acción 1	103
Tabla 13 Plan de Acción 2	105
Tabla 14 Plan de Acción 3	108
Tabla 15 Plan de Acción 4	111
Tabla 16 Plan de Acción 5.	113
Tabla 17 Contenido temático de las charlas san sala de espera	119
Tabla 18 Estrategia publicitaria.	120
Tabla 19 Temáticas salud sexual y reproductiva	121
Tabla 20 Componente Educativo	135
Tabla 21 Componente asistencial	136
Tabla 22 Cronograma de actividades	136



LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Diferencias entre los modelos biologicista y ecosocial en salud.	19
Figura 2 Lógica de la Promoción de la Salud.....	23
Figura 3 Lógica de la Prevención de la Enfermedad.	25
Figura 4 Mundo de la Vida y las acciones comunicativas a partir de Habermas. ...	28
Figura 5 Diseño Metodológico para la implementación de estrategias en comunicación para la salud	32
Figura 6 Criterios de una metodología en educación para la salud.	33
Figura 7 Modelo pedagógico en salud.	34
Figura 8 Organigrama COOMULTRASAN IPS.	61
Figura 9 Valores Corporativos de la IPS Coomultrasan.....	63
Figura 10 Programas de Salud IPS Coomultrasan.	65
Figura 11 Programas de Promoción y Prevención de la IPS Coomultrasan.....	66
Figura 12 Proceso de elaboración del diagnóstico.	72
Figura 13 Estado civil de los usuarios de P&P.....	76
Figura 14 Proporción de participación institucional atendida por la IPS Coomultrasan	77
Figura 15 Tipo de Vinculación laboral de la población usuaria.	78
Figura 16 Conocimiento y uso de los programas de P&P.....	78
Figura 17 Conocimientos por Programa	79
Figura 18 Origen de la Información.....	80
Figura 19 Causa del desconocimiento de los programas de P&P	81
Figura 20 Causales de desuso de los Programa de P&P	82
Figura 21 Medios Idóneos Para recibir Información de los Programas P&P.....	83
Figura 22 Flujograma del proceso de intervención profesional.....	116
Figura 23 Articulación de las estrategias en Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad.	118
Figura 24 Fases de los talleres	122



Figura 25 Marco normativo de la Salud Sexual y Reproductiva.....	133
Figura 26 Proceso metodológico	135





LISTA DE ANEXOS

Anexo A Encuesta de caracterización en programas de PyP	151
Anexo B Guión general de los videos desarrollados.....	152
Anexo C Afiches informativos de los programas de promoción y prevención.....	153
Anexo D Encuesta de Derechos y deberes de los usuarios Coomultrasan	160
Anexo E Formatos de asistencia	161
Anexo F Cronograma ampliado de actividades realizadas	162
Anexo G Cronograma de Charlas en Sala de Espera	163





RESUMEN

TITULO

FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA ESTRATÉGICO EN EDUCACION, COMUNICACIÓN E INFORMACION DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN LA IPS COOMULTRASAN ENTRE EL 2009 Y 2010*

AUTOR

PUESME RIVERA, Raúl Antonio**

PALABRAS CLAVE

Educación para la salud, Promoción de la salud, Prevención de la Enfermedad, Salud Sexual y Reproductiva, Marketing en Salud.

DESCRIPCIÓN

Este documento tiene como intención presentar el proceso de actuación profesional desarrollado por el autor en la IPS COOMULTRASAN en el área de Bucaramanga y su área metropolitana entre los años 2009 y 2010.

Los programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud han sido preestablecidos por la resolución 412 del año 2000 y hacen parte del Plan Obligatorio de Salud como una estrategia que permite el acercamiento de la población de afiliados y beneficiarios a los diversos programas de salud ofrecidos por esta institución con el fin de incidir en cambios actitudinales por medio de actividades educativas, formativas, comunicativas e informativas en este campo social como parte de sus derechos establecidos en el SGSSS (Sistema General de Seguridad Social en Salud). Sin embargo, el autor considera que la baja asistencia y uso de los programas de promoción y prevención corresponden a la falta de conocimientos, interés y disponibilidad por parte de los/las usuarios y beneficiarios de los mismo, además del mantenimiento del paradigma biologicista de la salud en la atención y concepciones erróneas sobre la salud.

Es por esta razón que el autor plantea una serie de acciones diagnósticas y mediante la metodología de planeación estratégica se establecen el camino a seguir basado en el desarrollo de acciones pedagógicas para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la IPS COOMULTRASAN, mediante el fomento de estrategias en educación, comunicación e información institucional orientadas hacia el conocimiento, uso y asistencia de los diversos programas por parte de los afiliados y beneficiarios, propiciando el fomento de escenarios reflexivos y dinámicos adecuados a sus particularidades socioculturales que disminuyan los factores de riesgo biopsicosociales y que incidan en el mejoramiento de sus niveles de calidad de vida.

*Trabajo de grado

**Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Trabajo Social. Directora Edith Rueda Palomino.



SUMMARY

TITLE

STRATEGIC SYSTEM STRENGTHENING EDUCATION, COMMUNICATION AND INFORMATION PROGRAMS HEALTH PROMOTION AND DISEASE PREVENTION IN COOMULTRASAN IPS BETWEEN 2009 AND 2010*

AUTHOR

PUESME RIVERA, Raúl Antonio**

KEY WORDS

Health Education, Health Promotion, Disease Prevention, Sexual and Reproductive Health Marketing.

DESCRIPTION

This document is intended to present the process of performance developed by the author in the IPS COOMULTRASAN in the area of Bucaramanga and its metropolitan area between 2009 and 2010.

Programs of disease prevention and health promotion have been preset by Resolution 412 of 2000 and are part of the Compulsory Health Plan as a strategy that allows the approach of the population of participants and beneficiaries to the various health programs offered by this institution in order to influence changes in attitudes through education, training, communication and information in this social field as part of its rights under the SHSS (social Security System in Health). However, the author considers that the basic assistance and use of promotion and prevention programs are a lack of knowledge, interest and availability by / the users and beneficiaries of the same paradigm as well as maintenance of the biologist health care and health misconceptions.

It is for this reason that the author raises a number of diagnostic actions and through strategic planning methodology for determining the way forward based on the development of educational activities for health promotion and disease prevention at the IPS COOMULTRASAN by strategies to promote education, communication and information-oriented institutional knowledge, use and support of various programs by the participants and beneficiaries, promoting the development of reflective and dynamic scenarios tailored to their particular sociocultural factors that reduce risk biopsychosocial and contribute to improving their quality of life levels.

*Work of degree

**Faculty of Human Sciences. School of Social Work. Director Edith Rueda Palomino.



INTRODUCCIÓN

Las estrategias en promoción de la salud y prevención de la enfermedad juegan un papel de gran importancia en el mejoramiento de las condiciones de vida de los sujetos. A partir de las reuniones del Cairo y Beijing quedo clara la importancia y el compromiso por parte de los estados de fortalecer los mecanismos preventivos en el campo de la salud, con el ánimo de impactar de forma positiva en los cambios sociales, demográficos, culturales y económicos que afectan a diario nuestras sociedades. De allí que en el marco de la acciones nacionales se establecieran políticas preventivas en salud dentro de la creación de leyes que permitieran el conocimiento y acceso por parte de los/las ciudadanos/as en aras de cambiar sus comportamientos y su relación con el bienestar.

Por esta razón el presente documento tiene como finalidad presentar un informe final sobre las estrategias a implementar durante el año 2010, por parte de Trabajo Social, para fortalecer las acciones correspondientes en comunicación, información y educación en la ejecución de programas para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad ofertados por la IPS COOMULTRASAN, con el objeto de garantizar mayores niveles de liderazgo en esta área por medio del aumento de conocimiento, uso y participación de los usuarios y/o beneficiarios, todo como productos de las demandas de ley preestablecidas en el marco de la resolución 412 de 2000, proceso realizado entre noviembre de 2009 y mayo de 2010, en la ciudad de Bucaramanga.

Este documento se compone, inicialmente en al capítulo uno, de la conceptualización básica en torno a los elementos básicos de manejo en temas de



salud enfocada a la prevención, haciendo hincapié en el promoción de la salud y prevención de la enfermedad, como ejes principales de toda la intervención social. A continuación – capítulo dos- se presenta el proceso de ubicación jurisprudencial que orienta las acciones en política pública en salud preventiva, dentro del marco constitucional y a partir de las resoluciones en ley por parte del ministerio de salud y congreso de la republica, creando de esta manera, el derrotero que orientó el proceso de diagnóstico y desarrollo de estrategias realizadas por parte de Trabajo Social en el marco de la demanda inducida.

En el tercer capítulo se describe la institución objeto de intervención con sus actores principales, todo con el fin de brindar elementos de contexto de la problemática en salud y la forma como esta influyó en el direccionamiento de la intervención académica. En el cuarto capítulo, se despliega el proceso administrativo de intervención, para ello implementando la metodología en planeación estratégica. De este modo, se organiza a partir de la formulación del diagnóstico situacional estratégico con sus variables internas y externas, necesario en esta organización provista de una alineación hacia el mejoramiento continuo.

Para finalizar, en el capítulo quinto, se detalla la propuesta para el fortalecimiento de la salud sexual y reproductiva enfocada, principalmente a usuarios jóvenes del programa, y que fueron parte inicial de la intervención académica en mención.



1 LA COMUNICACIÓN, EDUCACIÓN E INFORMACIÓN EN EL CAMPO DE LA SALUD: MOTOR DEL DESARROLLO SOCIAL

La salud juega un papel de gran importancia en el desarrollo social de los países. Es uno de los indicadores de mayor relevancia para determinar el grado de compromiso político, económico y social por parte de los gobiernos en el fortalecimiento de los niveles vivenciales de los individuos, grupos y comunidades. Con la salud también se reflejan prácticas socioculturales, como mitos, normas, tradiciones, formas de sentir y pensar que, necesariamente, y a veces, se confrontan con el desarrollo científico de la época.

De allí que la educación para la salud, las estrategias comunicativas e informativas dentro del marco del reconocimiento cultural, desarrollo pedagógico y respeto en la otredad necesariamente influyen de manera afirmativa en el cambio de prácticas sociales y de cosmovisión de los sujetos, fortaleciendo el tejido humano, la convivencia humana en el habitat circundante entre individuo, desarrollo económico y protección del medio ambiente. Es por esta razón que el objetivo de este capítulo consiste en fortalecer la mirada en torno a la relación existente entre salud, su relación operativa y necesaria con la educación, el manejo comunicativo y el uso de estrategias informativas en el marco de la promoción social y la prevención de la enfermedad.

1.1 EL CONCEPTO DE SALUD: ALGUNAS ASEVERACIONES

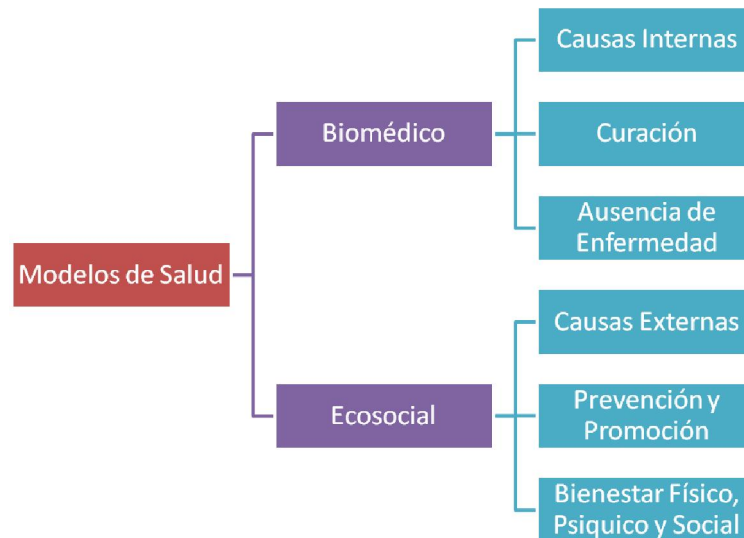
El concepto de salud como todo producto social, es también un producto histórico. Existen actualmente dos corrientes de pensamiento en el campo de la



salud especialmente en el de la medicina, la primera denominada modelo biomédico o biologicista¹ y la segunda es la corriente social o ecosocial².

Una de las principales diferencias entre estas dos corrientes, es que la biologicista o biomédica hace énfasis en las intervenciones que tratan de buscar (diagnostico) y reparar (tratamiento) la lesión en el individuo o individuos afectados por ella, mientras que la corriente social o ecosocial centra su interés en intervenir en las causas externas que producen la lesión, dando prioridad a las actividades de promoción y prevención (figura 1).

Figura 1 Diferencias entre los modelos biologicista y ecosocial en salud.³



Fuente: CRUZ ROJO, Concepción. Modelo biologicista y social en el campo de la salud. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública Universidad de Sevilla.,p. 12.

¹ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, Manual de Comunicación Social para Programas de Salud. Washington, D.C., OPS, 1992., p 140.

² PEREZ TORNERO, José M, Comunicación y educación en la sociedad de la información. Barcelona (España), Piados, 2000., p 253.

³ CRUZ ROJO, Concepción. Modelo biologicista y social en el campo de la salud. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública Universidad de Sevilla.,p. 12.



Según lo expuesto, se puede deducir que el modelo biomédico conceptualiza la salud como la ausencia de enfermedad o lesión, mientras que el ecosocial añade a dicho concepto la valoración de la salud positiva o estado de bienestar físico, psíquico y social, con capacidad de funcionamiento.

El paradigma biomédico, de manera mecanicista “centra su interés, sus recursos y sus intervenciones en tecnologías diagnosticas y reparadoras o paliativas de la lesión y en el estudio de las causas internas sin conexión con las externas”.⁴ El paradigma social centra su atención en indagar y evitar que la enfermedad se produzca y su prioridad al investigar y tratar los problemas de salud de la población son las causas externas, pues estas son fundamentales y en ultima instancia las responsables de las lesiones o enfermedades humanas y del estado de bienestar. Igualmente este modelo considera que existe una interrelación de la biología del ser humano con el medio, en una continua modificación, modelación y evolución y entre unos humanos y otros, organizados en grupos socioeconómicos y culturales.

Luego la OMS en 1948 la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”⁵. Esta definición para gusto de muchos se queda corta por no percibir la salud como un continuum sino como algo estático en el tiempo. Debido a que cuando se presentó considera que el bienestar es un estado de quietud manifiesta, pero que poco relacionada se encuentra, por ejemplo, con acciones externas, como la contaminación, las políticas públicas deficientes o su inexistencia que en esta época en los países de bajos niveles de desarrollo como Colombia, eran comunes

⁴ *Ibíd.*, p. 32.

⁵ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. En: CONFERENCIA SANITARIA INTERNACIONAL (No. 2; 1946: Nueva York). Official Records of the World Health Organization, N° 2, [en línea], <<http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>> [citado en 4 de mayo de 2010]



de encontrar. No obstante, en La carta de Ottawa , redactada en el año 1986, para la promoción de la salud de la OMS se dice que:

Dentro del contexto de la promoción de la salud, la salud ha sido considerada no como un estado abstracto si no como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.⁶

Esta segunda definición le brinda mayor sentido a la salud y se aportan las bases para trabajar a favor de la salud como medio para el desarrollo de una comunidad. Asimismo le otorga un carácter dinámico, consciente verificable en la vida diaria, la salud se construye como producto y a la vez como requisito social, vinculando elementos socioculturales en sus diversas manifestaciones.

1.1.1 Promoción de la salud.

En Ottawa, Canadá, se celebró en 1986 la Primera Conferencia internacional de la Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que dio lugar a lo que hoy se conoce como la " Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud". En este evento se llegó a una definición consensuada de promoción de salud como: "El proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla". Se entiende por determinantes al conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que condicionan el estado de salud de los individuos o poblaciones.

⁶ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS).Carta de Ottawa: Salud para todos (21 de noviembre de 1986) [en línea]. <<http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>> [citado en 14 de diciembre de 2009]



La Promoción de la Salud va más allá de la transmisión de contenidos e incorpora los objetivos de fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos y de modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de disminuir su impacto negativo en la salud individual y de la comunidad. Para conseguir dicha finalidad, la promoción de la salud utiliza una estrategia de trabajo, la educación para la salud.

El glosario de la OMS nos tiene la siguiente definición:

La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las capacidades y habilidades de los individuos, si no también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud.⁷

Asimismo se identifican las premisas claves en el campo de trabajo de la Promoción para la salud: como la participación de la persona en la toma de decisiones respecto a su proceso de salud y el aseguramiento de que la participación sea efectiva mediante modelos pedagógicos que trasciendan lo “tradicional.”⁸

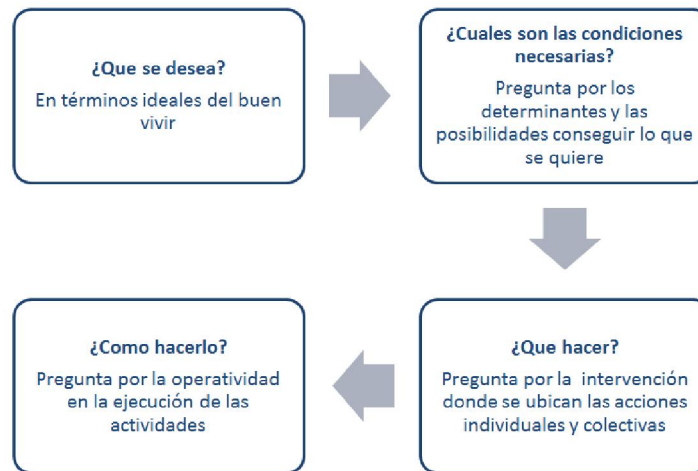
Estas premisas permiten el desarrollo de cambios tanto a nivel colectivo como individual, develando aquellas situaciones que influyan de forma negativa en el mantenimiento de actitudes que aumenten los niveles de presencia de enfermedades prevenibles entre los mismos (figura 2).

⁷ BUCETA, José María y BUENO, Ana María, *Modificación de conducta y salud perspectivas actuales en la aplicación de tratamientos de psicología*, Madrid: Eudema. 1992., p. 32

⁸ *Ibíd.*, p 35.



Figura 2 Lógica de la Promoción de la Salud.⁹



Fuente: ESLAVA JUAN CARLOS, promoción y prevención en el sistema de salud en Colombia, Revista Salud publica UNAL. Vol. 4 (1) marzo 2002.

No obstante los principios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad resultan vitales de cara a llevar a cabo cualquier programa de mejora de la salud. Es muy probable que dependiendo el grupo de intervención se encuentran algunas dificultades a la hora de poner estos principios en práctica. La primera de ellas se encuentra en su concepción de la enfermedad como algo desligado de las prácticas cotidianas y sin una causa en las condiciones o el estilo de vida. Si la enfermedad aparece sin un motivo aparente, de nada sirve llevar a cabo determinados comportamientos. No se encuentran argumentos que justifiquen la introducción de prácticas saludables que siempre suponen un esfuerzo y no ofrecen resultados visibles. Estos paradigmas socioculturales influyen en gran medida como amenazas en cualquier ejercicio de promoción de la salud (PS) y prevención de la enfermedad (PE).

⁹ ESLAVA, Juan Carlos. Promoción y prevención en el sistema de salud en Colombia, Revista Salud pública. Universidad Nacional de Colombia. Vol. 4 (1) marzo 2002., p. 2-3.



1.1.2 Prevención de la enfermedad.

De la prevención de la enfermedad se dice en el glosario de términos de la serie salud para todos de la OMS, Ginebra 1984 que:

La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, si no también a detener su avance y a atenuar sus consecuencias una vez establecida.¹⁰

Este concepto pone el punto en el sentido de considerar que la prevención no debe orientarse a simplemente detectar o prever riesgos en los elementos determinantes de la salud, sino que se hace necesario establecer acciones concretas, estas representadas en la toma de medidas de corte político, jurídico y sociales para evitar su manifestación: esto exige de los estados la realización de mediciones constantes que entrevean que bajo ciertas circunstancias políticas, económicas, ambientales y socioculturales es posible pronosticar ciertas manifestaciones patológicas en la salud humana.

Según el glosario de la promoción de la salud de la OMS:

La prevención primaria esta dirigida a evitar la aparición inicial de la enfermedad o dolencia. La prevención secundaria y terciaria tienen por objeto detener o retardar la enfermedad ya presente y sus efectos mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado o reducir los casos de recidivas y el establecimiento de la cronicidad, por ejemplo mediante una rehabilitación eficaz. La prevención de la enfermedad es la acción que normalmente emana del sector sanitario y que considera a los individuos y poblaciones como expuestos a factores de riesgo identificables, que suelen estar a menudo asociados a diferentes comportamientos de riesgo.¹¹

Para la OMS la prevención en salud debe ser una labor mas de tipo político y debe estar unida, intrínsecamente, con la prevención primaria en salud, también

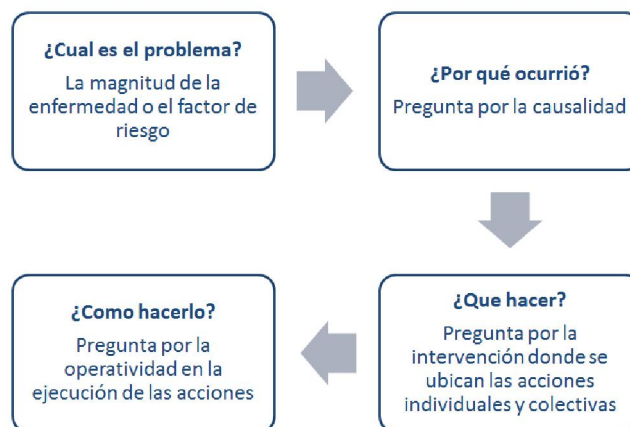
¹⁰ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, Modelos y Teorías de Comunicación en Salud. Washington, D.C., OPS, 1996. 39 p.

¹¹ GOMEZ, Mauricio. Teoría y guía práctica para la promoción de la salud. Montreal (Canadá), USI, 1998., p. 189.



habla de niveles de intervención necesarios como la medición constante de las enfermedades, su manifestación en el tiempo, las causas que las orientan y la determinación de acciones orientadas a los individuos, grupos o comunidades, la prevención según esta organización se vislumbra a partir de la acción técnico-profesional y por qué no, científica. Ver figura 3:

Figura 3 Lógica de la Prevención de la Enfermedad.¹²



Fuente: ESLAVA JUAN CARLOS, promoción y prevención en el sistema de salud en Colombia, Revista Salud publica UNAL. Vol. 4 (1) marzo 2002.

1.1.3 Diferencias y similitudes entre la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad.

Para comprender mejor el sentido de cada una de estos conceptos, a continuación se presentan las diferencias y similitudes entre estos dos conceptos partir de las investigaciones realizadas por Restrepo¹³ con base en un proceso comparativo y tal y como se observa en la tabla 1:

¹² ESLAVA, Juan Carlos. Óp. cit., p. 2-3.

¹³ RESTREPO, Helena. Promoción de la salud: como construir una vida saludable, agenda para la acción en promoción de la salud.



Tabla 1 Diferencias entre Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.

	PROMOCIÓN DE LA SALUD	PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	
OBJETIVOS	Actúa sobre los determinantes de la salud (Opciones saludables)	Reducir factores de riesgo y enfermedades. (Protección de individuos, grupos y comunidades)	
ACCIONES	Dirigidas a grupos y comunidades	Primaria	Personas y grupos con riesgo a enfermar
		Secundaria	Individuos y grupos ya enfermos pero subclínicos
		Terciaria	Individuos para prevenir complicaciones y muerte
MODELOS	Sociopolíticos Ecológicos Socioculturales	Primaria	Clásica medicina preventiva enfocado a factores de riesgo
		Secundaria	Salud pública con tamizaje y prevención temprana en poblaciones y prácticas clínicas preventivas
		Terciaria	Prácticas clínicas con evidencia clínica y rehabilitación
TIPO Y PAPEL DE LOS INTERVENTORES	Políticos y personal de trabajo comunitario (Trabajadores sociales, Psicólogos sociales, capacitadores, etc.)	Primaria	Políticos y personal de trabajo comunitario
		Secundaria y Terciaria	Personal clínico: Competencia técnico-científica
LAS ESTRATEGIAS	<ul style="list-style-type: none"> • Información, educación y comunicación al usuario. • Mercadeo social • Fortalecimiento de la participación comunitaria. • Empoderamiento y acción política. • Políticas públicas en salud. 	Primaria	<ul style="list-style-type: none"> • Información, educación y comunicación al usuario. • Mercadeo social • Fortalecimiento de la participación comunitaria. • Empoderamiento y acción política. • Políticas públicas en salud.
		Secundaria	<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas discriminatorias de atención en programas masivos (separación enfermos) • Diagnóstico precoz
		Terciaria	Manejo clínico, readaptación y rehabilitación

Fuente: RESTREPO, Helena. Promoción de la salud: como construir una vida saludable, agenda para la acción en promoción de la salud.

En esta tabla se puede observar como cambian los objetivos, las acciones, los modelos, las estrategias y el rol desarrollado por los profesionales de la salud encargados de promoverlas, se vislumbra una ampliación del rol ejecutado en la medida que el campo de acción profesional de la salud ya no es terreno de la



medicina tradicional, ni tampoco su interlocutores, ni sus direccionamientos, si bien esto se mantiene en la atención secundaria y terciaria, no es prioritaria en atención primaria, ya que ingresa un nuevo aspecto: el reconocimiento de la interculturalidad y la subjetividad de la comunidad también reconocida en sus conocimientos tradicionales en salud. Asimismo se habla de mercadeo social, fortalecimiento político y empoderamiento comunitario.

1.2 COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN PARA LA SALUD

La comunicación juega un papel fundamental en la transmisión de saberes y conocimientos de los individuos, los grupos y las comunidades, es una herramienta y a la vez un valor, en la medida que permite el mantenimiento del patrimonio cultural por ser este parte de un proceso de interacción social, de acercamiento y de fortalecimiento o distancia de las relaciones sociales. Es claro que las acciones comunicativas, si recurrimos a Jürgen Habermas¹⁴, la comunicación posee o dinamiza en si tres tipos de dimensiones socioculturales o realidades pertenecientes al mundo de la vida, estos son, el mundo objetivo, el mundo social y el mundo intersubjetivo.

En el mundo objetivo o reificado la comunicación se establece bajo criterios de verdad en torno a la construcción de significados de la realidad que le sustenta, de allí, y retomando a Peter Berger¹⁵, la comunicación se construye en un mundo ya dado por si mismo, es allí donde se genera el primer acercamiento al idioma, donde se dice “mesa” por el simple hecho de creer que así se denomina o es así como debe decirse. Esta responsabilidad es realizada por el grupo primario que socializa (Padre, Madre, Hermanos, Comunidad) y luego fortalecida por la otras

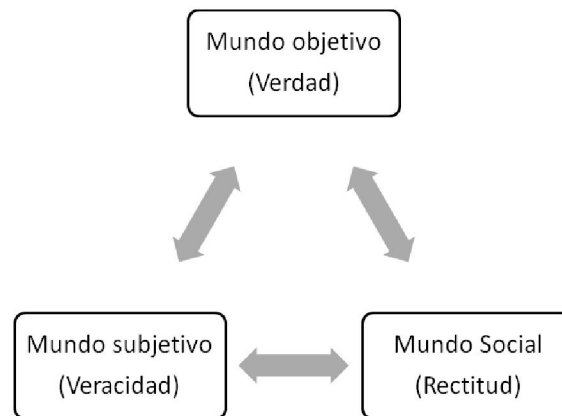
¹⁴ HABERMAS, Jürgen. Teoría de la Acción Comunicativa. Madrid: Taurus 1987

¹⁵ BERGER, Peter y LUCKMAN, Thomas. La construcción Social de la Realidad. Buenos Aires: Amorrortu..., 2001. p. 41.



instituciones sociales como la escuela, la iglesia, entre otras. La mayor parte de nuestra creencias nacen y se dinamizan en este mundo, aquí la comunicación se asume *per sé*.

Figura 4 Mundo de la Vida y las acciones comunicativas a partir de Habermas.



Fuente: HABERMAS, Jürgen. Teoría de la Acción Comunicativa: Madrid: Taurus, 2003., p. 233.

En el mundo social, las relaciones actúan como acciones conjuntas visibles e invisibles que ejercen presión sobre los sujetos (rectitud), estas relaciones están mediadas por normas, y demás cánones de tipo moral que orientan los comportamientos, de este modo, las sociedades construyen un *modus de vida* que no debe ser traspasado y por el contrario debe ser cumplido; en este mundo las relaciones comunicativas se establecen basadas en la aceptación de imperativos sociales, seguimiento y obediencia a órdenes, la interacción es baja, o si bien existe las relaciones sociales son bastante limitadas. No obstante, esta confrontación de ambos mundos iniciales – mundo objetivo y social – influyen en la confrontación y construcción del individuo en la medida que se establecen relaciones e interconexiones lingüísticas que permiten la elaboración de modelos conductuales propios.



Finalmente el mundo subjetivo permite el acercamiento social de los sujetos a los diversos elementos brindados por los lenguajes y sus variaciones (veracidad), permitiendo que confluyan verdad y rectitud en la elaboración de mejores o peores formas de comunicación (asertiva, agresiva o pasiva) y en las cuales el sujeto se muestra, disienten, lucha, se une o difiere de una postura comunicativa. Como puede observarse la comunicación es un producto e insumo social que dependen de elementos básicos de organización sociocultural, política, económica y contextual. De allí que en la elaboración de propuestas comunicativas para el campo de la salud, se haga necesario, conocer los elementos potenciadores y limitantes que permitan al profesional en Trabajo Social una interacción adecuada tanto a las capacidades de lo sujetos, grupos o comunidades en los cuales desarrolla su estrategia; sin embargo, se hace necesario interiorizar más en dicho concepto.

La comunicación en salud, es primordial para el conocimiento de los comportamientos y de las teorías que los explican y que proponen maneras de cambios. Desde la configuración ecosocial las conductas tienen dos características fundamentales: “son influenciables en múltiples niveles (por factores individuales, interpersonales, institucionales u organizativos, comunitarios y de políticas públicas) y son de causalidad recíproca con su entorno”.¹⁶

Gran parte de los modelos desarrollados hasta el momento en el campo de la comunicación en salud parten de razonamientos enfocados en el individuo de forma independiente dejando a un lado, en muchos casos, el análisis sobre la posible influencia de los pares o grupos comunitarios a los cuales pertenece ese sujeto en la formación de conductas. Las teorías del cambio

¹⁶ ALCALAY, Rina. La comunicación en salud como disciplina en las universidades estadounidenses. Revista Panamericana de Salud Pública, vol 3., p. 192-196.



individual¹⁷ parten del punto de vista de que el individuo es la referencia más importante e inmediata para propiciar los cambios de comportamiento en la población.

A partir de los análisis de Aarva, Haes y Visser¹⁸ la salud y la comunicación se encuentran conexas desde diversos niveles: entre individuos, grupos o comunidades. Algunos estudios han manifestado que la comunicación en todos los niveles -social, urbana e interpersonal- conjuga un papel significativo en la transmisión de comportamientos, valores y pautas sociales y en el estímulo a procesos de cambio social que favorecen al mejoramiento de la calidad de vida de un sujeto y al progreso de las sociedades.

Según Gumucio-Dagron¹⁹ para que la comunicación en salud resulte efectiva en el ejercicio profesional se deben destacar los siguientes aspectos (tabla 2):

Tabla 2 Cualidades de la Comunicación en salud.

Características de la comunicación en salud			
Exactitud	Conocimiento del lenguaje técnico-científico	Competencia Cultural	Acercamiento a los mundo del lenguajes, normas y pautas sociales
Disponibilidad	Acercamiento a la audiencia, adecuados canales de acercamiento social	Evidencia base	Actualización científica de los elementos brindados
Balance	Contenido del mensaje debe ser adecuado a las necesidades de la audiencia.	Alcance	Debe permitir su accesibilidad permanente
Consistencia	Debe guardar relación con los elementos básicos del mundo de la vida de los sujetos	Repetición	Reiteración del mensaje en y con la audiencia

¹⁷ BARRANQUERO, Aarón. y SÁEZ, Chela. Comunicación alternativa y comunicación para el cambio social democrático: Sujetos y objetos invisibles en la enseñanza de las teorías de la comunicación. Congreso Internacional sobre Comunicación y Desarrollo en la Era Digital, Málaga (paper). [En línea]. Disponible en <<http://orecomm.net/wp-content/uploads/2010/01/AEIC-Barranquero-Saez.pdf>> [Consultado 5 de julio 2010].

¹⁸ AARVA, P., Haes, W. y Visser A. Investigación de la Comunicación en salud. Educación del Paciente y Consejería, 1997. 30, 1-5.

¹⁹ GUMUCIO-DAGRÓN, Alfonso.. Comunicación para la salud: El reto de la participación. [En línea]. Disponible en: <http://www.comminit.com/en/node/150405> [Consultado 22 de julio, 2010].



Características de la comunicación en salud			
Fiabilidad	El mensaje debe ser creíble y su contenido actualizado	Tiempo	Debe estar acorde con las necesidades y expectativas captadas en el momento.
Inteligible	Debe tener en cuentas las condiciones generales y específicas de la audiencia		

Fuente: GUMUCIO-DAGRON, Alfonso. Comunicación en Salud. 2002., p. 42.

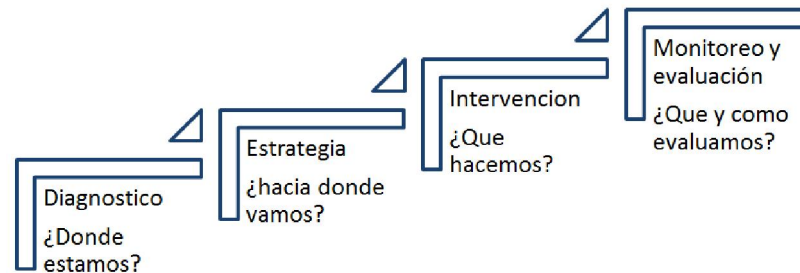
Con base en estos datos de caracterización será posible elaborar una estrategia en el campo de promoción en salud que permita el conocimiento, confrontación y cambio social que se espera en el desarrollo de estrategias encaminadas al mejoramiento de las condiciones de salud, o en el caso particular, del ejercicio profesional del profesional en Trabajo Social, en el cual se enmarca este documento. No obstante, también se hace necesario tener en cuenta ciertos elementos a nivel de educación social que no resultan irrelevantes a la hora de su implementación en el plano profesional. Tampoco sobra decir que el uso de los medios informativos y los multimedia, además de otras innovaciones tecnológicas para difundir información sobre salud entre la población, aumenta la concienciación sobre aspectos específicos de la salud individual y colectiva y sobre la importancia de la salud en el desarrollo.

La comunicación para la salud se convierte en un elemento cada vez más importante en la consecución de un mayor empoderamiento para la salud de los individuos y las comunidades.

Para implementar una acción en el campo del desarrollo de estrategias en el plano de la salud, el ministerio de protección social ha establecido una estrategia que consta de los siguientes elementos para el diseño metodológico (figura 5):



Figura 5 Diseño Metodológico para la implementación de estrategias en comunicación para la salud



Fuente: Ministerio de la Protección Social, Guía Metodológica para la formulación de propuestas comunicación. 2008., p. 12.

Aunque el diseño suele ser cercano a las diversas estrategias para la formulación de proyectos, se resalta la importancia de la inclusión del elemento comunitario en la formulación de las estrategias que deben permitir la confluencia de acciones comunicativas, educativas e informativas relacionadas en el consecución del objetivo común, en este caso, permitir el uso de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

1.3 EDUCACIÓN PARA LA SALUD (EPS)

La Educación para la Salud (EPS) es:

Una práctica antigua, aunque ha variado sustancialmente en cuanto a su enfoque ideológico y metodológico como consecuencia de los cambios paradigmáticos en relación a la salud: De un concepto de salud como no-enfermedad hacia otro más global, que considera la salud como la globalidad dinámica de bienestar físico, psíquico y social El paso del concepto negativo de la salud a una visión positiva ha conducido a un movimiento ideológico, según el cual, las acciones deben ir dirigidas a fomentar estilos de vida sanos, frente al enfoque preventivo que había prevalecido hasta entonces. Paralelamente, se ha producido un cambio terminológico: De la tradicional denominación de Educación Sanitaria a la actual Educación para la Salud (EPS).²⁰

Así pues, la Educación Para la Salud, que tiene como objeto mejorar la salud de las personas, puede considerarse desde la perspectiva preventiva y en promoción de la salud. Desde el punto de vista preventivo, capacitando a las personas para

²⁰ KAPLUN, Mario. Una Pedagogía de la Comunicación. Madrid. Ediciones de la Torre, 1998., p. 226.



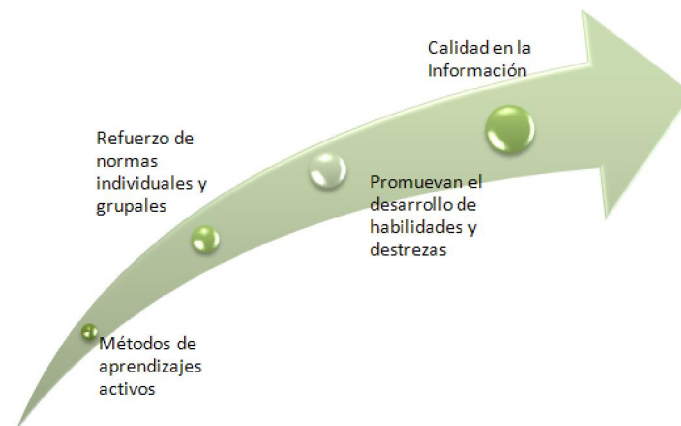
evitar los problemas de salud mediante el propio control de las situaciones de riesgo, o bien, evitando sus posibles consecuencias. Desde una perspectiva de promoción de la salud, capacitando a la población para que pueda adoptar formas de vidas saludables. Esta revolución ideológica ha llevado, como consecuencia, a la evolución en los criterios sobre los que se sustenta el concepto de EPS.

Se debe entender la Educación para la Salud como:

Un proceso de formación, de responsabilización del individuo a fin de que adquiera los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la defensa y la promoción de la salud individual y colectiva. Es decir, como un intento de responsabilizar al alumno y de prepararlo para que, poco a poco, adopte un estilo de vida lo más sano posible y unas conductas positivas de salud.²¹

De esta manera la educación para la salud busca el cumplimiento de dos objetivos fundamentales: el primero consiste en potenciar al sujeto, y permitir que este asuma nuevas conductas y el segundo se espera que el mismo mecanismo educativo funcione de manera integral. Sin embargo dentro de las consideraciones metodológicas (figura 6) se espera que se cumplan ciertas características clave que presentan los programas de EPS evaluados como efectivos como los siguientes:

Figura 6 Criterios de una metodología en educación para la salud.



Fuente: COSTA, M.; LÓPEZ, E. (1996) Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida., p. 95.

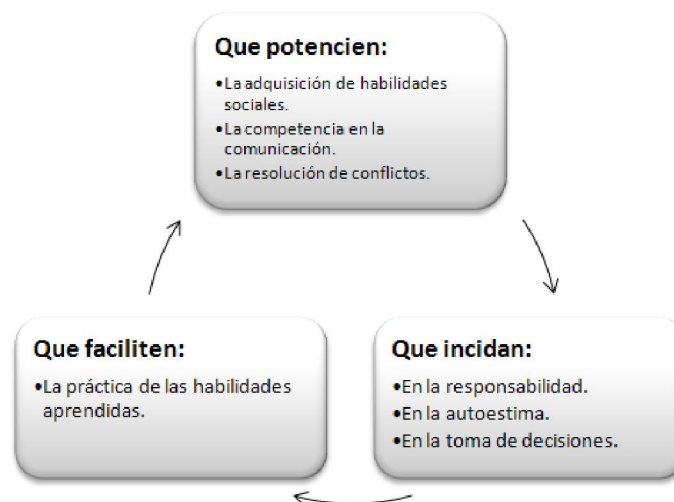
²¹ COSTA, M.; LÓPEZ, E.(1996) Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida. McGraw Hill: México., p. 23



Una estrategia especialmente efectiva es el trabajo en grupo de iguales. Sus principales ventajas son: una mayor adecuación de los contenidos y estrategias y mayor motivación y crédito de la información. Los grupos sociales etarios como padres, adolescentes y niños conceden mayor valor a la información obtenida en el grupo que a la suministrada desde un modelo vertical.

El participante debe llegar a hacer suya la actividad de aprendizaje, y el educador debe jugar el papel de facilitador del aprendizaje. Esto puede reforzarse con la consigna de la Organización Mundial de la Salud, que menciona en 1983: “Si se enfoca la educación sanitaria desde un modelo participativo, y adaptado a las necesidades, la población adquirirá una responsabilidad en su aprendizaje y éste no estará centrado en el saber, sino también en el saber hacer.”²²

Figura 7 Modelo pedagógico en salud.



Fuente: COSTA, M.; LÓPEZ, E. (1996) Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida., p 14.

²² Organización Mundial de La Salud OMS. Encuentro internacional Para la Educación Sanitaria. P 34.



La formulación de un modelo pedagógico en salud debe contemplar la implicación de tres elementos del tema educativo: Aptitudes, Actitudes y Autonomía (ver figura 7). El desarrollo de aptitudes con base en los desarrollos técnico-científicos, producto de la investigación del tema de la salud en áreas interdisciplinarias. La formación de acciones traducidas en hábitos para garantizar su mantenimiento en el tiempo y su prolongación en las nuevas generaciones y finalmente el desarrollo de la personalidad a fin de fortalecer al sujeto en aspectos psicosociales que fomenten su autoestima y por ende la toma de decisiones en consonancia con su autonomía.

1.4 LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD

La sexualidad humana conjuga una serie de elementos biológicos, sociales, psicológicos y ético-políticos. Behar de Huino la define como un “impulso vital inseparable de la personalidad total del ser humano, una forma de lenguaje que permite la comunicación entre los seres humanos”²³. Igualmente, al definir Salud Sexual, Álvarez Gayou, citado también por Elvia Vargas Trujillo dice que es “La integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano sexual, en formas que sean enriquecedoras y realcen la personalidad, la comunicación y el amor”²⁴. Para conseguirla y mantenerla se necesitan tres elementos que según Anza, Cesari y Galán²⁵ son:

1. La posibilidad de disfrutar de una actividad sexual y reproductiva equilibrando una ética personal y social.

²³ VARGAS TRUJILLO, Elvia. Curso de formación integral de sexualidad humana para estudiantes Universitarios, Universidad de los Andes. Santafé de Bogotá: 2002., p. 32.

²⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Documentos técnicos en torno a la Salud Sexual y reproductiva: Tomo 32: reunión con países miembros. [En línea]. Disponible en: <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB113/seb11315a1.pdf> [Consultado 10 de julio, 2012].

²⁵ ARIZA CARDENAL, Carles, CESARI, María Dolors. Y GABRIEL y GALÁN, Marian. Programa Integrado de Pedagogía sexual en la escuela. Madrid.: Narcea, 1991. p.19



2. El ejercicio de la sexualidad sin temores, vergüenzas, culpas, mitos ni falacias; en esencia, sin factores psicológicos y sociales que interfieran con las relaciones sexuales.
3. El desempeño de una actividad sexual libre de trastornos orgánicos, enfermedades o alteraciones que la entorpezcan.

La salud sexual y reproductiva hace referencia a una etapa normal de bienestar físico, mental y social y no solo a la ausencia de enfermedades en los diversos elementos correspondidos con la sexualidad y reproducción, e implica la emergencia de practicar los derechos sexuales y reproductivos. Un adecuado estado de salud sexual y reproductiva involucra la capacidad de una vida sexual grata y sin riesgos, la eventualidad de vivenciar el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos, el derecho a recibir información que facilite la toma de decisiones libres e orientadas y sin sufrir discriminación, dominación ni violencia, asimismo implica el

(...) acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación sexual eficaces, aceptables y asequibles, la eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, y el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y reproducción, independientemente de sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona, teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital.²⁶

La sexualidad y la reproducción humanas tienen un valor en sí mismas y su ejercicio no se limita a las relaciones sexuales ni al embarazo. Por el contrario, la sexualidad y reproducción se componen de múltiples espacios como el individual, el de pareja, el social y el de diversas vivencias, como la posibilidad de sentir placer, de expresar los afectos, sentimientos y emociones, con la manera de descubrirse a sí mismo, de expresar la orientación sexual, el proyecto de vida, la construcción de la identidad, las relaciones interpersonales y la posibilidad de ejercer derechos y deberes.

²⁶ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. El Atlas de la Salud. [En línea]. Disponible en: <<http://www.minsalud.gov.co/estadisticas/Documents/documento/109-112.pdf>> [Consultado 11 de julio, 2012].



Es por esta razón que para vivenciar de esta manera la sexualidad y gozar de salud en esta dimensión humana, se hace necesario la accesibilidad por parte de la población a información, que basado en el método científico (léase libre de prejuicios, mitos, estigmas y actitudes discriminativas) sea facilitados con métodos educativos y con un adecuado componente pedagógico. En este sentido La Educación Sexual es un proceso dinámico, formativo y permanente que debe encaminarse de manera intencional hacia el desarrollo integral del ser humano para lograr vivir con plenitud cada momento de la vida. Como proceso formativo se mueve básicamente en el marco de la educación para la salud y en el contexto de una atención referente a los aspectos de la maduración psicoafectiva de la persona, que posibilitará ulteriormente un nivel óptimo de comunicación en la esfera de la expresión sexual. Por esta razón, la educación sexual según Brunet citado nuevamente por Tulia María Uribe debe ser:

(...) Equilibrada, es decir que evite los tabúes sin volverse permisiva y/o excesiva, integral es decir total y no parcial; clara o ajustada al nivel de comprensión de la persona, positiva, orientada hacia valores, gradual o que se ajuste a las necesidades de la persona y diagonal o dentro de un ambiente de comunicación y basado en la confianza y el afecto²⁷.

La sexualidad con intereses placenteros y riesgos reproductivos comienza a manifestarse en la adolescencia, grupo poblacional que demanda una gran atención a nivel familiar, institucional y comunitario. Al respecto Profamilia²⁸ resalta la inexistencia de prohibición legal para que los adolescentes mayores de 14 años tengan relaciones sexuales, siempre y cuando se trate de relaciones establecidas libremente. Se reconoce la autonomía de los/las adolescentes para tomar decisiones relativas a su actividad sexual, la cual según esta organización reconoce como parte de la libertad y del libre desarrollo de la personalidad a que

²⁷ VARGAS TRUJILLO Elvia. Óp. cit., p. 35..

²⁸ ADOLESCENTES. En revista sexualidad y reproducción ¿Qué derechos tienen los Colombianos y Colombianas? Diseño gráfico. Profamilia. Bogotá. Colombia. Enero 2005. p. 32.



tienen derecho los jóvenes. Dentro de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes se resalta la importancia de tener en cuenta los derechos consagrados en la convención sobre los derechos del niño, donde se habla sobre los criterios generales que se han desarrollado para la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes. Algunos de estos criterios son los siguientes:

- Acceso a información, servicios y suministros: hace referencia al derecho que tienen los/las adolescentes a recibir información sobre sexualidad acorde a su edad, circunstancias y necesidad que les permita tener una vida sexual responsable y sana y tomar decisiones sobre métodos de planificación familiar y servicios.
- Privacidad: hace referencia a que los jóvenes tienen derecho a recibir los servicios de manera privada, si lo desean sin la participación de sus padres y / o pareja. Confidencialidad: se refiere a que los resultados de exámenes o decisiones tomadas no deben revelarse ni a los padres, ni a otro tercero.
- Elección informada: Se refiere a recibir información necesaria y adecuada de acuerdo a su edad y circunstancia.
- Autodeterminación: es obligatorio respetar las decisiones de los adolescentes frente a su vida sexual activa o no.
- Igualdad y no discriminación: Esto implica la prohibición de excluir o darle un trato diferente.²⁹

Otro de los aspectos relacionados con el ejercicio sano de la sexualidad es el reconocimiento de la categoría género, incluso podría considerarse como una categoría *sine qua non* podría hablarse del mismo. “El género es una construcción social, cultural e histórica que asigna, ciertas características y roles a grupos de individuos con referencia a su sexo. Las personas nacemos con la diferencia de sexo y la adscripción de características de género es construida socialmente”³⁰

²⁹ OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS (OHCHR) 1989. CONVENCION INTERNACIONAL SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO. [En línea]. Disponible en: <<http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>> [Consultado 11 de julio, 2012].

³⁰ LELIEVRE Aussel Christiane y ORTIZ Pérez Isabel. Construcción cultural de los Géneros e identidades femeninas y masculinas. Diplomado de formación en Género, Derechos humanos de las mujeres y ciudadanía. Red Metropolitana de Mujeres. Bucaramanga, Colombia, Mayo de 2007. p.6



Se denomina género lo que identifica a todos los seres humanos como hombres y mujeres en la vida social, es decir, las diferentes formas de comportamiento; la asignación diferenciada de roles, oportunidades, espacios y actitudes; las conductas y valores que aprendemos desde la infancia y que influyen en el desarrollo personal.

En cuanto al sexo y género, el primero se refiere a las características físicas y biológicas propias de los hombres y mujeres, que a su vez los diferencian. Sobre esta diferencia la sociedad ha construido otras diferencias en términos de valoración, desempeño de roles y funciones sociales, que han sido soporte de desigualdades, discriminación y desequilibrios de poder entre hombres y mujeres.

El género se define como una categoría de análisis que explica las diferencias que existen en la asignación que hace cada sociedad de los roles que se han transmitido a cada sexo. Esta distribución de roles o de funciones por cumplir, puede estar caracterizada por relaciones de dominio entre hombres y mujeres o en su defecto relaciones de equidad entre los géneros.

Para concluir, debe entenderse la sexualidad como un elemento inmanente al ser humano: libre de tabúes, abierto a la interacción y con implicaciones personales, familiares e institucionales en su construcción y manifestación. La educación en salud sexual, por consiguiente, debe permitir la libertad de expresiones, y el amparo y promoción de los derechos en todos los aspectos que la dimensiones como producto social, de ahí que, para lograr mayor efectividad en los procesos educativos en salud sexual y reproductiva, debe, necesariamente, propenderse por la promoción del respeto, la autonomía y el fortalecimiento psicosocial de los participantes que de forma espontanea decidan participar.



1.5 MARCO LEGAL DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN COLOMBIA

La Constitución Política de 1991 plasma una visión integral del ciudadano, e incorpora en ella mucho más que simples mandatos específicos, preceptúa sobre los fines hacia los cuales deben tender todo ordenamiento jurídico y señala principios y valores que luego incorpora en su articulado. Consagra la salud como deber y como derecho, al preceptuar sobre el deber de procurar el cuidado integral de la salud individual y de la comunidad. En donde el Estado colombiano debe amparar a sus habitantes con seguridad social. Como parte del ejercicio este derecho están, sin duda: las prestaciones de carácter asistencial, entendidas también desde el punto de vista de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud.

En esta normatividad constitucional ocupan lugar preeminente la protección a la seguridad social en su artículo 48³¹ y el derecho a la salud y al saneamiento ambiental consagrado en el artículo 49³², ambos derechos elevados a la categoría de servicios públicos. La actual Constitución propone desde el preámbulo un cambio significativo de contenido político en el concepto de la protección social como un derecho colectivo, en reemplazo de la noción de asistencia pública como beneficio gratuito y generoso vigente en la Constitución de 1886. Es de destacar asimismo la consagración de la salud como deber y como derecho, al regular sobre el deber de encaminar el cuidado integral de la salud individual y de la comunidad; evidentemente, estas condiciones cimentan la naturaleza de la promoción de la salud como responsabilidad original del individuo. Se puede afirmar que la actual carta constitucional consigna un conjunto normativo, que inicia el proceso de cambio social, favorece el equilibrio de

³¹ COLOMBIA, Constitución Política de Colombia Comentada. Editorial Legis, Bogotá 2005., p. 14.

³² *Ibíd.*, p 14



las relaciones entre el individuo y su ambiente: natural, político, social y cultural, y propugna por el mejoramiento de estilos de vida, hábitos y calidad de vida, siendo en este contexto la promoción de la salud su mayor estrategia. Asimismo se determina el carácter de la legislación como la autoridad adecuada para concretar la extensión del derecho al acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud consagrados en este artículo, así como para instituir la extensión de la progresiva obligación del Estado de suministrarlos

La Ley 100 del 1993 puede considerarse como el adelanto reglamentario de mayor efecto en los postremos tiempos en Colombia³³; cambia y restablece la prestación de los servicios de salud y constituye la salud pública, el sistema de seguridad social y el abastecimiento de servicios por parte del sector privado. Es un sistema universal de protección y aseguramiento social que se instaura mediante los principios de la idoneidad regulada. A partir de la expedición de esta ley se establecieron los siguientes decretos reglamentarios mencionados a continuación por orden cronológico.

Todo inicia con la expedición del decreto 1891 de 1994 en el cual se precisan los conceptos de gasto de fomento en la salud y prevención de la enfermedad³⁴, así como las reglas básicas de administración de los recursos del fondo de fomento de la salud y prevención de la enfermedad de que trata la ley 60 de 1993. Se destacan de esta norma el concepto de fomento y prevención expresado como un “conjunto de acciones que buscan el óptimo desarrollo de las

³³ COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 100 (23, diciembre, 1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social y se dictan otras disposiciones. Diario oficial. Bogotá. D.C., 1993. No. 41148., p. 1-120.

³⁴ COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD. Decreto 1891 de 1994 (3, agosto, 1993). Por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 2o, 3o, 4o, 10o, 21o y 22o de la Ley 60 de 1993; y parcialmente el artículo 160 del Decreto Ley 1298 de 1994, en cuanto a fomento y prevención de la enfermedad. Diario oficial. Bogotá. D.C., 1994. No. 41478., p. 1-120.



capacidades individuales y colectivas³⁵. Las fuentes de financiación con destino específico para promocionar la salud y la gestión de los recursos de promoción de la salud así como el sentido de sus mecanismo de acción basados en la creación de ofrecimiento de servicios sociales en salud.

En 1994 y partir de la resolución 5165 se expiden los criterios, parámetros y procedimientos metodológicos para elaborar y seguir los planes sectoriales y de descentralización de la salud en los departamentos y distritos. Todo dentro de las perspectiva de autonomía y descentralización planteada por la Constitución Nacional. En esta resolución se destaca su Artículo 4º, que reza:

La integralidad tiene como objetivo dar respuesta consecuente a las necesidades de salud de la población de una jurisdicción. Se fundamenta en la relación de cuatro aspectos básicos: a) el modelo integral de salud sobre el que se basa la operación de los planes, y donde se concibe la salud como resultado de un proceso de factores múltiples determinado por la interacción del medio físico, el medio biológico, el comportamiento individual y colectivo y la oferta de servicios de salud; b) el desarrollo de acciones que comprendan el fomento de la salud, la prevención y asistencia de la enfermedad en sus dos esferas centrales: tratamiento y rehabilitación.³⁶

En la resolución 4288 de 1996 se define el plan de atención básica del SGSSS, en su Artículo 5º³⁷ describe los componentes del PAB e incluye: a) Promoción de la salud: Busca la integración de las acciones que realizan la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de la enfermedad, mejores

³⁵ COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD. Ley 60 de 1993 (12, agosto, 1993). Por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 2o, 3o, 4o, 10o, 21o y 22o de la Ley 60 de 1993; y parcialmente el artículo 160 del Decreto Ley 1298 de 1993, en cuanto a fomento y prevención de la enfermedad. Diario oficial. Bogotá. D.C., 1994. No. 41013., p. 2.

³⁶ COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Decreto 5165 (3, agosto, 1994). Por medio de la cual se expiden los criterios, parámetros y procedimientos metodológicos para la elaboración y seguimiento de los planes sectoriales y de descentralización de la salud en los Departamentos y Distritos Departamentos y Distritos. Diario oficial. Bogotá. D.C., 1994. No. 42145., p. 8.

³⁷ COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD. Decreto 4288 de 1996 (20, noviembre, 1996). Por la cual se define el Plan de atención Básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) y se dictan otras disposiciones. Diario oficial. Bogotá. D.C., 1996., p. 1-16.



condiciones de salud físicas, psíquicas y sociales para los individuos y las colectividades.

Con con la expedición de la resolución 3997 de 1996. En esta ley³⁸ se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el SGSSS. El objeto es “Determinar el conjunto de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de obligatorio cumplimiento”³⁹ por parte de la Empresas Promotoras de Salud (EPS). En el Artículo 6º relaciona una serie de programas que se deben cumplir como parte de las acciones contenidas en el POS, tanto del régimen contributivo como del subsidiado. Se destacan entre otros los programas de prevención de las alteraciones en el crecimiento y desarrollo de los niños menores de doce años; programas de prevención de las alteraciones sensoriales mediante acciones de manejo de la salud visual y auditiva en niños menores de doce años; programas de prevención de infección respiratoria aguda (IRA) y enfermedad diarreica aguda (EDA) en niños menores de cinco años; programa de prevención de enfermedades inmunoprevenibles definidas en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI); programas de prevención de las enfermedades relacionadas con el embarazo, parto y puerperio; programas de prevención de las enfermedades de transmisión sexual; programas de prevención de tabaquismo, alcoholismo y farmacodependencia. Es de anotar que en cada uno de estos programas se relacionan actividades de promoción de la salud como información, educación, consejería, oferta de servicios, hábitos saludables de comportamiento, entre otros programas.

³⁸ COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD. Resolución 3997 de 1996 (30, octubre, 1996). Por la cual se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).. Diario oficial. Bogotá. D.C., 1996., p. 1-7.

³⁹ *Ibíd.*, p. 3-6.



Con el decreto 1283 de 1996 se reglamenta que la subcuenta de promoción del FOSYGA, se financiará con un porcentaje de la cotización, definido por el consejo nacional de seguridad social en salud. En su Artículo 26^{o40} establece que la subcuenta de promoción del Fondo de Solidaridad y Garantía se financiará con un porcentaje de la cotización, definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que en ningún caso podrá ser superior a un punto de la cotización de los afiliados al régimen contributivo.

En el Acuerdo 117 de 1998 se reglamentan las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento que tienen por objeto la protección específica, la detección temprana y la atención de las enfermedades objeto de erradicación, eliminación y control. En su Artículo 2^{o41} define como demanda inducida a la acción de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica, detección temprana y la adhesión a los programas de control, y como protección específica a la aplicación de acciones y/o tecnología que permitan y logren evitar la aparición inicial de la enfermedad mediante la protección frente al riesgo.

Incluye este decreto un aspecto de trascendencia y es el denominado de "Acreditación"⁴² entendido como el procedimiento sistemático, voluntario y periódico, orientado a demostrar ante la autoridad competente el cumplimiento de estándares de calidad superiores a los requisitos esenciales establecidos para la prestación de servicios de salud. De imponerse este criterio, se sentaría un

⁴⁰ COLOMBIA, PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA. Decreto 1283 de 1996 (25, julio, 1996). Por el cual se reglamenta el funcionamiento del Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario oficial. Bogotá. D.C., 1996., No. 42840., p. 1-19.

⁴¹ COLOMBIA, CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Acuerdo 117 de 1998 (29, diciembre, 1998). Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Diario oficial. Bogotá. D.C., 1998., p. 14

⁴² *Ibíd.*, p. 12.



precedente en la calidad de los servicios de salud y su estrecha relación con la calidad en su prestación.

En la resolución 412 de 2000 se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención⁴³ para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. En la resolución 3384 de 2000⁴⁴ se modifican parcialmente las resoluciones 412⁴⁵ y 1745 de 2000⁴⁶ y se deroga la resolución 1078 de 2000⁴⁷.

Cada una de estas normas buscan promover mejores condiciones de calidad de vida a nivel comunitario, también pretenden disminuir el costo de atención por hospitalización o cirugía que aumenten los gastos en la prestación del servicio en sí y finalmente orientan de forma técnica y metodológica la tipología y el perfil de los servicios de salud.

⁴³ COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD. Resolución 412 de 2000 (25, febrero, 2000). Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Diario oficial. Bogotá. D.C., 2000., p. 1-16.

⁴⁴ COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD. Resolución 3384 de 2000 (29, diciembre, 2000). Por la cual se Modifican Parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se Deroga la Resolución 1078 de 2000. Diario oficial. Bogotá. D.C., 2000., p. 1-57.

⁴⁵ COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD. Resolución 412 de 2000. Óp cit.

⁴⁶ COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD. Resolución 1745 de 2000 (30, junio, 2000). Por la cual se modifica la fecha de entrada en vigencia de la Resolución 412 de 2000 que establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y adopta las Normas Técnicas y Guías de Atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Diario oficial. Bogotá. D.C., 2000., p. 1-57.

⁴⁷ COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD. Resolución 3384 de 2000 (29, diciembre, 2000). Por la cual se modifica la Resolución 412 del 25 de febrero de 2000.. Diario oficial. Bogotá. D.C., 2000., p. 11.

2 ORIENTACIONES DE CONTEXTO DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD: EL CASO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Con el fin de establecer un acercamiento a la información que orientó el proceso de intervención profesional en la IPS COOMULTRASAN tanto en lo teórico como en lo práctico, se estableció un acercamiento a la información de contexto que permitió su viabilidad en el plano de las políticas y orientaciones metodológicas legales en derroteros generales como los concernientes a temas de salud sexual y reproductiva y de índole particular como los marcos normativos en el plano de la promoción y prevención en salud en salud sexual y reproductiva. No sobra mencionar

2.1 LAS ACCIONES DE LA COMUNIDAD INTERNACIONAL EN TORNO A LOS TEMAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: DEL CAIRO A BEIJING

Hoy en día nadie pone en duda el gran impacto que causó el rumbo tomado por la conferencia de 1943 en el Cairo frente a la nueva forma de frenar el aumento desmedido de la población mundial. En la conferencia sobre población y desarrollo realizada en 1994, 179 países firmaron su compromiso de realizar acciones concretas en torno a disminuir el crecimiento demográfico exacerbado. Su responsabilidad consistiría principalmente en promover dentro de las instituciones sociales estilos de vida saludables, disminución de las discriminaciones contra las mujeres, manejo de la anticoncepción por medio de la prevención, atención calificada al embarazo, aborto legal y seguro, manejo de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y VIH/SIDA. A su vez los gobiernos se



comprometieron a la inclusión del tema de Salud Sexual y Reproductiva en las agendas públicas de lo cual se esperaba progresos en los siguientes 20 años, que en cierto modo se debe asumir como un tiempo realista.

A continuación en la Conferencia de 1994 se acordó que la población y el desarrollo están indisolublemente unidos y que el dotar de mayor poder a la mujer, y tomar en cuenta las necesidades de la gente en lo relativo a educación y salud, incluyendo la salud reproductiva, se hace necesario para el avance individual y el desarrollo balanceado avanzar en la equidad de género, eliminar violencia contra las mujeres y asegurar la habilidad de las mujeres de controlar su propia fertilidad son las piedras angulares de las políticas de población y desarrollo. Las metas concretas se centraron en proveer educación universal y cuidado a una salud reproductiva que incluya la planeación familiar, así como en reducir la mortalidad materna e infantil. Dentro de los objetivos fijados en esta conferencia fueron:

- Permitir antes de 2015 el acceso universal a los servicios de salud Reproductiva, incluyendo la planificación familiar y la salud sexual.
- Asegurar la educación primaria para todos antes de 2015 e intentar suprimir la diferencia entre las tasas de escolarización de los niños y de las niñas en la enseñanza primaria y secundaria.
- Reducir a menos del 35 por 1000 de nacidos vivos la tasa de mortalidad infantil y a menos del 45 por 1000 la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años antes de 2015.
- Disminuir las tasas de mortalidad materna de 1990 a la mitad antes de 2000, y otra vez a la mitad antes del 2015.
- Elevar la esperanza de vida al nacer a 75 años o más antes del 2015.⁴⁸

El programa de Acción se realizó sobre la línea base - diagnóstico mundial de la situación demográfica - adoptado en la conferencia mundial de población sostenida en Bucarest en 1974 y las recomendaciones adoptadas en la

⁴⁸ CARVAJAL ZAPATA, María. Guía Metodológica para la Auditoría Fiscal la Salud Materna: Informe final. [En línea]. Disponible en <http://www.auditoria.gov.co/dmdocuments/2011210_Guia_Auditaje_Recursos_Salud_Materna.pdf> [Consultado 5 de julio 2010].



Conferencia Internacional sobre Población, llevada a cabo en México en 1984. También tomó en cuenta los resultados de Cumbre Mundial para la Infancia (1990), la Conferencia de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente y el Desarrollo y la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (1993).

La conferencia del Cairo⁴⁹ Tuvo un gran impacto en lo que respecta a la promulgación, por primera vez de los derechos sexuales y reproductivos, esta solicitud, producto de una gran inclusión de estudios realizados por organizaciones civiles, se concretaría en la Conferencia Internacional de la Mujer en Beijing⁵⁰ durante 1995.

El reconocimiento de la necesidad de incorporar a la mujer en el proceso de adopción de decisiones había comenzado a surgir en el curso de la serie de conferencias mundiales celebradas por las Naciones Unidas a principios de decenio de 1990 en relación con diversos aspectos del desarrollo - el medioambiente, los derechos humanos, la población y el desarrollo social. En todas las conferencias se había subrayado la importancia de que la mujer participara plenamente en la adopción de decisiones, y los puntos de vista de la mujer se incorporaron en las deliberaciones y los documentos que fueron aprobados.

Sin embargo, no fue sino en relación con la próxima conferencia de la serie, la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing en 1995, que se

⁴⁹ La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) fue la conferencia intergubernamental relacionada con la población más grande jamás llevada a cabo, con 11,000 participantes registrados de gobiernos, agencias y organismos especializados de la ONU, organizaciones gubernamentales, organizaciones no gubernamentales y medios. Más de 180 Estados participaron en las negociaciones para finalizar el Programa de Acción en el área de población y desarrollo para los siguientes 20 años.

⁵⁰ NIEVES RICO, María y MARCO Flavia. *Mujer y Empleo: la reforma de la salud y la salud de la reforma en la Argentina*. Siglo XXI: Buenos Aires., p. 29.



puede hablar verdaderamente del inicio de un nuevo capítulo en la lucha por la igualdad entre los géneros.

La transformación fundamental que se buscaba en Beijing, consistía en sobreponer como centro de atención a la mujer, que discursivamente se reconoció como el enfoque de género en el desarrollo humano, aceptando que toda la organización de la sociedad, y todas las relaciones entre los hombres y las mujeres en el interior de esa estructura, tenían que ser reevaluadas. Únicamente mediante esa reestructuración fundamental de la sociedad y sus instituciones sería posible potenciar plenamente el papel de la mujer para que ocupara el lugar que les correspondía como participante en pie de igualdad con el hombre en todos los aspectos de la vida. Este cambio representó una reafirmación firme de que los derechos de la mujer eran derechos humanos y de que la igualdad entre los géneros era una cuestión de interés universal y de beneficio para todos.

El legado de la Conferencia de Beijing⁵¹ sería haber suscitado la renovación de un compromiso a escala mundial en relación con la potenciación del papel de la mujer en todas partes y haber atraído una atención internacional sin precedente. La Conferencia aprobó por unanimidad la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing, que era en esencia un programa para la potenciación del papel de la mujer y representa un momento decisivo para el adelanto de la mujer en el siglo XXI.

⁵¹ FLÓREZ, Carmen Eliza *et al.* Fecundidad adolescente en Colombia: Incidencia, tendencias y determinantes. Un enfoque de historia de vida En Documentos CEDE, No. 31. Universidad de los Andes, Facultad de Economía. [En línea]. Disponible en <http://economia.uniandes.edu.co/investigaciones_y_publicaciones/CEDE/Publicaciones/documentos_cede/2004/fecundidad_adolescente_en_colombia_incidencia_tendencias_y_determinantes_un_enfoque_de_historia_de_vida> [Consultado 22 de julio 2011].



Asimismo para la conferencia de Beijing los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) adquieren carácter Universal, es decir para todos; Intransferible, personales; e inalienables, que no se pueden desplazar como derechos. Exigiendo del Estado la creación de mecanismos que permitan y garanticen su ejercicio por parte de los ciudadanos. No sobra decir que estas dos conferencias tuvieron un fuerte impacto en cada uno de los países firmantes, traduciéndose en acciones concretas como Leyes, decretos, acuerdos de ley y políticas sociales ya que superaron la discusión de los factores en torno al aumento poblacional, el desarrollo de acciones estatales en temáticas de índole sexual y el maltrato hacia las mujeres.

2.2 EL CONTEXTO COLOMBIANO

La educación sexual ha estado tradicionalmente inmersa en los distintos escenarios de la vida cotidiana, pero bajo una connotación parcial que reduce la concepción de la sexualidad a lo genital. Esta situación ha cimentado barreras socioculturales e individuales que han retrasado su integración a la educación formal y han contribuido, además, a una vivencia poca o nada placentera de la sexualidad.

Las fuentes de aprendizaje de lo sexual fueron por mucho tiempo la religión y la medicina. La primera imponiendo límites, calificativos y castigos morales. La segunda, dando respuestas a las enfermedades o condiciones de riesgo para la salud sexual, con base en las cátedras de anatomía y fisiología como fuentes básicas de la formación médica.



Asimismo hasta mediados del siglo XX la responsabilidad de enfrentar y "solucionar"⁵² oficialmente las situaciones planteadas por las prácticas sexuales estaba en manos de los médicos. Cuando los problemas eran detectados o cuando las personas se acercaban a situaciones propias de la edad o del estado civil, los maestros o padres de familia simplemente hacían la remisión al médico o al sacerdote.

La preocupación por algunos aspectos de la salud sexual y reproductiva surgieron hacia mediados de la década de los 60's. Como respuesta a las políticas bancarias y demográficas mundiales y la voz de alarma dada por los países desarrollados ante el peligro de la "explosión demográfica en los países pobres"⁵³, el Sector Salud colombiano emprende campañas de planificación familiar.

Asimismo se crea en 1965 la primera clínica de PROFAMILIA (Asociación Pro Bienestar de la Familia Colombiana), entidad sin ánimo de lucro que promueve la planificación familiar⁵⁴. Convirtiéndose ésta en la primera asociación en el mundo que realizó promoción radial sobre planificación familiar y organizó programas de distribución comunitaria de anticonceptivos. Posteriormente en la década de los 70 el Ministerio de Educación Nacional integra al pensum académico la materia de Comportamiento y Salud para los últimos grados del bachillerato. Con ella se amplían los contenidos de anatomía y fisiología del sistema reproductor, abordando otros temas como el noviazgo y los valores. No obstante, esta materia

⁵² TONO RAMÍREZ, Teresa, VELÁZQUEZ DE CHARRY, Ligia y SÁENZ BELTRÁN, Julio. El impacto de la reforma sobre la salud: El caso de la Salud Sexual y Reproductiva. Fundación Corona. Documentos de Trabajo 7 [En línea]. Disponible en <www.fundacioncorona.org.co/bajarDocDos.php?tl=1&per=259> [Consultado 5 de noviembre 2011].

⁵³ REPÚBLICA DE COLOMBIA, Ministerio de la protección Social, La reforma de la seguridad social en salud, tomo 3, anexo documental, Bogotá, 1994., p- 23.

⁵⁴ VIVAS, Jorge; CABALLERO, Carlos, y MARRERO, Nancy. El sistema nacional de salud, Fundación Para al educación Superior y el Desarrollo (FEDESARROLLO), Organización Panamericana de la Salud, s. l.,1988., p. 14-16.



se continúa impartiendo con los mismos contenidos temáticos y sin mayores modificaciones.

En la década de los 80, surgió la Sociedad Colombiana de Sexología⁵⁵, institución privada que recuperó el concepto de sexualidad humana desde un enfoque integral promoviéndola como tema de estudio y generando espacios y mecanismos para abordarla desde los diferentes sectores.

A partir de la década de los 90, la sexualidad recobra interés oficial y se reconoce la educación sexual como un componente importante en la calidad de vida de las personas y no sólo como elemento para prevenir o modificar la ignorancia, el miedo, la inequidad de género y los conflictos de la vida sexual de las personas. Surge entonces en el Sector Salud, el Sistema de Seguridad Social que en el Plan de Atención Básica, considera prioritaria la promoción de la salud sexual y hace evidente la necesidad de reorientar los objetivos y metodologías tradicionalmente utilizados para abordar la educación sexual.

Igualmente desde 1990⁵⁶ el Ministerio de Educación, a través del Viceministerio de la Juventud ha logrado definir y mantener el Proyecto Nacional de Educación Sexual, capacitando a docentes, diseñando paquetes pedagógicos, realizando investigaciones y creando la infraestructura administrativa a nivel Departamental y Municipal.

El Gobierno Nacional, en respuesta a los compromisos mundiales, ha adoptado las políticas relacionadas con la educación sexual y la salud reproductiva, surgidas de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en el Cairo en 1994. Allí se llamó la atención sobre el problema de la salud sexual, la

⁵⁵ Ibíd., p. 25.

⁵⁶ Ibíd., p. 27.



necesidad de ejecutar acciones con orientación de género, abogar por los derechos de reproducción y por el papel de la mujer en su desarrollo. Los objetivos de la Conferencia hacen énfasis en las actividades de planificación familiar y la necesidad de servicios integrales, con el fin de abordar los problemas de sexualidad; incluyendo a los hombres y buscando la satisfacción de las necesidades de los adolescentes.

El Ministerio de Salud publicó en 1997 el documento "Lineamientos de Educación Sexual para el Sector Salud"⁵⁷, como aporte conceptual y metodológico de las acciones de Promoción en el Plan de Atención Básica (PAB) y en el Plan Obligatorio de Salud (POS). En este documento se plantea la organización de programas especiales de información y educación, al igual que la elaboración de acciones de carácter individual y colectivo, que apunten directamente a la disminución de problemas relacionados con el comportamiento y la salud sexual. Por último, en la "Declaración de Valencia por los Derechos Sexuales"⁵⁸, emanada del 13avo Congreso Mundial de Sexología y Derechos Humanos, se hace un llamado a la sociedad en general a que se creen las condiciones dignas para satisfacer las necesidades de desarrollo integral de las personas y la difusión y cumplimiento de los derechos sexuales definidos como inalienables, inviolables e insustituibles de nuestra condición humana. Para el año 1998 se establecen las prioridades en el cumplimiento de las actividades e intervenciones en demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública⁵⁹: Atención del parto, atención en planificación familiar en hombres y mujeres, alteraciones del

⁵⁷ YEPES, Francisco. Estudio sectorial de salud. La salud en Colombia, tomo I, Ministerio de Salud, Departamento Nacional de Planeación, Bogotá, 1990.

⁵⁸ *Ibíd.*, p.67.

⁵⁹ COLOMBIA, CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Acuerdo 117 de 1998. Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en Salud Pública. [En línea]. Disponible en <http://www.hospitalpaipa.gov.co/arriba/normograma/procesos%20misionales/salud%20publica/Acuerdo%20117%20de1998.pdf> [Consultado 10 de julio 2011].



desarrollo del joven (10-29 años), alteraciones del embarazo, la detección precoz y atención del cáncer de cuello uterino y seno, las enfermedades de transmisión sexual (infección gonocócica, VIH/Sida y sífilis), La hipertensión arterial y hemorragias asociadas al embarazo así como la atención a la mujer y menor maltratado.

En los últimos años las acciones en Salud sexual y Reproductiva se han encontrado condicionadas en consonancia a las acciones internacionales en el marco de conseguir lograr mejorar la calidad de vida, representado en la inclusión de los Derechos Humanos en las políticas públicas y por ende social. La ley 100 de 1993 asegura el respeto por la familia como núcleo sensible de la sociedad colombiana, por consiguiente se establecen mecanismos de protección en el ámbito de la sexualidad en el seno familiar. Para efectos de clarificación en metas se desarrolla el CONPES Social 3077 del 2000⁶⁰ que establece la protección estatal de la familia enfatizando población infantil y mujeres en cuanto a la consolidación de la política Haz Paz (Plan Nacional De Construcción de Paz y Convivencia Social 2005-2015) que orientará las acciones del Bienestar familiar. Por otro lado en el documento CONPES 3144 de 2001⁶¹ se establece la creación del sistema social de riesgo en el fondo de la protección social para adelantar acciones de soporte en promoción para la salud sexual y reproductiva. En consecuencia y ante la falta de un sistema de acciones orientativas en el tema de salud sexual y reproductiva acorde a los acuerdos y metas preestablecidas con el

⁶⁰ COLOMBIA, CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL (CONPES). CONPES 3077 de 2000. Política Nacional para la Construcción de Paz y Convivencia Familiar HazPaz. [En línea]. Disponible en <<https://www.icbf.gov.co/icbf/directorio/portel/libreria/pdf/ContenidoPlannacionaldeconstrucciondeazyconvivencia.pdf>>[Consultado 11 de agosto 2011].

⁶¹ COLOMBIA, CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL (CONPES). CONPES 3144 de 2001. Por el cuál se crea el Sistema Social de Riesgo y Fondo de Protección Social. [En línea]. Disponible en <https://www.icbf.gov.co/transparencia/derechobienestar/conpes/conpes_dnp_3144_2001.html>[Consultado 08 mayo de 2012].



ámbito mundial se establece, en el año 2003, la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva⁶² que exige a las instituciones prestadoras de salud el desarrollo de actividades educativas y promocionales para la prevención de factores de riesgo en cáncer de seno, cáncer de cerviz, planificación familiar, prevención del VIH/SIDA y Educación sexual en las instituciones públicas entre otras actividades.

Dado que Colombia adquirió compromisos frente al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, también denominados ODM, estos se insertan en el marco de la planeación Nacional por medio de la formulación del CONPES 091 de 2005⁶³ para el cumplimiento de indicadores en el 2015, haciendo énfasis en el componente de prevención primaria y secundaria con población infantil y mujeres, en temas como la planificación familiar, asimismo estableciendo el Código de Infancia y Adolescencia en el año 2006⁶⁴ en protección integral a las niñas, niños y adolescentes.

A continuación en el año 2007 se adopta –mediante Decreto 3039 de agosto de 2007- el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010⁶⁵, que establece las prioridades, objetivos, metas y estrategias con consonancia con los indicadores

⁶² COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Política Nacional para la Salud Sexual y Reproductiva (2003). [En línea]. Disponible en <http://www.unfpa.org.co/home/unfpacol/public_htmlfile/%20politicassr.pdf>[Consultado 16 de julio 2012].

⁶³ COLOMBIA. CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL (CONPES). CONPES 091 de 2005. Metas y Estrategias de Colombia para el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio -2015. [En línea]. Disponible en <http://odm.colnodo.apc.org/apc-aa-files/5774d034c9be96efe0bff91311203bc4/Conpes_091_2005_ODM.pdf>[Consultado 16 de julio 2012].

⁶⁴ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley de Infancia y Adolescencia. (1098 del 08 de Noviembre de 2006). Por el cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. [En línea]. Disponible en <[http://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/Visi%C3%B3n%20Mundial_Codigo%20de%20Infancia%202011\(1\).pdf](http://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/Visi%C3%B3n%20Mundial_Codigo%20de%20Infancia%202011(1).pdf)>[Consultado 16 de julio 2012].

⁶⁵ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. [En línea]. Disponible en <http://javeriana.edu.co/redcups/Políticas_Nacionales_Salud-Colombia_2007-2010.pdf>[Consultado 16 de julio 2012].



actuales de embarazo en adolescente, cifras de infección en VIH/SIDA, Incidencia de cáncer de seno y cuello uterino, tasas de morbimortalidad en enfermedades prevenibles, así como los datos de notificación departamental en población vulnerable cuyo diferencial establece la inclusión integral del componente de atención en salud mental de la población con enfoque diferencial (Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgeneristas e Intersexuales, Desplazamiento forzado, afro-descendiente y población nativa). Finalmente, y con vigencia entre los años 2008-2011- se establece el “Plan Nacional de Respuesta al VIH”⁶⁶ el cual dispone de estrategias que busquen la articulación interinstitucional e intersectorial, promoción y prevención, atención integral en prevención secundaria de la PVVS (Población que vive con VIH/Sida), así estableciendo ejes transversales como la equidad en género y Derechos Humanos.

Como puede observarse es notoria, aunque no suficiente, la participación del Estado colombiano en la formulación de políticas públicas para el mejoramiento de la salud nacional en el marco de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, aun subsisten limitación frente al carácter preventivo de la atención, pues se establecen prioridades por edad, grupo poblacional, sector social, tipología de afiliación y accesibilidad a la información, entre otros aspectos que guardan relación principal con la financiación interna de la instituciones prestadoras de servicios de salud, que vislumbran la salud más como un negocio que como un derecho, pues resulta evidente que durante el seguimiento legal de las diversas leyes y políticas, el factor dominante sigue el juego a las leyes mercantiles de oferta y demanda, que en un sistema de corte capitalista tiende a favorecer a un pequeño segmento de la población.

⁶⁶ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Plan Nacional de Respuesta al VIH/Sida 2008-2011. [En línea]. Disponible en <http://unfpa.org.co/home/unfpacol/public_htmlfile/plan_vih sida2008.pdf>[Consultado 16 de julio 2012].



3 IPS COOMULTRASAN: CAMPO DE INTERVENCIÓN ACADÉMICA EN EL ÁREA DE LA SALUD

3.1 DESCRIPCIÓN GENERAL

A continuación se presentará la descripción general de la entidad promotora del proceso académico de intervención en trabajo social, en este caso se trata de la Institución Prestadora de Servicios (IPS) Coomultrasan. En resumen, esta organización suscribió un convenio con la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Industrial de Santander para la realización de un proceso de intervención profesional en aras de la trayectoria humanística de esta profesión desarrollar el diagnóstico específico de los afiliados y beneficiarios, establecer la planeación de estrategias y ejecutar un proceso que incida en el mejoramiento de las condiciones de conocimiento, utilización y uso de los programas de promoción y prevención suministrados por esta entidad en su rol de socio-operativo de la EPS SaludCoop.

La IPS COOMULTRASAN, es una Institución Prestadora de Servicios de Salud de primer nivel de atención, ubicada en la Calle 52 No 31 – 109 (sede 2) de Bucaramanga, Santander. Esta Institución tiene convenio de exclusividad con el Grupo SALUDCOOP para la prestación de servicios, por lo cual atienden población de Bucaramanga, Florida y Girón. Los usuarios de la IPS, quienes son afiliados o beneficiarios de SALUDCOOP y/o CAFESALUD, “se convierten en la razón de ser de la Institución, por lo cual encaminan sus acciones a lograr la atención oportuna y el cumplimiento de las expectativas de servicio.”⁶⁷ La razón de ser de la IPS, es el usuario, quien es toda persona afiliada a SALUDCOOP y/o

⁶⁷ COOMULTRASAN Multiactiva. Plataforma de Servicios Administrativos y financieros [en línea]. <<http://www.coomultrasan.com.co/salud/>> [citado en 26 de noviembre de 2009].



CAFESALUD. Todas las acciones deben estar encaminadas a lograr su atención oportuna y el cumplimiento de sus expectativas de servicio.

Su representante legal es el Doctor Orlando Céspedes Camacho. “La Cooperativa de ahorro y crédito UTRASAN LTDA nace el 23 de Noviembre de 1962 en Asamblea General de Constitución, conformada por 33 asociados”⁶⁸. La inquietud de estas personas nace por el interés de ofrecer un servicio integral a los asociados en materia de ahorro, crédito y beneficios adicionales, lo cual permitió fundar otras cooperativas como: Confecciones, Servicios Asistenciales y Vivienda. Posterior a esto, para el año de 1979 en Asamblea Extraordinaria se adoptó una nueva razón social que integraba todas las cooperativas en una cuyo nombre se definió como COOMULTRASAN (Cooperativa Multiactiva de Trabajadores de Santander).

Desde esta Cooperativa surgieron iniciativas para brindar beneficios no solo de crédito a sus asociados, sino también en términos de vivienda, salud, y demás. Sin embargo, a raíz de la expedición de la ley 454 de 1998, se obliga a las cooperativas que tuvieran actividades financieras a especializarse exclusivamente, haciendo independientes otro tipo de servicios.

El 31 de Julio de 2001, COOMULTRASAN realiza un proceso de escisión donde se conforman dos empresas, con sus propios órganos de administración y control así: La Financiera COOMULTRASAN, que corresponde a la Cooperativa Financiera de los Trabajadores de Santander y tiene como objeto fundamental la actividad financiera, conformada por el programa de ahorro y crédito, y la “Cooperativa Multiactiva de los Trabajadores de Santander COOMULTRASAN, cuyo objeto social está dirigido a la prestación de servicios en múltiples áreas,

⁶⁸ Ibíd., página oficial.



como la comercialización de electrodomésticos, Materiales para la construcción, Medicamentos, servicios de Salud, Educación entre otros”.⁶⁹ Esta entidad se convierte entonces en una unidad de negocios de COOMULTRASAN Multiactiva, que en sus inicios recibía el nombre de “Unidad Médico Quirúrgica COOMULTRASAN”⁷⁰, sin embargo con el surgimiento de la ley 100 de 1993 toma la forma de IPS, Institución Prestadora de Servicios de Salud de primer nivel de atención, logrando un fortalecimiento institucional importante con miras a garantizar el bienestar de sus usuarios.

Dentro de los valores corporativos de la IPS se tienen el siguiente:

La IPS COOMULTRASAN es una Institución Prestadora de servicios de salud del primer nivel de atención, con una amplia experiencia y reconocimiento en el sector, es una Institución comprometida con la calidad orientada hacia el usuario y con alto sentido social.⁷¹

El propósito de la IPS es ir más allá de la atención en salud de primer nivel según su constitución. Su principal interés es el usuario y su bienestar desde una perspectiva individual, familiar y comunitaria, dirigiendo sus acciones a contribuir al mejoramiento de su calidad de vida.

La IPS COOMULTRASAN esta constituida por varias sedes que administran los servicios de salud a la población afiliada a SALUDCOOP, estas sedes son; IPS Cabecera, IPS Cafí, IPS Poblado e IPS Cañaveral. Ver tabla 3:

Tabla 3 Estructura Demográfica COOMULTRASAN.

ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA		
Mujeres	Hombres	Total
99	26	125

Fuente: Información recolectada en la IPS COOMULTRASAN por el autor.

⁶⁹ *Ibid.*,

⁷⁰ *Ibid.*,

⁷¹ INSTITUCIÓN PROMOTORA DE SALUD - COOMULTRASAN. Portafolio de Servicios [en línea]. <<http://www.lasalle.edu.co/general/marco/index.htm>> [citado en 4 de enero de 2010].

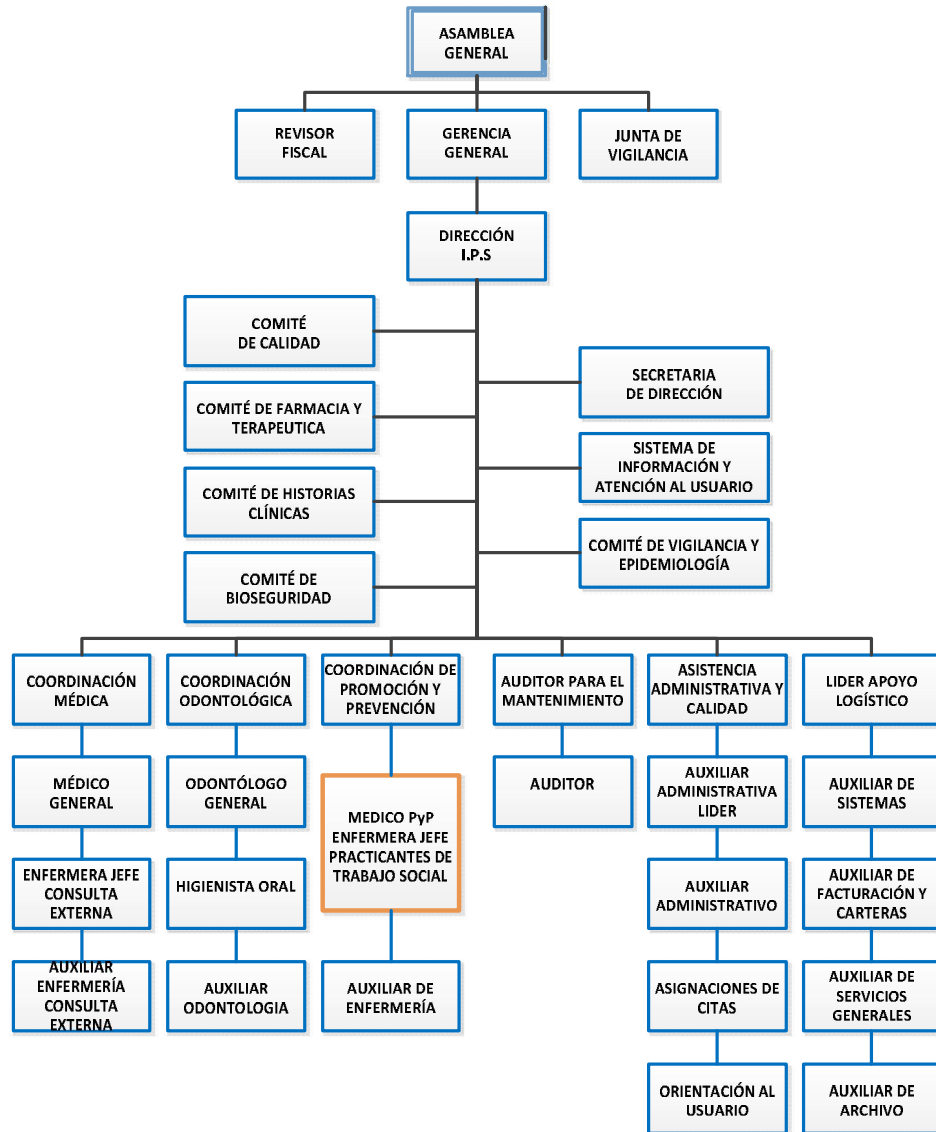


Las edades de las personas colaboradoras de la IPS COOMULTRASAN Cabecera oscilan entre los 19 a los 59 años de edad; siendo el rango de edad de los 20 a los 30, la más predominante con 61 personas, seguida por el rango de edad de los 30 a los 40 años. Asimismo, es evidente que la mayor parte de los colaboradores de la IPS son mujeres siendo el 79,2 % de la población. El organigrama de toda institución, representa no sólo la forma como esta organizada jerárquicamente la misma, sino también, permite conocer la institución, su funcionamiento y el recurso humano que en ella se encuentra. La IPS COOMULTRASAN, que como ya se menciono anteriormente es una unidad de negocios de COOMULTRASAN Multiactiva, esta organizada jerárquicamente de manera vertical, partiendo de una Asamblea General, la Revisoría Fiscal, El Consejo de Administración y la Junta de Vigilancia, las cuales son las mismas para todas las unidades de negocio, de allí se desprende la Dirección de la IPS, con su estructura independiente a las demás, de esta se desprenden comités de diferentes dependencias (Calidad, Farmacia y Terapéutica, Historias Clínicas, Bioseguridad, Vigilancia Epidemiológica) así como las Coordinaciones de Medicina, Odontología y Promoción y Prevención; en la cual esta ubicada Trabajo Social.

El rol y las funciones de Trabajo Social se han ido construyendo en la IPS como ya se menciono anteriormente, dentro de la Coordinación de Promoción y Prevención que maneja varios programas dentro de la institución que serán ampliados mas adelante (ver figura 8). Dentro de estos, Trabajo Social se ha vinculado hasta el momento en el Programa de Riesgo Cardiovascular; sin embargo, en el periodo de práctica de abril a agosto de 2009 se inició la acción profesional de Trabajo Social en el Programa de Desarrollo Juvenil con Bienestar y Compromiso que hasta el momento ha sido trabajado por la Enfermera Jefe Sandra Liliana Gutiérrez.



Figura 8 Organigrama COOMULTRASAN IPS.



Fuente: Manual de funciones IPS COOMULTRASAN. 2009-2010.

3.2 MODELO DE PLANEACIÓN

La IPS COOMULTRASAN tiene como visión Ser en el 2010 la institución de salud líder a nivel regional, modelo de referencia del sector, reconocida por la excelencia y calidad de sus servicios; esto significa mayor inversión en capital humano y



tecnológico, principalmente, en el mejoramiento de los servicios de primer nivel de la entidad, con el fin de fortalecer el mejoramiento en la prestación de los servicios de salud actualmente ofertados por la misma.

Es importante que la IPS COOMULTRASAN se visiona en el 2010 como reconocida por la excelencia y calidad de sus servicios, puesto que esta calidad esta directamente relacionada con el impacto que pueda tener en la salud y bienestar de sus usuarios. Por tal razón es fundamental que para el logro de lo planteado en la visión, fortalezca los procesos de tipo humano, familiar y comunitario tan vitales para la salud de toda persona. Es así como la función de Trabajo Social contribuye a fortalecer no solo el equipo humano necesario para llegar al lugar donde se visiona la IPS, sino también en el mejoramiento de los servicios que presta que se reflejan en la calidad de vida de la población.

Para la concesión de este horizonte se hace necesario establecer un canal activo e idóneo que permita llegar a ella; es por esto que la misión de COOMULTRASAN consiste en

Prestar servicios integrales de excelente calidad, contribuyendo al mejoramiento de la salud de las personas y la comunidad; fundamentados en un equipo humano altamente capacitado y comprometido, y en el permanente mejoramiento de los servicios⁷²

La IPS COOMULTRASAN tiene como principal propósito, el mejoramiento de la calidad de vida de las personas a quien prestan sus servicios, así como la comunidad, mediante la prestación de servicios de salud de calidad. Así, Trabajo Social puede contribuir al cumplimiento de la misión de la institución, como profesión de las ciencias sociales comprometida con la calidad de vida de las

⁷² INSTITUCIÓN PROMOTORA DE SALUD - COOMULTRASAN. Portafolio de Servicios [en línea]. <<http://www.coomultrasan.com.co/ips/secciones-8-s/filosofia-corporativa.htm>> [citado en 4 de enero de 2010].



poblaciones con las que interviene y en el continuo conocimiento de la realidad y el contexto para actuar respondiendo a este. Asimismo como los valores corporativos, los cuales se presentan a continuación:

Figura 9 Valores Corporativos de la IPS Coomultrasan.



Fuente: Manual de Inducción IPS Coomultrasan, 2009-2010.

La entidad asocia sus objetivos hacia la consecución de la calidad. Para su logro ofrece una atención de manera oportuna a sus usuarios así como suministrar información oportuna y veraz. La orientación hacia la calidad también permite que esta institución se socialice y apliquen las normas, protocolos y procedimientos definidos por la institución. Los sistemas de gestión de calidad orientan el servicio en el sentido de ofrecer gran importancia a los sistemas de comunicación efectivos, es decir, orientados al cliente interno (administrativos, promotores y demás empleados) y externo (beneficiarios, afiliados y proveedores de productos y servicios). Este modelo permite el mantenimiento de una constante actualización y formación técnica y humana para alcanzar y superar los objetivos propuestos por la institución, asistir y participar en los procesos de formación y capacitación que



brinda la institución y mejorar los niveles de innovación y el cambio organizacional.

Por otro lado se garantiza el trato respetuoso a los usuarios y compañeros reconociendo los derechos de los usuarios además de las diferencias entre personas, el trato hacia los demás se basa en el respeto por la dignidad de cada ser humano. Frente a las estrategias comunicativas la IPS ha diseñado una estrategia de comunicación llamada IPSY, la cual, mediante una mascota de la institución que lleva este nombre, acompaña todo el proceso de comunicación y educación que a nivel interno y externo se desarrolla en la institución. Es importante agregar que si bien esta puede ser concebida como un mecanismo de acercamiento entre los funcionarios, la institución y los usuarios, se hace necesaria una forma mas organizada de mantener al tanto a las poblaciones sobre los movimientos de las actividades relacionadas con la institución.

Igualmente existe el Boletín Mejorar, que se convierte en un espacio de información dirigido a todos los colaboradores de COOMULTRASAN Multiactiva, y se publican bimensualmente temas relacionados con la institución, el sistema de gestión de calidad y artículos de interés general, para que todo el personal pueda estar informado sobre los cambios y aspectos importantes de la institución.

3.3 PROGRAMAS DE SALUD DESARROLLADOS POR LA IPS COOMULTRASAN.

A continuación se presentan los productos y servicios de la IPS entre los cuales se puede agregar, están dirigidos hacia el fortalecimiento de los niveles de salud específicos de las poblaciones, tanto por grupos de edad como dolencias percibidas durante la atención La IPS COOMULTRASAN ofrece a los afiliados al



grupo SALUDCOOP EPS., los servicios del Plan Obligatorio de Salud correspondiente al primer nivel de atención en las diferentes sedes (Cañaveral, Cabecera, Poblado, Cafí, Carrera 35) en las cuales se prestan determinados servicios. En general los servicios que ofrece la IPS son.

3.3.1 Programas generales de salud que presta la IPS.

Estas labores están reconocidas dentro del marco de la ley 100 de 1993 y sus posteriores modificaciones, entre las cuales se menciona el perfil de obligatoriedad de todas las entidades de salud de carácter compleja deben prestar a sus usuarios, en la medida que se deben disponer de todos los medios para prestar los

Figura 10 Programas de Salud IPS Coomultrasan.



Fuente: Manual de Inducción IPS Coomultrasan, 2009-2010.



3.3.2 Programas de promoción y prevención (PyP).

Estos programas están orientados a mantener el estado de salud de los usuarios, y a detectar en forma temprana las enfermedades y prevenir sus complicaciones. Esto a través de la Promoción de estilos de vida saludables en los usuarios y sus familias, la educación y la acción sobre factores de riesgo. Básicamente esta es el área de acción por parte de los profesionales en Trabajo Social

Los programas de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad ofrecidos por la IPS COOMULTRASAN son:

Figura 11 Programas de Promoción y Prevención de la IPS Coomultrasan.



Fuente: Manual de Inducción IPS Coomultrasan, 2009-2010.

Las acciones en Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, son indispensables para el mantenimiento de la salud de las personas, y a su vez



actúan sobre factores que evitan que aparezcan enfermedades, contribuyendo así al mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios. Los programas de PyP se llevan a cabo por profesionales de la IPS, con técnicas individuales y grupales, que permiten que la población acceda a ellas, aun cuando es necesaria mayor divulgación de las mismas. La metodología de las actividades en PyP es dinámica, por medio de talleres, lúdicas, recreación, grupos focales, entre otras, que invitan a que todo tipo de población participe.

Como un valor agregado, las acciones en PyP contribuyen a que la Institución no incurra en altos gastos para la atención de enfermedades o situaciones prevenibles si la población está informada y participa de los programas. Trabajo Social enfatiza su campos de acción en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, mediante la implementación de procesos investigativos, educativos y promocionales, asimismo desarrollando acciones relacionadas en el campo de la educación, a partir de estrategias lúdico-pedagógicas, asimismo realiza visitas domiciliarias para realizar seguimientos a pacientes que han participado en programas de salud ofertados por la IPS.

Cabe destacar que Trabajo social no cuenta con un reconocimiento oficial u organizacional dentro de la institución como área profesional; sin embargo, su accionar, principalmente se fundamenta en los siguientes aspectos, información tomada con base en los antecedentes de las prácticas anteriores:

- Investigación, diagnóstico y descripción socioeconómica y cultural de la población beneficiaria y prestación de lo servicios de salud.
- Desarrollar actividades de educación en promoción de salud y prevención de la enfermedad.



- Desarrollar estrategias para la sensibilización y promoción de acciones afirmativas de la población en salas de espera sobre diversas temáticas relacionadas con la promoción y prevención.
- Información, orientación del recurso humano en función del componente social de acercamiento al usuario de los servicios de salud
- Gestión, planificación, organización y coordinación de los servicios sociales, desarrollados en los procesos de practica profesional desarrollados.
- Fortalecimiento institucional en servicios de primer nivel.
- Desarrollo de procesos de sistematización del trabajo desarrollado en educación.

El accionar del/la Trabajador/a Social están vinculadas, indiscutiblemente, a que la población, como individuos y como familias, mejoren sus condiciones para vivir y disfrutar de una vida saludable para mantenerse sanos. Asimismo el propósito de los programas de Promoción y Prevención es ofrecer servicios integrales que potencialicen la salud de los afiliados y sus familias, y promuevan en ellos una vida más digna, feliz, placentera y productiva.

Por su naturaleza, estos programas son una responsabilidad compartida entre las personas, las familias, las organizaciones, y las IPS. No sobra decir que los programas preventivos buscan reducir los factores de riesgo y enfermedad, disminuir complicaciones de enfermedad y proteger a personas y grupos de agentes agresivos. De la misma forma los programas promocionales de la salud tienen como meta incidir en factores determinantes para la salud (biológicos o físicos, ambientales, estilos de vida y sistema asistencial), cambios en condiciones de vida, influir en decisiones de políticas públicas, mejorar salud/calidad de vida poblaciones y luchar por la equidad y la justicia social.



Dentro de las expectativas de intervención en Trabajo Social se buscó conseguir mayor participación social y construcción de la capacidad comunitaria y organizacional, empoderamiento por parte de los/las usuario/as, mejoramiento de los canales de Información y comunicación social. Asimismo el desarrollo de estrategias en educación e investigación participativa que realmente impactaran en la población usuaria de los programas, proporcionando los medios necesarios para crear o mantener condiciones protectoras y favorables a la salud, logrando que los individuos, los grupos y las comunidades ejercieran un mayor control sobre su salud y adoptaran patrones de vida saludables. Todo esto partiendo del principio de que la promoción es considerada como una estrategia para mantener y mejorar la salud de las personas a través de intervenciones de comunicación e información, educación-formación y desarrollo de habilidades que faciliten cambios de comportamientos individuales y colectivos.

De igual manera dentro de las estrategias preventivas se espera la mejor la intervención sobre los factores de riesgo que pueden afectar la salud, para evitar la aparición de discapacidad o reducir su impacto sobre el funcionamiento individual y colectivo esto implica la identificación y evaluación del riesgo, así como el establecimiento de políticas y acciones que conduzcan a su eliminación o reducción.

Para tener una idea del contexto social que existe en la IPS Coomultrasan se hace relevante establecer un perfil sociodemográfico que oriente el proceso de intervención social de la intervención por parte del profesional o la profesional en Trabajo Social, de este modo, a continuación se presentará la situación general que circundó este proceso. Ver tabla 4.



Tabla 4 Distribución por sexo.

Sede IPS			Total usuarios
	Hombres	Mujeres	
Cabecera	30.666	34.860	65.536
Carrera 35	3.690	4.116	7.806
Cañaveral	8.843	9.728	18.571
Poblado	8.054	8.111	16.165
Centro	2.645	2.490	5.135
Cafesalud	12.212	11.105	23.317
Total usuarios	66.111	70.412	136.523

Fuente: Elaborado por el autor con base en la información recolectada por el departamento del sistemas a la coordinación de promoción y prevención de la IPS Coomultrasan 2009

Los/as usuarios/as de la IPS, son provenientes de municipios como Bucaramanga y su área metropolitana, Sur del Cesar, Norte de Santander, Magdalena medio, así como de otros municipios y veredas del departamento Santander. Todos los usuarios atendidos por la IPS pertenecen al Régimen Contributivo, y es notable, que la mayoría de la población es atendida en Coomultrasan Cabecera, con un total de 65.536 usuarios/as.

4 DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA DE PRÁCTICA ACADÉMICA

A continuación se presenta la descripción de la experiencia de práctica realizada en la IPS COOMULTRASAN por parte del estudiante de Trabajo Social, dentro del periodo transcurrido entre el mes de noviembre de 2009 y mayo de 2010. Esta experiencia de práctica se enfocó básicamente en el desarrollo de estrategias para el fortalecimiento del sistema de comunicación, información y educación de los/las usuarios/as de los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad ofrecidos por la IPS.

Inicialmente se presenta el diagnóstico situacional estratégico que arranca con la información recolectada por medio de la aplicación de un instrumento estadístico dirigido hacia los usuarios y usuarias de los servicios de salud de primer nivel en promoción y prevención. Esta información fue clave para aplicar la metodología de la planeación estratégica, que por medio del análisis de Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas (DOFA), permitieron el conocimiento de los factores externos e internos incidentes en el conocimiento, uso y acercamiento a los diversos programas de promoción y prevención de la IPS. Luego de establecido el diagnóstico se priorizan y establecen las principales estrategias necesarias para construir la planeación de las acciones específicas en educación, comunicación e información al usuario que finalmente se condensan en actividades e indicadores fundamentales para su seguimiento y control.

4.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL ESTRATÉGICO

El levantamiento de la información data, principalmente, desde tres ejes de análisis. Su parte inicial se encuentra conformada con la realización de un estudio de corte descriptivo no predictivo sobre el conocimiento obtenido por parte de los



usuarios de los programas de promoción y prevención ofertados por la IPS COOMULTRASAN; a continuación, y de forma paralela, se realizaron charlas informales con las enfermeras jefes, médicos, enfermeras auxiliares, vinculadas en cada una de las sedes de la entidad, Bucaramanga, Floridablanca y Girón sobre sus percepciones en torno a la forma como ellas ven están ofreciendo los distintos programas de P&P a los usuarios, y la descripción específica de situación que emergen. Y finalmente se muestran los resultados de un estudio realizado por una firma consultora en el año 2008 y 2009 sobre acercamiento a los diversos programas ofertados por la IPS. Todos representados en la figura 8.

Figura 12 Proceso de elaboración del diagnóstico.



Fuente: Elaborado por el autor en el marco de la práctica realizada en la IPS Coomultrasan 2009-2010.

Para efectos de comprensión, se menciona que para desarrollar el proceso de diagnóstico estratégico, se realizó la confrontación de dos tipos de información. El primero correspondiente a la aplicación de la encuesta sobre conocimiento, uso y atención de los programas de promoción y prevención dirigidos a beneficiarios y afiliados a la IPS (Anexo A). Esta actividad de pesquisa cumplió el objetivo de establecer las categorías de análisis que, y a juicio de los usuarios de la IPS,



hablen de la forma como conocen los servicios del programa de prevención y promoción de la salud, así como su percepción de medios utilizados, la efectividad de los dispositivos comunicativos e informativos utilizados, así como el grado de percepción utilizado para cumplir con los objetivos de demanda inducida preestablecidas en la Resolución 412 de 2000.

A continuación, y con base en los resultados del estudio, se realizaron dos mesas de trabajo con los/las funcionarios/as que se articulan con las actividades de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad en todos los ámbitos de atención a los usuarios. A partir de estas reuniones, se amplía la información, realizando la retroalimentación entre los clientes internos (administrativos, coordinadora de PyP, la funcionaria de información al usuario, coordinador médico y de enfermería) hasta los clientes externos (afiliados/as y beneficiarios/as), estos identificados con las encuestas aplicadas.

4.1.1 Descripción de la problemática

Para efectos de clarificación, inicialmente se presenta la composición de la muestra descrita; esta corresponde a un total de 383 casos-tipo, aplicado a un universo (N=136.523 usuarios) distribuidos en cinco sedes con distinta proporcionalidad de población y que cumple requisitos conforme ocurre en el proceso de caracterización de la población vinculada sea beneficiaria o cotizante de los servicios de primer nivel presentado por la IPS COOMULTRASAN, No sobra decir que esta población fue captada en sus horas normales de espera en las distintas salas de cada sede de la entidad. A continuación la Tabla 5 muestra la ficha técnica. A continuación se muestra la organización de la muestra por medio de la implementación de un estudio con diseño descriptivo el cual pretendió dilucidar un poco el comportamiento por parte de los usuarios con respecto a la



percepción en torno al conocimiento, uso y acercamiento a los programas de promoción y prevención en el campo de la salud. El proceso de muestreo se observa a continuación:

Tabla 5 Cálculo de la muestra por estratos.

<p>Se tiene que la muestra es mayor a 10.000 casos, por lo tanto se calcula con la fórmula de muestreo de poblaciones infinitas⁷³</p> $n = \frac{Z^2 pq}{e^2}$	<p>Donde: Z= nivel de confianza. pq= varianza de población. e= error estándar.</p> <p>Datos: Z= 95%=1.96. pq= 50% de error con 50% de acierto (0.5*0.5=0.25). e= 5%= 0.05.</p>	<p>Reemplazando,</p> $n = \frac{(1.96)^2 (0.5)(0.5)}{(0.05)^2}$ $n = \frac{(3.8416)(0.25)}{(0.0025)}$	$n = \frac{0.9604}{0.0025}$ <p>n = 383 Casos.</p>
<p>Calculando la muestra estratificada con base</p> $f_h = \frac{n}{N} = \frac{383}{176.527} = 0.00280532 \text{ Entonces, } n_h = N_h * f_h$			
Sedes de atención	No. De usuarios/as	Cálculo $n_h = N_h * f_h$	Muestra
IPS Sede Poblado	16163	$n_h = (16163) * (0.00280532)$	45
IPS Sede Cañaveral	18570	$n_h = (18570) * (0.00280532)$	52
IPS Sede Cabecera del llano	65534	$n_h = (65534) * (0.00280532)$	184
IPS Sede Carrera 35a	7805	$n_h = (7805) * (0.00280532)$	22
IPS Sede Cafesalud	28451	$n_h = (28451) * (0.00280532)$	80
Total	136527	-----	383

Fuente: El autor con base en la información suministrada por la IPS Coomultrasan 2009-2010.

El cálculo de la muestra es estratificada se tomó con base en las orientaciones determinadas por Hernandez Sampieri *et al*⁷⁴ en la cuál se estableció un muestreo

⁷³ FUENTElsaZ GALLEGO, Carmen. Cálculo del tamaño de una muestra. [en línea]. <http://www.metodologiasytecnicas.ecaths.com/archivos/metodologiasytecnicas/calculo_muestra.pdf> [citado en 4 de enero de 2010].

⁷⁴ HERNANDEZ SAMPIERI, FERNANDEZ COLLADO, Carlos y BAPTISTA LUCIO, Pilar. Metodología de la Investigación. México: Mc-Graw Hill. Quinta edición. 2010., p. 178-179.



con base en un diseño descriptivo probabilístico estratificado, asimismo corroborando esta información con base en el uso del programa STATS v. 2⁷⁵

Tabla 6 Ficha técnica del instrumento aplicado.

FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO	
Diseño y realización	La encuesta fue diseñada y aplicada por Raúl Antonio Puesme Rivera.
Entidad Solicitante	IPS COOMULTRASAN Coordinación de Promoción y Prevención
Universo	136.523 Usuarios y usuarias afiliados/as y beneficiarios/as de los servicios de SALUDCOOP, CRUZ BLANCA y CAFESALUD.
Unidad de muestreo	Usuarios/as de servicios de salud de primer nivel a corte 2010.
Fecha	De Noviembre de 2009 a Diciembre de 2009.
Área de cobertura	Sedes de la IPS COOMULTRASAN (5 en total)
Tipo de Muestreo	Probabilístico por estratos.
Técnica de recolección	Encuesta
Tamaño de la muestra	383 casos en total; porcentaje de error (5%); Nivel de confianza (95%); Porcentaje estimado de la muestra (50%)
Supervisión, procesamiento e informe	<ul style="list-style-type: none">• Nivel de aplicación: Coordinadora de los programas de promoción y prevención de la IPS.• Nivel teórico y metodológico: Directora de proyecto de grado.

Fuente. El autor.

4.1.2 Características generales de la muestra.

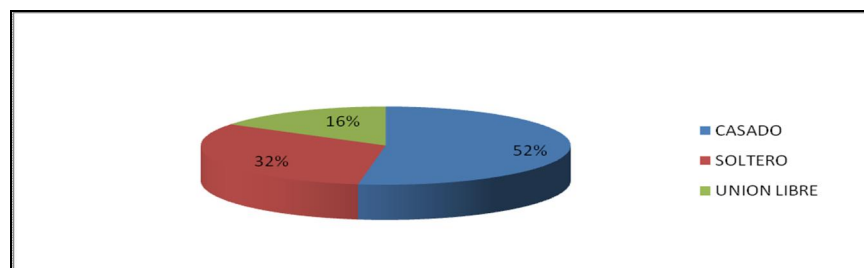
La figura 9 muestra el Estado Civil de la muestra, compuesta por población casada con el 52% (N=199), soltera 32% (N=122) y en unión libre 16% (N=62), esto significa que a pesar de los bajos niveles de representatividad de la muestra se obtiene un amplio espectro de participación de tales características en el interior de la adquisición de los programas de promoción y prevención.

⁷⁵ STATS 2.0 es un programa de uso en los procesos de diseño y análisis estadístico, este programa posee una interfaz de bajo consumo de recursos de disco operativo.



De la misma forma se entiende que la población unida socialmente (casada y en unión libre) tiende a asumir mayor disponibilidad en los procesos de participación de los programas de salud a nivel general que la población que se encuentra soltera. Aunque esto implica un doble riesgo en el sentido que las mismas responsabilidades compartidas que implica la unión y la potencial conformación de la familia, incide de manera contradictoria frente a la situación de sobreponer el propio estado de salud por no dejar de lado las propias responsabilidades conyugales.

Figura 13 Estado civil de los usuarios de P&P.

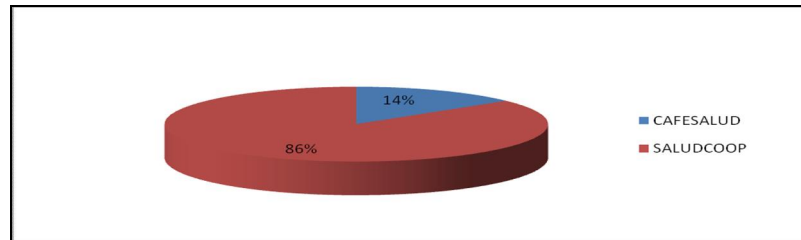


FUENTE: Elaborado por el autor con base en la información recolectada en el proceso de práctica desarrollado en la IPS COOMULTRASAN, Noviembre-Diciembre de 2009.

La figura 10 enseña la distribución de la población obtenida en la muestra a partir de su distribución por EPS, donde se encuentra que la mayor parte de la misma se encuentra conformada por el 86% (N=329) de SALUDCOOP y el 14% (N=54) de Cafesalud, no sobra decir que tal y como se menciona en el informe de ubicación institucional, COOMULTRASAN IPS en este momento participa como socio operativo exclusivo de SALUDCOOP en cuanto a la prestación del primer nivel de atención a todos sus usuarios, lo cual demanda excelentes niveles de calidad en cuanto al desarrollo de las distintas actividades, en el caso específico de promoción y prevención, así como la generación de propuestas creativas, para el mejoramiento continuo de la entidad.



Figura 14 Proporción de participación institucional atendida por la IPS Coomultrasan

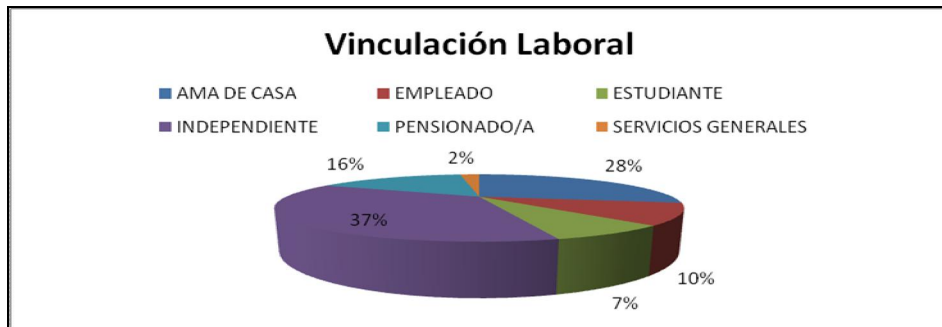


FUENTE: Elaborado por el autor con base en la información recolectada en el proceso de práctica desarrollado en la IPS COOMULTRASAN, Noviembre-Diciembre de 2009.

A continuación la figura 11 devela el comportamiento de la muestra por el tipo de vinculación laboral con la cuál recibe los distintos niveles de atención, de modo que el 37% (N=142) hace parte de población independiente, seguido por el 28% (N=107) como usuarios tipo ama de casa, a continuación el 16% (N=61) conformada por población pensionada, 10% (N=38) empleados y finalmente el 7% (N=27) estudiantes y el 2% (N=8) en servicios generales, frente a esta situación se entiende que una parte significativa de la población entrevistada se encuentra en vinculada a horarios libres que favorecen el desarrollo de actividades promocionales de la salud; sin embargo, la baja participación de la población empleada vislumbra un gran impedimento en el desarrollo de estrategias comunicativas que permitan el conocimiento y utilización de los programas de promoción y prevención por parte de este segmento de población, que demuestra que está requiriendo , con urgencia, un mayor acercamiento institucional por parte de la IPS, para garantizar un aumento gradual de su participación en los distintos programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.



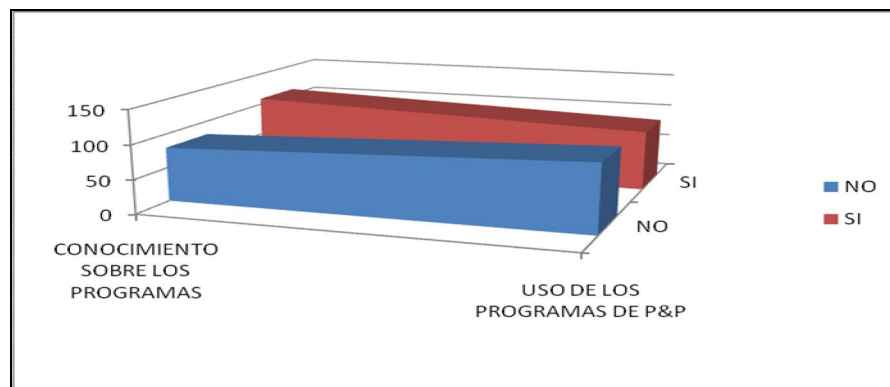
Figura 15 Tipo de Vinculación laboral de la población usuaria.



FUENTE: Elaborado por el autor con base en la información recolectada en el proceso de práctica desarrollado en la IPS COOMULTRASAN, Noviembre-Diciembre de 2009.

A continuación se muestra la relación directamente proporcional entre desconocimiento y desuso de los programas de promoción y prevención desarrollados por la IPS COOMULTRASAN (figura 12), en donde a mayor desconocimiento de los programas, mayor desuso de los mismo; en cambio la gráfica que resalta la relación entre conocimiento y uso de los programas de forma positiva muestra la relación inversa entre las mismas, de modo que a mayor conocimiento menores serán los niveles de participación y uso de los programas, esta información en apariencia contradictoria hace ver la gran debilidad que existe entre las estrategias comunicativas desarrolladas, el conocimiento desarrollado a partir de las mismas y la respuesta por medio de la participación a partir de los usuarios de los distintos programas.

Figura 16 Conocimiento y uso de los programas de P&P

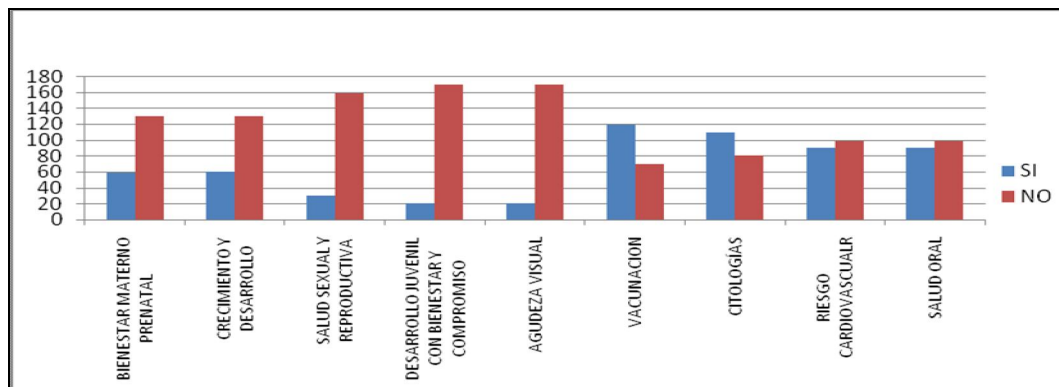




FUENTE: Elaborado por el autor con base en la información recolectada en el proceso de práctica desarrollado en la IPS COOMULTRASAN, Noviembre-Diciembre de 2009.

En la figura 13 se encuentran la distribución absoluta de los conocimientos en cada uno de los programas de promoción y prevención desarrollados por la IPS, obteniéndose que los programas más desconocidos, se encuentran encabezados por los programas de Agudeza visual, Desarrollo juvenil con Bienestar y Compromiso y Salud Sexual y Reproductiva, a su vez, los programas de Vacunación, Citologías y Riesgo cardiovascular, hacen parte de los más conocidos, las implicaciones técnicas y socioculturales de esta información inciden de gran manera en el fortalecimiento de las estrategias comunicativas que deben desarrollarse en cada uno de los programas que se encuentran amenazados por baja utilización.

Figura 17 Conocimientos por Programa



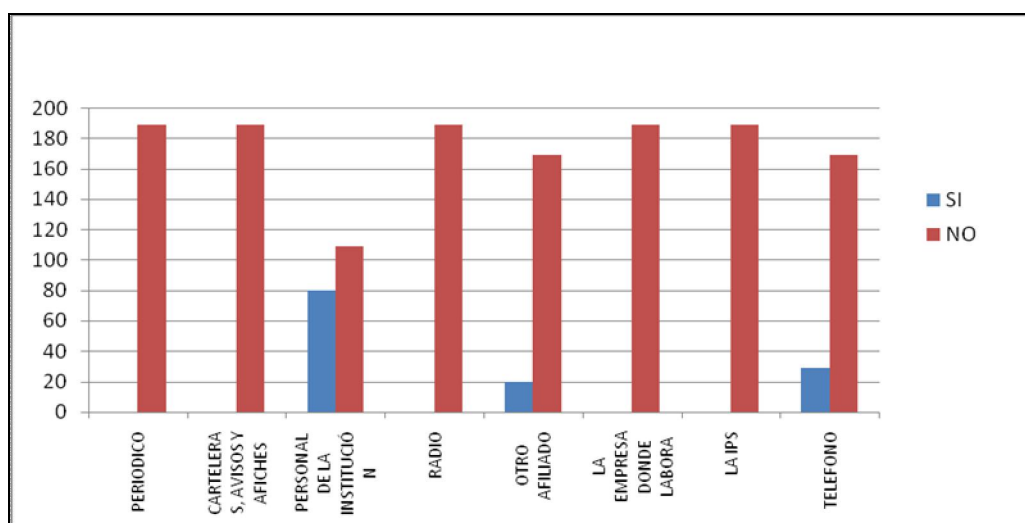
FUENTE: Elaborado por el autor con base en la información recolectada en el proceso de práctica desarrollado en la IPS COOMULTRASAN, Noviembre-Diciembre de 2009.

En la figura 14 se presenta el origen del conocimiento por parte de los programas de promoción y prevención por parte de los usuarios de la IPS COOMULTRASAN. En ella se observa que gran parte tiene acercamiento a los programas por parte de los funcionarios de la IPS, más no por los medios audiovisuales utilizados en la entidad para el cumplimiento de tal fin. Cuando se confronta la información de los usuarios con lo observado se vislumbra la inexistencia de tales estrategias en



lugares visibles y de circulación de esta población. En el cual se están perdiendo espacios fundamentales para el acercamiento, la comunicación organizacional, la utilización de medios masivos de comunicación en salud son bajos, y los recursos existentes resultan subutilizados de este modo la posibilidad de utilización por parte de los usuarios y usuarias dependen estrictamente de la orientación médica existente y no del aprovechamiento de las diversas formas de comunicación organizacional y personal posibles.

Figura 18 Origen de la Información



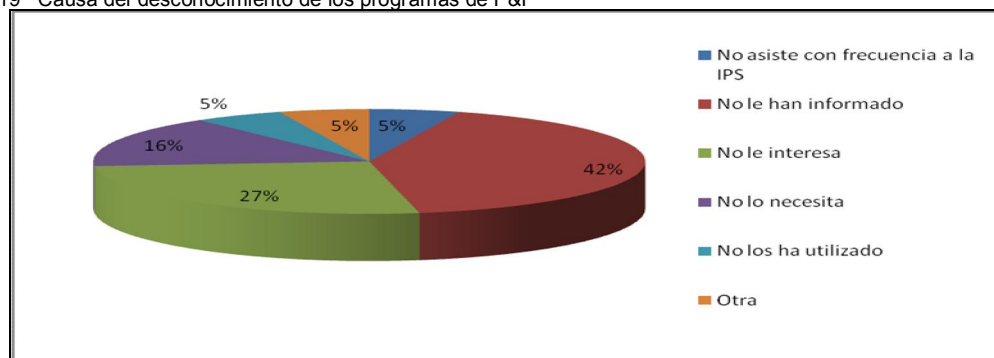
FUENTE: Elaborado por el autor con base en la información recolectada en el proceso de práctica desarrollado en la IPS COOMULTRASAN, Noviembre-Diciembre de 2009.

La figura 15 revela la distribución de la muestra por origen de la información que inicialmente le conllevó a usar los programas de promoción y prevención, de esto se muestra que la mayor responsabilidad de la información y comunicación de los programas están siendo sostenidos por el personal médico, el teléfono y el voz a voz entre usuarios, estas dos ultima categorías con baja participación, de esta información recibida y de acuerdo al grado de utilización de los programas se encontró que una de las principales razones para no adquirir los programas obedecen a varias razones (figura No 14): desinformación 42% (N=161),



desinterés 27% (N=104), no considera necesitarlos 16% (N=62), y aquellas razones resultantes de fuerzas externas con un 15% (N=61), que demuestran, de forma preocupante, que la estrategia de vinculación por medio del personal médico y de enfermería, no está siendo suficiente para garantizar una alta participación de los usuarios de los programas de P&P, de la misma forma, los niveles de información actuales resultan escasos para cumplir con el cometido de aumentar la demanda inducida de la población usuaria, también los factores socioculturales están ejerciendo un fuerte amenaza respecto a la generación de resistencias en torno a la adquisición de servicios preventivos y promocionales en salud.

Figura 19 Causa del desconocimiento de los programas de P&P



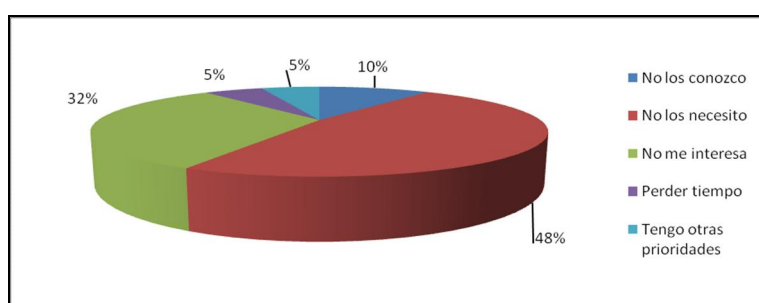
FUENTE: Elaborado por el autor con base en la información recolectada en el proceso de práctica desarrollado en la IPS COOMULTRASAN, Noviembre-Diciembre de 2009.

De la misma forma una de las principales causas del No uso de los programas de prevención y promoción por parte de los usuarios se compone de la falta de necesidad del programa con el 48% (N=184), frente a un 32% (N=123) y un 10% (N=38) como tal, esto significa que la mayor parte de los usuarios de los servicios de salud conciben la salud como la ausencia de la enfermedad, y no como una situación integradora que permita tomar en sus manos herramientas preventivas para garantizar el mantenimiento de niveles salubres de vida, esta información resulta importante en el sentido de proporcionar elementos guía en la



implementación de estrategias clave durante el proceso de mejoramiento de los mecanismos de información y comunicación al usuario. Ya que ponen en liza cosmovisiones, materiales socioculturales y económicos que devienen a los factores protectores y de riesgo a presentarse en las diferentes etapas de la vida y por supuesto en la cotidianidad (figura 16).

Figura 20 Causales de desuso de los Programa de P&P

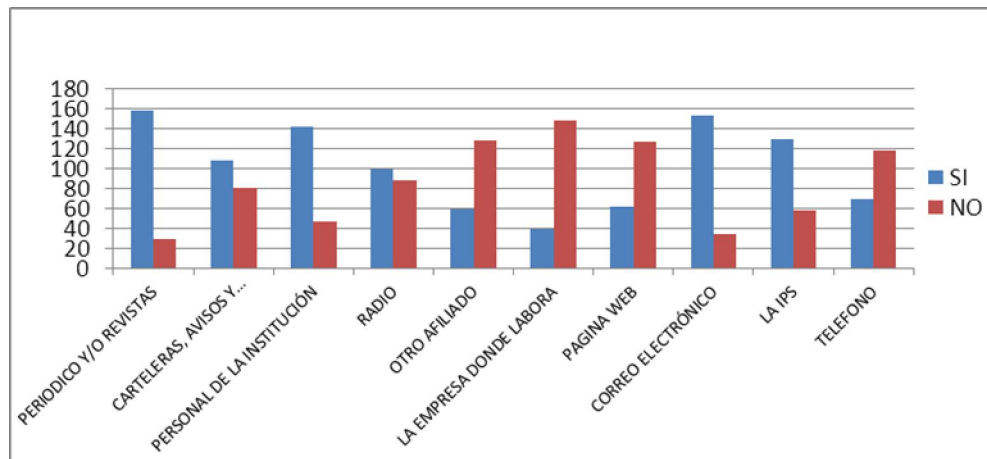


FUENTE: Elaborado por el autor con base en la información recolectada en el proceso de práctica desarrollado en la IPS COOMULTRASAN, Noviembre-Diciembre de 2009.

Frente a los medios mas idóneos propuestos por los usuarios para el conocimiento de los programas de promoción y prevención de la IPS, se encuentran de forma descendente y en orden de importancia según la percepción de los usuarios, los medios escritos, como las revistas y/o periódicos, seguidamente de los correos electrónicos, personal de la institución, carteleras y/o avisos publicados en las instalaciones de la IPS y los videos institucionales (figura 13). No sobra decir la importancia brindada por esta información para el desarrollo del diagnóstico.



Figura 21 Medios Idóneos Para recibir Información de los Programas P&P



FUENTE: Elaborado por el autor con base en la información recolectada en el proceso de práctica desarrollado en la IPS COOMULTRASAN, Noviembre-Diciembre de 2009.

4.1.3 Análisis general de la situación presentada

La demanda inducida de los programas de promoción y prevención de la IPS COOMULTRASAN responde a la dinámica y situación sociocultural y económica circundante, factores que influyen en la toma de decisiones por parte de los usuarios en la medida que buscan garantizar una mejoría en su estado de salud. Dentro del análisis general se identifica elementos situacionales y características de la problemática de salud en particular.

COOMULTRASAN ha desarrollado diferentes programas de acercamiento a la comunidad de usuarios de los servicios de salud, todo ello mediante ejercicios planificados en torno a necesidades específicas de la población y en el marco de la resolución 412 de 2000, que reglamente los temas generadores de lo que debe ser la promoción de la salud y prevención de la enfermedad; por ello, y con base en los análisis provenientes de los diagnósticos sociales propio de la profesión, se hace imprescindible la determinación de variables específicas que puedan actuar,



tanto como potenciadores así como inhibidores de las acciones informativas y comunicativas relacionadas con la creación de la necesidad por parte de los usuarios de vincularse a los diversos programas de promoción y prevención llevados a cabo por la IPS

Dentro del estado actual de los programas de promoción y prevención desarrollados por la IPS durante este último período, y con base en los resultado del diagnóstico pre-test, se encuentra una gran debilidad frente a la forma como se están desarrollando la estrategias de información y comunicación a los usuarios de los programa de promoción y prevención en marco de la resolución 412 de 2000, esto significa que se están presentando bajos niveles de conocimiento y uso de los programas por parte de los usuarios, o bien que se está presentando uso pero no a partir de acciones concretas informativas que responden a la denominada demanda inducida, la mayor parte de la responsabilidad está cayendo en las funciones de remisión realizadas por loe médicos generales y las enfermeras jefes y auxiliares, más que por iniciativa propia de los usuarios, situación que influye de forma negativa en el mantenimiento de la calidad de la salud que rodea a los usuarios de los servicios, asimismo genera expectativas , pues exige a la organización el establecimiento de nuevas y creativas acciones para captar la atención, el interés, generar dudas, y promover la utilización de los programas por parte de los beneficiarios de la IPS a fin de generar un verdadero impacto en la toma de decisiones saludables.

4.1.4 Auditoria del desempeño

Inicialmente se conceptualiza como un proceso sistemático, independiente y documentado para la obtención de evidencias que, al evaluarse de manera objetiva, permiten determinar la extensión en que se cumplen los criterios



organizacionales para los cuales tuvo fin. Esto significa que la auditoría actúa como un método de evaluación y clasificación institucional que permite reconocer elementos que de alguna forma u otra favorecen o desfavorecen la propia dinámica de la organización, los cuales le están impidiendo o apoyando en la consecución de sus objetivos organizacionales y misionales. Es sistemática por visualizar a la organización como una estructura interconectada, interdependiente y compleja, en el sentido que las acciones de sus elementos constituyentes tendrán definitivamente repercusiones en todo el macrosistema. Es independiente en la medida que debe garantizar la objetividad de su enfoque, no permitiendo la influencia organizacional directa o indirecta en el proceso evaluativo.

Para efectos de este proceso se tuvo como método de intervención, la programación de actividades de acercamiento acatado a la realidad social de esta entidad, específicamente se iniciaron visitas informales con cada una de las sedes pertenecientes al sistema de la IPS COOMULTRASAN con el fin de captar información específica en cada uno de sus programas de promoción y prevención. Asimismo se obtuvo información de prácticas anteriores en Trabajo Social, nutridas con los informes de mejoramiento continuo, manuales de procesos, procesos de consultoría, y la aplicación de una encuesta de conocimiento y utilización de los programas P&P, a partir del diseño de una investigación de corte descriptivo no predictivo.

4.1.5 Matriz de Evaluación del Factor Externo (MEFE).

Dentro de los elementos básicos de análisis para la toma de decisiones de la situación organizacional de la IPS COOMULTRASAN se enlazan aquellos relacionados con los esquemas informativos y comunicativos actuales y percibidos por los usuarios de los programas de promoción y prevención. A



continuación la Tabla 7 muestra las manifestaciones de las principales fuerzas económicas, políticas, demográficas, tecnológicas y jurídicas incidentes en el comportamiento de los esquemas actuales de inclusión de usuarios en los distintos programas. Es importante anotar que esta matriz se desarrolló con base en las orientaciones de la mesa de trabajo durante el proceso de recolección de información, así como el cruce con variables preestablecida con base en el instrumento aplicado que goza de relevancia para la resolución de las acciones llevadas a cabo:

Tabla 7 Matriz de Evaluación de Factores Externos.

ítem	Factores externos claves para el éxito del plan de mejoramiento de las estrategias para la comunicación e información de los programas de P&P en la IPS COOMULTRASAN	Ponderación	Clasificación	Resultado Ponderado
1	Bajos niveles de formación por parte de la población usuaria de la IPS	0.04	1	0.04
2	Inestabilidad laboral de los cotizantes y beneficiarios.	0.05	1	0.05
3	Experiencia de los competidores en el área de promoción y prevención.	0.01	2	0.02
4	Poco acceso a la información por medios tecnológicos alternos de la población usuaria	0.05	1	0.05
5	Poco manejo de la cultura del autocuidado	0.1	1	0.1
6	Baja demanda de los servicios de P&P ofrecidos por parte de la población beneficiaria y cotizante	0.1	1	0.1
7	Alta tendencia de las mujeres que acceden a los servicios de P&P opuesto al bajo número de hombres que acceden	0.09	2	0.18
8	Disponibilidad de la población usuaria	0.1	3	0.3
9	Políticas empresariales restrictivas de los programas de P&P a la población laboralmente activa	0.01	1	0.01
10	Poco acceso a la tecnología e informática	0.01	1	0.01
11	Resolución 412 de 2000	0.02	3	0.06
12	Ley 100 de 1993	0.005	3	0.015
13	Alta proporción de la población cotizante	0.1	4	0.4
14	A población que accede se encuentra vinculada al hogar, negocio independiente, empresario, operarios y servicios generales	0.05	4	0.20
15	Influencia del enfoque dirigido a la calidad por parte de la IPS COOMULTRASAN	0.11	4	0.44
16	Preponderancia de los medios de comunicación e información tradicional en la población vinculada	0.11	4	0.44
17	Condiciones sociales de la población vinculada	0.04	3	0.12
18	Influencia política en la normatividad vigente respecto al Sistema General en Salud	0.005	3	0.015
Total		1		2.55

FUENTE: Elaborado por el autor con base en la información recolectada en el proceso de práctica desarrollado en la IPS COOMULTRASAN, Noviembre-Enero de 2009.



La Tabla 7 muestra las distintas calificaciones recibidas en cuanto su nivel de importancia, tanto por su incidencia y relación con los informes de consultaría realizados para la entidad, charlas informales con los equipos profesionales, administrativos y bajo las evaluaciones a partir de las prácticas pre-profesionales desarrolladas por los estudiantes de Trabajo Social, de la misma forma se realizó la aplicación de un cuestionario sobre conocimiento y utilización de los programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud realizados con los usuarios de manera aleatoria en cada una de las sedes prestadoras de los servicios de salud. Cuya composición muestra costó de un diseño no probabilístico sino de caracterización de usuarios a partir del comportamiento rutinario en la atención de pacientes que acudieron a medicina general y consulta externa a fin de establecer un primer acercamiento con la situación de las acciones que podrían aportar elementos clave sobre la situación actual de los servicios de promoción y prevención y de igual manera proponer, desde la perspectiva de cliente, facilitación en la prestación de los servicios de salud.

Es importante aclarar que el mínimo de calificación es 1 y el máximo 4, por consiguiente la media aritmética en este caso sería 2.5, ponderaciones menores de 2.5 significan que en el plano general estas fuerzas ponen a los programas de P&P en una situación amenazante más que a vigorizar el clima interno, la calificación general de COOMULTRASAN con respecto a los programas es un poco mayor a la media lo cual muestra un fuerte incidencia del medio externo para el diseño de la estrategias; Por consiguiente se aclara que se presentaron 18 fuerzas externas que inciden de forma positiva o negativa en la demanda de los servicios de promoción y prevención ofrecidos en cada uno de los programas de COOMULTRASAN IPS, de los cuales los ítems 5, 6, 7, 8, 13, 15 y 16 ejercen una gran influencia en los mismos, esto significa que las estrategias externas de



oportunidades y amenazas deben tener en cuenta su comportamiento para que actúen más como potenciadores que como inhibidores del proceso de captación y educación de la población vinculada de forma general al sistema de salud y al organización.

También debe tenerse en cuenta que la entidad cuenta con elementos facilitadores como los señalados en los ítems 1, 2, 3, 4, 11, 12 y 13, que si bien ejercerán una fuerte influencia en la aplicación de las acciones recuperadoras, también favorecen el mismo ejercicio profesional de carácter educativo, pues actúan como una realidad susceptible de evaluación, es decir creo un escenario claro de acción profesional, muy dirigido a caracterizar y construir una línea base de medición y seguimiento.

4.1.6 Matriz de Evaluación del Factor Interno (MEFI).⁷⁶

La matriz de evaluación del factor interno, es un instrumento fundamental para evaluar las fuerzas y debilidades más importantes dentro de la organización, específicamente en sus áreas funcionales, los juicios componentes de la matriz son intuitivos, pero alimentados con las lecciones aprendidas por parte de los componentes dinámicos de la entidad, en el caso particular de la evaluación de los programas de promoción y prevención desarrollados por COOMULTRASAN IPS, se hizo necesario el acopio de información proporcionada por el equipo de profesionales vinculados al programa, de la misma forma las observaciones participantes con los miembros del equipo de trabajo así como la información suministrada por la coordinación de la entidad en los ejercicios de auditoría externa para el mejoramiento continuo. En la tabla 8 se observan los resultados de las ponderaciones respectivas.

⁷⁶ HILL, Charles y JONES, Gareth, Administración Estratégica. Un enfoque estratégico 6ta. Ed. México, Mc-Graw Hill, 2005. 38 p. ISBN 0-618-30953-5



Tabla 8 Matriz de Evaluación del Factor Interno.

Ítem	Factores críticos para el éxito del plan de mejoramiento de las estrategias para la comunicación e información de los programas de P&P en la IPS COOMULTRASAN	Ponderación	Clasificación	Resultado Ponderado
1	Sistema de gestión de la calidad	0.1	4	0.4
2	Equipo de profesionales altamente calificados	0.1	4	0.4
3	Excelentes clima laboral	0.07	3	0.21
4	Compromiso institucional	0.09	4	0.36
5	Capacidad de financiamiento y presupuestal	0.05	3	0.15
6	Publicidad	0.04	2	0.08
7	Comportamiento en la demanda de los programas de promoción y prevención	0.04	1	0.04
8	Recursos tecnológicos disponibles	0.06	4	0.24
9	Nivel de calidad de los productos y servicios ofrecidos	0.028	3	0.084
10	Nivel de actualización de equipos tecnológicos	0.04	2	0.08
11	Programas de mantenimiento de equipos tecnológicos	0.067	4	0.268
12	Presencia del SGC	0.07	4	0.28
13	Sistema computacional	0.05	4	0.2
14	Optimización de los recursos tecnológicos	0.096	4	0.384
15	Estructura organizacional	0.09	4	0.36
16	Actualización de los servicios prestados	0.009	3	0.027
Total		1		3.563

FUENTE: Elaborado por el autor con base en la información recolectada en el proceso de práctica desarrollado en la IPS COOMULTRASAN, Noviembre-Enero de 2009.

La tabla 2 reúne en cada uno de sus ítems los principales fortalezas y debilidades de los procesos desarrollados por los miembros del equipo de Trabajo de la IPS COOMULTRASAN, se analizaron aspectos administrativos, tecnológicos, humanos, mercadológicos y financieros que componen transversalmente las estrategias de comunicación e información de cada uno de los programas de P&P.

Los ítems 1, 2, 4, 8, 11, 12, 13, 14 y 15 resumen una serie de fuerzas positivas en las acciones desarrolladas para el cumplimiento de los objetivos misionales de la entidad, cabe señalar que la calificación general de las fortalezas y debilidades descubiertas en la IPS, donde el mínimo es 1 y el máximo es 4 con una media aritmética de 2.5, demuestran un buen comportamiento interno que garantiza y augura un adecuado desempeño misional, y en indudable apoyo para la superación de las amenazas externas. No obstante no deben descuidarse las debilidades en los componentes tecnológicos, la baja demanda reportada de los programas de promoción y prevención y la publicidad.



Dentro del análisis de los mecanismos desarrollados por la IPS respecto a la atención del usuario se observan un mayor número de factores potenciadores que facilitan en gran medida las acciones realizadas en la organización; debe tenerse en cuenta que la apuesta por la calidad en los servicios de salud hacen parte fundante de la política de la IPS COOMULTRASAN, en la medida que garantizan el sostenimiento y la viabilidad administrativa del negocio de salud por medio del contrato establecido con la Organización SALUDCOOP.

Dentro de dicho análisis y haciendo lectura de los factores internos que influyen se encuentran las debilidades en cuando al tema de las estrategias comunicativas de acercamiento con los usuarios de primer nivel de atención, en donde se puede determinar con facilidad que coexisten factores relacionados entre la baja demanda de los programas de promoción y prevención y el poco impacto de las actividades de socialización de los mismo por parte de la IPS

4.1.7 Matriz FODA.

Esta matriz se construyó con base en la información suministrada por los actores internos y externos al proceso, estos son, por ejemplo, los miembros de la coordinación, personal administrativo, personal médico y de enfermería, así como el encargado de relaciones públicas, todo con el fin de establecer elementos orientar las diversas estrategias a realizar en la intervención



Tabla 9 Cruce de variables DOFA

	<p>Debilidades (D). D1. Inadecuada publicidad de los programas de P&P D2. Comportamiento en la demanda de los programas de promoción y prevención D3. Programas de mantenimiento de equipos tecnológicos D4. Ausencia de profesionales en Trabajo Social D5. Baja cobertura de los programas educativos en promoción y prevención D6. No se cuenta con estrategias informativas para el adecuado conocimiento de los programas de promoción y prevención. D7. Ausencia de plataforma de atención al usuario D8. Baja cobertura de la planta de trabajo que atiende a la población usuaria. D9. Bajo nivel de conocimientos y utilización de los programas en Salud Sexual Y Reproductiva, Desarrollo Juvenil con Bienestar y Compromiso y Agudeza Visual.</p>	<p>Fortalezas (F). F1. Sistema de gestión de la calidad F2. Equipo de profesionales altamente calificados F3. Excelentes clima laboral F4. Compromiso institucional F5. Capacidad de financiamiento y presupuestal F6. Recursos tecnológicos disponibles F7. Nivel de calidad de los productos y servicios ofrecidos F8. Nivel de actualización de equipos tecnológicos F9. Presencia del SGC F10. Sistema computacional F11. Optimización de los recursos tecnológicos F12. Estructura organizacional F13. Actualización de los servicios prestados. F14. Presencia de estudiantes de Trabajo Social en practica pre-profesional.</p>
--	--	---



	<p>Debilidades (D). D1. Inadecuada publicidad de los programas de P&P D2. Comportamiento en la demanda de los programas de promoción y prevención D3. Programas de mantenimiento de equipos tecnológicos D4. Ausencia de profesionales en Trabajo Social D5. Baja cobertura de los programas educativos en promoción y prevención D6. No se cuenta con estrategias informativas para el adecuado conocimiento de los programas de promoción y prevención. D7. Ausencia de plataforma de atención al usuario D8. Baja cobertura de la planta de trabajo que atiende a la población usuaria. D9. Bajo nivel de conocimientos y utilización de los programas en Salud Sexual Y Reproductiva, Desarrollo Juvenil con Bienestar y Compromiso y Agudeza Visual.</p>	<p>Fortalezas (F). F1. Sistema de gestión de la calidad F2. Equipo de profesionales altamente calificados F3. Excelentes clima laboral F4. Compromiso institucional F5. Capacidad de financiamiento y presupuestal F6. Recursos tecnológicos disponibles F7. Nivel de calidad de los productos y servicios ofrecidos F8. Nivel de actualización de equipos tecnológicos F9. Presencia del SGC F10. Sistema computacional F11. Optimización de los recursos tecnológicos F12. Estructura organizacional F13. Actualización de los servicios prestados. F14. Presencia de estudiantes de Trabajo Social en practica pre-profesional.</p>
<p>Oportunidades (O). O1. Resolución 412 de 2000. O2, Ley 100 de 1993. O3. Alta proporción de la población cotizante. O4. A población que accede se encuentra vinculada al hogar, negocio independiente, empresario, operarios y servicios generales O5. Influencia del enfoque dirigido a la calidad por parte de la IPS COOMULTRASAN. O6. Preponderancia de los medios de comunicación e información tradicional en la población vinculada O7. Condiciones sociales de la población vinculada O8. Influencia política en la normatividad vigente respecto al Sistema General en Salud. O9. La existencia de estudiantes de Trabajo Social en práctica pre-profesional.</p>	<p>Estrategias DO. 1. Desarrollar propuestas de educación social constantes de acercamiento a la comunidad de usuarios de los programas de consulta medica general y externa (D1–D4-D5-O4-O1-O2). 2. Impulso de campañas mancomunadas entre las instituciones de carácter público del sector salud, SALUDCOOP y la IPS (campañas, visitas, sesiones educativas foros). (D7-D2-D6-O8-O6) 3. Diseño de campañas publicitarias en medio masivo radial relativo a los programas de promoción y prevención. (D1-O6). • Fortalecer los programa en SSR, Agudeza Visual y Desarrollo Juvenil Con Bienestar Y compromiso a partir de las metodologías de intervención profesional en Trabajo Social. (D9-O9)</p>	<p>Estrategias FO.</p> <ul style="list-style-type: none"> Incrementar la motivación de los funcionarios vinculados con la IPS, mediante el desarrollo de estrategias informativas y de actualización general sobre los programas para que estos actúen como multiplicadores. (F1-F2-F3-F4-F13-O4-O3-) Estructurar la plataforma tecnológica de atención al usuario mediante el flujo constante de información por parte de la IPS. (F6-F8-F10-O5-O6) Aprovechamiento de las tecnologías existentes en la IPS para el desarrollo de estrategias audiovisuales. (F8-F10-F11-O6-O7)



	<p>Debilidades (D). D1. Inadecuada publicidad de los programas de P&P D2. Comportamiento en la demanda de los programas de promoción y prevención D3. Programas de mantenimiento de equipos tecnológicos D4. Ausencia de profesionales en Trabajo Social D5. Baja cobertura de los programas educativos en promoción y prevención D6. No se cuenta con estrategias informativas para el adecuado conocimiento de los programas de promoción y prevención. D7. Ausencia de plataforma de atención al usuario D8. Baja cobertura de la planta de trabajo que atiende a la población usuaria. D9. Bajo nivel de conocimientos y utilización de los programas en Salud Sexual Y Reproductiva, Desarrollo Juvenil con Bienestar y Compromiso y Agudeza Visual.</p>	<p>Fortalezas (F). F1. Sistema de gestión de la calidad F2. Equipo de profesionales altamente calificados F3. Excelentes clima laboral F4. Compromiso institucional F5. Capacidad de financiamiento y presupuestal F6. Recursos tecnológicos disponibles F7. Nivel de calidad de los productos y servicios ofrecidos F8. Nivel de actualización de equipos tecnológicos F9. Presencia del SGC F10. Sistema computacional F11. Optimización de los recursos tecnológicos F12. Estructura organizacional F13. Actualización de los servicios prestados. F14. Presencia de estudiantes de Trabajo Social en practica pre-profesional.</p>
<p>Amenazas (A). A1. Bajos niveles de formación por parte de la población usuaria de la IPS A2. Inestabilidad laboral de los cotizantes y beneficiarios. A3. Experiencia de los competidores en el área de promoción y prevención. A4. Poco acceso a la información por medios tecnológicos alternos de la población usuaria A5. Poco manejo de la cultura del auto cuidado A6. Baja demanda de los servicios de P&P ofrecidos por parte de la población beneficiaria y cotizante A7. Alta tendencia de las mujeres que acceden a los servicios de P&P opuesto al bajo número de hombres que acceden A8. Disponibilidad de la</p>	<p>Estrategias DA.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisar y ajustar los enfoques publicitarios y pedagógicos utilizados en los programas de promoción y prevención utilizados en la actualidad por la IPS. <p>(A4-A9)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar la infraestructura tecnológica de información al usuario, promoviendo la utilización de medios tecnológicos y adecuándolos a las necesidades de los usuarios.. <p>(D1-D2-D6-A10)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento del rol específico del profesional en Trabajo Social en el campo de la salud, mediante la organización funcional y estructural de su acciones 	<p>Estrategias FA.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Optimizar los procesos de inducción de los nuevos usuarios con el fin de fomentar su nivel de conocimientos e tomo a los programas ofertados por la IPS. <p>(F2-F14-A5-A6-A7-A8)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover la utilización de los medios tecnológicos de información establecidos por la IPS para la socialización de los programas de P&P. <p>(F6-F11-F12-A7-A8)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la demanda inducida en los distintos programas de P&P, mediante la elaboración de estrategias adecuadas a los patrones conductuales, sociales y económicos de



	<p>Debilidades (D). D1. Inadecuada publicidad de los programas de P&P D2. Comportamiento en la demanda de los programas de promoción y prevención D3. Programas de mantenimiento de equipos tecnológicos D4. Ausencia de profesionales en Trabajo Social D5. Baja cobertura de los programas educativos en promoción y prevención D6. No se cuenta con estrategias informativas para el adecuado conocimiento de los programas de promoción y prevención. D7. Ausencia de plataforma de atención al usuario D8. Baja cobertura de la planta de trabajo que atiende a la población usuaria. D9. Bajo nivel de conocimientos y utilización de los programas en Salud Sexual Y Reproductiva, Desarrollo Juvenil con Bienestar y Compromiso y Agudeza Visual.</p>	<p>Fortalezas (F). F1. Sistema de gestión de la calidad F2. Equipo de profesionales altamente calificados F3. Excelentes clima laboral F4. Compromiso institucional F5. Capacidad de financiamiento y presupuestal F6. Recursos tecnológicos disponibles F7. Nivel de calidad de los productos y servicios ofrecidos F8. Nivel de actualización de equipos tecnológicos F9. Presencia del SGC F10. Sistema computacional F11. Optimización de los recursos tecnológicos F12. Estructura organizacional F13. Actualización de los servicios prestados. F14. Presencia de estudiantes de Trabajo Social en practica pre-profesional.</p>
<p>población usuaria A9. Políticas empresariales restrictivas de los programas de P&P a la población laboralmente activa A10. Poco acceso a la tecnología e informática</p>	<p>en el desarrollo de estrategias de comunicación e información de los PPP (D4-A2-A3-A8)</p>	<p>los usuarios. (F14-A7-A6-A5) <ul style="list-style-type: none"> • Establecer estrategias de acercamiento y socialización de los programas con cada una de las organizaciones que guardan relación con la IPS en relación con el número de afiliados. (F2-F4-F5-A9)</p>

FUENTE: Elaborado por el autor con base en la información recolectada en el proceso de práctica desarrollado en la IPS COOMULTRASAN, Noviembre-Enero de 2009.

El cruce de las distintas variables de la DOFA imponen el desarrollo de 13 estrategias que deben ser ponderadas según el establecimiento de criterios claves que deben tener en cuenta, el impacto, la probabilidad de logro, el presupuesto, la factibilidad y la relación costo-beneficio, de modo que permitan la



intervención profesional dentro del marco administrativo, el agrupamiento de acciones específicas y concretas, así como el desarrollo organizacional y logístico. Dentro de las principales lecturas a desarrollar en los elementos divisados en el proceso de diagnóstico de la situación de los programas en promoción y prevención de la IPS se puede concluir los siguientes:

Tabla 10 Ponderación de Estrategias.

Estrategias	Criterios					
	Impacto	Probabilidad de logro	Presupuesto	Factibilidad	Relación costo/beneficio	Resultado
Desarrollar propuestas de educación social para el acercamiento a la comunidad de usuarios de los programas de consulta medica general y externa	5	5	5	4	5	24
Impulso de campañas mancomunadas entre las instituciones de carácter público del sector salud, SALUDCOOP y la IPS (campañas, visitas, sesiones educativas foros).	4	3	2	2	3	14
Diseño de campañas publicitarias en medio masivo radial relativo a los programas de promoción y prevención.	5	4	3	4	3	19
Revisar y ajustar los enfoques publicitarios y pedagógicos utilizados en los programas de promoción y prevención utilizados en la actualidad por la IPS.	5	4	5	5	5	24
Desarrollar la infraestructura tecnológica de información al usuario, promoviendo la utilización de medios tecnológicos y adecuándolos a las necesidades de los usuarios..	3	1	1	2	1	8
Establecimiento del rol específico del profesional en Trabajo Social en el campo de la salud, mediante la organización funcional y estructural de su acciones en el desarrollo de estrategias de comunicación e información de los PPP	5	4	5	5	5	24
Optimizar los procesos de inducción de los nuevos usuarios con el fin de fomentar su nivel de conocimientos e torno a los programas ofertados por la IPS	5	5	4	5	4	23



Estrategias \ Criterios	Impacto	Probabilidad de logro	Presupuesto	Factibilidad	Relación costo/beneficio	Resultado
Promover la utilización de los medios tecnológicos de información establecidos por la IPS para la socialización de los programas de P&P.	3	4	2	1	1	11
Aumentar la demanda inducida en los distintos programas de P&P, mediante la elaboración de estrategias adecuadas a los patrones conductuales, sociales y económicos de los usuarios.	5	5	4	4	4	22
Establecer estrategias de acercamiento y socialización de los programas con cada una de las organizaciones u empresas que guardan relación con la IPS numero de afiliados.	5	4	5	4	5	23
Incrementar la motivación de los funcionarios vinculados con la IPS, mediante el desarrollo de estrategias informativas y de actualización general sobre los programas para que estos actúen como multiplicadores.	5	5	5	4	5	24
Estructurar la plataforma tecnológica de atención al usuario mediante el flujo constante de información por parte de la IPS.	5	4	4	4	4	21
Aprovechamiento de las tecnologías existentes en la IPS para el desarrollo de estrategias audiovisuales.	5	4	5	5	4	23
Fortalecer los programa en SSR, Agudeza Visual y Desarrollo Juvenil Con Bienestar Y compromiso a partir de las metodologías de intervención profesional en Trabajo Social.	5	5	4	4	5	23

FUENTE: Elaborado por el autor con base en la información recolectada en el proceso de práctica desarrollado en la IPS COOMULTRASAN, Noviembre-Enero de 2009.

Resulta importante aclarar que la ponderación de estrategias (Tabla 10) corresponde a un análisis consensuado que entrelaza información en torno a la investigación realizada con los usuarios, la indagación realizada con el personal médico y de enfermería, así como los estudios realizados a partir de consultoría dentro del marco de mejoramiento continuo de la organización, de esta forma, se entiende que los datos, específicamente, corresponden a las acciones que desde



la organización se deben tomar para facilitar el acercamiento a los programas de promoción y prevención con la comunidad de usuarios, así como también elementos básicos pedagógicos que deben guiar la acción profesional del personal que intervenga a la población.

Dentro de las estrategias a desarrollar y de acuerdo a la ponderación respectiva se obtuvo que por orden de importancia son realizables y factibles de ejecución en el proceso de práctica a desarrollar en conjunto con el equipo de profesionales pertenecientes a la IPS, tal como lo muestra la Tabla No. 11 COOMULTRASAN, las siguientes acciones estratégicas:

Tabla 11 Selección de los Objetivos Estratégicos para P&P.

<p>Desarrollar propuesta de educación social para el acercamiento a la comunidad de usuarios a los programas de promoción y prevención fortaleciendo el programa en Salud Sexual y Reproductiva a partir de las metodologías de intervención profesional en Trabajo Social.</p> <p>Revisar y ajustar los enfoques publicitarios y pedagógicos utilizados en la socialización de los programas de promoción y prevención e la IPS, con el aprovechamiento de las tecnologías existentes en la IPS para el desarrollo de estrategias audiovisuales.</p> <p>Establecer estrategias de acercamiento y socialización de los programas con cada una de las organizaciones u empresas que guardan relación con la IPS.</p> <p>Incrementar la motivación de los funcionarios vinculados con la IPS, mediante el desarrollo de estrategias informativas y de actualización general sobre los programas para que estos actúen como multiplicadores de los programas de promoción y prevención.</p>
--

FUENTE: Elaborado por el autor con base en la información recolectada en el proceso de práctica desarrollado en la IPS COOMULTRASAN, Noviembre-Enero de 2009.

Estas estrategias generan una serie de componentes susceptibles de intervención individual en el campo de desarrollo del Trabajo Social, dentro los cuales se vislumbran tres caminos necesarios para su óptimo cumplimiento.



- 1. Componente Educativo**

 - Desarrollar propuesta de educación social para el acercamiento a la comunidad de usuarios de los programas de consulta médica general y externa fortaleciendo el programa en Salud Sexual y Reproductiva a partir de las metodologías de intervención profesional en Trabajo Social.

- 2. Componente Comunicativo**

 - Incrementar la motivación de los funcionarios vinculados con la IPS, mediante el desarrollo de estrategias informativas y de actualización general sobre los programas para que estos actúen como multiplicadores de los programas de promoción y prevención.

- 3. Componente Informativo**

 - Establecer estrategias de acercamiento y socialización de los programas con cada una de los usuarios, organizaciones u empresas que guardan relación con la IPS.
 - Revisar y ajustar los enfoques publicitarios utilizados en la socialización de los programas de promoción y prevención de la IPS mediante aprovechamiento de las tecnologías existentes para el desarrollo de estrategias audiovisuales de información.



A continuación del ejercicio realizado el ejercicio de diagnóstico situacional estratégico interno y externo, priorizadas las estrategias y elaboradas los direccionamientos los parámetros más adecuados que pudieran articular quehacer profesional en el campo de la salud, expectativa institucional y problemática percibida y sentida por la población sujeto de intervención, se procedió a la formulación del objetivo general de práctica pre-profesional que permitiera la satisfacción y conciliación de las expectativas antes planteadas.

- **Objetivo de intervención profesional**

Desarrollar acciones para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la IPS COOMULTRASAN, mediante el fomento de estrategias en educación, comunicación e información institucional orientadas hacia el conocimiento, uso y asistencia de los diversos programas por parte de los afiliados y beneficiarios, propiciando el fomento de escenarios reflexivos y dinámicos adecuados a sus particularidades socioculturales que disminuyan los factores de riesgo biopsicosociales y que incidan en el mejoramiento de sus niveles de calidad de vida.

Dentro de los propósitos específicos necesarios para dar cumplimiento al objetivo general se encuentran los siguientes:

- Promover el conocimiento, uso y asistencia de los programas de promoción y prevención por parte de los usuarios de los servicios prestados por parte de la IPS por medio del desarrollo de acciones informativas.
- Fortalecer el desarrollo de estilos de vida saludables en salud sexual y reproductiva por parte de los/las participantes captados en sala de espera de cada una de las sedes de la IPS.
- Desarrollar estrategias comunicativas que promuevan el mejoramiento interactivo en la diada usuario-institución en el marco de la promoción de los derechos y deberes de los afiliados y beneficiarios de la IPS.



4.2 PLANEACIÓN A NIVEL OPERATIVO.

Posteriormente se enseña la planeación de modo específico por cada eje estratégico a desarrollar durante la ejecución, consistente en la promoción de cada área estratégica conforme atañe al resultado de la DOFA y su posterior cruce de variables. Se puede anticipar que fueron efectuados siete planes operativos en correspondencia a los ejes estratégicos determinados con antelación (educativo, informativo y comunicativo); en estos se fijan, con carácter específico, las acciones desplegadas para dar cumplimiento a los objetivos estratégicos y finalmente el objetivo general proyectado con eficiencia dada la situación socioeconómica de la institución que impide una formulación de mayor impactos, pero también, de mayor inversión; No obstante, esto no significa que el impacto de las misma no corresponda con la realidad circundante de la IPS COOMULTRASAN, por el contrario, los ejes estratégico tienen como pretensión la realización de actividades con enfoque en salud que busquen una activación del fortalecimiento con respecto a la situación de salud de los/las usuarios/as a nivel de ejecución.

4.2.1 Plan Operativo 1: Componente educativo.

La educación implica un proceso que procura la satisfacción de las necesidades de aprendizaje referidas a la salud sexual y reproductiva. La educación, en el plan operativo permite desarrollar el eje temático en el programa de salud sexual y reproductiva por medio de la promoción de la salud entre los usuarios y usuarias de los mismos. Es un proceso, sistemático, intencionado y planificado para actuar sobre los niveles de información, las actitudes y conductas de adolescentes y adultos en correlación al los parámetros establecidos por la resolución 412 de 2000 elaborado por el Estado colombiano para el área de Persona, Familia y relaciones humanas. Por otro lado, al desarrollar propuestas



de educación social para el acercamiento a la comunidad de usuarios/as de los programas de consulta médica general y externa.

Esta forma de capacitación tiene por finalidad fortalecer las competencias de los de los/las adolescentes y de la comunidad de usuarios en general mediante el desarrollo del eje temático de promoción de la salud sexual y reproductiva, fomentando las habilidades, estilos de vida saludables, desarrollando capacidades individuales y actitudes responsables frente a la sexualidad.

Las metodologías pedagógicas que se desarrollaron para el logro de capacidades fueron de carácter participativo y centrados en el desarrollo de habilidades para la toma decisiones, comunicación, resolución de conflictos y proyecto de vida; se emplearon metodologías interactivas en las cuales los/las adolescentes y adultos puedan participar activamente, haciendo preguntas y explorando temas de interés individual, con lo cual se busca captar la atención de los educandos y que se aborden temas considerados importantes en sus vidas.

La actividades pedagógicas dirigidas hacia adultos y adolescentes tuvieron una duración de 8 sesiones con 24 horas efectivas de capacitación, distribuidas con concurrencia quincenal en los cuales se abordó el plan metodológico para la implementación del eje temático de salud sexual y reproductiva en el programa de Promoción de la Salud en las IPS COOMULTRASAN, la salud sexual y reproductiva en ámbito sociocultural; y el desarrollo de los siguientes temas: sexualidad y salud reproductiva, roles sexuales y de género, aspectos sociales de la salud sexual y reproductiva de adolescentes y adultos, desarrollo psicosexual en la adolescencia y la adultez, problemas sociales relacionados con actitudes y comportamientos frente a la sexualidad. Así mismo se abordaron temas referidos a ITS-VHI/SIDA, haciendo especial énfasis en el desarrollo y fortaleciendo la



autoestima y habilidades sociales en el marco de los derechos sexuales y reproductivos.

Tabla 12 Plan de Acción 1

PLAN DE ACCIÓN-IPS COOMULTRASAN								
NOMBRE DEL PLAN: <i>Mejoramiento de los sistemas de Comunicación e Información de los programas de promoción y prevención de la IPS COOMULTRASAN.</i>								
OBJETIVO ESTRATÉGICO 1: <i>Desarrollar propuesta de educación social para el acercamiento a la comunidad de usuarios de los programas de consulta médica general y externa fortaleciendo el programa en Salud Sexual y Reproductiva a partir de las metodologías de intervención profesional en Trabajo Social.</i>								
DEPENDENCIA QUE PROPONE EL PLAN:		Coordinación de Promoción y prevención						
RESPONSABLE. <i>Practicante de Trabajo Social</i>		FECHA DE INICIO			11 de Enero de 2010			
ESTADO <i>Ejecutado</i>		FECHA DE FINALIZACIÓN			14 de Mayo de 2010			
OBJETIVO DEL PLAN: Preparar y Desarrollar las diversas sesiones educativas a implementar en la IPS COOMULTRASAN de los programas en SSR.				DEFINICIÓN DE METAS				
				META ENERO	META FEBRERO	META MARZO	META ABRIL	META MAYO
INDICADOR 1 de gestión del Plan	$\left(\frac{\text{No. de personas convocadas}}{\text{No de personas asistentes}} \right) \times 100$			20%	50%	70%	90%	100%
INDICADOR 2 de gestión del Plan	$\left(\frac{\text{No. de grupos focales contactados}}{\text{No de sesiones programadas}} \right) \times 100$			20%	50%	70%	90%	100%
INDICADOR 3 de gestión del Plan	$\left(\frac{\text{No. de sesiones realizadas}}{\text{No de sesiones programadas}} \right) \times 100$			20%	50%	70%	90%	100%
ETAPA DEL PROCESO:	<i>Suscritas las personas se inicia el proceso de acercamiento a la población y seguimiento del proceso educativo</i>			FECHA INICIO:	11 de Enero	FECHA FIN:	14 de Mayo	
DESCRIPCIÓN DE TAREAS	RESPONSABLE	PRODUCTO ENTREGABLE	FECHA INICIO	FECHA FIN	PRESUPUESTO			
<i>Contactar a las personas en sala de espera</i>	<i>Practicante de Trabajo Social</i>	<i>Listados en sala de espera</i>	<i>11 de Enero</i>	<i>14 de mayo</i>	Asignado			
<i>Contactar y Convocar a las personas inscritas en sala por teléfono y Realizar las sesiones educativas</i>	<i>Practicante de Trabajo Social</i>	<i>Listados contactados</i>	<i>18 de Enero</i>	<i>14 de mayo</i>	Asignado			
<i>Desarrollar ocho sesiones dirigidas hacia adolescentes y adultos</i>	<i>Practicante de Trabajo Social</i>	<i>Listas de asistencias</i>	<i>18 de Enero</i>	<i>14 de mayo</i>	Asignado			
<i>Evaluar las actividades realizadas a la luz de los contenidos y la escala de satisfacción de los participantes</i>	<i>Practicante de Trabajo Social</i>	<i>Pos-test aplicados</i>	<i>18 de enero</i>	<i>18 de enero</i>	Asignado			

Fuente: Proceso de actuación profesional desarrollado entre Noviembre y Mayo en la IPS COOMULTRASAN para entre el año 2009 y el 2010

4.2.2 Plan Operativo 2: Componente informativo.

Las jornadas de sensibilización de los usuarios por medio de campañas informativas, permitió, como estrategia, visualizar una serie de oportunidades para fortalecer la demanda inducida de los programas que ofrece la entidad. Para ello y tal como lo explica la tabla a continuación se realizaron una serie de campañas relacionadas con el mejoramiento y fortalecimiento del acercamiento por parte de los pacientes a los programas de manera audiovisual; inicialmente se establecieron la intencionalidad u objetivo que la institución, en cabeza de su coordinadora de Promoción y Prevención, perseguía con la realización de las campañas. De este modo se realizaron una serie de campañas visuales, inicialmente, consistentes en el diseño de afiches publicitarias que desarrollaran la idea de publicidad de los programas, la campaña se denominó “MI IPS COOMULTRASAN” que implicaba como estrategia publicitaria el empoderamiento de los usuarios de los programas por medio de imágenes que mostraran que las acciones preventivas llevadas a cabo por la entidad, incidían positivamente en el mejoramiento de los niveles de salud de la población más allá de construir una institución que solo vislumbre la posibilidad de ausencia de salud cuando coexiste la enfermedad. Ver Anexo C

De igual manera, esta campaña visual se acompañó con el desarrollo de 9 videos (Anexo B -GUÍON) realizados por el autor que buscaban el acercamiento rápido por parte de los usuarios a los programas mientras se encontraban esperando la oportunidad de ser atendidos, tanto por el médico, enfermera o recepcionista y creaba la oportunidad de general un aprovechamiento de los medios tecnológicos existentes para el fortalecimiento de los canales informativos y comunicativos.

Tabla 13 Plan de Acción 2

PLAN DE ACCIÓN-IPS COOMULTRASAN						
NOMBRE DEL PLAN: <i>Mejoramiento de los sistemas de Comunicación e Información de los programas de promoción y prevención de la IPS COOMULTRASAN.</i>						
OBJETIVO OPERATIVO 1: <i>Revisar y ajustar los enfoques publicitarios utilizados en la socialización de los programas de promoción y prevención e la IPS mediante el aprovechamiento de las tecnologías existentes en la IPS para el desarrollo de estrategias audiovisuales de socialización.</i>						
DEPENDENCIA QUE PROPONE EL PLAN: <i>Coordinación de Promoción y prevención</i>						
RESPONSABLE. <i>Raúl Antonio Puesme Rivera</i>				FECHA DE INICIO		15 de Diciembre de 2009
ESTADO <i>En Implementación y conciliación</i>				FECHA DE FINALIZACIÓN		14 de Mayo de 2010
OBJETIVO DEL PLAN: Implementar el sistema de Comunicación e información de los Programa de Educación Comunicación e información de la IPS COOMULTRASAN		DEFINICIÓN DE METAS				
		META ENERO	META FEBRERO	META MARZO	META ABRIL	META MAYO
INDICADOR 1 de gestión del Plan						
ETAPA No. 1: <i>Revisar y ajustar los enfoques pedagógicos desarrollados en las etapas de atención a usuarios</i>		FECHA INICIO:		25/Ene/2010	FECHA FIN:	12/Mar/2010
DESCRIPCIÓN DE TAREAS		RESPONSABLE	PRODUCTO ENTREGABLE	FECHA INICIO	FECHA FIN	PRESUPUESTO
<i>Recopilar información sobre las acciones educativas desarrolladas en los procesos de P&P en Trabajo Social</i>		<i>Raúl Puesme (T.S.)</i>	<i>Recopilación de información sobre los procesos, Estad del arte</i>	<i>25/Ene/2010</i>	<i>05/Feb./2010</i>	0
<i>Sistematizar las experiencias realizadas en los procesos de intervención de Trabajo Social</i>		<i>Raúl Puesme (T.S.)</i>	<i>Documento de Sistematización</i>	<i>05/Feb./2010</i>	<i>15/Feb./2010</i>	0
<i>Socialización de las estrategias a implementar como metodología de intervención en Trabajo social.</i>		<i>Raúl Puesme (T.S.)</i>	<i>Documento de procesos de intervención</i>	<i>05/Mar/2010</i>	<i>12/Mar/2010</i>	0
ETAPA No. 2: <i>Revisar y ajustar las acciones informativas y comunicativas utilizadas en la IPS en los PPP</i>		FECHA INICIO		09/Ene/2010	FECHA FIN	14/May/2010
DESCRIPCIÓN DE TAREAS		RESPONSABLE	PRODUCTO ENTREGABLE	FECHA INICIO	FECHA FIN	PRESUPUESTO
<i>Recopilar información sobre las estrategias publicitarias internas y externas</i>		<i>Raúl Puesme</i>	<i>Evaluación de estrategias</i>	<i>15/Dic/2009</i>	<i>08/Ene/2010</i>	0
<i>Elaborar estrategias publicitarias en conjunto con SIAU</i>		<i>Raúl Puesme</i>	<i>Paquete de estrategias publicitar.</i>	<i>04/Ene/2010</i>	<i>25/Ene/2010</i>	0
<i>Implementar estrategias publicitarias en el proyecto</i>		<i>Raúl Puesme</i>	<i>Estrategias desarrolladas</i>	<i>25/Ene/2010</i>	<i>14/May/2010</i>	5.000.000

Fuente: Proceso de actuación profesional desarrollado entre Noviembre y Mayo en la IPS COOMULTRASAN para entre el año 2009 y el 2010

Asimismo se muestra - tabla 13- en el plan estratégico otra propuesta de carácter informativo con base los resultados obtenidos en el diagnóstico social sobre estrategias informativas en salud por parte de los usuarios vinculados a la coordinación de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de la IPS, dirigido a captar población cautiva, es decir, aquella que no ha solicitado citas en promoción y prevención y de los cuales se tiene información de que por inasistencia o desconocimiento no pueden hacerlo en ciertas jornadas de trabajo.

La importancia de las charlas en sala de espera generan un acercamiento entre el promotor en salud y los usuarios, a fin de facilitar recursos informativos con base científica de todos los programas realizados por la IPS, de este modo se resuelven dudas en torno a la forma de adquiridos con facilidad en cada uno de los espacios de afluencia de pacientes. Las charlas también pretendieron la socialización de ciertas temáticas de manejo general en cada uno de los aspectos fundamentales de la atención médica general y especializada. Las charlas en salas de espera pretendieron básicamente mejorar los niveles de conocimiento; y por tanto, de asistencia por parte de los programas de promoción y prevención identificados en el diagnóstico, se les brindó a los usuarios información científica y técnica para la facilitación del proceso de atención médica, se vincularon a los diversos profesionales en torno al área específica y finalmente se pretendió brindar una atención cercana y amable con los mismos.

A su vez se pretende concientizar un poco a los funcionarios por medio de indicadores referidos a la mejor manera de sociabilizar la información en torno a los programas, dinamizar la atención y superar la simple información científica y técnica que más que acercar ahuyenta o confunde a los interlocutores, en este caso los usuarios/as, este objetivo por esta razón tuvo la intención de tender un puente entre el funcionario, el usuario y la IPS.



Por otro lado también se buscó la consolidación del rol del trabajo Social en el campo educativo, en la medida que la inexistencia de un enfoque claro de actuación profesional en la institución, actúa como un limitante de gran importancia para el propio ejercicio de la profesión en el campo de la salud.

Es importante mencionar la importancia de este último en el fortalecimiento del conocimiento del rol del Trabajador Social en la IPS, de modo que al garantizar un mejoramiento de la atención, ya que el rol específico de la profesión no queda vislumbrado sino como un campo de apoyo a otras profesiones, cuando la realidad muestra que las actividades relacionadas con la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en Colombia y en el mundo trasciende los límites de la simple información, sino que por el contrario insertan el Trabajo Social en el ámbito pro excelencia del estudio de las actitudes y valores que fortalecen u obstaculizan el acceso a mejores niveles de salud, así como mirar el nivel de aprovechamiento de los servicios prestado por parte de los usuarios y usuarias de los mismos

Tabla 14 Plan de Acción 3

PLAN DE ACCIÓN-IPS COOMULTRASAN							
NOMBRE DEL PLAN: <i>Mejoramiento de los sistemas de Comunicación, Educación e Información de los programas de promoción y prevención de la IPS COOMULTRASAN.</i>							
OBJETIVO OPERATIVO 2: <i>Fortalecer el acercamiento por parte de la comunidad a los usuarios de programas de consulta médica general y externa en los programas de PyP.</i>							
DEPENDENCIA QUE PROPONE EL PLAN: <i>Coordinación de Promoción y prevención</i>							
RESPONSABLE. <i>Raul Antonio Puesme Rivera</i>				FECHA DE INICIO		<i>18 de Enero de 2010</i>	
ESTADO <i>En Implementación y conciliación</i>				FECHA DE FINALIZACIÓN		<i>14 de Mayo de 2010</i>	
OBJETIVO DEL PLAN:			DEFINICIÓN DE METAS				
			META ENERO	META FEBRERO	META MARZO	META ABRIL	META MAYO
INDICADOR 1 de gestión del Plan	<i>% De Usuarios registrados en la lista de salas de espera respecto a la población vinculada y atendida por la IPS</i>		0,2%	0.5%	0,7%	0,9%	1 %
INDICADOR 2 de gestión del Plan	<i>No. De Usuarios comprometidos a solicitar cita P&P</i>		100	400	500	700	1000
ETAPA No. 1:	<i>Planeación de charlas temáticas en promoción y prevención</i>		FECHA INICIO:	<i>07/Ene/2010</i>	FECHA FIN:	<i>16/Ene/2010</i>	
DESCRIPCIÓN DE TAREAS	RESPONSABLE	PRODUCTO ENTREGABLE	FECHA INICIO	FECHA FIN	PRESUPUESTO		
<i>Desarrollar temáticas por sesión educativa</i>	<i>Raúl Puesme (T.S.)</i>	<i>Charlas educativas</i>	<i>07/Ene/2010</i>	<i>13/Ene/2010</i>			
<i>Establecer horarios factibles de atención por sede</i>	<i>Raúl Puesme (T.S.)</i>	<i>Cronograma de Actividades</i>	<i>07/Ene/2010</i>	<i>12/Ene/2010</i>	0		
<i>Concertar horarios con las Líderes de P&P por sede</i>	<i>Raúl Puesme (T.S.)</i>	<i>Cron. de Actividades Defín.</i>	<i>11/Ene/2010</i>	<i>16/Ene/2010</i>	0		
			SUB-TOTAL				
ETAPA No. 2:	<i>Ejecución y evaluación de charlas informativas en promoción y prevención</i>		FECHA INICIO	<i>18/Ene/2010</i>	FECHA FIN	<i>14/May/2010</i>	
DESCRIPCIÓN DE TAREAS	RESPONSABLE	PRODUCTO ENTREGABLE	FECHA INICIO	FECHA FIN	PRESUPUESTO		
<i>Realizar charlas informativas con la población usuaria ubicada en salas de espera por sede.</i>	<i>Raúl Puesme (T.S.)</i>	<i>Formato de participación diligenciado por usuarios</i>	<i>18/Ene/2010</i>	<i>14/May/2010</i>	0		
<i>Convocar y asignar por charla formatos de cita</i>	<i>Raúl Puesme (T.S.)</i>	<i>Cupones entregados de cita</i>	<i>18/Ene/2010</i>	<i>14/May/2010</i>	0		
<i>Evaluar la participación de los usuarios y el conocimiento adquirido</i>	<i>Raúl Puesme (T.S.)</i>	<i>Resultados del postest sobre conocimientos de los programas</i>	<i>18/Ene/2010</i>	<i>14/May/2010</i>	0		

Fuente: Proceso de actuación profesional desarrollado entre Noviembre y Mayo en la IPS COOMULTRASAN para entre el año 2009 y el 2010



La tercera estrategia de este componente informativo fue de llevar la información a las entidades que presentaran un número significativo de afiliados que además presentaran un bajo nivel de asistencia y uso de los programas de promoción de salud, de este manera acercando la atención e información precisa y brindando elementos vinculantes por parte de las directivas de las empresas para que pudieran brindar las condiciones necesarias de salud y pudieran vincularse con el fortalecimiento de la cultura del auto-cuidado de sus empleados.

Esta estrategia nació como una respuesta frente a las imposibilidades existentes en torno a la utilización de los programas de promoción y prevención por parte de los empleados y afiliados a la IPS que muchas veces justifican su alejamiento de la IPS por encontrarse laborando, de este modo reforzando la creencia de asistir al médico sólo cuando se sienta enfermo (Anexo F).

Los programas de promoción y prevención de la salud están diseñados contemplando las necesidades y la responsabilidad de la organización actual, en la salud de los empleados. Todo con orientación por parte de la resolución 412 de 2000. Con este programa se ofrecen nuevas alternativas de atención para las empresas afiliadas, por medio de acciones e intervenciones que garanticen la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Asimismo se fomenta el desarrollo de habilidades y responsabilidades personales y colectivas, relacionadas con la gestión del bienestar físico, mental, emocional y social de los trabajadores, a través de la adopción de hábitos saludables de vida.

De igual forma, se ofrece el acompañamiento permanente a las empresas para el mejoramiento y mantenimiento de la salud de sus empleados, con actividades de detección temprana, demanda inducida, atención y seguimiento especial a



quienes tengan dentro de la comunidad laboral enfermedades de alto impacto por su nivel de prevalencia.

El modelo de operación para el desarrollo de la propuesta incluye los componentes de transferencia de conocimiento por parte del equipo de salud de la empresa y la ejecución de los programas de promoción y prevención, con componente educativo y asistencial, bajo la modalidad de atención grupal y de atención individual en consultorio empresarial con el apoyo de personal de enfermería y medicina general.



Tabla 15 Plan de Acción 4

PLAN DE ACCIÓN-IPS COOMULTRASAN						
NOMBRE DEL PLAN: <i>Mejoramiento de los sistemas de Comunicación e Información de los programas de promoción y prevención de la IPS COOMULTRASAN.</i>						
OBJETIVO OPERATIVO 3: <i>Establecer estrategias de acercamiento y socialización de los programas con cada una de las organizaciones u empresas que guardan relación con la IPS</i>						
DEPENDENCIA QUE PROPONE EL PLAN: <i>Coordinación de Promoción y prevención</i>						
RESPONSABLE: <i>Raúl Antonio Puesme Rivera</i>		FECHA DE INICIO		11 de Enero de 2010		
ESTADO: <i>En Implementación y conciliación</i>		FECHA DE FINALIZACIÓN		14 de Mayo de 2010		
OBJETIVO DEL PLAN: Permitir el acercamiento a los programas de promoción y prevención por parte de las entidades vinculadas a la IPS, en el marco de la Resolución 412 de 2000.			DEFINICIÓN DE METAS			
			META ENERO	META FEBRERO	META MARZO	META ABRIL
INDICADOR 1 de gestión del Plan		<i>(No. Visitas concertadas /No. Visitas concertadas)x100%</i>				
INDICADOR 2 de gestión del Plan		<i>(No. Visitas comprometidas/No. Visitas concertadas)x100%</i>				
INDICADOR 3 de gestión del Plan		<i>Total personas asistentes</i>				
ETAPA No. 1: <i>Lograr acercamientos con las empresas que poseen relación de afiliados considerable con la IPS</i>			FECHA INICIO:	11/Ene/2010	FECHA FIN:	22/Feb/2010
DESCRIPCIÓN DE TAREAS	RESPONSABLE	PRODUCTO ENTREGABLE	FECHA INICIO	FECHA FIN	PRESUPUESTO	
<i>Obtener consolidado de información de No. De afiliados por empresa</i>	<i>Raúl Puesme</i>	<i>Consolidado en hoja de cálculo</i>	<i>11/Ene/2010</i>	<i>18/Ene/2010</i>		
<i>Seleccionar e Iniciar contactos con la empresas</i>	<i>Raúl Puesme</i>	<i>Listado de Empresas contactadas</i>	<i>18/Ene/2010</i>	<i>22/Ene/2010</i>		
<i>Iniciar acercamientos con las empresas</i>	<i>Raúl Puesme</i>	<i>Programación de visitas</i>	<i>25/Ene/2010</i>	<i>22/Feb/2010</i>		
			SUB-TOTAL			
ETAPA No. 2: <i>Iniciar jornadas de promoción y prevención con las empresas concretadas</i>			FECHA INICIO		FECHA FIN	
DESCRIPCIÓN DE TAREAS	RESPONSABLE	PRODUCTO ENTREGABLE	FECHA INICIO	FECHA FIN	PRESUPUESTO	
<i>Iniciar jornadas de capacitación y charlas educativas con los empleados de las empresas seleccionadas en temáticas relacionadas con P&P y SO.</i>	<i>Raúl Puesme</i>	<i>Listado de asistencias a los programas.</i>	<i>15/Feb/2010</i>	<i>14/May/2010</i>		
<i>Medir la intención de asistencia a os programas de P&P por parte de los empleados</i>	<i>IPS-SALUDCOOP, Cafesalud</i>	<i>Consolidado anual</i>	<i>15/Feb/2010</i>	<i>14/May/2010</i>		

Fuente: Proceso de actuación profesional desarrollado entre Noviembre y Mayo en la IPS COOMULTRASAN para entre el año 2009 y el 2010



4.2.3 Plan Operativo 3: Componente comunicativo.

Para Incrementar la motivación de los funcionarios vinculados con la IPS, se hizo necesario establecer una serie de acciones encaminadas al fomento de actitudes positivas que permitieran la vinculación de las acciones estratégicas a desarrollarse en la institución con respecto a la experiencia de práctica de Trabajo Social.

Es por esta razón que se realizaron jornadas de concertación de fechas con los/las funcionarios encargados de la atención de primer nivel (Personal administrativo, personal médico y de enfermería, nutricionistas, psicología, personal de vigilancia, personal de servicios generales entre otros). Es de apuntarse que la vinculación de esta población fue fundamental para garantizar un adecuado conocimiento de los programas de promoción y prevención ofertados por la entidad, en la medida que permitió conocer los niveles de conocimiento de los trabajadores de la IPS sobre los mismos y se reforzó el conocimiento frente a las dificultades que impidieran brindar adecuada información.

El personal fue debidamente convocado en la sede general de promoción y prevención en ella se socializó la propuesta de intervención y se permitió la retroalimentación de los mismos, dentro del número de encuentros posibles se realizaron tres encuentros aprovechando los espacios brindados por los círculos de calidad realizados por la entidad. Es importante aclarar que todo el proceso de intervención social tuvo este componente por ser una parte de gran importancia en la realización de encuentros y concertar situaciones de comunicación organizacional necesarios para llevar a feliz término la intervención en práctica.

Fuente: Proceso de actualización profesional desarrollado entre Noviembre y Mayo en la IPS COOMULTRASAN para entre el año 2009 y el 2010



Tabla 16 Plan de Acción 5.

PLAN DE ACCIÓN-IPS COOMULTRASAN								
NOMBRE DEL PLAN: <i>Mejoramiento de los sistemas de Comunicación e Información de los programas de promoción y prevención de la IPS COOMULTRASAN.</i>								
OBJETIVO ESTRATÉGICO 4: <i>Incrementar la motivación de los funcionarios vinculados con la IPS, mediante el desarrollo de estrategias informativas y de actualización general para que actúen como multiplicadores de los programas de promoción y prevención.</i>								
DEPENDENCIA QUE PROPONE EL PLAN: <i>Coordinación de Promoción y prevención</i>								
RESPONSABLE. <i>Raúl Antonio Puesme Rivera</i>				FECHA DE INICIO		<i>11 de Enero de 2010</i>		
ESTADO <i>En Implementación</i>				FECHA DE FINALIZACIÓN		<i>14 de Mayo de 2010</i>		
OBJETIVO DEL PLAN: <i>Desarrollo de estrategias relacionadas con el la motivación del personal vinculado a la IPS COOMULTRASAN</i>				DEFINICIÓN DE METAS				
				META ENERO	META FEBRERO	META MARZO	META ABRIL	META MAYO
INDICADOR 1 de gestión del Plan	<i>$\frac{\text{No. de personas convocadas}}{\text{No de personas asistentes}} \times 100$</i>			0	25%	25%	25%	25%
INDICADOR 2 de gestión del Plan	<i>$\frac{\text{No. de personas asistentes}}{\text{No de personas inscritas}} \times 100$</i>			0	25%	25%	25%	25%
INDICADOR 3 de gestión del Plan	<i>$\frac{\text{No. de personas asistentes}}{\text{No de sesiones realizadas}} \times 100$</i>			0	25%	25%	25%	25%
ETAPA No. 1:	<i>Socialización de las estrategias de comunicación en promoción y prevención para el personal medico, jefes de enfermería, auxiliares de enfermería, personal administrativo y de información</i>			FECHA INICIO:		FECHA FIN:		
DESCRIPCIÓN DE TAREAS	RESPONSABLE	PRODUCTO ENTREGABLE	FECHA INICIO	FECHA FIN	PRESUPUESTO			
<i>Establecimiento de la estrategia de socialización</i>	<i>Raúl Puesme</i>	<i>Estrategia por escrito (taller)</i>	<i>11/Ene/2010</i>	<i>15/Ene/2010</i>	0			
<i>Realizar la concertación de la fecha de encuentro</i>	<i>Raúl Puesme</i>	<i>Fecha concertada con coordinación</i>	<i>15/Ene/2010</i>	<i>15/Ene/2010</i>	0			
<i>Convocatoria al personal general de la sede de promoción y prevención</i>	<i>Raúl Puesme</i>	<i>Elaboración de invitación dirigida al personal médico, de enfermería, y auxiliares</i>	<i>15/Ene/2010</i>	<i>22/Ene/2010</i>	0			
<i>Socialización de la estrategias y retroalimentación del procesos</i>	<i>Raúl Puesme</i>	<i>Taller realizado con los funcionarios de la entidad</i>	<i>A convenir</i>	<i>A convenir</i>	0			
<i>Realizar encuentros periódicos con los funcionarios en las oficinas en horarios laborales, previo aviso</i>	<i>Raúl Puesme</i>	<i>Formato de visita</i>	<i>A convenir</i>	<i>A convenir</i>	0			



Fuente: proceso de actuación profesional desarrollado entre Noviembre y Mayo en la IPS COOMULTRASAN 2009-2010.



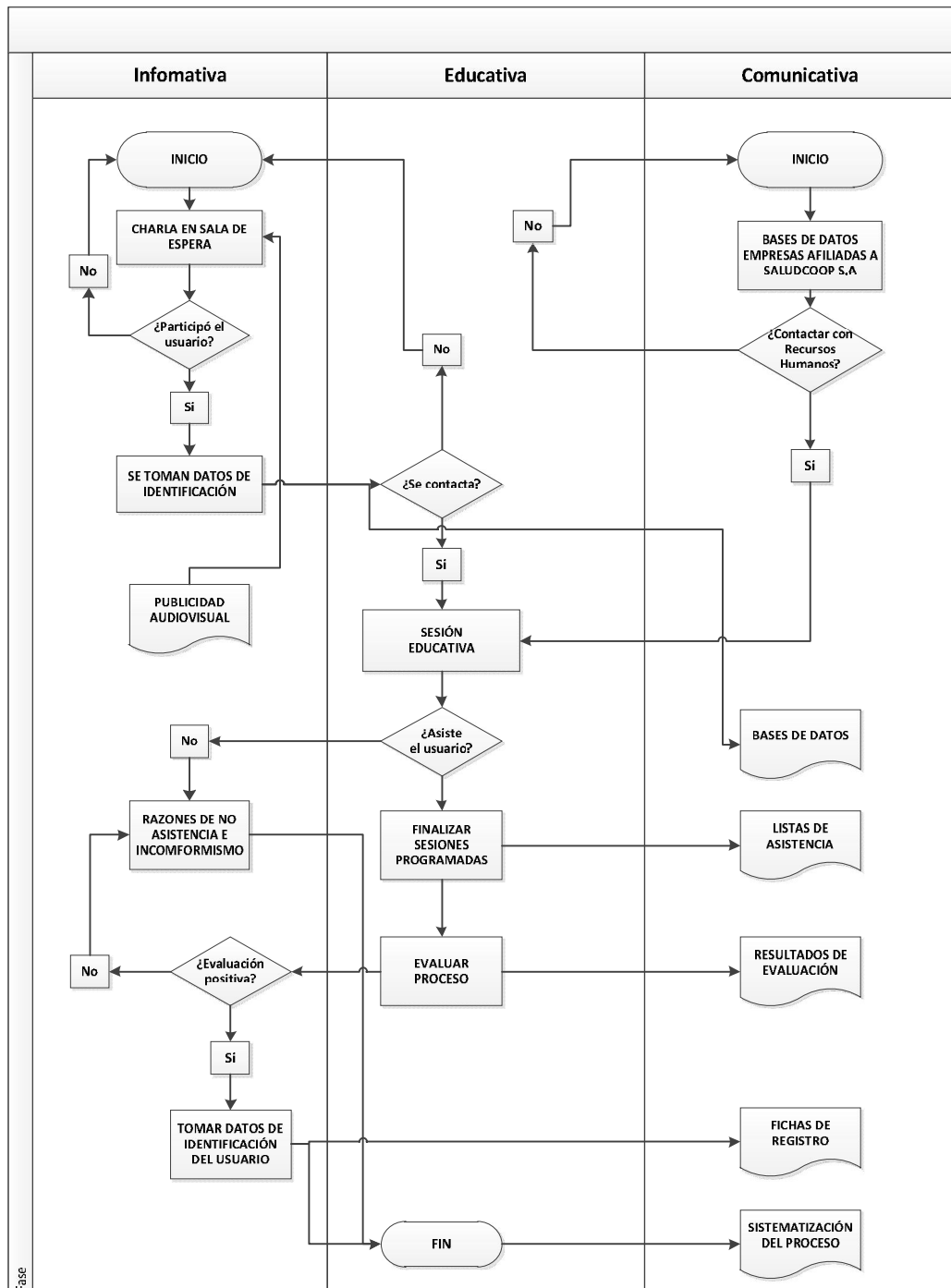
4.3 PROCESO METODOLÓGICO DE INTERVENCIÓN.

Para el desarrollo de este proceso fue necesario tener en cuenta el siguiente camino metodológico. A continuación en la figura 19 se observará la articulación existente entre las estrategias educativas, comunicativas e informativas (Anexos G y F). En el flujograma se apreciará la relación existente entre formación, comunicación e información para lograr el cumplimiento de las estrategias preestablecidas. Un flujograma es una representación gráfica de la secuencia de actividades de un proceso. Además de la secuencia de actividades, el flujograma muestra lo que se realiza en cada etapa, los servicios que entran y salen del proceso, las decisiones que deben ser tomadas y las personas involucradas. El flujograma hace más fácil el análisis de un proceso a nivel de decisiones a tomar cuando estas se tornen críticas.

Por otro lado se aprecia la interacción existente entre las tres estrategias relacionadas con el mejoramiento de los niveles de accesibilidad por parte de los usuarios de los programas de PyP, en la asistencia y uso de los mismos lo cual infiere una gran oportunidad para el mejoramiento de los niveles de salud y desarrollo de estilos de vida saludables entre la población de afiliados y beneficiarios, trascendiendo la marca tradicional de asistencia a cita médica bajo índices de presencia de una enfermedad o dolencia.



Figura 22 Flujograma del proceso de intervención profesional.



Fuente: El autor con base en el proceso desarrollado en la IPS Coomultrasan entre los años 2009 y 2010.



4.4 EJECUCIÓN DE LA ACTUACIÓN PROFESIONAL

Luego de cumplida la fase de planeación en cada uno de los aspectos relacionados con los análisis recogidos del diagnóstico situacional estratégico se desarrollaron las siguientes actividades con el fin de darle cumplimiento a lo anteriormente plasmado:

4.4.1 Plan Operativo 1: Componente informativo.

El principal propósito de la estrategia consistió en transmitir un claro mensaje dirigido hacia los usuarios sobre la importancia de la utilización de los programas de promoción y prevención desarrollados por la IPS, este también es entendido como un proceso de normalización social pues se busca la creación de espacios comunes que favorezcan el libre y autónomo ejercicio de la decisión para tomar decisiones favorables al desarrollo humano de las personas. Aquí la información brindada en el marco de la ley 100 de 1993 y la resolución 412 del 2000 pretendió mejorar los canales de acercamiento entre el paciente, la institución y el personal médico con el único fin de favorecer y promover un estado adecuado de salud entre los afiliados y beneficiarios.

Tal y como se aprecia en la figura 20, se realizaron tres tipos de actividades. Cuyo fin fundamental fue el de permitir la accesibilidad a la información sobre los programas realizados por la IPS en el marco de la demanda inducida, tal y como se plantea en la resolución 412 de 2000. Dirigido a usuarios (Afiliados y beneficiarios) y Trabajadores. Dentro de estas estrategias la informativo se enfocó a permitir la sensibilización inicial de los participantes en sala de espera a fin de que estos pudieran conocer los diversos programas en salud establecidos por la IPS en el marco de crear demanda inducida.



Figura 23 Articulación de las estrategias en Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad.



Fuente: El autor, con base en el proceso desarrollado en la IPS Coomulturasan entre 2009 y 2010.

Las estrategias informativas estuvieron compuestas de tres tipos de acciones específicas a saber: Información escrita, verbal y audiovisual. La comunicación escrita se realizó por medio del desarrollo de publicidad gráfica en el cual se mencionaba la utilización de una campaña dirigida a los usuarios sobre los programas de promoción y prevención desarrollados por la IPS. La información verbal a partir se comenzó con el desarrollo de siete charlas en sala de espera con un intervalo medio de 15 días con el fin de informar sobre los programas desarrollados por la IPS (Anexo G). En total se realizaron 7 temáticos de charla en sala de espera en las cinco sedes vinculadas a la IPS. (Cañaveral (Floridablanca), Cabecera del llano, Cafesalud, Poblado (Girón) y Carrera 35), para un total de 65 actividades informativas en sala de espera con un promedio aproximado de 4 charlas por hora, dando un resultado de gestión de 260 charlas por todas las sedes una de las sedes. Estas charlas y conforme se observó en el flujograma, pretendió establecer una base poblacional o demanda de usuarios (beneficiarios y/ afiliados) que pudieran organizar conocer y aplicar a uno de los programas en promoción y prevención.



Tabla 17 Contenido temático de las charlas san sala de espera

TEMÁTICA DE CHARLA EN SALA DE ESPERA	FECHA	
	Inicio	Fin
Conocimiento Por parte de los/as usuarios/as sobre los programas de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad	11 de enero de 2010.	21 de enero de 2010.
Información general sobre el Programa de Salud Sexual Y Reproductiva	25 de enero de 2010.	04 de febrero de 2010.
Información general al usuario/a sobre el Programa de Riesgo cardiovascular. Y las actividades desarrolladas por los distintos grupos conformados	8 de febrero de 2010.	18 de febrero de 2010.
Información al usuario sobre los tiempos para el cumplimiento asistencia a cita	22 de febrero de 2010.	04 de marzo de 2010.
Información sobre los Derechos y Deberes de los usuarios	8 de marzo de 2010.	18 de marzo de 2010.
Socialización del Programa de Agudeza visual	22 de marzo de 2010.	25 de marzo de 2010.
Información en torno al Programa de Desarrollo Juvenil con Bienestar y Compromiso	05 de mayo de 2010.	14 de mayo de 2010.

Fuente: El autor, con base en el proceso desarrollado en la IPS Coomultrasan entre 2009 y 2010.

Las actividades informativas de nivel publicitario estuvieron compuestas por la realización de la campaña publicitaria “MI IPS COOMULTRASAN” la cual consistió en el desarrollo de afiches y volantes dirigidos a los usuarios en sala de espera, en el cual se pretendió invitar al usuario a utilizar los programas mediante una vinculación que mostrara el interés de la IPS en el fomento de los estilo de vida saludables. Todo con el fin de aumentar los niveles de demanda inducida en salud, de esta manera incentivando la organización, incentivo y brindando orientación a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica y detección temprana y la adhesión a los programas de control. Esto con el objeto de asegurar y garantizar un óptimo estado de salud de la población



lo cual es la principal razón de ser la IPS COOMULTRASAN. A continuación se muestran los componentes de los afiches (Anexo C):

Tabla 18 Estrategia publicitaria.

PROGRAMA A POYADO	LEMA PUBLICITARIO
Programa de agudeza visual	Porque quiero ver con claridad cada día...
Programa de jóvenes con bienestar y compromiso	Porque queremos vivir con bienestar...
Programa de riesgo cardiovascular	Porque quiero disfrutar la vida al máximo...
Programa de salud oral	Porque quiero sonreír sanamente...
Programa de crecimiento y desarrollo	Porque quiero verte crecer sano y fuerte...
Programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.	Porque hacemos todo para que te encuentres bien..
Programa para la salud sexual y reproductiva.	Porque queremos disfrutar la vida en familia...
Programa en planificación familiar.	Porque mi pareja y yo deseamos tomar las mejores decisiones...

Fuente: El autor, con base en el proceso desarrollado en la IPS Coomultrasan entre 2009 y 2010

4.4.2 Plan Operativo 2: Componente Educativo.

Para el cumplimiento del plan operativo se realizaron un total de 16 sesiones en total entre adultos (8 sesiones) y jóvenes entre edades de 12 a 15 años de edad, con fin de establecer criterios claros de información conciliando la evidencia científica con los valores socioculturales existentes en la población tanto de adultos como de jóvenes (Anexo E). Esta estrategia estuvo concebida para lograr cambios socioculturales que contribuyeran a hacer sostenible la calidad de vida en el mediano plazo ya que la misma facilita en alto grado la movilización las voluntades en nuevas formas y maneras de ejercer las relaciones humanas y que este ejercicio tiene alcances significativos en la vida cotidiana de los usuarios y beneficiarios del programa.



Para su cumplimiento, y conforme a la planeación, se establecieron sistemas de localización de participantes potenciales por medio de las charlas en sala de espera. Estas charlas iniciales actuaron como un sensibilizador de gran importancia para llamar la atención sobre la importancia de participar en los planes de capacitación preestablecidos en la planeación, asimismo permitieron el acopio de una base de datos que permitiera el seguimiento y control de las acciones realizadas por la dependencia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en tema de indicadores necesarias para ajustar las estrategias en salud a nivel local (en cada una de la sedes) y por lo tanto general.

Tabla 19 Temáticas salud sexual y reproductiva

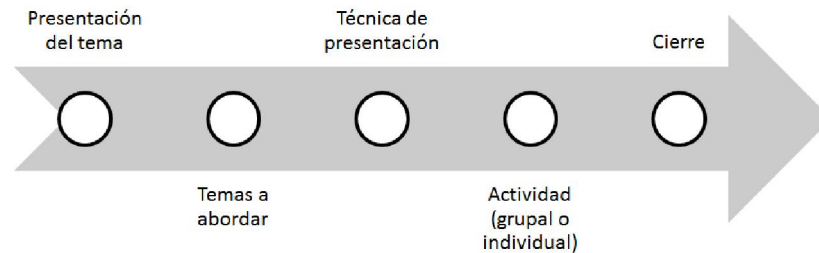
TEMÁTICA REALIZADA	ENFOQUE
¿Quien soy? ¿Quienes somos?	Psicosocial y fisiológico
El maravilloso proceso de la reproducción	Fisiológico
Amenazas a la sexualidad: verdad o mito	Fisiológico
Como tomar decisiones	
Comunicación familiar asertiva y manejo de relaciones interpersonales	Psicosocial
Desarrollo psicosexual en el ciclo vital	Fisiológico
Pubertad y erotismo	Psicosocial
Derechos sexuales y reproductivos	Psicosocial

Fuente: El autor, con base en el proceso desarrollado en la IPS Coomultrasan entre 2009 y 2010

Se realizaron un total de ocho sesiones (tabla 19) con cada una de las poblaciones de adolescentes de cada una de las sedes en donde atiende la IPS. Estas charlas estuvieron enfocadas en temáticas tipo-taller que permitieron el acercamiento al enfoque biopsicosocial. Los talleres se realizaron con base en la metodología descrita en la tabla 19:



Figura 24 Fases de los talleres



Fuente: El autor, con base en el proceso desarrollado en la IPS Coomulturasan entre 2009 y 2010

Se conocieron las representaciones sociales más comunes sobre la adolescencia. Mostrando una orientación hacia el conflicto entre los miembros de la familia y de desconocimiento sobre esta etapa por parte de los adultos. Se caracterizó como una etapa de transición humana necesaria y a veces dolorosa. Asimismo se introdujo el concepto de sexualidad, enfocado a la genitalidad, debido a la formación social brindada en los colegios se propuso una aproximación a la idea de diversidad y pluralidad en cuanto a las concepciones y a las prácticas cotidianas, también se planteó existencia de las diferentes formas de vivir la adolescencia, la sexualidad, etc. Adolescencia y sexualidad en plural, como construcción socio histórico, cultural y singular.

Asimismo se introdujeron nuevos elementos ante las inquietudes planteadas en relación a los órganos reproductivos. Conocer su funcionamiento, diferencias y variedad de experiencias según cada uno. De igual manera se retomaron los conocimientos de los adolescentes respecto al tema para que puedan reconocer los cambios físicos y psíquicos que se producen en la adolescencia siempre intentando desde el equipo de salud, que los temas desarrollados sean comprendidos de manera clara, aplicando los conceptos formales en circunstancias de la vida cotidiana. El control de asistencia se llevó a cabo con la lista de asistencia desarrollada en conformidad con los parámetros de actividades educativas (Ver Anexo D).



Por otro lado se dieron a conocer los riesgos que corren en caso de no cuidarse, resaltar la importancia de la utilización de métodos anticonceptivos, especialmente el preservativo, planteando los riesgos de transmisión de enfermedades por medio de los distintos tipos de relaciones sexuales y mostrando la importancia de la decisión y el deseo ante cualquier relación sexual y la posibilidad de goce y elección en cada una de ellas.

Se trabajó en relación a la desnaturalización de los miedos y mitos instalados en torno a la sexualidad, la identidad sexual, a la libertad de elección. También se dieron a conocer los pasos medico-legales que se deben realizar ante un caso de acoso sexual, mecanismo de detección y denuncia.

Imagen 1 Taller SSR



Fuente: El autor año 2010.

No sobra decir que estos talleres sirvieron como medio para promocionar el espacio adolescente que se esta llevando a cabo con los profesionales de la IPS Coomultrasan; espacio que apunta a escuchar y buscar soluciones, a veces en



forma individual, otras veces en grupo. Por otro lado, la experiencia realizada, permitió el alejamiento de aquellos prejuicios que se tienen en relación a los jóvenes, en cuanto a su falta de iniciativa, de proyectos y de interés por el futuro. Finalmente también se posibilitó el trabajo interinstitucional, enriqueciendo la experiencia, y abriendo nuevas propuesta de trabajo para continuar con este tipo de actividades, y fortalecer el vínculo entre la academia y la salud.

4.4.3 Plan Operativo 3: Componente Comunicativo.

Para el cumplimiento de este objetivo se llevaron a cabo las actividades concernientes a charlas en sala de espera, acercamiento a empresas y fortalecimiento de acciones educativas con el personal médico y de enfermería de primer nivel.

Las charlas de sala de espera tuvieron como objetivo mejorar los niveles de acercamiento a los programas de promoción y prevención ofertados por la IPS. Estas actividades comunicativas cumplieron con una doble función. Brindar orientación sobre la existencias de programas en el marco de la demanda inducida planteada por la resolución 412 de 2000 y fortalecer el acercamiento usuario-personal médico en la promoción de pequeñas cambios que permitan ganar tiempo ante la inminencia de la enfermedad, cuando no se cuentan con los elementos conceptuales básicos.



Imagen 2 Fotos de taller de SSR



Fuente: El autor 2010.

El acercamiento a empresas se realizó mediante el desarrollo de una sesión a la empresa Penagos S.A. Fue una de las pocas entidades con las cuales se pudo concertar cierta información al respecto. Las otras entidades identificadas mostraron resistencia para programar actividades informativas al menos que no tuvieran un componente en salud ocupacional. Debe recordarse que por ley, las charlas en salud ocupacional por parte de la entidad respectiva que ofrece servicios educativos, son obligatorias. Situación que muestra un bajo interés en promover la asistencia y uso de programas que puedan mejorar los niveles de calidad de vida de la población afiliada. Esto puede estar muy relacionado con el diagnóstico realizado frente al desinterés, por parte de los usuarios, de participar en programas de salud sin la notificación médica incapacitante.

Finalmente se realizó una sesión informativa sobre el enfoque médico a utilizar con la población de enfermería y medicina en el primer de atención. Se trabajó con los saberes previos y los “mitos” acerca del usuario así como el manejo



pedagógico realizado tanto en las salas de espera como en las charlas de atención básica. Se percibió resistencia por parte del personal médico, que sobrevaloró la terminología médica sobre el acercamiento humano comunicativo con las poblaciones atendidas. Sin embargo, se realizaron actividades relacionadas como teléfono roto, por ejemplo, para respaldar la idea de que es necesario clarificar la información, haciéndola entendible, para garantizar mejores niveles de comprensión y desmonte mitos que sólo producen retraimiento en la toma de decisiones sanas para la salud.



5 EVALUACIÓN

La permanencia constante en la institución permitió el conocimiento a fondo de los objetivos, misión, visión, estrategias y ejes programáticos facilitando el desarrollo de objetivo de prácticas en el campo de la salud.

Dentro de la estructura organizativa de la institución, se manejan un adecuado clima laboral que permitió una estrecha relación de trabajo y confianza con los profesionales, el personal médico y de enfermería, permitiendo la disponibilidad del recurso humano y físico para el buen desempeño de las acciones profesionales. La IPS Coomultrasan contribuyó en el desarrollo personal y profesional del estudiante en práctica brindando formación y capacitación constante, material bibliográfico y apoyo interdisciplinario, fortaleciendo el conocimiento profesional obtenido en las aulas de clase frente a las temáticas de salud,

Se destacaron como roles desempeñados el educativo, el promocional y el formativo, mediante la sensibilización de la población usuaria de los proyectos acerca de las temáticas de salud sexual y reproductiva, programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, realizando acciones de conocimiento en salud, e impulsando la participación de la población en los programas de salud ofertados por la IPS.

La formación recibida en la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Industrial de Santander en el área de la salud, jugó un papel fundamental en el desarrollo de actividades de conocimiento y formación en las normas que orientan los distintos programa en PyP; No obstante, se hace necesario fortalecer el plano educativo, ya



que las diferencias educativas `parten desde las necesidades educativas específicas en cada edad, lo que exige mayor atención a los profesionales en Trabajo Social en la formación interdisciplinaria en pedagogía infantil, adolescentes y adulta.

Este proceso permitió vislumbrar la debilidades propias de la ley 100 de 1993, en la medida que la propia ubicación de las normas no parece reflejar mucho la realidad de la salud en nuestro país, debido a que los programas presentan claras restricciones que impiden cumplir con sus objetivo fundante. Resulta difícil promover la salud, específicamente promover oferta cuando se restringe la accesibilidad a cierto tipo de demandas sociales.

El seguimiento a los diversos programas de promoción y prevención desarrollados por la IPS se hace necesario para el mejoramiento continuo que se ha propuesto en su misión, es innegable que la participación de los practicantes fomenta el cambio y la actualización profesional, sin embargo se hace necesario la consolidación de indicadores de esta profesión a fin de mejorar la calidad del servicio en los programas de permanente uso como el de salud sexual y reproductiva, atención prenatal y jóvenes con bienestar y compromiso.

La IPS debe invertir mayor presupuesto en las acciones en salud que realiza, en el desarrollo de estrategias educativas, contratación de personal especializado en educación para la salud, fortalecimiento de los canales de información, aprovechamiento de las nuevas tecnologías, inversión en nuevos medios alternativos de comunicación (revistas, magacines o folletos) y actualización constante de la población atendida o por atender. Todo esto con el fin de promover salidas que fortalezcan la calidad y calidez de su servicio en contextos que promuevan la competitividad en este complejo mundo de la salud.



6 MI FUTURO: PROPUESTA PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA IPS COOMULTRASAN

El mejoramiento de la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres, es condición fundamental para el logro de un mejor desarrollo humano sostenible; teniendo en cuenta que la salud sexual es el completo estado de bienestar físico, mental y social más allá de la ausencia de enfermedades, que permite relacionarse, sentir y expresar afecto, formar pareja, experimentar placer y ejercer libremente su identidad sexual, es así como se reflejan conductas, actitudes y prácticas frente a las diferentes experiencias de la vida.

Los/las adolescentes de en la IPS Coomultrasan ocupan un lugar especial dentro de la población altamente vulnerable a los embarazos no deseados, a la violencia física, psicológica, y sexual además de las enfermedades de transmisión sexual como el VIH/SIDA, pues están sometidos a una serie de factores de riesgo características de la edad, el desarrollo físico y sexual, el medio ambiente, el cambio social, el nivel educativo, escasa información sobre sexualidad y sistema de organización familiar entre otros, que inciden de manera directa o indirecta en su desarrollo o implosión.

Por tal motivo la promoción de una educación sobre una sexualidad sana con la comunidad de usuarios/as es una actividad que hay que desarrollar en la población juvenil e infantil para contribuir al mejoramiento y/ o corrección de fallas que se consideran están afectando el desarrollo sexual de sus protagonistas.

Con la implementación de esta propuesta desde la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Industrial de Santander se pretende establecer estrategias que conlleven a formar en los miembros de esta comunidad una cultura de sexualidad



sana brindando la capacidad de afrontar los comportamientos sexuales tanto para sí mismos como para la sociedad.

6.1 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: UN ACERCAMIENTO CONCEPTUAL

El mejoramiento de la salud sexual y reproductiva (SSR) de hombres y mujeres, y el fortalecimiento de la autonomía de la mujer, son condiciones fundamentales para el logro de un desarrollo humano sostenible. En este sentido, Colombia ha logrado avances sustantivos en la mejoría de varios componentes de la salud sexual y reproductiva de su población, gracias al desarrollo de un conjunto de políticas sociales que pretenden dar respuestas a las necesidades de la población, a la modernización del Estado y a una transformación del Sistema General de Salud y Seguridad Social (SGSSS), definido mediante la Ley 100 y la Ley 60 de 1993, que establece claramente las acciones, competencias y recursos para cada uno de los actores y niveles comprometidos en su desarrollo, dando cumplimiento a principios y políticas formulados en la Constitución Política de 1991. Este nuevo Sistema General de Salud y Seguridad social garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud sexual y reproductiva, con el propósito de mejorarla y mantenerla en hombres y mujeres, en todas las etapas de su vida, con un enfoque de equidad de género y desarrollo humano.

Los principales objetivos de esta política integral, propenden por el mejoramiento de la salud sexual, la reducción de la mortalidad materna y perinatal, de los embarazos no deseados y abortos en adolescentes y la disminución del impacto de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA. En el país persisten aún serios problemas que afectan la salud sexual y reproductiva de la población, tales como los altos índices de violencia contra las mujeres y niños, en especial en el



área sexual y reproductiva, las altas tasas de morbimortalidad materna y perinatal, la alta incidencia y prevalencia de enfermedades de transmisión sexual VIH, SIDA especialmente en la adolescencia y la juventud. Sin tener en cuenta aspectos como el acceso actual de la población a los servicios de SSR como la adecuación de éstos a los efectos de la transición hacia el nuevo modelo de servicios de salud, afectan y condicionan las alternativas para solucionar los problemas y necesidades en esta área y hacen imperativa la definición e instrumentalización de los lineamientos para lograr una política integral de salud sexual y reproductiva.

Según la OMS la salud sexual es

El completo estado de bienestar físico, mental y social más allá de la ausencia de enfermedades o dolencias, que permite a un individuo relacionarse, sentir y expresar afecto, formar pareja, experimentar placer y ejercer libremente su identidad sexual; contempla dimensiones comunicativas, afectivas, placenteras y reproductivas que se reflejan en su conducta, actitudes y prácticas frente a las diferentes experiencias de la vida.⁷⁷

De esta manera se considera que la salud es un estado de interacción que busca respeto en las diversas manifestaciones de las opciones sexuales, se establece asimismo el principio del placer que implica el desuso de toda concepción enfocada a la sexualidad como factor reproductivo, y finalmente reconoce que la sexualidad se ejerce, pero que dicho ejercicio debe ser orientado en prácticas saludables y en distintas situaciones de la convivencia social.

Dentro del marco normativo (figura 25) se deben mantener los referidos en la normatividad vigente en esta área: Se inicia con la Constitución Nacional de 1991 en la cual se establece la responsabilidad en la cual la promoción en salud es fundamental para el pleno goce de derechos por parte del individuo (Artículo 49)

⁷⁷ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Definición de Salud Sexual y Reproductiva: Aseveraciones conceptuales de la salud [en línea]. <http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB113/seb11315a1.pdf> [citado en 22 de diciembre de 2011]



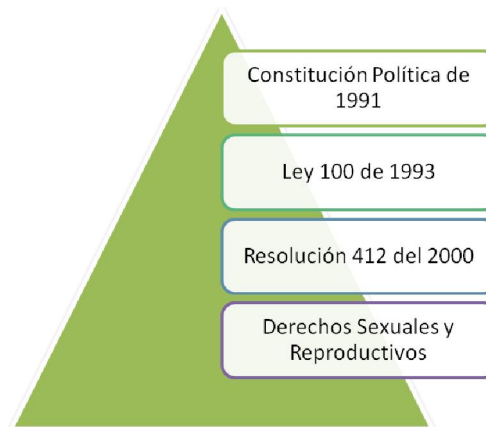
del ciudadano en cuidar de su salud. La Carta Magna también enfatiza en el aumento del gasto social por parte del Estado colombiano

En la Ley 100 de 1993 en lo concerniente a programas de promoción y prevención, se considera un gran desarrollo normativo en la medida que fortaleció la prestación de los servicios de salud en la provisión brindada por entes privados que bajo en carácter de calidad promueven el aumento de la demanda inducida que será más adelante reglamentada por medio del Acuerdo 412 de 2000.

Este último acuerdo es el que establece las guías técnicas para la prestación del servicio de salud en promoción y prevención. Para el campo de la salud sexual y reproductiva se establecen criterios de obligatorio cumplimiento que dividen a las poblaciones por segmentos de edad, sexo y condición de salud. Los programas a los cuales se apuntan están referidos a Planificación familiar, atención al joven, sífilis congénita, VIH/Sida, Cáncer de cuello uterino y control prenatal. Finalmente, y aun cuando no está reglamentado como acuerdo entre países partes, es necesario tener en cuenta la carta de los derechos sexuales y reproductivos que favorecen la ubicación de diversas temáticas en el plano Social, Político, Biológico y Psíquico (Figura 25).



Figura 25 Marco normativo de la Salud Sexual y Reproductiva en Colombia



Fuente: El autor con base en la información legal recolectada entre 2009-2012.

6.2 JUSTIFICACIÓN.

La Salud Sexual y Reproductiva juega un papel fundamental en el desarrollo humano, económico y social de las comunidades; de esta manera, su correcta observación y fortalecimiento permite el mejoramiento de las condiciones de vida de los Niños, Niñas y Adolescentes en la construcción del futuro adulto. Es claro que las propias condiciones de información y comunicación transmitidas culturalmente influyen de forma directa en la toma de decisiones en torno a la sexualidad por parte de estas poblaciones; sin embargo, estas condiciones están permeadas de una fuerte carga moral que en si mismo trasmite valores, normas, mitos y tabúes que impactan en el correcto desenvolvimiento de las decisiones y generan factores de riesgo que permiten la presencia de enfermedades infectocontagiosas, abuso sexual, des-identificación sexual y embarazos no deseados. De esta forma, este proceso pretende establecer un canal de enlace que articule los factores culturales, la evidencia científica y el fortalecimiento del “yo” a fin de generar apropiación en torno a esta situación.



6.3 OBJETIVO GENERAL.

6.3.1 Objetivo general.

Desarrollar y fortalecer con los/las adolescentes vinculados/as como usuarios de la IPS Coomultrasan capacidades y competencias en el campo de la salud sexual y reproductiva, articuladas a procesos educativos y asistenciales que favorezca la equidad de género e interculturalidad, mediante la toma de decisiones asertivas, formativas y ligadas a su proyecto de vida.

6.3.2 Objetivos específicos.

- Caracterizar socio-demográficamente la población poniendo énfasis en los componentes de salud sexual y reproductiva..
- Fortalecer con los/las adolescentes conductas saludables y responsables con respecto a su sexualidad y adecuada a sus particularidades y necesidades primordiales de aprendizaje.
- Promover formas alternativas de vigorizar las relaciones intrafamiliares entre padres e hijos/as, que garanticen el reconocimiento de los derechos humanos fundamentales.
- Fortalecer las redes sociales de jóvenes, frente a los Derechos Sexuales y Reproductivos para retroalimentar los procesos iniciados y de esta manera ajustar sus compromisos con el acceso a las actividades en salud desarrolladas en “Servicios Amigables” de Coomultrasan IPS

6.4 RESULTADOS ESPERADOS.

- Cambio perceptual y actitudinal de las relaciones género intrafamiliares y educativas formales de los/las Adolescentes vinculadas al proceso.
- Articulación IPS con las familias vinculadas en el proceso
- Fortalecimiento de las relaciones entre la Universidad Industrial de Santander y la IPS Coomultrasan.

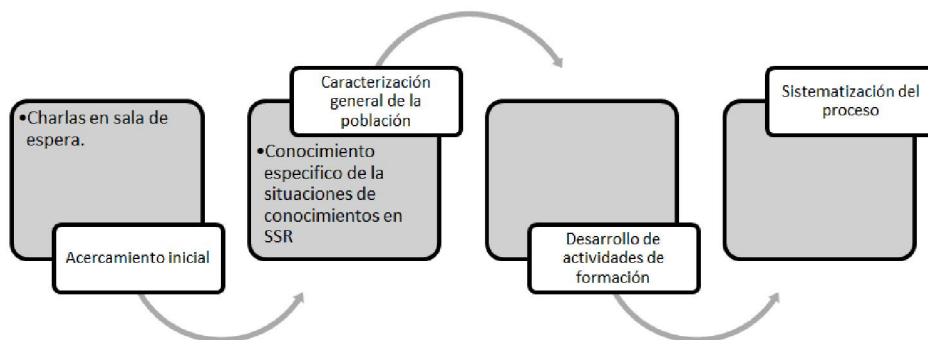


- Desarrollo de habilidades y destrezas para la identificación, detección y denuncia de casos de maltrato sexual, físico, económico y psicológico en el campo de los Derechos Humanos.

6.5 PROCESO METODOLÓGICO

Metodológicamente el proceso que se dio en la realización de la investigación y la socialización de avances y resultados, se estructuró en cinco etapas interdependientes que en términos de procedimiento se enriquecieron y retroalimentaron simultáneamente: Una primera etapa de ubicación teórico conceptual e institucional, tres etapas posteriores; de ubicación al contexto de la educación sexual con adolescentes, recolección de información, de procesamiento y análisis de la información. Y finalmente la elaboración del informe de sistematización de experiencias.

Figura 26 Proceso metodológico



Fuente: El autor, con base en el proceso desarrollado en la IPS Coomultrasan entre 2009 y 2010

6.6 ACTIVIDADES.

6.6.1 Componente educativo.

Tabla 20 Componente Educativo

MÓDULOS	TEMÁTICAS
---------	-----------



CONOCIENDO MI CUERPO (Enfoque Biológico)	Identificando mi cuerpo (Características fisiológicas humanas)
	Madurando y decidiendo sobre mi sexualidad.
	Identificando las enfermedades infecto-contagiosas.
CONOCIENDO MI DECISIONES (Enfoque psicológico)	Mitos y tabúes sobre mi cuerpo
	Conociéndome a mi mismo: mi identidad sexual.
	Mis niveles de autoestima y manejo de la comunicación asertiva
CONOCIENDO MI ENTORNO (Enfoque Socio-familiar)	Como identificar el abuso.
	Resolución pacífica de conflictos
	Mis derechos sexuales y reproductivos
	Pautas de crianza

Fuente: El autor, con base en el proceso desarrollado en la IPS Coomultrasan entre 2009 y 2010

6.6.2 Componente asistencial.

Tabla 21 Componente asistencial

Aplicación de instrumento para identificar depresión (test de Beck).	Calificación baja y media, atención psicosocial y acompañamiento.
Aplicación de instrumento para identificar abuso o Bullyn.	Calificación baja y media, atención psicosocial y acompañamiento.
Aplicación de instrumento para identificar niveles de autoestima.	Calificación baja y media, atención psicosocial y acompañamiento.

Fuente: El autor, con base en el proceso desarrollado en la IPS Coomultrasan entre 2009 y 2010

6.7 CRONOGRAMA.

Tabla 22 Cronograma de actividades

Actividades	Meses			
	1	2	3	4
Socialización de la propuesta en la IPS Coomultrasan				
Desarrollo de las sesiones educativas y/o asistenciales				
Tabulación de los seguimientos y controles del proceso pedagógico.				
Evaluación y socialización del proceso				
Entrega del informe final de sistematización del proceso				

Fuente: El autor, con base en el proceso desarrollado en la IPS Coomultrasan entre 2009 y 2010



7 CONCLUSIONES

La Educación para la Salud es una herramienta fundamental para la captación y motivación de los pacientes, familiares y comunidad que se atiende en la práctica diaria del profesional o la profesional en Trabajo Social. Con ella se consigue prevenir las enfermedades y promover la salud y el autocuidado, aumentando la satisfacción de las personas a las que va dirigida y la de los propios trabajadores a nivel interno, toda vez que actúa como un oportunidad para el desarrollo y fortalecimiento de las capacidades humanísticas y sociales que se manejan en el diario vivir.

Posterior a la revisión detallada de la promoción de la salud como estrategia educativa y comunicativa, los estilos de vida saludables y la relación entre sí, se tiene que la promoción de la salud se constituye en una práctica encaminada a desarrollar procesos y actividades individuales o grupales con el fin de modificar conductas de riesgo y adoptar estilos de vida saludables. De igual forma la promoción de la salud apunta a que las personas y colectivos sociales tengan una mejor calidad de vida, teniendo en cuenta que los seres humanos son entidades biológicas y también entidades sociales que requieren ser intervenidas por los profesionales de la salud y de las ciencias humanas como un todo para así conseguir personas y comunidades saludables. Cabe resaltar que esta estrategia se debe aplicar en todos los contextos y disciplinas, no sólo en las relacionadas con salud.

Asimismo, se puede decir que en Colombia aún no se ha hecho evidente la suma importancia de la prevención de la enfermedad como herramienta para aumentar la calidad y nivel de vida de los ciudadanos. Desde el diagnóstico quedó evidenciado que aún se centran sus esfuerzos en mayor medida hacia la curación



y no hacia la prevención, siendo esto el causante de que los gastos en medicamentos y tratamientos sean mayores. Es más beneficioso para cualquier Sistema de Salud invertir en prevención que tener que cubrir costosos tratamientos y medicamentos. Esto se observa a la luz de la aplicabilidad de la resolución 412 de 2000, que desde el propio sistema de salud impone restricciones en el acercamiento a ciertos programas fundamentales en la prevención de la salud y no permiten la promoción de la salud en este contexto.

Afianzando lo anterior se tiene claro que si bien se realizan programas de Promoción y Prevención en las distintas entidades (a la luz de la ley 100/93 y la resolución 412/2000), estos se realizan primordialmente por cumplir con lo regulado por el Ministerio de Protección Social y no reciben la inversión y esfuerzos necesarios para garantizar su efectividad. Está visto que en la organización, no se realiza una diferenciación clara de los distintos objetivos a los que se dirige cada programa, razón por la cual la información y mensajes transmitidos no logran el impacto esperado en los comportamientos y actitudes de la ciudadanía. Una campaña efectiva es aquella que logra identificarse con su público y se acopla a sus necesidades específicas, pero si no se estudian esas necesidades y se lanzan campañas a la deriva es evidente que los objetivos propuestos no serán alcanzados.

Así pues, el objetivo primordial de los programas de promoción y prevención deben estar orientados al mantenimiento de la salud, e incidir en el mejoramiento de la calidad de vida de la familia y de la comunidad por lo que se pudo confirmar mediante la encuesta de uso, conocimiento y atención así como la revisión de materiales de cada entidad que las estrategias de comunicación utilizadas por las EPS y las IPS para desarrollar los programas de Promoción y Prevención no son



suficientes ni acordes a los objetivos, dejando población perteneciente a estas entidades descubierta en la recepción de la información.

Ahora bien, en cuanto a las estrategias utilizadas por IPS Coomulturasan se hizo evidente la carencia de creatividad que ayude a cautivar al público y persuadirlo, pues las acciones comunicativas funcionan bajo un mismo patrón (información en recepción y algunas charlas enfocadas al manejo fisiológico de la situación de salud esperada). Cuando se habla de creatividad se refiere a todos aquellos recursos de color, imagen y formato que se pueden utilizar para cautivar la atención del público. No se intenta explorar otros campos de acción que puedan llegar a ser más llamativos y efectivos, campos como la interactividad que abre las nuevas tecnologías. Sin embargo, vale la pena resaltar que la experiencia en esta IPS fueron a un paso adelante en relación a estas estrategias comunicativas, pues son programas muy bien pensados y planeados que lograron impactar al receptor.

En cuanto a las funciones que cumplen las estrategias implementadas por los actores del Sistema de Salud para la Promoción y Prevención se encontró la dimensión informativa, la comunicativa y la educativa. Las cuales son de gran importancia pues aportan armas útiles para el progreso y mejoramiento de la salud en nuestro país. Sin embargo, se ha dejado de lado dimensiones como la construcción de sentido y la comunicación para el cambio social, funciones que si se cumplieran aportarían a la concientización de la comunidad de tener hábitos y costumbres más saludables que mejoren la calidad de vida y llevarían al desarrollo social necesario de estas comunidades.

Como pudo verse luego de realizada las estrategias, se observó un cambio significativo en la forma de percibir la imagen, de la mano con la interacción social,



acciones de que permitieron una mayor interacción social entre los/las usuarios/as con respecto al conocimiento de la importancia de utilizar los distintos programas de promoción prevención, así como el conocimiento de los procedimientos administrativos que por desconocimiento no se utilizaban. Esto también dejó clara la importancia de hacer coincidir tres elementos fundamentales en la prestación de estos tipos de servicio: Concientización inicial, Conocimiento administrativo de los programas y seguimiento de su utilización. Tres elementos que permitirán comprometer institucionalmente al Estado, a las familias y las instituciones de prestación de salud. También brindando elementos de confrontación de lenguajes y construcción de nuevos mundos donde el empoderamiento social jugará un papel de gran importancia en el mantenimiento de la calidad de vida en el plano de la salud.



8 RECOMENDACIONES

Resulta de gran importancia para la superación de las diversas dificultades encontradas en la prestación de servicios de salud en la IPS Coomultrasan una serie de sugerencias, nacidas en el plano de la amplia normatividad existente en este plano, el desarrollo académico y la formación profesional en Trabajo Social, que como profesión interdisciplinaria pueden brindar algunos elementos que permitan mayor atención por parte de las instituciones de salud, no sólo en el plano de la prevención secundaria, como ha mostrado la tendencia, sino en el ámbito de la promoción de la salud y la prevención primaria de las enfermedades.

Desarrollo de planes de formación con el cliente interno de la IPS (Personal médico y de enfermería, personal de atención y coordinación administrativa). Esta estrategia permitirá mayores niveles de interés y acción por parte de los profesionales que tradicionalmente atienden esta problemática. Ya que en la medida que exista manejo de propuestas lúdico-pedagógicas que trasciendan la simple atención por obligación, favorecerá el interés de los usuarios de los programas en participar activamente de los mismos, pues de nada sirve fortalecer las estrategias de acercamiento a los programas si esta estrategia no es perdurable en el tiempo.

Se hace necesario que los programas educativos sean dirigidos por personal profesionalmente formado para ello. Que mediante su compromiso formativo e interés presenten propuestas en acciones de formación efectivas que logren mayor incidencia en el cambio actitudinal, tanto de los profesionales encargados, como de los usuarios de los programas de atención.



El acercamiento a los usuarios resulta ser una estrategia de gran importancia para fortalecimiento de las acciones informativas con los beneficiarios y afiliados a la IPS, para ello es importante realizar un estudio minucioso de la cantidad de usuarios que acuden a las diferentes sedes de la IPS, usuarios a los cuales se les dificulta asistir a centros especializados, y que tipo de comunicación se tiene con ellos, adicionalmente de confirmar cuántos de ellos están incluidos en programas de promoción y la frecuencia de asistencia a los mismos, es importante también tomar en cuenta cual es el grado de escolaridad de los mismos con el fin de escoger el medio más adecuado para entregar la información. Específicamente para este aspecto la sugerencia va encaminada a desarrollar materiales impresos para hacerlos llegar a través de correo directo en donde se le informe del tipo de programas desarrollados y los sitios a los cuales puede asistir para incluirse dentro de los mismos.

Por otro lado se hace necesario establecer otras formas de divulgación. Es necesario desarrollar nuevas formas de llegar a los usuarios, adicionales a los boletines, folletos y comunicación directa con la que ya cuentan todas las entidades, por lo que se sugiere implementar estrategias de acercamiento directo como la visita familiar, uso de medios efectivos como el radio y la televisión regional en la convocatoria de grandes campañas de vacunación o programas de bienestar social y crear estrategias de información “voz a voz” por medio de la llamada telefónica para informar de las estrategias, mantener programas de capacitación con las entidades que presentan altos niveles de afiliación directa con SaludCoop, Cafesalud y Cruz Blanca y de los cuales la IPS brinda información directa, todo con el objetivo de brindar un trato más cálido con los usuarios/as de los programas dependiendo del perfil establecido.



Comenzar a utilizar estrategias digitales dentro del plano de la nuevas tecnologías de la comunicación y la información, como el internet, la video digital y los mensajes de texto, estrategias que han demostrado gran efectividad en el mundo de las telecomunicaciones por mantener un trato directo con los usuarios/as en la nueva era en donde ejercen sus influencia. Sólo de esta manera pueden mantenerse los niveles de acercamiento a los programas ofrecidos, no sólo en el mundo de la salud sino dentro de otros planos sociales de comunicación social, que garantizan un mayor grado de movilización comunitaria en el empoderamiento social de los programas que brindan bienestar y desarrollo social económico de las regiones.



BIBLIOGRAFÍA

AARVA, P., Haes, W. y Visser A. Investigación de la Comunicación en salud. Educación del Paciente y Consejería, 1997.

ADOLESCENTES. En revista sexualidad y reproducción ¿Qué derechos tienen los Colombianos y Colombianas? Diseño gráfico. Profamilia. Bogotá. Colombia. Enero 2005.

ALCALAY, Rina. La comunicación en salud como disciplina en las universidades estadounidenses. Revista Panamericana de Salud Pública, vol 3.

ARIZA CARDENAL, Carles, CESARI, María Dolors. Y GABRIEL y GALÁN, Marian. Programa Integrado de Pedagogía sexual en la escuela. Madrid.:Narcea,1991.

BARRANQUERO, Aarón. y SÁEZ, Chela. Comunicación alternativa y comunicación para el cambio social democrático: Sujetos y objetos invisibles en la enseñanza de las teorías de la comunicación. Congreso Internacional sobre Comunicación y Desarrollo en la Era Digital, Málaga (paper). [En línea]. Disponible en <<http://orecomm.net/wp-content/uploads/2010/01/AEIC-Barranquero-Saez.pdf>> [Consultado 5 de julio 2010].

BERGER, Peter y LUCKMAN, Thomas. La construcción Social de la Realidad. Buenos Aires: Amorrurtu., 2001.

BUCETA, José María y BUENO, Ana María, Modificación de conducta y salud perspectivas actuales en la aplicación de tratamientos de psicología, Madrid: Eudema. 1992.

CARVAJAL ZAPATA, María. Guía Metodológica para la Auditoría Fiscal la Salud Materna: Informe final. [En línea]. Disponible en <http://www.auditoria.gov.co/dmdocuments/2011210_Guia_Auditaje_Recursos_Salud_Materna.pdf> [Consultado 5 de julio 2010].

COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Decreto 5165 (3, agosto, 1994). Por medio de la cual se expiden los criterios, parámetros y procedimientos metodológicos para la elaboración y seguimiento de los planes sectoriales y de descentralización de la salud en los Departamentos y Distritos Departamentos y Distritos. Diario oficial. Bogotá. D.C., 1994. No. 42145.,

COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 100 (23, diciembre, 1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social y se dictan otras disposiciones. Diario oficial. Bogotá. D.C., 1993. No. 41148.

COLOMBIA, CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL (CONPES). CONPES 3077 de 2000. Política Nacional para la Construcción de Paz y Convivencia Familiar HazPaz. [En línea]. Disponible en <<https://www.icbf.gov.co/icbf/directorio/portel/libreria/pdf/ContenidoPlannacionaldeconstrucciondeazyconvivencia.pdf>>[Consultado 11 de agosto 2011].



COLOMBIA, CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL (CONPES). CONPES 3144 de 2001. Por el cuál se crea el Sistema Social de Riesgo y Fondo de Protección Social. [En línea]. Disponible en <https://www.icbf.gov.co/transparencia/derechobienestar/conpes/conpes_dnp_3144_2001.html>[Consultado 08 mayo de 2012].

COLOMBIA, CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Acuerdo 117 de 1998 (29, diciembre, 1998). Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Diario oficial. Bogotá. D.C., 1998.

COLOMBIA, CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Acuerdo 117 de 1998. Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en Salud Pública. [En línea]. Disponible en <<http://www.hospitalpaipa.gov.co/arriba/normograma/procesos%20misionales/salud%20publica/Auerdo%20117%20de1998.pdf>>[Consultado 10 de julio 2011].

COLOMBIA, Constitución Política de Colombia Comentada. Editorial Legis, Bogotá 2005.

COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD. Decreto 1891 de 1994 (3, agosto, 1993). Por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 2o, 3o, 4o, 10o, 21o y 22o de la Ley 60 de 1993; y parcialmente el artículo 160 del Decreto Ley 1298 de 1994, en cuanto a fomento y prevención de la enfermedad. Diario oficial. Bogotá. D.C., 1994. No. 41478.

COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD. Decreto 4288 de 1996 (20, noviembre, 1996). Por la cual se define el Plan de atención Básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) y se dictan otras disposiciones. Diario oficial. Bogotá. D.C., 1996.

COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD. Ley 60 de 1993 (12, agosto, 1993). Por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 2o, 3o, 4o, 10o, 21o y 22o de la Ley 60 de 1993; y parcialmente el artículo 160 del Decreto Ley 1298 de 1993, en cuanto a fomento y prevención de la enfermedad. Diario oficial. Bogotá. D.C., 1994. No. 41013.

COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD. Resolución 3997 de 1996 (30, octubre, 1996). Por la cual se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).. Diario oficial. Bogotá. D.C., 1996.

COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD. Resolución 1745 de 2000 (30, junio, 2000). Por la cual se modifica la fecha de entrada en vigencia de la Resolución 412 de 2000 que establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y adopta las Normas Técnicas y Guías de Atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Diario oficial. Bogotá. D.C., 2000.

COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD. Resolución 3384 de 2000 (29, diciembre, 2000). Por la cual se Modifican Parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se Deroga la Resolución 1078 de 2000. Diario oficial. Bogotá. D.C., 2000.



COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD. Resolución 3384 de 2000 (29, diciembre, 2000). Por la cual se modifica la Resolución 412 del 25 de febrero de 2000.. Diario oficial. Bogotá. D.C., 2000., p. 11.
COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD. Resolución 412 de 2000 (25, febrero, 2000). Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Diario oficial. Bogotá. D.C., 2000.

COLOMBIA, PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA. Decreto 1283 de 1996 (25, julio, 1996). Por el cual se reglamenta el funcionamiento del Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario oficial. Bogotá. D.C., 1996., No. 42840.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley de Infancia y Adolescencia. (1098 del 08 de Noviembre de 2006). Por el cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. [En línea]. Disponible en [http://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/Visi%C3%B3n%20Mundial_Codigo%20de%20Infancia%202011\(1\).pdf](http://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/Visi%C3%B3n%20Mundial_Codigo%20de%20Infancia%202011(1).pdf)[Consultado 16 de julio 2012].

COLOMBIA. CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL (CONPES). CONPES 091 de 2005. Metas y Estrategias de Colombia para el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio -2015. [En línea]. Disponible en http://odm.colnodo.apc.org/apc-aa-files/5774d034c9be96efe0bff91311203bc4/Conpes_091_2005_ODM.pdf[Consultado 16 de julio 2012].

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. El Atlas de la Salud. [En línea]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/estadisticas/Documents/documento/109-112.pdf> [Consultado 11 de julio, 2012].

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Plan Nacional de Respuesta al VIH/Sida 2008-2011. [En línea]. Disponible en http://unfpa.org.co/home/unfpacol/public_htmlfile/plan_vih sida2008.pdf[Consultado 16 de julio 2012].

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. [En línea]. Disponible en http://javeriana.edu.co/redcup/Politic as_Nacionales_Salud-Colombia_2007-2010.pdf[Consultado 16 de julio 2012].

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Política Nacional para la Salud Sexual y Reproductiva (2003). [En línea]. Disponible en http://www.unfpa.org.co/home/unfpacol/public_htmlfile/%20politic asr.pdf[Consultado 16 de julio 2012].

COOMULTRASAN Multiactiva. Plataforma de Servicios Administrativos y financieros [en línea]. < <http://www.coomultrasan.com.co/salud/>> [citado en 26 de noviembre de 2009].

COSTA, M.; LÓPEZ, E.(1996) Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida. McGraw Hill: México.

CRUZ ROJO, Concepción. Modelo biologicista y social en el campo de la salud. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública Universidad de Sevilla.



ESLAVA, Juan Carlos. Promoción y prevención en el sistema de salud en Colombia, Revista Salud pública. Universidad Nacional de Colombia. Vol. 4 (1) marzo 2002.

FLÓREZ, Carmen Eliza *et al.* Fecundidad adolescente en Colombia: Incidencia, tendencias y determinantes. Un enfoque de historia de vida En Documentos CEDE, No. 31. Universidad de los Andes, Facultad de Economía. [En línea]. Disponible en <http://economia.uniandes.edu.co/investigaciones_y_publicaciones/CEDE/Publicaciones/documentos_cede/2004/fecundidad_adolescente_en_colombia_incidencia_tendencias_y_determinantes_un_enfoque_de_historia_de_vida> [Consultado 22 de julio 2011].

FUENTEELSAZ GALLEGU, Carmen. Cálculo del tamaño de una muestra. [en línea]. <http://www.metodologiasytecnicas.ecaths.com/archivos/metodologiasytecnicas/calculo_muestra.pdf> [citado en 4 de enero de 2010].

GOMEZ, Mauricio. Teoría y guía práctica para la promoción de la salud. Montreal (Canadá), USI, 1998.

GUMUCIO-DAGRÓN, Alfonso.. Comunicación para la salud: El reto de la participación. [En línea]. Disponible en: <http://www.comunit.com/en/node/150405> [Consultado 22 de julio, 2010].

HABERMAS, Jürgen. Teoría de la Acción Comunicativa. Madrid: Taurus 1987

HERNANDEZ SAMPIERI, FERNANDEZ COLLADO, Carlos y BAPTISTA LUCIO, Pilar. Metodología de la Investigación. México: Mc-Graw Hill. Quinta edición. 2010.

HILL, Charles y JONES, Gareth, Administración Estratégica. Un enfoque estratégico 6ta. Ed. México, Mc-Graw Hill, 2005. 38 p. ISBN 0-618-30953-5

INSTITUCIÓN PROMOTORA DE SALUD - COOMULTRASAN. Portafolio de Servicios [en línea]. <<http://www.lasalle.edu.co/general/marco/index.htm>> [citado en 4 de enero de 2010].

INSTITUCIÓN PROMOTORA DE SALUD - COOMULTRASAN. Portafolio de Servicios [en línea]. <<http://www.coomultrasan.com.co/ips/secciones-8-s/filosofia-corporativa.htm>> [citado en 4 de enero de 2010].

KAPLUN, Mario. Una Pedagogía de la Comunicación. Madrid. Ediciones de la Torre, 1998

LELIEVRE Aussel Christiane y ORTIZ Pérez Isabel. Construcción cultural de los Géneros e identidades femeninas y masculinas. Diplomado de formación en Género, Derechos humanos de las mujeres y ciudadanía. Red Metropolitana de Mujeres. Bucaramanga, Colombia, Mayo de 2007.

NIEVES RICO, María y MARCO Flavia. Mujer y Empleo: la reforma de la salud y la salud de la reforma en la Argentina. Siglo XXI: Buenos Aires.

OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS (OHCHR) 1989. CONVENCION INTERNACIONAL SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO. [En línea]. Disponible en: <<http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>> [Consultado 11 de julio, 2012].

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD OMS. Encuentro internacional Para la Educación Sanitaria.



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Definición de Salud Sexual y Reproductiva: Aseveraciones conceptuales de la salud [en línea]. <http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB113/seb11315a1.pdf> [citado en 22 de diciembre de 2011].

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. En: CONFERENCIA SANITARIA INTERNACIONAL (No. 2; 1946: Nueva York). Official Records of the World Health Organization, N° 2, [en línea], <<http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>> [citado en 4 de mayo de 2010]

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Documentos técnicos en torno a la Salud Sexual y reproductiva: Tomo 32: reunión con países miembros. [En línea]. Disponible en: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB113/seb11315a1.pdf> [Consultado 10 de julio, 2012].

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Carta de Ottawa: Salud para todos (21 de noviembre de 1986) [en línea]. <<http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>> [citado en 14 de diciembre de 2009]

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, Manual de Comunicación Social para Programas de Salud. Washington, D.C., OPS, 1992.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, Modelos y Teorías de Comunicación en Salud. Washington, D.C., OPS, 1996.

PEREZ TORNERO, José M, Comunicación y educación en la sociedad de la información. Barcelona (España), Piados, 2000.

REPÚBLICA DE COLOMBIA, Ministerio de la protección Social, La reforma de la seguridad social en salud, tomo 3, anexo documental, Bogotá, 1994.

RESTREPO, Helena. Promoción de la salud: como construir una vida saludable, agenda para la acción en promoción de la salud.

STATS 2.0 es un programa de uso en los procesos de diseño y análisis estadístico, este programa posee una interfaz de bajo consumo de recursos de disco operativo.

TONO RAMÍREZ, Teresa, VELÁZQUEZ DE CHARRY, Ligia y SÁENZ BELTRÁN, Julio. El impacto de la reforma sobre la salud: El caso de la Salud Sexual y Reproductiva. Fundación Corona. Documentos de Trabajo 7 [En línea]. Disponible en <www.fundacioncorona.org.co/bajarDocDos.php?tl=1&per=259> [Consultado 5 de noviembre 2011].

VARGAS TRUJILLO, Elvia. Curso de formación integral de sexualidad humana para estudiantes Universitarios, Universidad de los Andes. Santafé de Bogotá: 2002.

VIVAS, Jorge; CABALLERO, Carlos, y MARRERO, Nancy. El sistema nacional de salud, Fundación Para al educación Superior y el Desarrollo (FEDESARROLLO), Organización Panamericana de la Salud, s. l., 1988.

YEPES, Francisco. Estudio sectorial de salud. La salud en Colombia, tomo I, Ministerio de Salud, Departamento Nacional de Planeación, Bogotá, 1990.





ANEXOS



Anexo A Encuesta de caracterización en programas de PyP

CONFIDENCIAL La información solicitada en este cuestionario es confidencial y sólo se utilizará con fines estadísticos	IPS COOMULTRASAN - UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL CARACTERIZACIÓN SOBRE CONOCIMIENTO Y USO DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN LA IPS COOMULTRASAN ENCUESTA PARA USUARIOS DE LOS SERVICIOS	 Fecha / /
--	--	-------------------

I. DATOS DE IDENTIFICACION GENERAL				
Nombre del Usuario	Identificación	Edad	Dirección	Teléfono
Sede	EPS	SaludCoop ___ Cafesalud ___		Email
Estado Civil Soltero/a ___ Casado/a ___ Unión libre ___ Viudo/a ___ Separado/a ___ Otro? Cuál?				
Ocupación Empleado ___ Independiente ___ Desempleado ___ Hogar ___ Estudiante ___				

II. CARACTERIZACIÓN SOBRE CONOCIMIENTO Y USO DE PROGRAMAS EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN			
1. ¿Conoce sobre los programas de promoción y prevención desarrollados por la IPS Coomultrasan? Si ___ No ___ → 4			
2. ¿Cuales Conoce?		3. ¿Donde obtuvo la información?	
Programa de Bienestar materno prenatal	Si ___ No ___	Periodico	Si ___ No ___
Programa de Crecimiento y Desarrollo	Si ___ No ___	Cartelera, avisos, afiches	Si ___ No ___
Programa en salud sexual y reproductiva	Si ___ No ___	Personal de la institución (Médicos, enfermeras, aux de enfermería, vigilantes, otros)	Si ___ No ___
Desarrollo Juvenil con Bienestar y Compromiso	Si ___ No ___	Radio	Si ___ No ___
Programa en agudeza Visual	Si ___ No ___	Otro afiliado	Si ___ No ___
Vacunación	Si ___ No ___	La empresa donde laboro	Si ___ No ___
Programa de Citologías	Si ___ No ___	La propia IPS (Videos institucionales)	Si ___ No ___
Programa de Riesgo Cardiovascular	Si ___ No ___	Por teléfono	Si ___ No ___
Programa de salud Oral	Si ___ No ___	Otro, ¿Cuál?	
4. ¿Por qué no los conoce? No le interesa ___ No le han informado ___ No asiste con frecuencia a la IPS ___ Otra, ¿Cual? _____			
5. ¿Usa los programas de promoción y prevención de la IPS COOMULTRASAN? Si ___ No ___ → 7			
6. Frecuencia ___ Veces Cada un... Año ___ Mes ___ Día ___ Eventualmente ___ Nunca ___ Ns/Nr ___			
7. ¿Por qué no los utiliza? No tengo tiempo ___ No me interesa ___ No me llaman la atención ___ Perder tiempo ___ Tengo otras prioridades en mi tiempo libre ___ No los necesito ___ No me dan permiso en la empresa donde laboro ___ Por mala atención ___ Otra, Cual? _____			
8. ¿Le gustaría recibir información sobre nuestros programas? Si ___ No ___		10. Por cuál de los siguientes medio le gustaría recibir información sobre nuestro programas	
9. ¿Como le parece la información recibida en cada uno de los programas en promoción y prevncion ofrecida por Coomultrasan IPS? Muy buena ___ Buena ___ Regular ___ Mala ___ Muy mala ___		Periodico	Si ___ No ___
		Cartelera, avisos, afiches	Si ___ No ___
		Personal de la institución (Médicos, enfermeras, aux de enfermería, vigilantes, otros)	Si ___ No ___
		Radio	Si ___ No ___
		Otro afiliado	Si ___ No ___
		La empresa donde laboro	Si ___ No ___
		La propia IPS	Si ___ No ___
Por teléfono	Si ___ No ___		
11. Además de los anteriores cuál medio le agradaría a usted nuestra entidad utilizara para informarle sobre los programas.			



Anexo B Guión general de los videos desarrollados

ESTRUCTURA DEL GUIÓN

1. Logo Institucional
2. Capitulo: “Programas de Promoción y Prevención”
3. Pregunta de interacción
 - ¿Conoce los programas de promoción y prevención?
 - ¿Cómo está su hijo/a?
 - ¿Cómo se encuentran sus hijos adolescentes?
 - ¿Cómo está su visión?
 - ¿Cómo usted y su pareja están está planificando?
 - ¿Cómo está su colesterol?
 - ¿cómo está su bebé?
 - ¿Cómo estamos en vacunas?
 - ¿Cómo se encuentra su dentadura?
4. Respuesta
5. Explicación de accesibilidad al programa
6. Enfasis en la gratuidad del programa
7. Mensaje institucional
8. Cierre



Anexo C Afiches informativos de los programas de promoción y prevención

IPS **COOMULTRASAN**

**Porque
hacemos todo
para que te
encuentres Bien...**

**Acude a los programas
de Promoción y Prevención de nuestra
IPS Coomultrasan**

**ANIMATE Y PIDE INFORMACIÓN EN
RECEPCIÓN O CON TU MÉDICO
INSCRÍBETE!!!**



**PORQUE QUIERO
VER CON CLARIDAD CADA DÍA!!**

**Yo uso el programa
de Agudeza Visual de mi IPS Coomultrasan**

**ANIMATE Y PIDE INFORMACIÓN EN
RECEPCIÓN O CON TU MÉDICO
INSCRÍBETE!!!**

IPS **COOMULTRASAN**



Porque quiero verte crecer sano y fuerte

**Mi bebé y yo
acudimos al
Programa de Crecimiento y Desarrollo de
Nuestra IPS Coomultirasan**

IPSS **COOMULTIRASAN**

**¡ANIMATE Y PIDE INFORMACIÓN EN
RECEPCIÓN O CON TU MÉDICO DE
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
¡NOS ENCONTRAMOS!!**



**PORQUE QUEREMOS
VIVIR CON BIENESTAR**

**Acudimos Al
Programa de Jóvenes
con Bienestar y Compromiso
de Nuestra IPS
Coomultrasan.**

**ANIMATE Y PIDE INFORMACIÓN EN
RECEPCIÓN O CON TU MÉDICO GENERAL
INSCRIBETE!!!**

IPS **COOMULTRASAN**



**PORQUE QUIERO DISFRUTAR
LA VIDA AL MÁXIMO!!!**

**Yo Asisto al
Programa de
Riesgo Cardiovascular
de mi IPS Coomultrasan**

**ANIMATE Y PIDE INFORMACIÓN EN
RECEPCIÓN O CON TU MÉDICO DE PRO-
MOCIÓN Y PREVENCIÓN
INSCRÍBETE!!!**

IPS **COOMULTRASAN**



**PORQUE QUIERO
SONREIR SANAMENTE**

**Yo uso el programa
de Salud Oral de mi IPS Coomultrasan**

**ANIMATE Y PIDE INFORMACIÓN EN
RECEPCIÓN O CON TU MÉDICO DE
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
ASISTE!!!**

IPS **COOMULTRASAN**



**PORQUE QUEREMOS DISFRUTAR LA
VIDA EN FAMILIA**



**Acudimos Al
Programa de Salud Sexual y Reproductiva
de Nuestra IPS
Coomultrasan.**

**ANIMATE Y PIDE INFORMACIÓN EN
RECEPCIÓN O CON TU MÉDICO GENERAL
PARTICIPA!!!**

IPS **COOMULTRASAN**



Anexo D Encuesta de Derechos y deberes de los usuarios Coomultrasan

 	ENCUESTA DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS
---	---

SEDE: _____ Fecha: / ___ / ___ / ___ / _____ Número: _____

1. ¿Conoce cuales son sus derechos y deberes que tiene como usuario de los programas de atención de la IPS Coomultrasan? MARQUE SÓLO UN OPCIÓN:

SI NO

Enuncie un derecho: _____

Enuncie un deber: _____

2. ¿El equipo de salud (Médicos, Enfermeras jefes, odontólogos, personal de Recepción o líder del SIAU) le ha proporcionado información sobre sus derechos y deberes como usuario de la IPS Coomultrasan? MARQUE SÓLO UN OPCIÓN:

SI NO

3. ¿Cuál de los siguientes enunciados es un DERECHO de los usuarios de la IPS Coomultrasan? Por favor MARQUE SÓLO UNA OPCIÓN con una X :

- a. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones dadas por la institución y el personal responsable de la atención.
 b. Tratar con respeto a los funcionarios y de más usuarios de la Institución.
 c. Recibir atención oportuna, segura y de calidad.

4. ¿Cuál de los siguientes enunciados es un DEBER de los usuarios de la IPS Coomultrasan? Por favor MARQUE SÓLO UNA OPCIÓN con una X :

- a. Que la información de su historia clínica sea de carácter confidencial, Excepto en los casos previstos por la ley o por autorización del usuario.
 b. Informar cualquier suceso que afecte la seguridad de la institución.
 c. Recibir un trato digno, amable y que se le respeten sus creencias y costumbres.



Anexo F Cronograma ampliado de actividades realizadas

ENERO 2010															
	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V
	11	12	13	14	15	18	19	20	21	22	25	26	27	28	29
08-09		PLAN	PLAN	PLAN	PLAN	CH1C	CH1CF	CH1CN	CH1P	Conv	CH1C	CH1CF	CH1CN	CH1P	VE
09-10		PLAN	PLAN	PLAN	PLAN	CH1C	CH1CF	CH1CN	CH1P	Conv	CH1C	CH1CF	CH1CN	CH1P	VE
10-11		PLAN	PLAN	PLAN	PLAN	ABD	ABD	ABD	ABD	Conv	SIST	SIST	SIST	SIST	VE
11-12		PLAN	PLAN	PLAN	PLAN	ABD	ABD	ABD	ABD	Conv	ABD	ABD	ABD	ABD	VE
14-15		PLAN	PLAN	PLAN	AS					AS	M1C	M1CF	M1CN	M1P	AS
15-16		PLAN	PLAN	PLAN	AS				Conv	AS	M1C	M1CF	M1CN	M1P	AS
16-17		PLAN	PLAN	PLAN	AS				Conv	AS	Conv	Conv	Conv	Conv	AS
17-18		PLAN	PLAN	PLAN	AS				Conv	AS	Conv	Conv	Conv	Conv	AS
FEBRERO 2010															
	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V
	1	2	3	4	5	8	9	10	11	12	15	16	17	18	19
08-09	CH2C	CH2CF	CH2CN	CH2P	VE	CH2C	CH2CF	CH2CN	CH2P	VE	CH3C	CH3CF	CH3CN	CH3P	VE
09-10	CH2C	CH2CF	CH2CN	CH2P	VE	CH2C	CH2CF	CH2CN	CH2P	VE	CH3C	CH3CF	CH3CN	CH3P	VE
10-11	SIST	SIST	SIST	SIST	VE	SIST	SIST	SIST	SIST	VE	SIST	SIST	SIST	SIST	VE
11-12	ABD	ABD	ABD	ABD	VE	ABD	ABD	ABD	ABD	VE	ABD	ABD	ABD	ABD	VE
14-15		SJ1C	SJ1CF	SJ1CN	AS	M2C	M2CF	M2CN	M2P	AS		SJ2C	SJ2CF	SJ2CN	AS
15-16		SJ1C	SJ1CF	SJ1CN	AS	M2C	M2CF	M2CN	M2P	AS		SJ2C	SJ2CF	SJ2CN	AS
16-17	Conv	Conv	Conv	AS	AS	Conv	Conv	Conv	Conv	AS	Conv	Conv	Conv	Conv	AS
17-18	ABD	ABD	ABD	ABD	AS	ABD	ABD	ABD	ABD	AS	ABD	ABD	ABD	ABD	AS
FEBRERO 2010							MARZO 2010								
	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V
	22	23	24	25	26	1	2	3	4	5	8	9	10	11	12
08-09	CH3C	CH3CF	CH3CN	CH3P	VE	CH4C	CH4CF	CH4CN	CH4P	VE	CH4C	CH4CF	CH4CN	CH4P	VE
09-10	CH3C	CH3CF	CH3CN	CH3P	VE	CH4C	CH4CF	CH4CN	CH4P	VE	CH4C	CH4CF	CH4CN	CH4P	VE
10-11	SIST	SIST	SIST	SIST	VE	SIST	SIST	SIST	SIST	VE	SIST	SIST	SIST	SIST	VE
11-12	ABD	ABD	ABD	ABD	VE	ABD	ABD	ABD	ABD	VE	ABD	ABD	ABD	ABD	VE
14-15	M3C	M3CF	M3CN	M3P	AS		SJ3C	SJ3CF	SJ3CN	AS	M4C	M4CF	M4CN	M4P	AS
15-16	M3C	M3CF	M3CN	M3P	AS		SJ3C	SJ3CF	SJ3CN	AS	M4C	M4CF	M4CN	M4P	AS

16-17	Conv	Conv	Conv	Conv	AS	Conv	Conv	Conv	Conv	AS	Conv	Conv	Conv	Conv	AS	
17-18	ABD	ABD	ABD	ABD	AS	ABD	ABD	ABD	ABD	AS	ABD	ABD	ABD	ABD	AS	
MARZO 2010															ABRIL 2010	
	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	
	15	16	17	18	19		23	24	25	26	29	30	31			
08-09	CH5C	CH5CF	CH5CN	CH5P	VE		CH5CF	CH5CN	CH5P	VE	CH6C	CH6CF	CH6CN			
09-10	CH5C	CH5CF	CH5CN	CH5P	VE		CH5CF	CH5CN	CH5P	VE	CH6C	CH6CF	CH6CN			
10-11	ABD	ABD	ABD	ABD	VE		ABD	ABD	ABD	VE	ABD	ABD	ABD			
11-12					VE		ABD	ABD	ABD	VE	ABD	ABD	ABD			
14-15	SJ4C	SJ4CF	SJ4CN	M4C	AS		M5CF	M5CN	M5P	AS	SJ5C	SJ5CF	SJ5CN			
15-16	SJ4C	SJ4CF	SJ4CN	M4C	AS		M5CF	M5CN	M5P	AS	SJ5C	SJ5CF	SJ5CN			
16-17	ABD	ABD	ABD	ABD	AS					AS						
17-18	ABD	ABD	ABD	ABD	AS		Conv	Conv	Conv	AS	Conv	Conv	Conv			
ABRIL 2010																
	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	
	5	6	7	8	9	12	13	14	15	16	19	20	21	22	23	
08-09	CH6C	CH6CF	CH6CN	CH6P	VE	CH7C	CH7CF	CH7CN	CH7P	VE	CH7C	CH7CF	CH7CN	CH7P	VE	
09-10	CH6C	CH6CF	CH6CN	CH6P	VE	CH7C	CH7CF	CH7CN	CH7P	VE	CH7C	CH7CF	CH7CN	CH7P	VE	
10-11	ABD	ABD	ABD	ABD	VE	ABD	ABD	ABD	ABD	VE	ABD	ABD	ABD	ABD	VE	
11-12	ABD	ABD	ABD	ABD	VE	ABD	ABD	ABD	ABD	VE	ABD	ABD	ABD	ABD	VE	
14-15	M6C	M6CF	M6CN	M6P	AS		SJ6C	SJ6CF	SJ6CN	AS	M7C	M7CF	M7CN	M7P	AS	
15-16	M6C	M6CF	M6CN	M6P	AS		SJ6C	SJ6CF	SJ6CN	AS	M7C	M7CF	M7CN	M7P	AS	
16-17					AS					AS					AS	
17-18	Conv	Conv	Conv	Conv	AS	Conv	Conv	Conv	Conv	AS	Conv	Conv	Conv	Conv	AS	
ABRIL 2010																
	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	
	26	27	28	29	30	3	4	5	6	7	10	11	12	13	14	
08-09	CH7C	CH7CF	CH7CN	CH7P	VE	CH8C	CH8CF	CH8CN	CH8P	VE	CH8C	CH8CF	CH8CN	CH8P	VE	
09-10	CH7C	CH7CF	CH7CN	CH7P	VE	CH8C	CH8CF	CH8CN	CH8P	VE	CH8C	CH8CF	CH8CN	CH8P	VE	
10-11	ABD	ABD	ABD	ABD	VE	ABD	ABD	ABD	ABD	VE	ABD	ABD	ABD	ABD	VE	
11-12	ABD	ABD	ABD	ABD	VE	ABD	ABD	ABD	ABD	VE	ABD	ABD	ABD	ABD	VE	
14-15		SJ7C	SJ7CF	SJ7CN	AS	M8C	M8CF	M8CN	M8P	AS		SJ8C	SJ8CF	SJ8CN	AS	
15-16		SJ7C	SJ7CF	SJ7CN	AS	M8C	M8CF	M8CN	M8P	AS		SJ8C	SJ8CF	SJ8CN	AS	
16-17					AS					AS		SJ8C	SJ8CF	SJ8CN	AS	
17-18	Conv	Conv	Conv	Conv	AS	Conv	Conv	Conv	Conv	AS	Conv	Conv	Conv	Conv	AS	

CONVENCIONES			
CH(1-8)C	CHARLA SALA DE ESPERA CABECERA	CABECERA	
CH(1-8)CF	CHARLA SALA DE ESPERA CAFI	CAFESALUD	
CH(1-8)CN	CHARLA SALA DE ESPERA CANAVERAL	CANAVERAL	
CH(1-8)P	CHARLA SALA DE ESPERA POBLADO	POBLADO	
ABD	ALIMENTAR BASE DE DATOS		
SJ(1-8)C	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA JOVENES CABECERA		
SJ(1-8)CF	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA JOVENES CAFESALUD		
SJ(1-8)CN	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA JOVENES CANAVERAL		
M(1-8)C	MÓDULO 1-8 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA ADULTOS CABECERA		
M(1-8)CF	MÓDULO 1-8 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA ADULTOS CAFESALUD		
M(1-8)CN	MÓDULO 1-8 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA ADULTOS CANAVERAL		
M(1-8)P	MÓDULO 1-8 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA ADULTOS POBLADO		
AS	ASESORIA Y SEGUIMIENTO DE ESTRATEGIAS UIS		
CONV	CONVOCATORIA (LLAMADA TELEFONICA)		
PLAN	ACTIVIDADES DE PLANEACION		
VE	VISITA EMPRESAS		
SIST	SISTEMATIZACION		

Anexo G Cronograma de Charlas en Sala de Espera

ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN 1:				CHARLAS DESARROLLADAS EN SALA DE ESPERA		
Fecha	Sede	Sesión	Tema	Objetivo	Recursos	Tiempo
11/01/2010	Poblado	1	Conocimiento Por parte de los/as usuarios/as sobre los programas de Promoción de la salud y Prevención de le enfermedad	Proporcionar Información referida a los diversos programas de promoción y prevención desarrollados por la IPS Coomultrasan, despejando dudas y realizando aclaraciones metódicas por parte de los/las usuarios/as	Humanos Materiales	15 Minutos Durante tres (3) Horas Cada 20 minutos o cada diez llamados a cita
12/01/2010	Cafesalud					
13/01/2010	Cañaveral					
14/01/2010	Cabecera					
18/01/2010	Poblado	2	Información general sobre el Programa de Salud Sexual Y Reproductiva	Orientar a los usuarios sobre el programa de Salud Sexual y reproductiva desarrollado en la IPS focalizando población objetivo para las sesiones educativas a desarrollar.	Humanos Materiales	15 Minutos Durante tres (3) Horas Cada 20 minutos o cada diez llamados a cita
19/01/2010	Cafesalud					
20/01/2010	Cañaveral					
21/01/2010	Cabecera					
25/01/2010	Poblado	3	Información general al usuario/a sobre el Programa de Riesgo cardiovascular. Y las actividades desarrolladas por los distintos grupos conformados	Comunicar a los usuarios sobre la importancias de promover hábitos saludables haciendo énfasis en la alimentación y el ejercicio diario con el fin de captar población para el programa de Riesgo cardiovascular	Humanos Materiales	20 Minutos Durante tres (3) Horas Cada 20 minutos o cada diez llamados a cita
26/01/2010	Cafesalud					
27/01/2010	Cañaveral					
28/01/2010	Cabecera					
01/02/2010	Poblado	4	Información al usuario sobre los tiempos para el cumplimiento asistencia a cita	Informar a los usuarios sobre la importancia de asistir puntualmente a las citas programadas, haciendo énfasis en el manejo de tiempo, las congestiones que suelen ocurrir cuando ocurre atraso, entre otras temáticas	Humanos Materiales	20 Minutos Durante tres (3) Horas Cada 20 minutos o cada diez llamados a cita
02/02/2010	Cafesalud					
03/02/2010	Cañaveral					
04/02/2010	Cabecera					

08/02/2010	Poblado	5	Información sobre los Derechos Y deberes de los usuarios	Informar y conversar con los usuarios sobre los derechos y deberes que tienen como afiliados y afiliadas de la IPS Coomultrasan	Humanos Materiales	20 Minutos Durante tres (3) Horas Cada 20 minutos o cada diez llamados a cita
09/02/2010	Cafesalud					
10/02/2010	Cañaveral					
11/02/2010	Cabecera					
15/02/2010	Poblado	6	Socialización del Programa de Agudeza visual	Informar a los usuarios y usuarias sobre el programa de agudeza visual, haciendo énfasis en los grupos de edad y procurando la solicitud de cita médica	Humanos Materiales	20 Minutos Durante tres (3) Horas Cada 20 minutos o cada diez llamados a cita
16/02/2010	Cafesalud					
17/02/2010	Cañaveral					
18/02/2010	Cabecera					
22/02/2010	Poblado	7	Socialización del Programa de Salud Sexual Y reproductiva	Informar a los usuarios y usuarias sobre el programa de Salud Sexual y Reproductiva, haciendo énfasis en los niñas y niñas, jóvenes y adultos en los programas específicos de planificación familiar y protección frente a ETS.	Humanos Materiales	20 Minutos Durante tres (3) Horas Cada 20 minutos o cada diez llamados a cita
23/02/2010	Cafesalud					
24/02/2010	Cañaveral					
25/02/2010	Cabecera					
01/03/2010	Poblado	8	Información en torno al Programa de Desarrollo Juvenil con Bienestar y Compromiso			
02/03/2010	Cafesalud					
03/03/2010	Cañaveral					
04/03/2010	Cabecera					