

**MODELO INFORMATIVO PARA LA COMUNICACIÓN Y TOMA DE DECISIONES
EN SALUD DE CARA A LOS USUARIOS (AS) DEL CENTRO DE MEDICINA
PREVENTIVA - CEPRE - POLICÍA NACIONAL DE BUCARAMANGA**

KAREN YANETH NEVADO CASTELLANOS

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
BUCARAMANGA
2007**

**MODELO INFORMATIVO PARA LA COMUNICACIÓN Y TOMA DE DECISIONES
EN SALUD DE CARA A LOS USUARIOS (AS) DEL CENTRO DE MEDICINA
PREVENTIVA - CEPRE - POLICÍA NACIONAL DE BUCARAMANGA**

KAREN YANETH NEVADO CASTELLANOS

**Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar al título de
Trabajadora Social.**

Directora:

ADRIANA VEGA MARTÍNEZ

Trabajadora Social

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

BUCARAMANGA

2007

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	12
1. PARADIGMAS TEÓRICOS DEL PROCESO SALUD - ENFERMEDAD	15
2. ESTRUCTURA DEL SECTOR SALUD EN COLOMBIA	28
2.1 LA SALUD EN EL RÉGIMEN EXCEPTUADO DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE POLICÍA NACIONAL	41
2.1.1 Derechos	47
2.1.2. Deberes	48
3. POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA	49
3.1 PLATAFORMA ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL	52
3.1.1 Visión	52
3.1.2 Misión	52
3.1.3 Valores Corporativos	53
3.2 ANTECEDENTES DEL ÁREA DE LA SALUD EN LA SECCIONAL SANIDAD SANTANDER	55
4. CENTRO DE MEDICINA PREVENTIVA -CEPRE- POLICÍA NACIONAL DE BUCARAMANGA	61
4.1 OBJETO SOCIAL	62
4.1.1 Visión	62
4.1.2 Misión	62
4.2 OBJETIVOS INSTITUCIONALES	63
4.2.1 General	63
4.2.2 Específicos	63
4.3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	64
4.4 ANÁLISIS SITUACIONAL	90
5. CONCLUSIONES	103

6. RECOMENDACIONES	106
7. MODELO INFORMATIVO PARA LA COMUNICACIÓN Y TOMA DE DECISIONES EN SALUD DE CARA A LOS USUARIOS (AS) DEL CENTRO DE MEDICINA PREVENTIVA -CEPRE- POLICÍA NACIONAL DE BUCARAMANGA	108
7.1 OBJETIVO ESTRATÉGICO	111
7.2 PROCESO DE INTERVENCIÓN	112
7.2.1 Plan de Trabajo	113
BIBLIOGRAFÍA	123
ANEXOS	126

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Imperativos estratégicos institucionales	52
Cuadro 2. Registro poblacional SSPN departamento de Santander	58
Cuadro 3. Procesos Educativos CEPRE	82
Cuadro 4. Matriz DOFA Centro de Medicina Preventiva - CEPRE-	91
Cuadro 5. Cuadro de Estrategias	92
Cuadro 6. Planes Operativos de Intervención	93
Cuadro 7. Cuadro estratégico 1.	114
Cuadro 8. Cuadro estratégico 2.	115
Cuadro 9. Cuadro estratégico 3.	118
Cuadro 10. Cuadro estratégico 4.	119
Cuadro 11. Cronograma de actividades propuesta de intervención	121

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Factores determinantes de la salud	22
Figura 2. Estructura Organizacional de la Policía Nacional	51
Figura 3. Esquema de valores corporativos	54
Figura 4. Organigrama de la Seccional Sanidad Santander	60
Figura 5. Estructura Organizacional CEPRE	64
Figura 6. Esquema Programa APRECIAR	66
Figura 7. Esquema Programa PROMI	69
Figura 8. Esquema Programa Juventud Viva	71
Figura 9. Esquema Programa Psicosocial	73
Figura 10. Esquema Programa de Vigilancia Epidemiológica	75
Figura 11. Esquema Estrategia CARMEN	76
Figura 12. Esquema Programa de Promoción y Prevención en Salud Oral	78
Figura 13. Esquema Programa de Prevención de Enfermedades Respiratorias	79
Figura 14. Esquema Programa APOYAR	81
Figura 15. Esquema Administrativo del Proceso de Calidad SIAU	88
Figura 16. Ruta de acceso por call center a los servicios de salud -CEPRE	96
Figura 17. Ruta de acceso para solicitud de citas de Promoción y Prevención - CEPRE	97

LISTA DE ANEXOS

	pág.
ANEXO A. REGIONES DE POLICÍA Y JURISPRUDENCIAS	127
ANEXO B. ESQUEMA DE VACUNACIÓN PLAN AMPLIADO DE INMUNIZACIONES	128
ANEXO C. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PARTICULARES VACUNACIÓN EXTRA PAI	132
ANEXO D. ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA	134
ANEXO E. EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA (ENO)	135
ANEXO F. PAUTAS PARA EL USO ADECUADO DE PUNTOS INFORMATIVOS CEPRE	136

GLOSARIO

ARP: Administradora de Riesgos Profesionales.

ARS: Administradora del Régimen Subsidiado.

CEPRE: Centro de Medicina Preventiva.

CLIRE: Clínica Regional del Oriente.

CNSSS: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

EAPB: Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.

ESP: Establecimiento de Sanidad Policial.

EPS: Empresa Promotora de Salud.

FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantías.

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud.

MAPIPOS: Manual de Atención, Procedimientos e Intervenciones del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

PAB: Plan de Atención Básica.

PAI: Plan Ampliado de Inmunizaciones.

PAS: Plan Adicional de Salud.

POS: Plan Obligatorio de Salud.

POS-C: Plan Obligatorio de Salud Contributivo.

POS-S: Plan Obligatorio de Salud Subsidiado.

PYP: Promoción y Prevención.

RIPS: Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud.

SCSAN: Seccional Sanidad Santander.

SIAU: Sistema de Información y Atención al Usuario.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud.

SOAT: Seguro Obligatorio contra Accidentes de Tránsito.

SSFM: Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

SSMP: Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de Policía Nacional.

SSPN: Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

SSSI: Sistema de Seguridad Social Integral.

UPC: Unidad de Pago por Capitación.

RESUMEN

TÍTULO: MODELO INFORMATIVO PARA LA COMUNICACIÓN Y TOMA DE DECISIONES EN SALUD DE CARA A LOS USUARIOS (AS) DEL CENTRO DE MEDICINA PREVENTIVA - CEPRE - POLICÍA NACIONAL DE BUCARAMANGA.

Autora: Karen Yaneth Nevado Castellanos **.

Palabras claves: Sistema de Salud Colombiano, Ley 100 de 1993, Proceso salud-enfermedad, Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad, Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de Policía Nacional, Servicio Público de la Salud, Constitución Política de Colombia.

Descripción:

El siguiente documento, condensa el proceso metodológico derivado de la experiencia académica de formación profesional desarrollada por la autora, durante el segundo semestre del año 2006 en el Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU) del Centro de Medicina Preventiva - CEPRE- de la Policía Nacional Bucaramanga.

Las temáticas incluidas abordan los paradigmas o modelos del proceso salud-enfermedad, los enfoques teóricos generados alrededor de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, el marco normativo en salud a nivel nacional y de las Fuerzas Militares y de Policía Nacional, la caracterización institucional y de la experiencia misma, las conclusiones finales del proceso de formación profesional desarrollado y las recomendaciones sugeridas a las instituciones (Universidad Industrial de Santander, CEPRE) y al próximo (a) practicante de Trabajo Social hasta llegar a la formulación de la propuesta de intervención: Modelo informativo para la comunicación y toma de decisiones en salud de cara a los usuarios (as) del Centro de Medicina Preventiva - CEPRE - Policía Nacional de Bucaramanga.

* Trabajo de grado

** Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Trabajo Social. Directora. Adriana Vega Martínez, Trabajadora Social.

SUMMARY

TITLE: INFORMATIVE MODEL TO COMMUNICATION AND DECISION MAKING IN HEALTH BASED ON PREVENTIVE MEDICINE CENTER -CEPRE- TO THE USERS OF THE NATIONAL POLICE OF BUCARAMANGA.

Author: Karen Yaneth Nevado Castellanos**.

Key words: Colombian Health System, Law 100 of 1993, Health-Illness Process, Health Promotion and Illness Prevention, Militar Forces and National Police Health System Politic, Health Public Service, Constitution of Colombia.

Description:

The following document condenses the methodological process derived from the academic experience of professional formation developed by the author, during the second semester of 2006 at the Information and Attention User System -SIAU- of the Preventive Medicine Center -CEPRE- in the National Police of Bucaramanga.

The thematics including aboard the paradigms or models about health illness process, the theories approaches generated around the health promotion and the illness prevention, the health standard background and the Militar Forces and National Police too, the institutional characterization and the experience itself, the final conclusions of the developed professional education process and the recommendations suggested to the institutions (Industrial University of Santander, CEPRE) and the next social work practitioner until the intervention proposal formulation: Informative model to communication and decision making in health based on Preventive Medicine Center -CEPRE- to the users of the National Police of Bucaramanga.

* Grade work.

** Human Sciences Faculty. Social Work School. Director. Adriana Vega Martínez, Social Worker.

INTRODUCCIÓN

La salud como principal objetivo de la medicina y de las profesiones sanitarias, es a su vez un concepto abstraído de la estructura mental humana y por lo tanto, depende de las condiciones socioeconómicas y culturales en las que se produce, determinando el patrón que define los ambientes, condiciones y formas de estar sano.

Hasta la década del 40 del pasado siglo XX, se consideraba la salud como la ausencia de enfermedad y por ende, hombre sano era aquel que no presentaba signos o síntomas. En 1946 con la fundación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se replantea que la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad.

En la actualidad, según la Corporación para Investigaciones Biológicas (CIB), se acepta que la salud: "No es un estado, sino un proceso, no es una utopía sino una realidad cambiante, no está directamente relacionada con un concepto de normalidad. Está intrínsecamente unida a la enfermedad no siendo posible diferenciar claramente cuando se pasa de la una a la otra. Supera el aspecto biológico involucrando lo psíquico y lo social, es decir al hombre integral"¹.

Por consiguiente, los seres humanos están llamados a procurar el cuidado integral de su salud teniendo en cuenta los factores que la determinan (ambiente, herencia, comportamientos y servicios de salud), mientras que al Estado le corresponde garantizar la atención en salud, saneamiento ambiental, acceso a los

¹ BLANCO RESTREPO Jorge Humberto, MAYA MEJÍA José María. Fundamentos de Salud Pública. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas CIB, Tomo I. 1997. p.2

servicios de promoción y protección, según lo establece la Carta Política Colombiana².

La propuesta de intervención “Modelo informativo para la comunicación y toma de decisiones en salud de cara a los usuarios (as) del Centro de Medicina Preventiva -CEPRE- Policía Nacional de Bucaramanga, responde a la elaboración de un plan estratégico visualizado a partir de los hallazgos obtenidos durante la gestión diaria en el Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU), en relación con los registros de inasistencias; los cuales dimensionan el inadecuado uso de los servicios de salud, incrementando los costos que la entidad debe asumir por la no atención y prestación de servicios programados con anterioridad.

Así pues, el público lector hallará como contenido del primer capítulo las aproximaciones teóricas que intentan explicar el proceso salud enfermedad, los factores determinantes de la salud, los enfoques teóricos creados alrededor de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, como tópicos que justifican y dan sentido a los capítulos subsiguientes.

El segundo capítulo define las acciones legislativas del gobierno colombiano respecto al sistema de salud, los regímenes instituidos para garantizar su financiamiento, los planes de beneficios ofertados a los usuarios (as) de los servicios de salud, los hechos más representativos generados a partir de la puesta en vigencia de la Ley 100 de 1993, sintetizados en los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS 2005 - y la organización del sector salud al interior de régimen exceptuado de las Fuerzas Militares y de Policía Nacional.

Las temáticas del tercer capítulo responden a la caracterización de la institución en donde se desarrolló la experiencia de formación profesional, sus datos

² CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA. Título II De los Derechos, las Garantías y los Deberes. Capítulo I De los Derechos Fundamentales Art. 49. Bogotá: IMPREANDES, 1991. p.23

históricos, direccionamiento estratégico, estructura organizativa y los antecedentes del área de la salud en la Seccional Sanidad Santander.

La descripción del contexto específico de la experiencia transcurrida en el Sistema de Información y Atención al Usuario SIAU-CEPRE, da cuenta de la ubicación geográfica, los momentos que precedieron creación del CEPRE, su plataforma estratégica, estructura organizacional, programas y subprogramas establecidos para la población afiliada y beneficiaria del Subsistema de Salud de la Policía Nacional Seccional Santander y las funciones propias del profesional en Trabajo Social inserto en esta área, son los componentes del cuarto capítulo.

Los capítulos quinto y sexto abordan respectivamente, las conclusiones y recomendaciones suscitadas durante el proceso de formación adelantado y el séptimo capítulo finalmente, refiere la propuesta de intervención: Modelo informativo para la comunicación y toma de decisiones en salud de cara a los usuarios (as) del Centro de Medicina Preventiva - CEPRE - Policía Nacional de Bucaramanga, como el aporte que desde la academia contribuye con la optimización de los hábitos o prácticas en salud de los usuarios (as) de dicho Establecimiento Sanidad Policial.

1. PARADIGMAS TEÓRICOS DEL PROCESO SALUD - ENFERMEDAD

A lo largo de la historia, las condiciones socioeconómicas y culturales han sido factores definitivos en la configuración de ideas y conceptos relacionados con la salud y la enfermedad; puesto que el grado de desarrollo de una sociedad determina el medio para el establecimiento de formas de bienestar social, ambientes sanos y formas de vida óptimas para preservar la salud.

Tradicionalmente, los modelos que han dominado la comprensión del proceso salud-enfermedad y que aún hoy continúan teniendo arraigo en las estructuras mentales de los distintos sectores sociales, pueden concretarse según Álvaro Cardona, Médico Magíster en Salud Pública de la Universidad de Medellín, en los siguientes: “el paradigma mágico-religioso o espiritualista, el paradigma hipocrático o naturalista y el paradigma experimentalista:

La concepción mágico-religiosa, predominó en la historia de la civilización occidental hasta el florecimiento de la cultura griega (s. V a. C - s. XIV d. C). La enfermedad entonces, era explicada por la intervención de espíritus dañinos o de dioses molestos por alguna actitud no ajustada a la norma social por parte de quien enfermaba.

De manera que el castigo divino, era la respuesta mítica ante la preocupación y aceptación por la muerte inminente, así como también circunscribía la prevención en relación con la obediencia de normas, tabúes, la ejecución de ritos y la curación. Como representantes de este modelo se encuentran chamanes, brujos, curanderos (as), sacerdotes y espiritistas.

Esta concepción de la salud y la enfermedad, obedeció a la ausencia de una explicación racional de los fenómenos naturales, manteniéndose en la aceptación social hasta cuando el ser humano decidió influir sobre los condicionamientos que le imponía la naturaleza a través de largos procesos de observación.

Por su parte, la concepción naturalista de la salud y la enfermedad desarrollada en la antigüedad griega (s. XV - s. XVII) y de la que Hipócrates fuera su más connotado representante, explicaba la salud como el equilibrio de los humores constitutivos del cuerpo (sangre, pituita, bilis amarilla y bilis negra), por consiguiente, la enfermedad se entendía como una alteración en la mezcla, fuerza y cantidad de los elementos constitutivos de la homeóstasis o equilibrio humano.

Esta concepción estructurada como analogía del equilibrio que se asignaba a los cuatro elementos de la naturaleza (agua, tierra, aire y fuego) en la interpretación cosmogónica de la época, señalaba la influencia que el medio ambiente y las condiciones de vida tienen sobre la salud reflejándose de esta manera un conocimiento más desarrollado sobre los efectos que los fenómenos naturales podían producir sobre los hombres.

En cuanto a la concepción experimentalista de la salud y la enfermedad, ésta se consolidó en el siglo XIX con la llamada medicina científica, conservándose hasta hoy como el paradigma alrededor del cual se ha estructurado la práctica médica y la interpretación dominante de la salud y la enfermedad.

El nuevo paradigma interpretativo de la salud y la enfermedad fue advertido por el alquimista y médico suizo Paracelso, quien postulaba el método de la observación directa de la naturaleza y la fundamentación del conocimiento en una larga experiencia, dejando atrás las enseñanzas hipocráticas sobre el origen de las enfermedades. Este principio fue el inspirador de la tendencia que hubo durante el Renacimiento, de reinterpretar todos los fenómenos naturales y toda la actividad del hombre.

Por consiguiente, la naciente economía mercantil, la nueva clase burguesa surgida de las relaciones mercantiles, el poblamiento urbano y la afirmación de valores como la racionalidad, la libertad individual y la secularización de las relaciones sociales fueron la fuerza motriz que inauguraron la llamada era moderna, dentro de la cual se gestó la sustitución del paradigma naturalista y se crearon las condiciones para que el paradigma experimentalista en salud fuera aceptado socialmente³.

A partir de los modelos o paradigmas teóricos del proceso salud-enfermedad propuestos por el autor, los cuales corresponden con los momentos del desarrollo histórico de la ciencia (Edad Antigua, Edad Media, Edad Moderna) y la evolución

³ CARDONA, Álvaro. Historia, ciencia y salud-enfermedad. Medellín: Alas Libres, 1995. p. 36.

del conocimiento humano para alcanzar la explicación de los fenómenos; se evidencia en un primer momento que las condiciones históricas determinan la posibilidad de reemplazar un determinado paradigma y segundo, que pese a los vacíos explicativos de los paradigmas espiritualista y naturalista, éstos lograron satisfacer las expectativas sociales de su época acomodándose al sistema de creencias y a las prácticas que de él se derivaron.

Esto sin embargo, no significa que la incapacidad resolutive o explicativa no tenga ninguna importancia en la crisis de los paradigmas. Por el contrario, la acumulación de explicaciones fallidas hace que llegue un momento en el que la sociedad comienza a hacerse preguntas críticas que deben ser resueltas satisfactoriamente, de acuerdo con un nuevo marco conceptual que empieza a generarse.

Así pues, si el antiguo modelo conceptual manifestaba incapacidad para dar respuesta a determinados fenómenos de gran significación social, seguidamente comenzaba a generarse un proceso de acondicionamiento ideológico para su reemplazo, el cual resultaría explícito y contundente cuando el ambiente general de la sociedad lo hiciera propicio.

Esta condición de incapacidad conceptual para dar respuesta a expectativas sociales había comenzado a manifestarse en el paradigma experimentalista de la salud-enfermedad. Si bien es cierto, este paradigma, representó un avance significativo en el conocimiento del proceso individual de enfermar, pero al tratar de explicar el origen y distribución de la salud-enfermedad como hecho social y para elaborar una teoría comprensiva de la categoría salud-enfermedad, resultaba deficiente.

De manera que, estudiar la salud, la práctica médica y el saber médico como partes de la formación socioeconómica, requieren de una ruptura con el

pensamiento tradicional de la medicina entendida como la ciencia y el arte de prevenir y curar la enfermedad.

Hernán San Martín, (Director del Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Universidad de Concepción en Chile), ante la concepción tradicional de la medicina expresó las tres actividades que la han caracterizado: “prevención de la enfermedad mediante las técnicas de la medicina preventiva; diagnóstico y tratamiento mediante las técnicas de la medicina curativa; restauración de la capacidad de trabajo individual después de la enfermedad mediante las técnicas de la rehabilitación”⁴.

En ese sentido, los progresos en la búsqueda del conocimiento y los instrumentos que permiten detectar y tratar efectivamente las enfermedades y problemas de salud que afectan a las personas, han estado continuamente influenciados por la concepción social del proceso salud-enfermedad y por lo tanto, han pasado de focalizar la atención en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, a la identificación de medidas de prevención hasta llegar al estudio de los estilos de vida que puedan favorecer, retrasar o eliminar los riesgos ante la posibilidad de enfermar.

Hoy día los esfuerzos que se realizan para acelerar la efectiva incorporación de prácticas saludables basadas en el autocuidado, mejoramiento del entorno, acceso a los espacios de participación activa individual, familiar y comunitaria enmarcadas dentro de la convivencia pacífica; favorecen la estructuración de ámbitos saludables de vida para la sociedad en su conjunto y al mismo tiempo la apropiación de conocimientos orientados a la reducción de la carga de enfermedad y muerte. Es así como estos factores se constituyen en los pilares de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

⁴ SAN MARTÍN, Hernán. Salud y Enfermedad: ecología humana, medicina preventiva y social. 2 ed. México: La Prensa Médica Mexicana, 1968. p 32.

A manera de recuento histórico, el CIB presenta las siguientes consideraciones sobre la *promoción de la salud y prevención de la enfermedad*:

El término fue propuesto por el médico e historiador suizo Henry E. Sigerist en 1945, cuando definió las cuatro grandes tareas de la medicina como: “la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la curación de los enfermos y la rehabilitación”.

Posteriormente, el gobierno de Canadá en 1974, presentó en las conferencias Panamericana y Mundial de la Salud el “Informe Lalonde”, cuestionando duramente la capacidad de los servicios de asistencia sanitaria para mejorar por sí solos, los estándares de salud.

Más tarde en 1979 en el documento “Healthy People: The Surgeon General’s Report on Health Promotion and Disease Prevention”, publicado por el servicio de salud pública de los Estados Unidos se definió Promoción como el cambio en los estilos de vida, mientras el término Prevención, refería la protección de los individuos frente a los factores de riesgo ambientales.

En 1986 la Organización Mundial de la Salud (OMS), Health and Welfare Canadá y la Asociación Canadiense de Salud Pública, convocaron una conferencia sobre Promoción de la Salud; allí se suscribió la Carta de Ottawa donde se define promoción con términos de comprensión sencilla: “la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”.

La Carta de Ottawa propuso cinco estrategias para la promoción de la salud, en plena vigencia actualmente, ellas son: elaboración de una política pública sana, creación de ambientes favorables, reforzamiento de la acción comunitaria, desarrollo de las aptitudes personales y la reorientación de los servicios sanitarios. Dichas estrategias hacen parte de la plataforma de acción de la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), siendo su contenido valioso al ofrecer un escenario intersectorial frente a la salud, permitiendo desarrollar acciones adicionales a la asistencia⁵.

De otro lado, las acciones cuyo objetivo es priorizar las actividades que apuntan a la disminución del riesgo de enfermar para mantener la salud de los individuos desde los servicios de salud, se constituyen en la tarea central de la Prevención,

⁵ BLANCO, Op. Cit., p. 91.

para la cual se han planteado tradicionalmente según los epidemiólogos estadounidenses Leavell y Clark tres niveles:

Prevención primaria: comprende la promoción, fomento de la salud y la protección específica. En este nivel se enmarcan las acciones de divulgación del autocuidado, educación sobre factores de riesgo su vigilancia y control.

Prevención secundaria: comprende el diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y la prevención de secuelas. En este nivel se enmarcan las acciones de laboratorio, tamizaje, imágenes diagnósticas, control de riesgos específicos como prenatales, mujeres en edad fértil, menores de 5 años etc.

Prevención terciaria: comprende la rehabilitación física, social y laboral buscando evitar la permanencia de secuelas, invalidez y muertes prematuras. En este nivel se enmarcan las acciones destinadas a la elaboración de programas psicopedagógicos y orientadores, terapia física, respiratoria, etc⁶.

Ahora bien, en Colombia la promoción de la salud desde el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se concibe como:

El conjunto de actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención de carácter educativo e informativo, individual o colectivo, tendientes a crear o reforzar conductas y estilos de vida saludables, y a modificar o suprimir aquellas que no lo sean; a informar sobre riesgos, factores protectores, enfermedades, servicios de salud, derechos y deberes de los ciudadanos en salud, como también a promover y estimular la participación social en el manejo y la solución de sus problemas.

Mientras tanto, la prevención de la enfermedad se relaciona con todas aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención cuya finalidad es actuar sobre los factores de riesgo o condiciones específicas presentes en el individuo, la comunidad o el medio ambiente y que determinan la aparición de la enfermedad⁷.

⁶ Ibid., p. 5.

⁷ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Sistema de Seguridad Social Integral. Ley 100 de 1993. Título III De la Administración y Financiación del Sistema. Bogotá: Unión Ltda, 2004. p.379

De hecho, para que estas concepciones puedan ir más allá de la articulación coherente de ideas, requieren en primer lugar de su inserción como acciones determinantes en salud pública y en segundo lugar, como herramienta ineludible en la formulación políticas públicas saludables.

A propósito de las definiciones acerca de salud pública y la formulación de políticas públicas saludables, la Consultora colombiana en Promoción de la Salud Helena Restrepo, presenta las siguientes:

La salud pública es concebida como una práctica social intersectorial que propende lograr un desarrollo humano sostenible, en el cual la salud es vista como eje o médula del desarrollo y que solo es alcanzable si se vislumbra dentro de un pacto social negociado y concertado entre actores gubernamentales y no gubernamentales, el Estado y la sociedad civil organizada.

Mientras tanto, las políticas públicas saludables, responden a las directrices que trascienden el ámbito institucional de salud, conformado por las redes de servicios públicas y privadas, para definir políticas públicas ligadas al bienestar y la calidad de vida de la población, involucrando en las mismas a entes gubernamentales y no gubernamentales de diferentes sectores del desarrollo nacional, el Estado y la sociedad civil⁸.

En razón de lo anterior, la concreción y posterior ejecución de políticas públicas saludables circunscribe el mejoramiento de los ambientes físicos, sociales y culturales, el empoderamiento de la población en relación con su salud, el desarrollo en individuos y grupos humanos de actitudes y aptitudes en salud con énfasis en los factores protectores y de riesgo de la misma, así como también, la reorientación de los servicios de salud hacia la promoción de la salud.

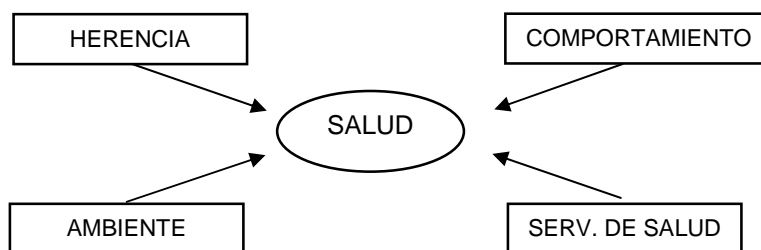
⁸ RESTREPO, Helena E. Promoción de la salud: cómo construir vida saludable, citado por GRANADOS TORAÑO, Ramón. LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL SIGLO XXI. (4º:2002: Bogotá). Memorias Cátedra Manuel Ancizar. La salud pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública. Colombia: Universidad Nacional de Colombia, 2002. p. 164-165.

Esto último significa un cambio de cultura importante en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), las cuales deben concentrar su atención en las necesidades de salud de la población y en las determinantes de causalidad cultural, económica y social en el proceso salud-enfermedad, para así lograr mejorar la salud humana mediante acciones médicas, sanitarias, epidemiológicas, culturales, económicas y sociales acordes con el contexto local, regional y nacional.

Ahora, si bien las políticas en salud estructuran las respuestas sociales ante los problemas de salud de la población con acciones de fomento y prevención como: promoción y educación sanitaria, educación para el autocuidado, modificación de hábitos nocivos para la salud y protección de los positivos en los diferentes niveles geográficos, grupos humanos e instituciones, resulta entonces interesante examinar los factores que condicionan el tránsito hacia un estado de salud favorable.

Las fuerzas, variables o conjunto de condicionantes que determinan la salud humana a nivel individual, familiar y colectivo son: la herencia (genética), el ambiente, el comportamiento humano (estilos de vida) y los servicios de salud, representados en la figura 1 que sigue a continuación.

Figura 1. Factores determinantes de la salud.



Fuente: Fundamentos de salud pública. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas CIB, 1997. p 2.

Según Henrick Blum (1915-2006) quien fuera profesor emérito en administración y planeación de la salud y pionero en cuidados de la salud, para el año de 1971 propuso los factores participantes del proceso salud-enfermedad, así:

- a. La Herencia, actúa determinando el substrato anatómico y fisiológico sobre el cual ocurre el fenómeno salud, pues en gran parte la capacidad de reacción del organismo, su fortaleza o debilidad, su resistencia o susceptibilidad ante las noxas ambientales se establecen genéticamente.
- b. El Ambiente concebido, como el medio en donde actúan simultáneamente con el ser humano un conjunto de componentes sociales (estructuras de la sociedad, su organización e instituciones), físicos (temperatura, humedad, radiaciones, contaminación atmosférica, etc.), biológicos (animal, vegetal, humano) y nutricionales, exigen de éste un proceso adaptación, lo cual supone una situación de equilibrio.
- c. El Comportamiento, abarca un conjunto de directrices que moldean la conducta, como las tradiciones, creencias, valores y pautas de conducta que se desarrollan y reestructuran durante el proceso de socialización, traduciéndose en el estilo de vida personal.
- d. Los Servicios de Salud, inciden en la salud de los seres humanos dependiendo de las posibilidades de acceso, calidad, oportunidad y capacidad de respuesta ante las necesidades de los usuarios (as). Sin embargo, existen variables que influyen de forma importante en el estado de salud tales como: saneamiento básico, vivienda, educación, alimentación, desarrollo económico y distribución del ingreso⁹.

Estos factores en su mayoría modificables, varían al igual que el concepto salud según el momento histórico de la sociedad, dada la injerencia del sistema de valores, el andamiaje cultural, político, social y ambiental. Sin embargo, precisar cual de ellos ocupa el primer lugar de importancia, no es tarea fácil, lo que si es evidente, es que las enfermedades causadas por estilos de vida insanos ocasionan en los servicios de salud, un elevado costo económico.

⁹ BLANCO, Op. Cit., p. 3-4

En este sentido, los estilos de vida, considerados como las formas cotidianas en las que la gente conduce sus actividades día tras día, repercuten en el comportamiento humano, hasta el punto de constituirse en hábito por el modo rutinario en que se responde a situaciones diversas presentes en la vida.

Por ello, resulta imperativo incorporar en los estilos de vida hábitos o prácticas en salud para hacer de los mismos, estilos de vida saludables; sin embargo la obtención, mantenimiento o extinción de los hábitos en salud, depende fundamentalmente, de los procesos de socialización temprana (por ejemplo el cepillarse los dientes después de las comidas, lavarse las manos antes de comer y después de ir al sanitario), los procesos de aprendizaje por la vía de la experiencia directa (asistencia oportuna a los servicios de salud, aplicación del esquema de vacunación, procesos educativos y comunicativos en salud) y los modelos socioculturales (utilización de ungüentos caseros sobre lesiones corporales, acudir al sobandero antes que al médico para tratar dolencias inespecíficas, entre otros).

De manera que, para hacer efectiva la introyección en los estilos de vida los hábitos en salud, es necesario tener en cuenta, la existencia de los llamados factores protectores y factores de riesgo modificables y no modificables de la salud; los cuales, según la guía de atención de la hipertensión arterial, se definen como:

- Los factores protectores de la salud, indican el conjunto de estrategias conductuales para prevenir enfermedades, por ejemplo la práctica de la lactancia materna y la vacunación como factores protectores contra enfermedades susceptibles de ser adquiridas en la infancia, favoreciendo con su ejercicio la no alteración del estado de salud.
- Los factores de riesgo modificables, responden a aquellos factores que ocasionan daños a la salud y pueden ser evitados, disminuidos o eliminados, tales como: el tabaquismo, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, elevada concentración de estrés, sedentarismo, inadecuada

utilización de los servicios de salud, incumplimiento de normas que preservan la vida y aquellas que previenen las contingencias derivadas del ámbito laboral, dietas nutricionales altas en grasas, azúcares y carbohidratos.

➤ Los factores de riesgo no modificables, son inherentes al individuo como el sexo, la edad, origen étnico y la herencia¹⁰.

A partir de los desarrollos anteriores, se tiene que el tránsito hacia estilos de vida saludables y niveles de salud superiores, deriva de los cambios de pensamiento al interior del sistema sociocultural de pertenencia, las prioridades en salud pública, los recursos destinados a la educación sanitaria y la prevención de enfermedades, junto con la formulación, ejecución y evaluación participativa de políticas públicas en salud (política de salud mental y reducción del consumo de sustancias psicoactivas, política nacional de seguridad alimentaria, política de salud sexual y reproductiva) en medio de procesos sociales de naturaleza política intersectorial.

En cuanto a la existencia de un cuerpo teórico riguroso vislumbrado a partir de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, una característica notable ha sido que los desarrollos teóricos alcanzados, responden hasta el momento, a un conjunto de enfoques inferidos a partir de las orientaciones contenidas en acuerdos, cartas, conferencias a nivel internacional (Carta de Ottawa, Conferencia de Alma Ata, Reunión de Riga, Objetivos de Desarrollo del Milenio) además de los programas y acciones en salud pública a nivel nacional (programa nacional de vivienda saludable, programa para la primera infancia, programa Haz Paz de prevención, detección y atención de violencia intrafamiliar, programa presidencial Colombia Joven, reducción de enfermedades inmunoprevenibles en la infancia, prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores, entre otros).

¹⁰ POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA. Dirección de Sanidad. Centro de Medicina Preventiva - CEPRE-. Área de Promoción y Mantenimiento de la Salud. Guía de Atención de la Hipertensión Arterial. Bucaramanga: 2006. p.33

Dichos enfoques según Mery Constanza García docente de la Universidad Nacional, son:

a. Enfoque clínico: se caracteriza porque las acciones se desarrollan en el ámbito hospitalario, son dirigidas a los individuos sospechosos de enfermar y la atención es dada por el personal en salud. En este enfoque desaparece la promoción de la salud y los aspectos de interdisciplinariedad e intersectorialidad. Toma relevancia la prevención, significando la evitación y diagnóstico a tiempo de enfermedades y sus posibles complicaciones. Por eso se realizan todo tipo de exámenes clínicos, químicos y físicos para hacer diagnósticos, controles, seguimientos, terapias e inmunizaciones.

b. Enfoque funcional: la promoción y la prevención son concebidas como funciones de la medicina, haciendo que su desarrollo dependa de las interpretaciones y prácticas médicas y éstas a su vez dependerán de los desarrollos que tenga la salud.

c. Enfoque colectivista: esta tendencia se observa en los planteamientos que subyacen en los programas que se dirigen hacia colectivos y en espacios extra-hospitalarios. Los programas que mejor indican este enfoque son los de escuelas saludables, barrio saludable y otros dirigidos a poblaciones especiales como ancianos, niñez, adolescencia y familia.

d. Enfoque multisectorial e interdisciplinar: el hecho de abordar la salud con otros componentes como son la salud ambiental, salud y desarrollo, la ingeniería sanitaria, la higiene y seguridad industrial, la salud ocupacional y la salud ecológica, ha obligado a mirar la salud desde otras disciplinas diferentes a las ciencias biológicas en las que reposa el saber médico-clínico. De esta manera se ha creado un germen de interdisciplinariedad al interior del sector salud y una ligera aproximación entre ambiente, educación y trabajo.

e. Enfoque estratégico-político: este enfoque compromete aspectos de política pública, economía y salud, desarrollo y salud dentro de la promoción y prevención. Se ha enunciado en los lineamientos de salud internacional y avalada por organismos mundiales como la OMS.

Se caracteriza porque identifica el papel y responsabilidad del Estado y las organizaciones sociales y comunitarias, reconoce las causas estructurales en el proceso salud-enfermedad como la pobreza, inequidad y el desarrollo, resalta el papel de los actores sociales como las organizaciones comunitarias, academia, las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y

las instituciones estatales, resalta la importancia de la participación comunitaria, intersectorialidad e interdisciplinariedad, relaciona la promoción con calidad de vida, estilos de vida y comportamientos, abarca lo colectivo e individual, amplía la noción de espacio contemplando naciones, regiones, pueblos y localidades, incluye aspectos éticos (derechos humanos) y asocia la promoción y prevención con la salud pública¹¹.

Ahora, a fin y efecto de entender, que el mejoramiento, la promoción y la protección de la salud incluye al conjunto de acciones desarrolladas por los distintos actores que tienen que ver con la producción social de satisfactores de necesidades humanas (entidades gubernamentales y no gubernamentales, organismos de cooperación internacional, organizaciones comunitarias y sociales, entre otras) y con el acceso a los beneficios del desarrollo político, económico, social y cultural, resulta pertinente adentrarse en la estructura colombiana del sector salud como contexto general de la experiencia y temática central del siguiente capítulo.

¹¹ GARCÍA, Mery Constanza. Teorías y prácticas en promoción y prevención. Teorías en promoción y prevención. (4º:2002: Bogotá). Memorias Cátedra Manuel Ancizar. La salud pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública. Colombia: Universidad Nacional de Colombia, 2002. p177-181.

2. ESTRUCTURA DEL SECTOR SALUD EN COLOMBIA

El sistema de salud existente en Colombia hasta 1993, se caracterizó por su manejo centralizado; no solamente, en lo relacionado con las funciones de planeación sino también, en lo concerniente a las funciones administrativas y operativas de los servicios y la subordinación de los niveles municipales de la administración pública y del sector privado.

Dicho Sistema Nacional de Salud (SNS), reglamentado según el Decreto Ley 056 de 1975, se caracterizaba principalmente por la centralización de las funciones de direccionamiento, financiación y control por parte del Ministerio de Salud, operación de hospitales sin autonomía administrativa, totalmente dependientes del Ministerio de Salud, ninguna o muy poca injerencia de los entes territoriales en los procesos de dirección y operación, así como el escaso o nulo desarrollo financiero, con un alto grado de inequidad e ineficiencia.

Lo anterior desencadenó el proceso de descentralización del sector público de la salud colombiana a partir de la promulgación de la Ley 10 en 1990, la cual creó los servicios municipales de salud y dio autonomía a las instituciones para administrar y mejorar la eficiencia de los servicios de salud, estableció los requisitos para el funcionamiento operativo y las pautas mínimas para el personal técnico y profesional a cargo de procedimientos e intervenciones en salud.

Tres años más tarde, los lineamientos de la Ley 60 de 1993 definieron los criterios para la transferencia de ingresos del orden nacional a los entes territoriales y municipales, otorgándoseles responsabilidades de ejecución y autonomía política sobre los gastos e inversiones a realizar.

Finalmente, con la reforma del anterior SNS se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), mediante la aprobación de la denominada Ley 100 de 1993, la cual rediseñó los mecanismos de financiación, definió los planes de beneficios y la prestación de los servicios de salud involucrando los sectores público y privado, así como también la asignación de responsabilidades en función de la planeación y ejecución de acciones en salud pública a los entes territoriales.

La fundamentación del proceso anterior, estuvo enmarcada por los lineamientos contenidos en la Constitución Política Colombiana de 1991, la cual determina en su artículo 49 que:

La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También establecer las políticas para la prestación de los servicios salud por entidades privadas y ejercer su vigilancia y control.

Así mismo establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales, los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados por la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad¹².

De otra parte, el Ministerio de la Protección Social antes Ministerio de Salud, a partir de la Ley 100 de 1993 se constituyó en el ente regulador de las instituciones públicas, privadas y mixtas establecidas para prevenir, mitigar y superar los

¹² CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, Op cit., p. 23

riesgos provenientes de fuentes ambientales, sociales y económicas que afecten la calidad de vida de la población.

En razón del propósito fundamental de la Ley 100 de 1993, para lograr la cobertura de la población a nivel nacional (proyectada para el año 2000), fue necesaria la implementación de diferentes regímenes para garantizar el financiamiento de dicha cobertura; de tal manera que el 70 por ciento de la población colombiana estaría cubierta con los aportes obligatorios obrero-patronales y los servicios de atención complementaria regidos por las reglas del mercado y el 30 por ciento restante, con subsidios provenientes de los recursos del gobierno nacional y aquellos generados por concepto de rentas, fondos, cuentas y subcuentas expedidas para tales efectos.

Los regímenes establecidos de acuerdo a su forma de financiación, según la Ley 100 de 1993 son:

- **Régimen Contributivo:** del cual participan las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Las entidades llamadas a garantizar los servicios de salud a los afiliados (as) a este régimen, son la Empresas Promotoras de Salud (EPS) a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), las cuales pueden pertenecer a la EPS o pueden ser contratadas.

- **Régimen Subsidiado:** del cual participan las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización, es decir, la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana. Particular importancia tienen dentro de esta población grupos vulnerables tales como: madres durante el embarazo, parto, posparto, lactancia, madres comunitarias, mujeres cabeza de familia, niños (as) menores de 1 año, enfermos (as) de Hansen, los (as) mayores de 65 años, discapacitados (as), campesinos (as), comunidades indígenas y demás personas sin capacidad de pago.

Las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), son las entidades aseguradoras de la población afiliada a este régimen y garantizan la

prestación de los servicios de salud mediante la contratación de IPS públicas o privadas.

- **Régimen Especial o de Excepción:** se trata de aquellas instituciones que se rigen por reglamentos y normatividad que no es aplicable para el resto de la población, ni ingresan al Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI) establecido por la Ley 100 de 1993, como las Fuerzas Militares y de Policía Nacional, ECOPETROL, los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones del Magisterio y los miembros remunerados por corporaciones públicas. Los regímenes exceptuados terminarán el 31 de julio del 2010, según el Acto Legislativo 01 del 2005, salvo la Fuerza Pública y la Presidencia de la República.

Entre tanto, aquellas personas que no están afiliadas a ninguno de los regímenes anteriores clasifican como Personas Vinculadas al Sistema, es decir, que dada la incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios (as) del Régimen Subsidiado o Contributivo tendrán acceso a los servicios de atención de salud que presten las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado¹³.

De esta manera, la nueva organización de los servicios de salud corresponde a un modelo de aseguramiento, es decir, que está concebido para funcionar como parte de un mercado regulado por el Estado, en donde su organización y funcionamiento están orientados por los principios de equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad.

En razón de los principios generales establecidos como guía del SGSSS, se reorganizaron las actividades propias de los servicios de salud en planes de beneficios a saber:

- **El Plan Obligatorio de Salud (POS):** Denominado POS-C para el régimen Contributivo, permite la protección integral de las familias, a la maternidad y

¹³ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Sistema de Seguridad Social Integral. Ley 100 de 1993. Título III De la Administración y Financiación del Sistema. Bogotá: Unión Ltda, 2004. p.139.

a la enfermedad general en las fases de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se encuentran definidos en el Manual de Atención, Procedimientos, Intervenciones y Servicios (MAPIPOS), incluyendo la provisión de medicamentos esenciales en su presentación genérica.

En el régimen subsidiado, el Plan Obligatorio de Salud conocido como POS Subsidiado (POS-S) se incluyen servicios de atención en salud del primer nivel, los cuales se determinan según estándares establecidos por las autoridades en salud competente, en relación con la unidad de pago por capitación -UPC- del sistema contributivo. Los servicios del segundo y tercer nivel se incorporarán progresivamente al plan de acuerdo con su aporte a los años de vida saludables.

Con relación a la cobertura del grupo familiar del afiliado cotizante o subsidiado, son beneficiarios del sistema: el cónyuge o compañero permanente del afiliado, cuya unión sea superior a dos años, los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges que hagan parte del núcleo familiar y que dependan económicamente de éste, los hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente o aquéllos que tengan menos de 25 años, sean estudiantes con dedicación exclusiva y dependan económicamente del afiliado.

A falta de cónyuge o compañero permanente, e hijos con derecho, la cobertura familiar podrá extenderse a los padres del afiliado no pensionados que dependan económicamente de éste.

De esta manera, los servicios de salud incluidos en el POS-S y el POS-C, son actualizados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema.

- **Plan de Atención Básica (PAB):** complementa las acciones previstas en el POS y las acciones de saneamiento ambiental. Está constituido por las intervenciones que se dirigen directamente a la salud de la colectividad, tales como la información pública, la educación y fomento de la salud, el control de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, la complementación nutricional y planificación familiar, la desparasitación escolar, el control de vectores y las campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de las enfermedades transmisibles como el SIDA, la tuberculosis y la lepra, y de enfermedades tropicales como la malaria.

El PAB es gratuito y obligatorio. Su planeación, funcionamiento, gestión, ejecución, vigilancia, control corresponden al gobierno nacional y su financiación estará garantizada por los recursos fiscales del mismo, complementada con recursos de los entes territoriales. Por ello el PAB, es parte integral en los Planes de Desarrollo de las entidades territoriales a nivel país.

- **Planes Adicionales de Salud (PAS):** son el conjunto de beneficios opcionales y voluntarios, financiados con recursos diferentes a los de la cotización obligatoria. Estos planes serán ofrecidos por las EPS, entidades adaptadas, compañías de medicina prepagada y las aseguradoras. El o la usuaria de un PAS, podrá elegir si recurre al POS o al plan adicional en el momento de utilización del servicio y las entidades no podrán condicionar su acceso al previo uso del otro plan. Dentro del SGSSS pueden prestarse los siguientes PAS: planes de atención complementaria en salud, planes de medicina prepagada y pólizas de salud.

En cuanto a las situaciones consideradas como Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, es decir, catástrofes naturales, acciones terroristas y otros eventos expresamente aprobados por el CNSSS, deberán ser atendidas por cualquier entidad con cargo al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). En los casos de accidentes de tránsito, el cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos estará a cargo de las aseguradoras autorizadas para administrar los recursos del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT).

Los servicios de salud generados por concepto de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional, serán prestados por las EPS, con cargo a las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP)¹⁴.

En este sentido, para garantizar el funcionamiento de los componentes del SGSSS los organismos rectores establecidos para su dirección, vigilancia y control son: el Ministerio de la Protección Social, Consejo Colombiano de Seguridad Social en Salud y la Superintendencia Nacional en Salud; los organismos a cargo de su financiación y administración responden a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) tales como: EPS, ARS, Compañías de Seguros, EAPB de los regímenes exceptuados, las Direcciones Departamentales, Seccionales, Distritales y Locales de Salud y el Fondo de Solidaridad y Garantía

¹⁴ Ibid., p. 112.

(FOSYGA) y por último, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, mixtas o privadas.

Ahora bien, determinar el impacto del SGSSS colombiano, exige la revisión de cifras como las descritas en la Encuesta Nacional de Demografía en Salud ENDS 2005, que presenta entre otros, los siguientes resultados:

- El aseguramiento se ha incrementado significativamente, pasando de 13.4 por ciento de la población en 1993 a 58.1 por ciento en el año 2000 y en los cinco años posteriores, la afiliación al SGSSS, se incrementó en 10 puntos porcentuales, al pasar de 59 a 69 por ciento.
- La distribución porcentual, por tipo de entidad a la cual se está afiliado es la siguiente: ISS (6 por ciento), EPS (28 por ciento), ARS (30 por ciento), Empresa Solidaria (0.6 por ciento), Fuerzas Militares (1.5 por ciento), ECOPETROL (0.1 por ciento), Magisterio (1.1 por ciento), Foncolpuertos (0.1 por ciento), no saben o no responden (0.9 por ciento) y no afiliados (31 por ciento).
- Entre las personas de 20 a 29 años, la afiliación es de 17 por ciento, se incrementa a 21 por ciento entre los de 30 a 39 años y desciende al 19 por ciento entre los de 40 a 49 y 13 por ciento entre los de 50 a 59 años. Siendo mayor la afiliación al sistema de salud entre las mujeres que entre los hombres, la diferencia es de 4 puntos porcentuales.
- Los porcentajes de no afiliación más altos lo tienen los niños y los jóvenes; cerca de una tercera parte de los menores de 20 años no están afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud.
- El nivel de educación está muy relacionado con la afiliación al sistema; entre los que no tienen ninguna educación, el porcentaje de no afiliación es de 37 por ciento, mientras que los de educación superior, tienen cerca de 20 puntos porcentuales menos.
- Existe un uno por ciento de pensionados que no está afiliado al sistema. Entre los que buscaron trabajo, el porcentaje de no afiliación fue de 54; es decir, más de la mitad de estas personas no están cubiertas. Entre los que reportaron haber trabajado en la semana anterior, existe un 29 por ciento que no está afiliado al sistema.

- Es lamentable, que el 28 por ciento de los incapacitados permanentes no está afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud.
- Mientras que la no afiliación en el área urbana es de 28 por ciento, en el área rural llega al 40 por ciento.
- Los departamentos que poseen tasas de no afiliación, mayores del 40 por ciento son en su orden: Córdoba, Norte de Santander, Magdalena, Huila, Cauca, Caquetá, La Guajira y Sucre.
- En relación al nivel de satisfacción con los servicios, los usuarios están en descontento con la atención farmacológica y con los servicios de promoción y prevención¹⁵.

En términos generales, la meta de cobertura universal en salud de la población colombiana no se ha logrado aún. Con la reorganización del sistema de salud a partir de la Ley 100, se esperaba que para el año 2000, los diferentes regímenes ya hubieran dado cobertura en salud al 100 por ciento de la población nacional, pero no fue así y los recursos no alcanzaron a cobijar a toda la población vulnerable, objetivo del régimen subsidiado y por la poca creación de empleo formal, la cobertura en el régimen contributivo no creció en forma significativa.

Teniendo en cuenta que el sector salud se halla enmarcado dentro del SGSSS (creado por la Ley 100 de 1993) y que además, apunta hacia el logro de una mayor equidad, solidaridad y calidad, también contempla, por un lado la cobertura de contingencias mediante el aseguramiento y por el otro, acceso y mayor utilización de los servicios de salud.

Sin embargo, el cumplimiento cabal de las anteriores líneas es trastocado por una serie de circunstancias, en donde pareciera que la teoría es superada por la realidad; dado que las cifras reportan avances en la consecución de objetivos,

¹⁵ ASOCIACIÓN PROBIENESTAR DE LA FAMILIA COLOMBIANA PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía en Salud (ENDS) 2005. [Base de datos en línea] [Citado 17 de Noviembre de 2006]. Disponible en Internet <http://www.profamilia.org.co/encuestas/02consulta/14sistema/01afiliacion.html#g14_1>

metas, planes, programas y proyectos, pero no, el logro al ciento por ciento de los mismos.

Según datos consignados en la página oficial de la Presidencia de la República, uno de los objetivos constitutivos de las Bases del Plan Nacional de Desarrollo Hacia un Estado Comunitario (2002-2006): “construir equidad social”, muestra en relación a la ampliación y mejoramiento de la protección y la seguridad social lo siguiente:

- El reporte en la expansión de la cobertura entre 1992 y 1997, pasando de 8,9 millones a 22,0 millones de afiliados, siendo la ampliación de los beneficios al grupo familiar y el acceso al régimen subsidiado, los factores determinantes del incremento en la afiliación.
- En términos de equidad el 20% más pobre de la población amplió su cobertura del 4,2% al 43,1% y en cuanto a la desigualdad en el acceso a los servicios de salud, la reducción fue notable, mientras que en 1993 el 40% más pobre representaba el 64% de la población no atendida, en el año 2000 este porcentaje no superaba el 50%.
- Entre los años 1998 y 2000, el crecimiento en la cobertura comenzó a disminuir como resultado de varios factores: 1) la crisis económica y la flexibilización laboral progresiva redujo el número de afiliados cotizantes; 2) la caída del recaudo real del régimen contributivo afectó a su vez, los recursos de solidaridad del régimen subsidiado; 3) la no inclusión en el Presupuesto General de la Nación la totalidad de los recursos disponibles en la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA); 4) el gasto creciente e ineficiente en los hospitales del Estado, los cuales deben comportarse como agentes de mercado para transformar los subsidios de oferta a demanda o verse abocados a la muerte institucional y 5) la evasión y elusión de aportes al sistema.
- Las coberturas de vacunación del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) han venido cayendo desde 1996, aunque con alguna recuperación en el 2000 y 2001. Aún así, pese a los esfuerzos, preocupa el aumento de enfermedades inmunoprevenibles en la infancia: sarampión, tosferina, neumonía; enfermedades diarreicas y brotes epidémicos de malaria, dengue y enfermedades transmitidas por vectores, aparentemente erradicados y controlados.

- En el campo de la salud pública la mortalidad infantil, atención y el cuidado prenatal presentan avances con posterioridad a la aprobación de la Ley 100, (la atención médica prenatal aumentó de 82% en 1990 a 91% en el año 2000).
- Las falencias identificadas, se encuentran relacionadas con los problemas de deficiencia en las gestiones administrativas y financieras para cumplir compromisos con proveedores, fallas en los sistemas de información dirigidos a los usuarios (as), baja capacidad resolutive y organizativa de las IPS ante los procesos de atención, incluidas las acciones de promoción y prevención, deterioro de plantas físicas y equipos, bajo sentido de pertenencia y hasta dificultad en la adaptación hacia procesos de cambio por parte de beneficiarios (as) y funcionarios (as)¹⁶.

Sin lugar a dudas, el eje alrededor del cual ha girado todo el conjunto de estadísticas, cifras y porcentajes, independientemente del área de estudio, continúan siendo los grupos poblacionales afectados por el mercado del aseguramiento, ellos son: hombres y mujeres discriminados por grupos étnicos y características propias de la evolución anatómica y fisiológica de la vida humana: niños y niñas, jóvenes, mujeres en estado de embarazo, adultos (as) jóvenes y adultos (as) mayores.

Si bien es cierto, un país que procure efectivamente la garantía en la prestación del servicio de salud, trascendiendo las cifras de programas y acciones prioritarias formuladas para la población en general; obtendrá mejores condiciones de salud al ser respaldadas por factores básicos como la educación, trabajo y vivienda digna.

La salud como servicio público, entiéndase este último, según el Decreto 753 de 1956 como: “toda actividad organizada que tiende a satisfacer necesidades de interés general en forma regular y continua, de acuerdo con un régimen jurídico

¹⁶ PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006. Hacia un Estado Comunitario. [Base de datos en línea] [Citado 10 de febrero 2007] Disponible en Internet<<http://www.presidencia.gov.co/planeacion/cap3/cap2.htm#1>>

especial, bien que se realice por el Estado, directa o indirectamente, o por personas privadas¹⁷; es al mismo tiempo, el medio a través del cual el Estado cumple con sus fines esenciales de servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes constitucionales, tal como lo expresa el segundo artículo de la Constitución Política de Colombia¹⁸.

De manera que el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población como finalidades sociales del Estado, lo conllevan a regular el servicio público de la salud, mediante la implementación de acciones legislativas al interior de las IPS, para de esta manera optimizar los servicios prestados, procurar la satisfacción de los usuarios (as) ante las falencias del SGSSS y continuar avanzando hacia la construcción definitiva de un modelo sanitario en donde se privilegien los aspectos de la vida y la salud, pasando de una concepción centrada en la enfermedad a una concepción de vida en sus múltiples dimensiones: social, biológica, económica, jurídica, ambiental.

En ese sentido, el establecimiento de formas de participación social en la prestación de servicios de salud (alianzas o asociaciones de usuarios, participación ciudadana y comunitaria), se han reglamentado a partir del Decreto N° 1757 de 1994; las actividades, procedimientos e intervenciones del POS mediante la Resolución N° 5261 de 1994; las actividades y procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el SGSSS a través de la Resolución N° 3997 de 1996.

¹⁷ Departamento Administrativo de la Función Pública. Decreto 753 de 1956. Diario Oficial N°. 29.019 del 25 de Abril de 1956, por el cual se sustituye el artículo 430 del Código Sustantivo del Trabajo. [Base de datos en línea] [Citado 24 de Noviembre de 2006]. Disponible en Internet <http://www.dafp.gov.co/leyes/D0753_56.HTM>

¹⁸ CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, Op. Cit., p. 12.

El obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública mediante el Acuerdo 117 de 1998; la adopción de normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica, detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública según la Resolución N° 412 de 2000.

Los lineamientos establecidos para la formulación y ejecución de los planes estratégicos, operativos y los recursos asignados para la salud pública del PAB 2005-2007, fueron determinados por la Circular Externa N° 018 de 2004 y en cuanto a las normas para garantizar la prestación de servicios con calidad y eficiencia, el Decreto N° 1011 del 2006 definió el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del SGSSS.

Así mismo, las acciones prioritarias establecidas en salud pública para la construcción de equidad social y el mejoramiento de la seguridad social, según el Plan Nacional de Desarrollo Hacia un Estado Comunitario fueron:

Sostenibilidad en la cobertura del PAI, protección a la familia, juventud y niñez con la implementación de la política pública para la infancia y la atención en el medio familiar y social comunitario, programas para la juventud y la mujer, plan nacional de alimentación y nutrición, prevención y atención de la violencia intrafamiliar, atención a ancianos, pobres y población con discapacidad, articulación de los programas de asistencia y protección social y reforma pensional que garantice equidad intra e intergeneracional¹⁹.

De otra parte, una substancial característica del avance en materia de legislación en salud, ha sido lo referido por la Ley 972 de 2005, por medio de la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano, a la

¹⁹ PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Plan Nacional de Desarrollo Hacia un Estado Comunitario. Ley 812 de 2003. [Base de datos en línea] [Citado 10 de febrero 2007] Disponible en Internet<<http://www.presidencia.gov.co/ley812.PDF>>

población que padece enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el SIDA.

Por consiguiente, pese a los avances normativos generados en torno a la Ley 100 de 1993, en razón del acceso en condiciones de eficiencia y calidad para la población, resulta ser una paradoja que ante el vasto panorama reglamentario en salud uno de los mayores inconvenientes encontrados en torno al SGSSS, a parte de las falencias en la atención farmacológica y las acciones de promoción y prevención, la gestión administrativa y financiera, halla sido la falta de información al usuario en cualquiera de los regímenes del sistema.

Por ello se hace necesario, el empoderamiento de los usuarios (as) de los servicios acerca de sus derechos y deberes en salud, la participación ciudadana y comunitaria, los lineamientos legales y procedimentales existentes, porque si bien es cierto, un grupo muy importante de personas los desconocen, quienes tienen acceso a los mismos no tienen interés en divulgarlos o sencillamente terminan instaurando acciones de tutela para garantizar y hacer cumplir derechos que legalmente ya poseen.

Lo anterior, en razón de las no conformidades manifestadas por los usuarios (as) del Centro de Medicina Preventiva de la Policía Nacional de Bucaramanga, durante el desarrollo de la experiencia de formación profesional desde el Sistema de Información y Atención al Usuario - SIAU -, respecto al desconocimiento de las formas diagnósticas para la detección temprana de alteraciones de agudeza visual, cáncer de cuello uterino y cáncer de seno; las insatisfacciones y toma de medidas legales frente a la institución (derechos de petición, denuncias ante la Defensoría del Pueblo, tutelas) ante las barreras en la accesibilidad y la inoportuna capacidad de respuesta para el desarrollo de los protocolos de detección temprana de enfermedades.

Ahora bien, resulta interesante examinar en lo referido hasta el momento, que la normatividad construida en relación al sector salud, se constituye en guía orientadora para la estructuración del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de Policía Nacional, dado que su condición de régimen especial o de excepción, no lo excluye del desarrollo de actividades, procedimientos e intervenciones de obligatorio cumplimiento en salud; así como tampoco, del establecimiento de lineamientos para su evaluación y seguimiento.

A continuación se expresan las normas que orientan el accionar de las entidades que las Fuerzas Militares y de Policía Nacional tienen a su cargo para la prestación de servicios de salud a sus afiliados (as) y beneficiarios (as).

2.1 LA SALUD EN EL RÉGIMEN EXCEPTUADO DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE POLICÍA NACIONAL

En materia de seguridad social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional la Ley 352 de 1997, establece la reestructuración del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de Policía Nacional (SSMP).

Según la ley en mención el SSMP se define como el conjunto interrelacionado de instituciones, organismos, dependencias, afiliados, beneficiarios, recursos, políticas, principios, fundamentos, planes, programas y procesos debidamente articulados y armonizados entre sí, para el cumplimiento de la misión: prestar el servicio público esencial en salud a sus afiliados y beneficiarios.

Dicho sistema se encuentra constituido por el Ministerio de Defensa Nacional, el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (CSSMP), el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM), el Subsistema de Salud de la Policía Nacional (SSPN) y los afiliados (as) y beneficiarios (as) del

Sistema. El Subsistema de Salud de la Policía Nacional lo conforman la Policía Nacional y la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional.

Sin embargo, la estructura definitiva del SSMP, se estableció bajo el Decreto 1795 del 2000 en donde se precisa la sanidad al interior de este sistema de salud como:

Un servicio público esencial de la logística militar y policial, inherente a su organización y funcionamiento, orientada al servicio del personal activo, retirado, pensionado y beneficiarios, siendo su objetivo principal el de brindar un servicio integral de salud en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación del personal afiliado y sus beneficiarios²⁰.

Los principios rectores de la prestación de los servicios de salud del SSMP, según los parámetros normativos de sanidad militar son los de calidad, ética, eficiencia, universalidad, solidaridad, protección integral, obligatoriedad, independencia de recursos, atención equitativa y preferencial, descentralización y desconcentración, integración funcional, racionalidad, unidad, autonomía y equidad.

En relación al Subsistema de Salud de la Policía Nacional, la dependencia a nivel nacional encargada de administrar e implementar las políticas que emite el CSSMP, los planes y los programas que coordina el Comité de Salud de la Policía Nacional respecto del Subsistema de Salud, es la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional.

Entre tanto, como parte integrante del SSPN los Establecimientos de Sanidad Policial (ESP), tienen como objeto la prestación de los servicios de salud a los afiliados (as) y beneficiarios (as) del Subsistema, los cuales se hallan

²⁰ POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA. Ministerio de Defensa Nacional. Decreto 1795 de 2000. Por el cual se estructura el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de Policía Nacional. [Base de datos en línea] [Citado 18 de Agosto de 2006] Disponible en Internet<<http://www.policia.gov.co/inicio/portal/normas.nsfdh4f709c9f72f168605256b02004f2316/baaf014de6b3901886256b5f00751ccb?OpenDocument>>

subordinados por la Dirección de Sanidad Policial Nacional para garantizar la continuidad e integralidad de los servicios de salud.

Ahora bien, en relación al conjunto de actividades contenidas en el plan de servicios de sanidad militar y policial, según el capítulo II del Decreto 1795 del 2000 se encuentran establecidas las siguientes áreas:

- Salud Operacional: son las actividades en salud inherentes a las Operaciones Militares y del Servicio Policial y las actividades de salud especializada que tienen por objeto prevenir, proteger y mantener la aptitud psicofísica especial que deben tener en todo tiempo los efectivos de las Fuerzas Militares y Policiales, para desempeñarse con seguridad y eficiencia en las actividades propias de cada Fuerza, incluyendo entre otras Sanidad en Campaña, Medicina Naval y Medicina de Aviación.
- Salud Ocupacional: son las actividades de medicina preventiva, medicina de trabajo, higiene y seguridad industrial, tendientes a preservar, mantener y mejorar la salud individual y colectiva del personal en sus ocupaciones habituales, con el fin de prevenir enfermedades y accidentes. Comprende igualmente las actividades conducentes a evitar que las enfermedades comunes sean agravadas por las condiciones laborales.
- Medicina Laboral: el SSMP realizará la evaluación de aptitud psicofísica al personal que se requiera para salir en comisión al exterior y procesos de selección, ingreso, escalafonamiento, reclutamiento, incorporación, comprobación, ascenso, permanencia y retiro del personal activo afiliado al SSMP del Ministerio de Defensa Nacional y demás circunstancias del servicio que así lo ameriten. Igualmente el SSMP asesorará en la determinación del tiempo de incapacidad y del grado de invalidez del personal, de conformidad con las normas vigentes.
- Atención de los Accidentes Trabajo y Enfermedad Profesional (ATEP): se definen como el conjunto de actividades y procedimientos en salud tendientes a prevenir, atender y rehabilitar a los afiliados de los efectos derivados de accidentes de trabajo y enfermedad profesional.
- Plan de Atención Básica: el Ministerio de Salud incluirá a los usuarios del SSMP en el desarrollo y ejecución de los programas del Plan de Atención Básica (PAB), de que trata el Artículo 165 de la Ley 100 de 1993.

- Planes Complementarios: el SSMP, previo concepto favorable del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, podrá ofrecer planes complementarios a través de sus Establecimientos de Sanidad o de aquellos con las cuales tenga contratos para la prestación del Plan de Servicios de Sanidad. Tales planes serán financiados en su totalidad por los afiliados o beneficiarios.
- Atención de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional: la prestación de los servicios de salud derivados de accidentes de trabajo o enfermedad profesional estará a cargo del SSMP.
- Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito: el Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud pagará los servicios que preste el SSMP de conformidad con lo dispuesto en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993 y las disposiciones que lo adicionen o modifiquen. Los casos de urgencia generados en acciones terroristas ocasionados por bombas y artefactos explosivos ocurridos en actos de servicio serán cubiertos por el SSMP²¹.

De manera entonces que, el cubrimiento en la atención integral para los afiliados y beneficiarios del SSMP, en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación, enfermedad general y maternidad, asistencia médica, quirúrgica, odontológica, hospitalaria, farmacéutica, entre otros servicios asistenciales en Hospitales, Establecimientos de Sanidad Militar y Policial y de ser necesario en otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud dentro del país, serán efectivas para todas aquellas personas que se encuentren insertas en el SSPN bajo las siguientes dos especificaciones:

a) Los afiliados cotizantes, son todas aquellas personas que hacen aportes al Subsistema de Salud de la Policía Nacional²², equivalente al 4% del sueldo y tienen derecho a vincular beneficiarios. Luego entonces, los afiliados sometidos al régimen de cotización son:

²¹ Ibid. , p. 36

²² POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA. Dirección General. Dirección de Sanidad. Subsistema de Salud de la Policía Nacional. Aspectos Generales. Acceso a los servicios. Decreto 1795 / 2000. Art. 23. [Base de datos en línea] [Citado 23 de Agosto de 2006] Disponible en Internet-<<http://www.policia.gov.co/inicio/portal/unidades/disan.nsf/pagina/apros>

- Los miembros de la Policía Nacional en servicio activo.
- Los miembros de la Policía Nacional en goce de asignación de retiro o pensión.
- El personal no uniformado, activo y pensionado de la Policía Nacional que se haya vinculado con anterioridad a la vigencia de la Ley 100 de 1993.
- El personal no uniformado activo y pensionado de la Policía Nacional que se rige por la Ley 100 de 1993 y que a la fecha de la publicación del presente Decreto, se encuentren afiliados al SSMP.
- Los beneficiarios de pensión o de asignación de retiro por muerte del personal en servicio activo, pensionado de la Policía Nacional.
- Los beneficiarios de pensión por muerte del personal no uniformado, activo o pensionado de la Policía Nacional.

En consecuencia, para los afiliados sometidos al régimen de cotización, se constituyen como beneficiarios SSPN los siguientes:

- El cónyuge o el compañero o la compañera permanente del afiliado. Para el caso del compañero(a) sólo cuando la unión permanente sea superior a dos (2) años.
- Los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges o compañero (a) permanente, que hagan parte del núcleo familiar o aquellos menores de 25 que sean estudiantes con dedicación exclusiva y que dependan económicamente del afiliado.
- Los hijos mayores de 18 años con invalidez absoluta y permanente, que dependan económicamente del afiliado y cuyo diagnóstico se haya establecido dentro del límite de edad de cobertura.

➤ A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente e hijos con derecho, la cobertura familiar podrá extenderse a los padres del afiliado, no pensionados que dependan económicamente de él.

b) Los afiliados no sometidos al régimen de cotización, son aquellas personas subsidiadas por el sistema de salud, que no hacen aportes económicos y por consiguiente no tienen derecho a vincular beneficiarios, ellos son:

➤ Los alumnos de las escuelas de formación de Oficiales y Suboficiales de la Policía Nacional y los alumnos del nivel ejecutivo de la Policía Nacional.

➤ Las personas que se encuentren prestando el servicio militar obligatorio.

Del mismo modo, los servicios de sanidad militar y policial se suspenderán de estar presentes los siguientes hechos, considerados como causales de desafiliación para los beneficiarios del SSPN:

➤ *Para el cónyuge o el compañero (a) permanente:* 1. Por muerte; 2. Por declaración judicial de nulidad o inexistencia del matrimonio. Por sentencia judicial de divorcio válida en Colombia o por separación judicial o extrajudicial de cuerpos, ó cuando no hiciere vida en común con el cónyuge o compañero (a) permanente afiliado.

➤ *Para los hijos:* 1. Por muerte; 2. Cuando constituya familia por vínculo natural o jurídico; 3. Por haber cumplido la edad límite establecida 25 años; 4. Por independencia económica. 5. Por ser mayor de 18 años y no acreditar calidad de estudiante.

Como consideraciones finales, se tienen los derechos y deberes en salud que tanto afiliados (as) y beneficiarios (as) del SSPN, están en condiciones

de cumplir, según lo reglamentado en el Decreto 1795 de 2000²³.

2.1.1 Derechos. Recibir información clara y suficiente del médico tratante sobre su enfermedad, procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el riesgo que conllevan.

- Acceder a la atención integral en salud que comprende las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación según lo establecido en el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia.
- Recibir un trato digno respetando sus creencias, costumbres y opiniones personales sobre la enfermedad.
- Tener confidencialidad sobre los informes de historia clínica, guardando el secreto profesional y solo con su autorización o en virtud de orden judicial sean conocidos.
- Tomar la decisión de donar o no, órganos para posibles trasplantes o investigaciones científicas (expresadas por escrito) la cual debe ser respetada.
- Morir dignamente en los términos que lo permita la constitución y las leyes.
- Recibir de la institución los beneficios de los recursos y las tecnologías disponibles para atender la enfermedad.
- Acceder a los diferentes servicios, horarios y programas organizados por la institución.
- Presentar no conformidades, sugerencias, peticiones y que sean tramitadas.

²³ Ibid., p. 38

2.1.2. Deberes. Tratar a los empleados de la entidad con amabilidad, respeto y consideración.

- Suministrar al médico, la información que se requiera referente a su enfermedad.
- Respetar la intimidad de los y las demás pacientes.
- Hacer uso racional de los servicios medico-asistenciales, cuidar las instalaciones y los elementos que se le suministren para su atención y tratamiento.
- Presentar el carné que lo acredita como afiliado, el documento de identidad y anexar las autorizaciones dadas para acceder a la prestación del servicio.
- Acceder al primer nivel de atención exceptuando las urgencias, para poder ser remitido (a) a un nivel más complejo.
- Cumplir oportunamente las citas que haya solicitado o cancelar mínimo con 48 horas de antelación.
- Denunciar ante las autoridades competentes la pérdida del carné del afiliado y dar avisos a la oficina de Talento Humano correspondiente.
- Cumplir las indicaciones de los profesionales de la salud.
- Procurar el cuidado de la salud y dar cumplimiento a las disposiciones de carácter preventivo, seguridad industrial e higiene dictadas por el SSPN.

3. POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

Constitucionalmente, la Fuerza Pública²⁴ está integrada en forma exclusiva por las Fuerzas Militares y la Policía Nacional. Para su defensa, la nación cuenta con fuerzas militares permanentes constituidas por el Ejército, la Armada y la Fuerza Aérea; cuya finalidad primordial es salvaguardar la soberanía, la independencia, la integridad del territorio nacional y el orden constitucional.

La Policía Nacional por el contrario, es definida como: “Un cuerpo armado permanente de naturaleza civil, a cargo de la Nación, cuyo fin esencial es el mantenimiento de las condiciones necesarias para el ejercicio de los derechos y libertades públicas y para asegurar que los habitantes de Colombia convivan en paz”²⁵.

Históricamente, en Colombia la Policía Nacional²⁶ se crea según el Decreto N° 1000 del 5 de noviembre de 1891, siendo para ese entonces presidente encargado de la república el doctor Carlos Holguín Mallarino. En Santander, el Departamento de Policía fue fundado el 16 de diciembre de 1960 mediante el Decreto N° 2865 y actualmente se halla bajo el mando del señor Brigadier General Álvaro Enrique Miranda Quiñónez quien recibió el mando del Brigadier General Jaime Otero Jiménez, comandante de la regional 5 de Policía.

A nivel nacional, la Policía está organizada de acuerdo a la división geográfica del país, a manera de regiones con sus respectivas jurisdicciones (ver anexo A), contando con un Comando de Departamento de Policía en cada uno de los

²⁴ CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, Op. Cit., p. 84.

²⁵ Ibid., p. 85.

²⁶ Reseña Histórica Policía Nacional. [Base de datos en línea] [Citado 25 de enero de 2007] Disponible en Internet <<http://www.policia.gov.co/inicio/portal/unidades/institucion.nsf/paginas/Historia>>

departamentos y en las tres ciudades más grandes: Bogotá, Medellín y Cali, un Comando de Policía Metropolitana adicional.

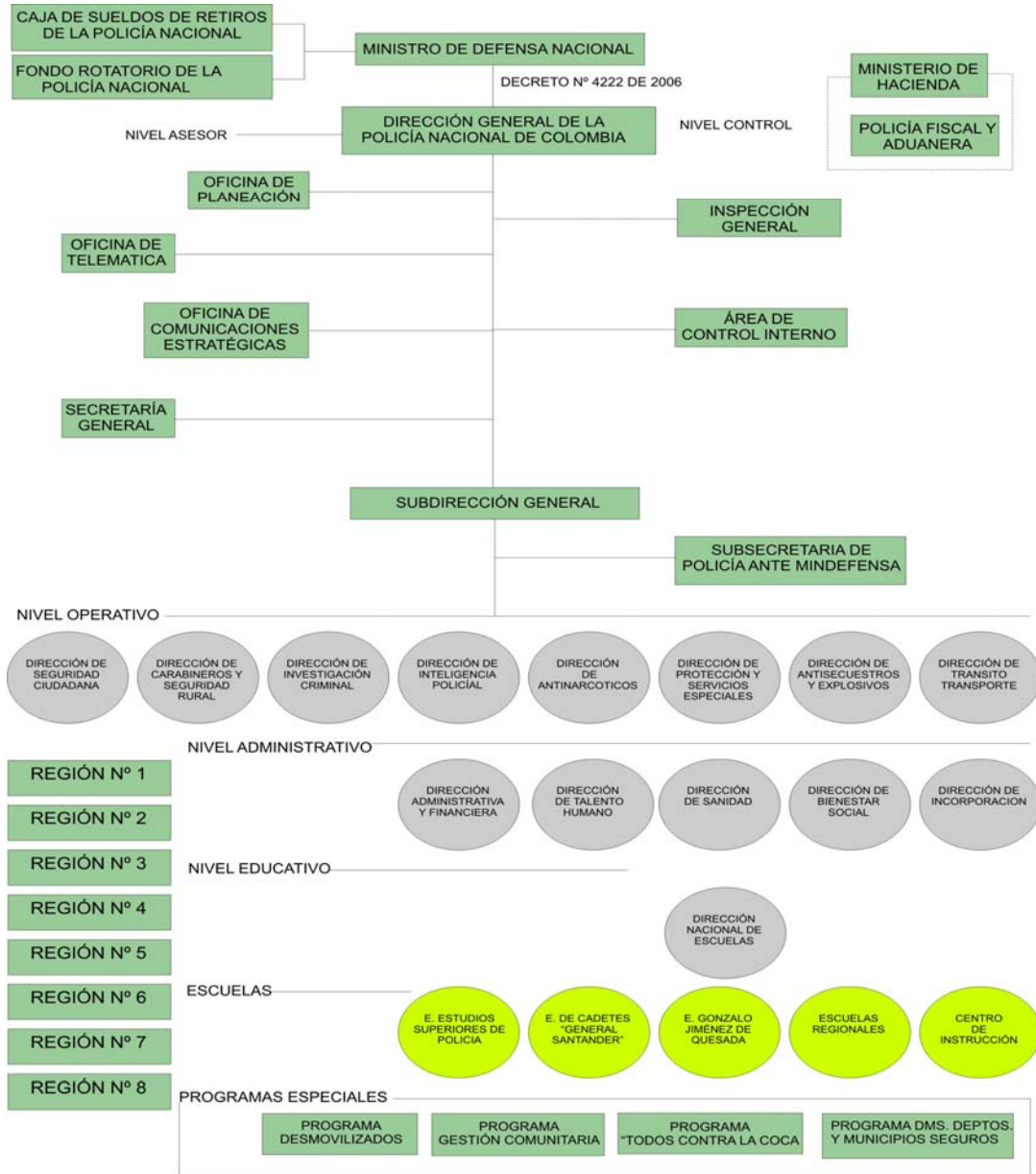
Para dar cumplimiento a su misión constitucional la Policía Nacional cuenta actualmente con 15 direcciones, una subdirección, una inspección y cuatro oficinas asesoras, representadas en la nueva estructura orgánica policial autorizada por el gobierno nacional y que además adquiere su legalidad jurídica, mediante el Decreto N° 4222 del 23 de noviembre del 2006 (ver figura 2), el cual modifica parcialmente la estructura del Ministerio de Defensa Nacional (Decreto N° 049 de 2003).

De otra parte, los retos institucionales de la Policía Nacional denominados Imperativos Estratégicos 2007-2010²⁷, apuntan al fortalecimiento y eficiencia del servicio policial en un contexto de seguridad y participación ciudadana definidos en siete frentes (ver cuadro 1).

En relación con la identidad corporativa, la institución cuenta con elementos propios representados por el escudo, la bandera, el himno, los uniformes y las insignias que indican el grado y/o especialidad (oficial, ejecutivo, suboficial), a la cual pertenecen los hombres y mujeres que integran la entidad.

²⁷ POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA. Retos y Responsabilidades. [Base de datos en línea] [Citado 1° de febrero de 2007] Disponible en Internet < <http://www.policia.gov.co/>

Figura 2. Estructura Organizacional de la Policía Nacional



Fuente: Página oficial de la Policía Nacional <http://www.snportal.policia.gov.co>

Cuadro 1. Imperativos estratégicos institucionales.

1) Seguridad ciudadana integral, prioritaria y prospectiva.	4) Ofensiva definitiva contra el narcotráfico.
2) Policía rural, un compromiso con el futuro del país.	5) Gestión Humana y calidad de vida óptima.
3) Investigación criminal e inteligencia proactiva.	6) Cultura de legalidad, compromiso institucional individual.
7) Desarrollo proyectivo.	

Fuente: Página oficial de la Policía Nacional <http://www.policia.gov.co/>

3.1 PLATAFORMA ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL

A continuación se plasman los lineamientos del Direccionamiento Estratégico²⁸ de la Policía Nacional en el territorio colombiano.

3.1.1 Visión. La Policía Nacional de Colombia será una Institución confiable, competente y sólida; sustentada en el profesionalismo, motivación y comportamiento ético de sus hombres y en los avances tecnológicos se integra con la comunidad para la construcción de una convivencia solidaria, pacífica y segura.

3.1.2 Misión. Contribuir a la satisfacción de las necesidades de seguridad y tranquilidad públicas, mediante un efectivo servicio fundamentado en la

²⁸ Policía Nacional de Colombia. Direccionamiento Estratégico. [Base de datos en línea] [Citado 25 de enero de 2007] Disponible en Internet <<http://www.policia.gov.co/inicio/portal/unidades/institucion.nsf/Paginas/Principal>>

prevención, investigación y control de delitos y contravenciones, generando una cultura de solidaridad que permita a los habitantes de Colombia convivir en paz.

3.1.3 Valores Corporativos. Responsabilidad: Hacer buen uso de la libertad, elegir en cada momento el proceder conveniente para responder a las exigencias del servicio. Sirve: para fomentar la confianza y seguridad en las tareas diarias.

- **Tolerancia:** Capacidad de respetar la diferencia frente al otro con voluntad de concertación cuando no se comparta la misma opinión. Sirve: como la mejor forma de solidaridad, cooperación y aceptación de las realidades y de las personas.
- **Lealtad:** Actitud que impulsa con firmeza a la defensa de los principios y valores institucionales. Sirve para mantenerse con firmeza y constancia ante las acciones y reacciones con los demás.
- **Honestidad:** Actuar con rectitud, sinceridad, transparencia y legalidad haciendo consistentes las palabras como ejemplo. Sirve: para mejorar las relaciones interpersonales y sentirse bien consigo mismo.
- **Respeto:** Atención y consideración que se tiene hacia el otro. Caer en cuenta de su existencia reconociendo su dignidad como persona. Sirve: para la estabilidad de la comunidad humana.
- **Justicia:** Actuar con derecho, razón, equidad e imparcialidad hacia el bien común e interés general. Sirve para vivir con dignidad, teniendo cada cual lo que necesita para realizarse de forma integral.
- **Vocación de Servicio:** Sentir devoción y convicción por lo que se hace en función de la Institución y de la ciudadanía. Sirve: para impulsar y promover las

personas e instituciones obteniendo mayor productividad y ánimo en la consecución de los fines.

Esta serie de valores propuestos y descritos por la Policía Nacional, son los que orientan el desempeño del personal que presta sus servicios a la entidad y por ende al equipo humano de profesionales vinculados a sus distintas dependencias administrativas y operativas (ver figura 3).

Figura 3. Esquema de valores corporativos.



Fuente: Diagramación elaborada por la autora. Bucaramanga: 2006.

3.2 ANTECEDENTES DEL ÁREA DE LA SALUD EN LA SECCIONAL SANIDAD SANTANDER

Hacia finales de la década de los 60's, las instalaciones del Comando de la Policía de Santander²⁹ son adaptadas para la prestación de servicios en salud, específicamente los de enfermería y primeros auxilios. En 1970 se amplían los servicios, incorporándose las áreas de medicina general, odontología, pediatría, ginecología y farmacia para el suministro de medicamentos en las instalaciones de la carrera 27 con calle 51.

Seis años después, siendo Comandante del Departamento el Señor Coronel Gilberto Sanclemente Velásquez, se aprueban los planos para la edificación de la Clínica del Departamento de Policía Santander, en terrenos situados en el sector de la Ciudadela Real de Minas.

Para la fecha del 17 de enero de 1985, la Clínica Regional del Oriente -CLIRE- inició su funcionamiento, siendo Comandante del Departamento el señor Coronel Rafael Guillermo Muñoz Sanabria. Luego, hacia 1993 se creó el Instituto para la Seguridad Social y Bienestar de la Policía Nacional (artículo 33 de la ley 62), coexistiendo la Clínica Regional del Oriente como dependencia de la Subdirección de prestación de servicios de salud, para posteriormente constituirse como Dirección de Sanidad de la Policía Nacional a partir del 31 de diciembre de 1997.

Como hecho representativo, en la Clínica Regional del Oriente el área de Promoción y Mantenimiento de la Salud, se inició a mediados del año 1996 orientando su labor hacia el control de madres gestantes, crecimiento y desarrollo, pacientes con enfermedades de endotelio y vacunación.

²⁹POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA. Dirección de Sanidad Seccional Santander. Archivo histórico de la oficina de Gestión y Calidad. Clínica Regional del Oriente. Bucaramanga 2006.

De manera sucesiva, se fueron incorporaron programas cuyo centro de acción estuvo dirigido hacia el fortalecimiento y mejoramiento de la salud mental de la comunidad policial del departamento de Santander, la promoción y prevención de enfermedades periodontales y el área de Gerontología con el fin de desarrollar actividades con los pensionados, uniformados y no uniformados próximos a retirarse de la Policía Nacional.

De otra parte, se destaca para el año de 1999 la creación y organización del Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU) según Resolución 186 del mismo año, con el propósito de orientar a los usuarios (as) en el conocimiento de las características del SSPN, en el ejercicio de sus derechos y deberes en salud y en la calidad de los servicios ofrecidos por los ESP, constituyéndose de esta forma el proceso gerencial “Garantía e Información al Usuario, en concordancia con las actividades que desde allí se realizan.

El Sistema de Información y Atención al Usuario en el SSPN, según el Manual del Funcionario SIAU, es concebido como:

- El conjunto de normas internas y externas, talento humano y procesos que interactúan a fin de prestar una adecuada atención y/o servicio a los usuarios, desde su ingreso hasta su egreso, en la atención ambulatoria, hospitalaria y administrativa, ofrecida en los Establecimientos de Sanidad Policial.
- Su objetivo general, es el de apoyar y fomentar el mejoramiento de la calidad de la prestación de los servicios de salud, con la participación de los usuarios en los ESP a través de las siguientes líneas de acción:
- Proporcionar y establecer un canal de comunicación directo y eficaz entre el usuario y la organización, para facilitar la expresión del grado de satisfacción por el servicio recibido.
- Utilizar los resultados de las actividades del SIAU como herramienta para la toma de decisiones en el proceso de mejoramiento continuo.

- Fomentar la filosofía de “servicio” entre funcionarios, afiliados (as) y beneficiarios (as), promoviendo la humanización de los mismos en los Establecimientos de Sanidad Policial.
- Monitorear desde la óptica del usuario la calidad de la atención de la red contratada, la prestación de servicios y el suministro de elementos.
- Promover los equipos líderes de información, conformados por usuarios consultantes de los ESP para asumir roles como multiplicadores de información y/o veedores con juicio crítico de los servicios de salud³⁰.

Hacia el año 2003, se establecieron las Seccionales de Sanidad y se habilitaron los Establecimientos de Sanidad Policial de Nivel I de atención en los Distritos de Barrancabermeja, Barbosa, San Gil, Socorro, Málaga y Vélez; donde se prestan los servicios de Medicina General, Odontología General, Enfermería y los contratados por red externa con los hospitales de cada municipio.

Dos años más tarde se instituye el Centro de Medicina Preventiva “CEPRE” en la ciudad de Bucaramanga, como ESP de nivel I de atención, ofreciendo los servicios de Medicina y Odontología General, Promoción y Mantenimiento de la Salud.

Análogamente a las actividades propias de la atención en salud, dicho establecimiento es también escenario para el desarrollo de prácticas de formación profesional de algunos claustros universitarios, como es el caso de la Universidad Santo Tomás a nivel de la preparación física y deportes y la Universidad Industrial de Santander desde el área de Trabajo Social.

En lo concerniente al registro de la población afiliada y beneficiaria del SSPN (ver cuadro 2), se hallan adscritos hasta la presente los siguientes:

³⁰ POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA. Dirección de Sanidad. Manual del Funcionario SIAU. Sistema de Información y Atención al Usuario. Garantía de Calidad e Información al Usuario. p 69.

Cuadro 2. Registro poblacional SSPN departamento de Santander.

Oficiales hombres y mujeres	214
Nivel Ejecutivo	3910
Suboficiales	109
Agentes	1239
Pensionados	3662
Beneficiarios	12917
Alumnos (Escuela Carabineros Vélez)	688
Auxiliares Regulares	1225
No uniformados	149
Total	24113

Fuente: Policía Nacional. Oficina Gestión y Control. Clínica Regional del Oriente Colombiano - CLIRE – Bucaramanga: 2006.

En cuanto a la estructura organizacional de la Seccional Sanidad Santander (ver figura 4), las áreas allí dispuestas son las que posibilitan el direccionamiento de la atención en salud, de todas aquellas personas que usufructúan los servicios de sanidad policial.

No obstante, es preciso mencionar dos aspectos relevantes para el caso particular del presente informe, uno de ellos es que en los ESP las acciones correspondientes a la atención en salud de primer nivel, son las actividades de promoción y prevención, desarrollo de actividades del PAB, consulta de medicina general, odontología general, laboratorio clínico e imagenología de baja

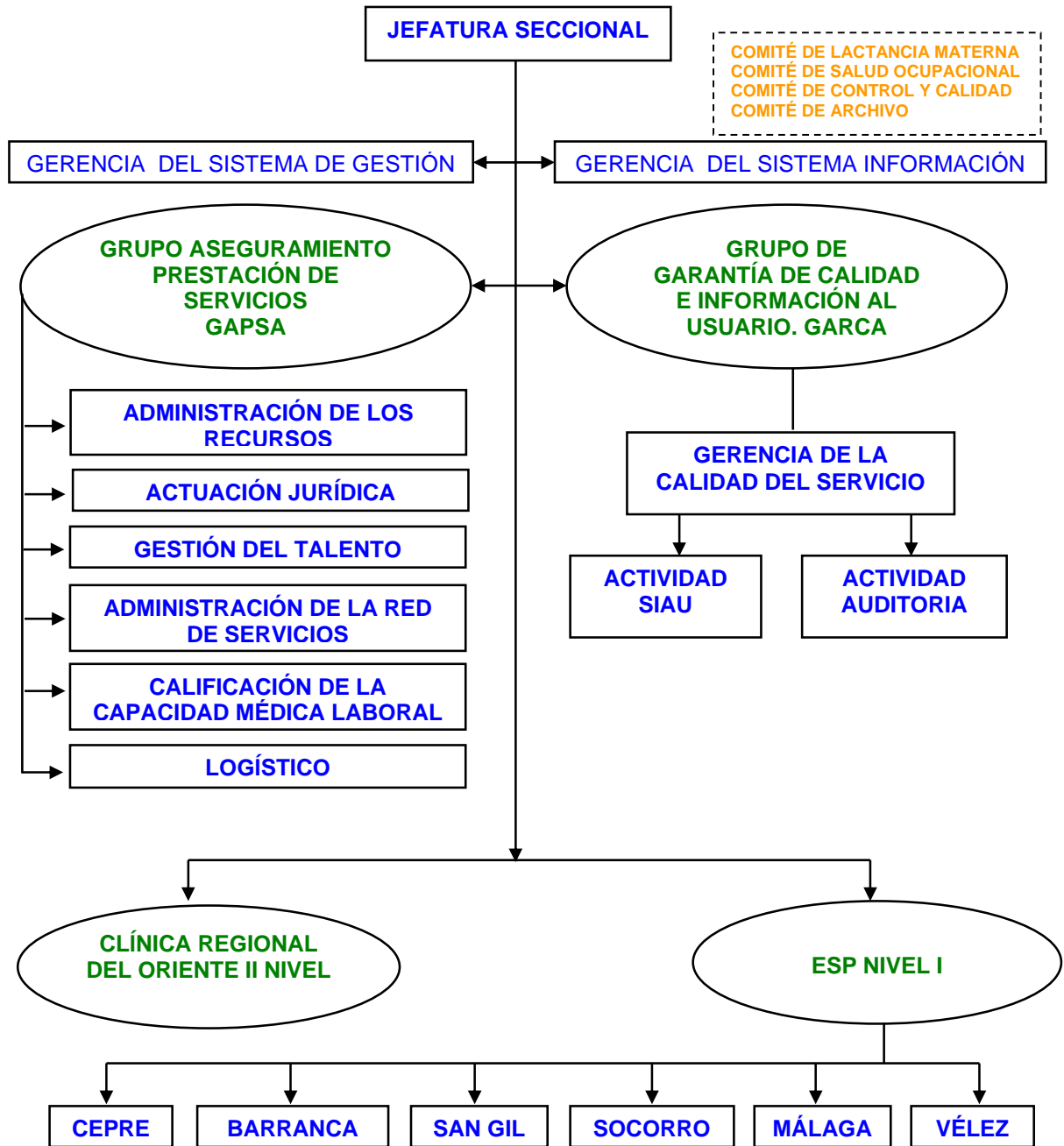
complejidad, hospitalización, atención de urgencias y de partos de baja complejidad, terapia respiratoria, optometría, nutrición y psicología.

Adicionalmente, se realizan en este nivel actividades prioritarias en salud pública tales como: vacunación, toma y entrega de resultados de citología vaginal, actividades para la regulación de la fecundidad (asesorías y entrega de métodos de planificación) y la suplementación de micro nutrientes a menores de edad y gestantes, entre otras.

El segundo aspecto, es el posicionamiento del Sistema de Atención e Información al Usuario, al interior de las gerencias para la calidad del servicio y el sistema de información, así como también del grupo de garantía de calidad e información al usuario, lo cual devela la injerencia de dicho sistema en la toma de decisiones emanadas desde la jefatura de la Seccional Sanidad Santander, tanto para el primer y segundo nivel de atención en salud.

Este último incluye los servicios de consulta médica, hospitalización y atención de urgencias de especialidades básicas (Ginecobstetricia, Pediatría, Medicina Interna y Cirugía) y algunas subespecialidades; atención de partos y cesáreas de mediana complejidad, laboratorio e imagenología de mediana complejidad, atención odontológica general y especializada, consultas de nutrición, psicología, optometría y terapias de apoyo para rehabilitación funcional.

Figura 4. Organigrama de la Seccional Sanidad Santander.



Fuente: Oficina Sistema de Información y Atención al Usuario SIAU - CLIRE. Bucaramanga: 2006.

4. CENTRO DE MEDICINA PREVENTIVA - CEPRE - POLICÍA NACIONAL DE BUCARAMANGA

El desarrollo de la experiencia de formación profesional durante el segundo semestre del año 2006, tuvo lugar en el Centro de Medicina Preventiva - CEPRE - específicamente en el Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU) de este Establecimiento de Sanidad Policial, ubicado en el centro de Bucaramanga (Santander) en la carrera 20 N° 36-68.

El Centro de Medicina Preventiva CEPRE, se fundamenta como un proyecto institucional de la Seccional Sanidad Santander, a partir de los lineamientos trazados en la Seccional Sanidad Valle del Cauca el 15 de diciembre del año 2003 por el Mayor Odontólogo Pediatra Cesar Alberto Bernal Torres³¹ Jefe de la Seccional en ese momento y promotor del proyecto denominado: “Centro de Medicina Preventiva CEPRE”.

La finalidad de dicho proyecto, fue la de brindar a los afiliados (as) y la población beneficiaria una atención integral y específica enmarcada en el contexto del mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad y promoción del autocuidado, para optimizar y favorecer el bienestar de los usuarios (as) que hacen parte del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

Hacia el año 2005, con la llegada del nuevo Jefe de la Seccional Sanidad Santander, se empezó a visualizar un espacio que facilitara la ejecución de los programas del área de Promoción y Prevención, puesto que la distribución física

³¹ POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA. Dirección de Sanidad Seccional Valle del Cauca. Manual de Organización de Funciones del Centro de Medicina Preventiva “CEPRE”. Área de Promoción y Mantenimiento de la Salud. Santiago de Cali: 2005

de la CLIRE no permitía cumplir de manera satisfactoria las metas y parámetros exigidos por la Dirección de Sanidad.

Así pues, el 13 de Junio del 2005 se hizo apertura del Centro de Medicina Preventiva “CEPRE” en la ciudad de Bucaramanga, con el propósito de fortalecer los Programas del área de Promoción y Mantenimiento de la Salud, los servicios de Medicina General y Odontología General junto con la creación del Sistema de Información y Atención al Usuario “SIAU”. Éste último, orientando su quehacer hacia el suministro de información institucional a los usuarios (as) del servicio de salud.

4.1 OBJETO SOCIAL

El Centro de Medicina Preventiva -CEPRE- guía sus acciones a partir del cumplimiento de su visión y misión como Establecimiento de Sanidad Policial.

4.1.1 Visión. El Centro de Medicina Preventiva -CEPRE- Seccional Sanidad Santander, como unidad médica de atención ambulatoria garantizará la prestación de servicios integrales y efectivos orientados hacia la atención de Nivel I en Prevención de la Enfermedad, Promoción de la Salud, Medicina y Odontología General.

4.1.2 Misión. El Centro de Medicina Preventiva -CEPRE- contribuye a la optimización y fortalecimiento de los estilos de vida saludables de todos los afiliados (as) y beneficiarios (as) adscritos al Subsistema de Salud de la Policía Nacional Seccional Santander, con el desarrollo de programas de Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad y la atención de Nivel I.

4.2 OBJETIVOS INSTITUCIONALES

4.2.1 General. Brindar orientación y atención específica e integral a través del desarrollo de programas de Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad y consultas programadas correspondientes al Nivel I, para favorecer el mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios de la Seccional Sanidad Santander.

4.2.2 Específicos. Proveer servicios integrales de salud a partir de una visión multidisciplinaria del equipo de trabajo, para dar cumplimiento a las especificidades del Nivel I de atención, Promoción de Salud, Prevención de la Enfermedad, Medicina y Odontología General.

- Desarrollar las acciones propuestas en las metas del plan estratégico de la Dirección de Sanidad (DISAN), mediante la aplicación de programas educativos e informativos, asesorías y seguimientos asistenciales con énfasis en prevención de la enfermedad, promoción de la salud y consulta externa de Nivel I.

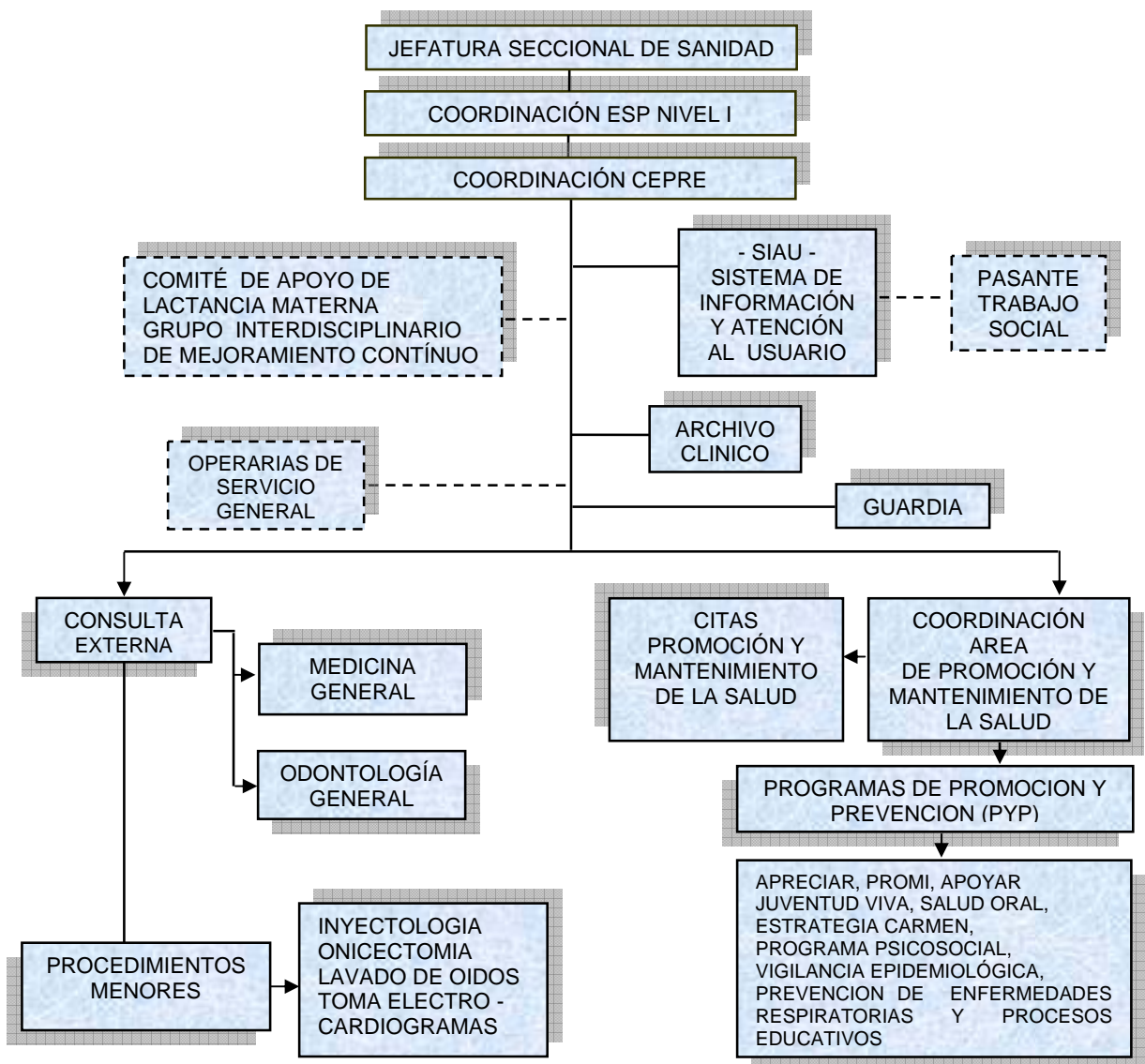
- Instaurar el Sistema de Información y Atención al Usuario - SIAU - siguiendo los parámetros establecidos por SIAU - CLIRE como pilar fundamental en el mejoramiento de los procesos de calidad, actuando como potencializador y mediador de las percepciones que los usuarios tienen de los servicios.

- Promover el uso adecuado del servicio de salud y los recursos existentes mediante el suministro oportuno de información a los beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

4.3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

La siguiente es la Estructura Organizacional que posibilita la prestación de los servicios de primer nivel de atención en el Centro de Medicina Preventiva de la Policía Nacional (ver figura 5).

Figura 5. Estructura Organizacional CEPRE.



Fuente: Iniciativa propuesta por la autora, participando de su construcción la Trabajadora Social del SIAU-CEPRE, Claudia Yaneth Borda Fernández. Bucaramanga: 2006.

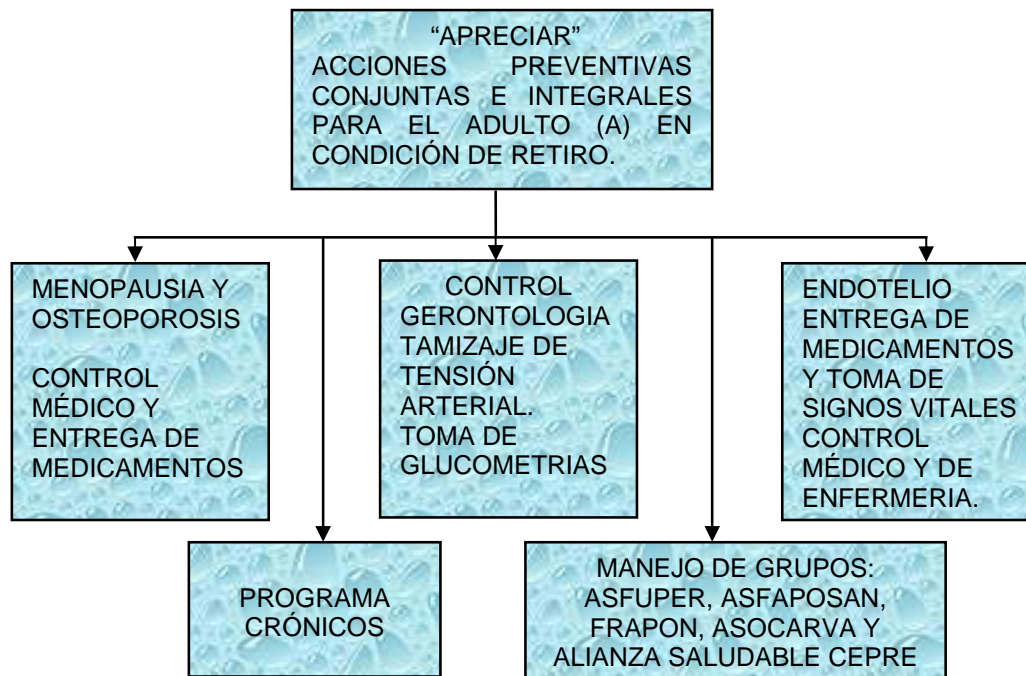
El Centro de Medicina Preventiva -CEPRE- hasta la presente, cuenta con diez programas dirigidos hacia la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de las enfermedades, congregándose dichas temáticas en el área de Promoción y Mantenimiento de la Salud. Seguidamente, se plasman a manera de esquema los programas y subprogramas determinados en este ESP para el bienestar de las personas pertenecientes al SSPN.

Es preciso aclarar, que la disposición de los esquemas ha sido fruto del trabajo documentado por la estudiante en proceso de formación profesional de la Universidad Industrial de Santander, con la orientación de la Trabajadora Social de la entidad, la Coordinadora del Área de Promoción y Mantenimiento de la Salud y el equipo humano de profesionales que allí labora; dado que los registros documentados sobre el contenido de los programas eran escasos, otro tanto incompletos y por esta razón surge la necesidad de aportar elementos que fundamentaran la construcción de la memoria institucional del CEPRE.

➤ **PROGRAMA APRECIAR:** orienta sus temáticas hacia la preparación de la población afiliada para el momento del retiro laboral y las acciones de promoción del autocuidado y prevención de la enfermedad para adultos (as) mayores (ver figura 6).

* **Menopausia:** Se define como la ausencia de sangrado menstrual, secundaria a la baja o nula producción de hormonas femeninas. La población objetivo son todas aquellas mujeres entre los 40 - 45 años de edad. Estas pacientes son remitidas por medicina general y se hace énfasis en los antecedentes ginecobstétricos (número de embarazos, abortos, ciclos menstruales, entre otros) en busca de patologías personales y familiares. Se les realiza examen físico (toma de tensión arterial, examen de mama y examen ginecológico), dentro de los exámenes paraclínicos o ayudas de laboratorio están las citologías cérvico-vaginales, mamografía y densitometría mineral ósea.

Figura 6. Esquema Programa APRECIAR



Fuente: Esquema propuesto por la autora con la asesoría del equipo de profesionales CEPRE. Bucaramanga: 2006.

Finalmente, se apoya fármacológicamente a las pacientes en casos muy específicos con terapia de reemplazo hormonal y en cuanto a las charlas educativas, éstas orientan a la población respecto a los cambios propios de esta etapa, además del autocuidado y el hallazgo de factores de riesgo.

* **Osteoporosis:** Su diagnóstico se realiza por toma de densitometría mineral ósea (DMO) en hombres y mujeres. Dentro de los factores de riesgo se hallan: menopausia, constitución pequeña, tabaquismo, factor hereditario y consumo de ciertos fármacos (corticoides). El propósito que se persigue es la detección de los factores de riesgo, apoyados en los reportes de DMO para luego iniciar el manejo farmacológico y la instauración de cambios en los estilos de vida de los (as) pacientes.

* **Control de Gerontología:** A nivel de gerontología el tratamiento no es farmacológico, es preventivo, educativo, de rehabilitación y de apoyo social al adulto (a) mayor y a su familia. En éste se valora la evolución del paciente dentro del proceso de envejecimiento y la enfermedad que le acompaña; se hace seguimiento y control mediante tamizajes, orientaciones acerca del funcionamiento del programa APRECIAR y la patología específica al paciente y su familia.

Además, se desarrollan talleres educativos, afinamientos, estimulación de memoria, control y seguimiento de actividades físicas a los grupos de pensionados y retirados de la Policía al igual que jornadas de promoción y prevención en las diferentes estaciones de la Policía Nacional Seccional Santander; con el personal próximo a retirarse se realizan talleres de preparación para el retiro laboral.

* **Subprograma de Endotelio:** Trata las enfermedades cuya causa proviene de trastornos derivados del endotelio (membrana que reviste el interior de los vasos sanguíneos) como las cardiopatías, neuropatías, enfermedades cardiovasculares tales como: hipertensión arterial, diabetes, dislipidemias (colesterol o triglicéridos elevados) y obesidad mórbida entre otras. Cuenta con un médico, una enfermera jefe y 1.420 usuarios registrados.

El médico: atiende a los (as) pacientes que ingresan por primera vez al programa, encargándose del control, seguimiento y valoración médica de la enfermedad; realiza ajustes en la medicación, toma de signos vitales y tramita remisiones requeridas con antelación o las consideradas pertinentes al médico especialista o al profesional que lo requiera. Pasa una hora diaria a endotelio en donde brinda atención a los (as) pacientes descompensados.

La Enfermera Jefe: realiza la transcripción mensual de las fórmulas junto con las respectivas recomendaciones al paciente según patología, toma de signos vitales,

remisiones cada dos meses al médico general y a nutrición si el o la paciente lo amerita.

***Subprograma Crónicos:** Está dirigido a pacientes hombres y mujeres con patologías que requieren control, medicación permanente y toma de signos vitales mensuales. Cuenta con un médico y 580 usuarios registrados. Si resulta pertinente se gestionan remisiones a especialistas así como ajustes en la medicación.

Los pacientes incluidos dentro de este subprograma son aquellos que poseen trastornos cognitivos, alergias, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer, convulsiones, problemas renales y hepáticos, asma, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, infecciones respiratorias agudas, afecciones oftálmicas, gástricas, psiquiátricas, auditivas, entre otras.

*** Manejo de Grupos:** Se realiza con el fin de fomentar el ejercicio físico, la adecuada nutrición y educación en prevención de la enfermedad (manejo de medicamentos, importancia del ejercicio físico y respiratorio, importancia de la higiene personal y autocuidado, tamizajes de toma de tensión arterial, dislipidemias, talleres de mantenimiento de la memoria y taller del cuidador). Los grupos orientados y el número de integrantes a la fecha son a saber:

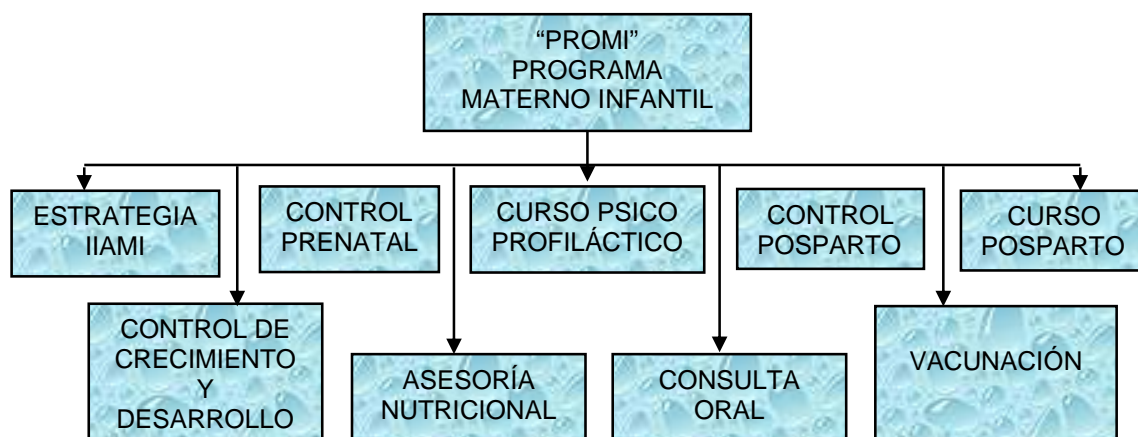
- **ASFUPER:** Asociación Fuerza Pública en Retiro Municipio de Piedecuesta (46 integrantes).

- **ASFAPOSAN:** Asociación de Esposas del Personal Fallecido de la Policía Nacional (30 integrantes).

- **FRAPON:** Fraternidad de Personas con Discapacidad de la Policía Nacional (42 integrantes).

- **ASOCARVA:** Asociación de Riesgo Cardiovascular (160 integrantes).
- **Alianza Saludable CEPRE** (60 integrantes).
- **PROGRAMA PROMI:** desarrolla un conjunto de actividades en función del vínculo afectivo entre padres, madres e hijos (as) nacidos y por nacer (ver figura 7).

Figura 7. Esquema Programa PROMI



Fuente: Esquema propuesto por la autora con la asesoría del equipo de profesionales CEPRE. Bucaramanga: 2006.

* **Estrategia IIAMI (Iniciativa Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia):** Promueve un conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones cuyo objetivo es fomentar el desarrollo de la lactancia materna como el mejor alimento para el bebé, siendo utilizada de manera exclusiva hasta los 6 meses de edad y con alimentación complementaria hasta los 24 meses.

Esta estrategia resalta los beneficios que el amamantamiento tiene para la madre, la comunidad y el medio ambiente. Su propósito, es reducir los índices de

morbimortalidad en la población materno infantil. Dentro de las actividades que cubre esta estrategia se encuentran: charlas grupales, capacitación a los funcionarios (as) del servicio de salud, consejería por la línea amiga (447295), consejería en lactancia materna, consulta nutricional, concurso del bebé lacto sano y remisión a los grupos de apoyo.

* **Control Prenatal:** Está dirigido a todas las mujeres gestantes. Permite identificar los riesgos con el embarazo y planificar el control de los mismos a fin de lograr una gestación adecuada, que facilite el parto y a su vez favorezca el nacimiento en condiciones óptimas, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y el hijo.

* **Curso Psicoprofiláctico:** Conjunto de actividades orientadas a preparar a las gestantes de manera integral sobre los diferentes aspectos de la gestación, parto, puerperio y pautas de crianza (cuidados, características de las etapas, actividades específicas de promoción y prevención), teniendo como punto de partida la eliminación del temor y el deseo de participar activamente en el proceso de formación y desarrollo de su hijo en compañía de su pareja y familia.

* **Vacunación:** El Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI - tiene a cargo la Eliminación, Erradicación y Control de las enfermedades inmunoprevenibles en Colombia, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por estas enfermedades en la población menor de 5 años (ver anexo B).

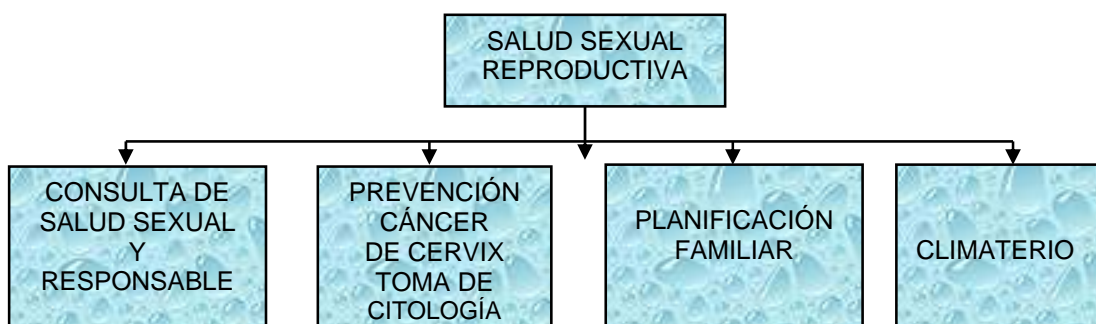
Anexo a este programa, se encuentra la llamada Vacunación Extra PAI en los ESP, aplicada a la población infantil con antecedentes patológicos particulares (ver anexo C). Este esquema incluye la vacuna neumococo - prevenar para niños (as) menores de 2 años y neumococo 23 para niños (as) mayores de 2 años, varicela para mayores de 1 año hasta 7 años, hepatitis A pediátrica para mayores de 1 año hasta 14 años, hepatitis B, hepatitis, influenza, neumococo y toxoide tetánico para el personal activo.

* **Control Posparto:** Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, para la asistencia de la madre y su hijo (a) en el puerperio inmediato (dos primeras horas después del parto) y mediato (primeros 8 días), con el fin de garantizar la salud de la madre y la de su hijo (a).

* **Control de Crecimiento y Desarrollo:** Se entiende, como el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a niños y las niñas menores de diez años, mediante las cuales se garantizan su atención periódica y sistemática, con el propósito de detectar oportunamente la enfermedad, facilitar su diagnóstico y tratamiento, reducir la duración de la enfermedad, evitar secuelas, disminuir la incapacidad y prevenir la muerte.

➤ **PROGRAMA JUVENTUD VIVA:** este ambicioso programa está dirigido a toda nuestra población con especial énfasis a los padres de familia, adolescentes y adultos jóvenes (ver figura 8).

Figura 8. Esquema Programa Juventud Viva



Fuente: Esquema propuesto por la autora con la asesoría del equipo de profesionales CEPRE. Bucaramanga: 2006.

Este programa cuenta con novedosos recursos, dentro de los que se pueden mencionar videos educativos, cartillas, plegables y el portal de Internet

www.juventudviva.gov.co donde se encuentra la más variada información sobre temas de sexualidad, planificación, enfermedades de transmisión sexual, VIH SIDA, violencia sexual, equidad de género, entre otros. Igualmente emplea estrategias publicitarias como cuñas de televisión y radio.

* **Consulta de Salud Sexual Responsable:** Se asesora acerca de la importancia de la planificación familiar y la salud sexual responsable, prevención y manejo de ITS (Infecciones de Transmisión Sexual), que son todas aquellas infecciones que se transmiten principalmente a través del contacto sexual, fundamentalmente durante las relaciones sexuales penetrativas de pene o lengua a vagina, ano o cavidad oral. Algunas también son transmitidas de madre a hijo, durante la gestación, el parto o la lactancia y/o a través del contacto sanguíneo.

* **Prevención Cáncer de Cervix o Cuello Uterino:** Corresponde al conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos a las mujeres entre 20 y 60 años o menores de 20 años con vida sexual activa, para la toma de citología cérvico uterina y posterior identificación oportuna de lesiones preneoplásicas y neoplásicas del cuello uterino.

* **Planificación Familiar:** Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a hombres y mujeres en edad fértil, dentro de los cuales se encuentra la información, educación, consejería y anticoncepción incluyendo la entrega de suministros, para que las personas o parejas ejerzan el derecho a decidir libre y responsablemente si quieren o no tener hijos (as), así como su número y el espaciamiento entre ellos.

* **Climaterio:** Su objetivo es hacer un control y seguimiento a todas las mujeres a partir de los 50 años de edad que entran en la etapa de la menopausia, incluyendo el tamizaje para cáncer mamario, consulta por ginecología, terapia hormonal, talleres educativos.

- **PROGRAMA PSICOSOCIAL:** pretende fortalecer y mejorar la salud mental y la calidad de vida del uniformado y su núcleo familiar (ver figura 9).

Figura 9. Esquema Programa Psicosocial



Fuente: Esquema propuesto por la autora con la asesoría del equipo de profesionales CEPRE. Bucaramanga: 2006.

* **Fortalecimiento en habilidades psicosociales:** Centra su ejercicio en la realización de actividades pedagógicas de preparación psicológica para afrontar eventos traumáticos (hostigamientos, emboscadas, desastres naturales, muerte de compañeros, tomas guerrilleras, entre otras) y las labores en zonas de alto riesgo, prevención de conductas adictivas (tabaquismo, alcoholismo, juego, etc.), afianzamiento de valores, cursos de capacitación SENA, sensibilización para la prevención del suicidio y actividades pedagógicas de entrenamiento en habilidades para el trabajo.

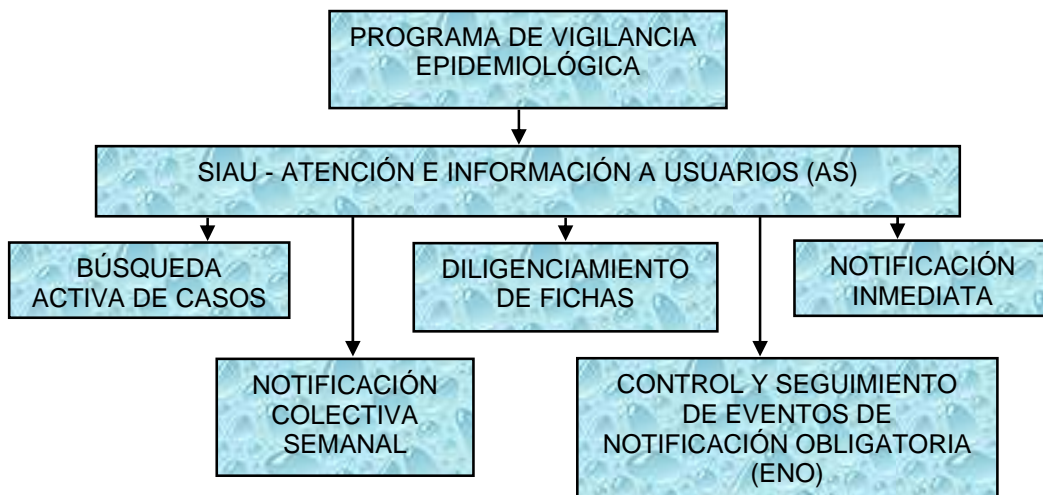
* **Atención Integral a víctimas de la violencia sociopolítica:** Dirige sus acciones hacia la atención en crisis (primeros auxilios emocionales, expresión de sentimientos en torno al evento tanto para el policía como para su grupo de trabajo y familia), seguimiento a procesos terapéuticos, talleres terapéuticos al policía, su núcleo familiar y laboral, remisiones a otros servicios y orientación de viudas y huérfanos.

* **Fortalecimiento a la familia:** Se efectúan actividades pedagógicas de preparación psicológica para el grupo familiar de los policías que son asignados a zonas de alto riesgo, talleres para el fortalecimiento familiar (elección de pareja, preparación para la vida en pareja, relaciones del sistema familiar, género, pautas de crianza, nido vacío, vejez, psicoterapia de pareja), actividades del programa HAZ PAZ (resolución pacífica de conflictos al interior de la familia, prevención de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual) y apoyo de actividades del programa materno infantil (curso psicoprofiláctico, estimulación intrauterina, crecimiento y desarrollo, entre otras.).

➤ **PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:** implementa medidas de prevención y control para evitar que las enfermedades de notificación obligatoria se propaguen en la comunidad y los daños a la salud sean mayores (ver figura 10).

* **Programa de Vigilancia Epidemiológica:** Se encarga de realizar todo el conjunto de actividades encaminadas a mantener actualizadas las principales causas de enfermedad, muerte, eventos relacionados con el nacimiento y distribución de la población usuaria del subsistema de salud de la Policía Nacional, proporcionando de esta manera las herramientas fundamentales para la toma de decisiones en materia de salud pública. Además, brinda asesoría para el control de brotes epidémicos de enfermedades de interés en salud pública y eventos de notificación obligatoria (ver anexos D y E).

Figura 10. Esquema Programa de Vigilancia Epidemiológica



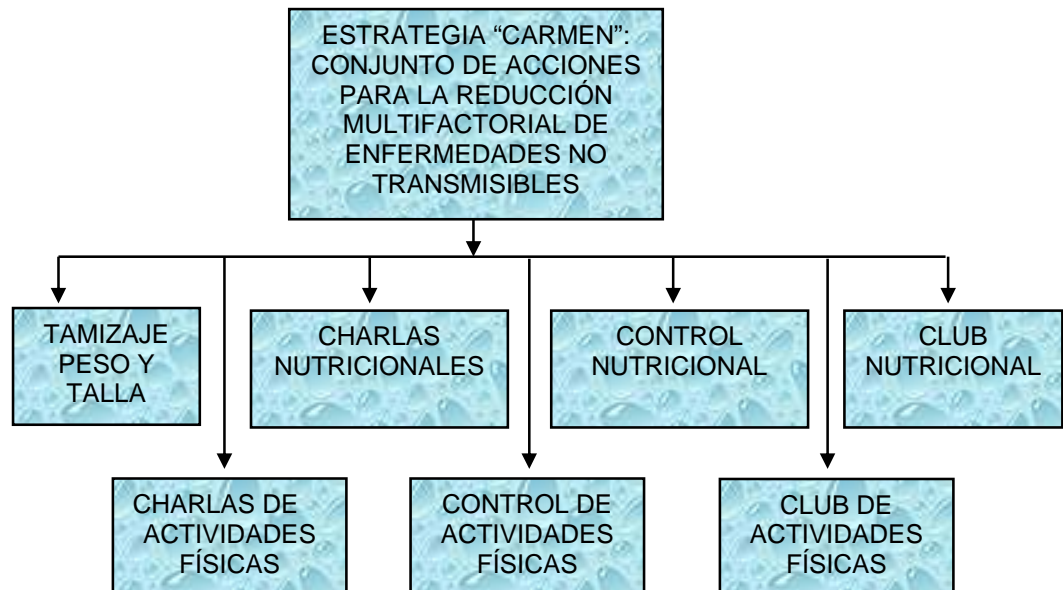
Fuente: Esquema propuesto por la autora con la asesoría del equipo de profesionales CEPRE. Bucaramanga: 2006.

➤ **ESTRATEGIA CARMEN:** Es una iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud, cuya finalidad es mejorar la salud de la población mediante la reducción de los factores de riesgo asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión, cáncer, obesidad, entre otras, (ver figura 11).

* **Estrategia Carmen:** Encierra un conjunto de acciones combinadas y coordinadas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud para la reducción multifactorial de enfermedades no transmisibles. La Estrategia es promovida por una nutricionista y el trabajo de equipo interdisciplinario, constituyéndose en una herramienta de apoyo al programa APRECIAR, procurando mejorar patologías como diabetes, dislipidemias, hipoglicemias e hiperglicemias mediante la implementación de clubes de cocina, días saludables

en el colegio y la Clínica de la Policía, además del seguimiento y control a los (as) pacientes que requieren dieta nutricional adecuada.

Figura 11. Esquema Estrategia CARMEN



Fuente: Esquema propuesto por la autora con la asesoría del equipo de profesionales CEPRE. Bucaramanga: 2006.

* **Tamizaje Peso – Talla:** Refiere la toma casual del peso (Kg) y la estatura (m, cms) con base en la edad pondoestatural de la población menor de 12 años, donde los hallazgos realizados (deficiencias en estatura y peso) son manejados con recomendaciones y controles posteriores (exámenes de laboratorio como glicemia pre y pos, cuadro hemático, entre otros).

* **Charlas Nutricionales:** Forman parte de las charlas de Endotelio y tratan temas sobre diabetes, dislipidemias y círculo de la buena alimentación. Se realizan cada 15 días, para hombres y mujeres sin límite de edad.

* **Control Nutricional:** Son las citas dadas según remisión médica o solicitud propia del o la paciente (hombres y mujeres sin límite de edad), para tratar las diferentes patologías relacionadas con la alimentación (diabetes, hipertensión, desnutrición, hipoglicemia, entre otras).

* **Club Nutricional:** Son los clubes de cocina programados para poner en práctica conocimientos de dietas para diabéticos (as), hipertensos (as), obesos (as) y dislipidémicos (as).

* **Charlas de actividades físicas:** Conjunto de condiciones que según la OMS deben tenerse en cuenta para iniciar procesos como caminatas, ejercicios físicos, ingesta de líquido, descanso durante los recorridos, tipo de calzado, vestimenta entre otros.

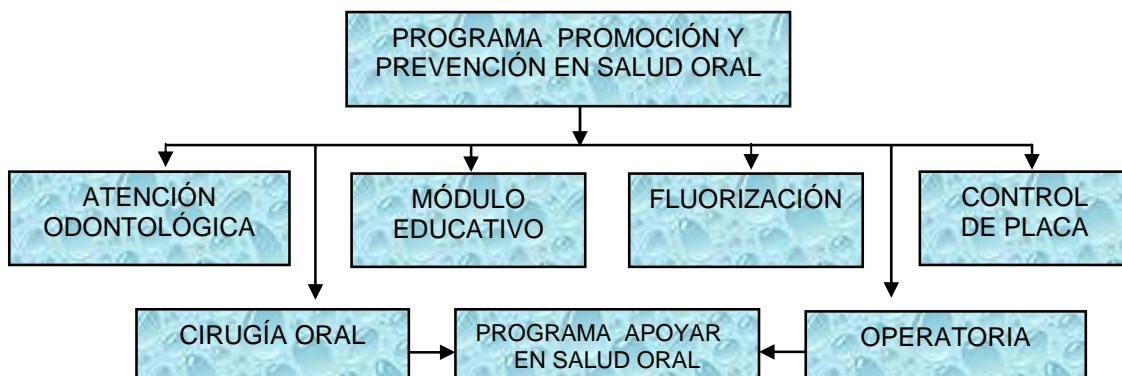
* **Control de actividades físicas:** Resalta la importancia del ejercicio físico en la patología, es decir, que el ejercicio varía según la enfermedad del o la paciente.

* **Club de Actividades físicas:** Orienta la parte educativa en relación con los ejercicios de respiración, la forma adecuada para levantarse de la cama y orientaciones sobre la ingesta de medicamentos para evitar la polifarmacia.

➤ **PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD ORAL:** Pretende desarrollar acciones de protección específica y detección temprana para reducir la aparición, severidad y ocurrencia de caries y enfermedad periodontal (ver figura 12).

* **Atención Odontológica:** Está orientada a realizar tratamiento preventivo que requiere el paciente en el menor número de citas posible y llevar un control de su estado de salud oral según el riesgo de caries que presente, en pacientes de todos los grupos etáreos.

Figura 12. Esquema Programa de Promoción y Prevención en Salud Oral



Fuente: Esquema propuesto por la autora con la asesoría del equipo de profesionales CEPRE. Bucaramanga: 2006.

* **Módulo Educativo:** Incluye las actividades de promoción y prevención oral encaminada a educar a la población objeto en cuidados de higiene oral y conocimientos básicos para evitar caries dental y enfermedad periodontal. Los talleres se realizan de acuerdo a la edad y en forma grupal o individual.

* **Fluorización:** Está orientada a realizar el tratamiento preventivo de caries dental, en pacientes de 3 a 19 años.

* **Control de Placa:** El control de placa está encaminado a conservar un bajo nivel de placa bacteriana en la cavidad oral mediante la identificación, demostración de técnicas de higiene oral y eliminación de la placa de superficies dentales por parte del odontólogo (a) o la auxiliar de higiene oral, con las indicaciones respectivas al paciente para mantener la cavidad con un mínimo nivel de placa bacteriana. Esta actividad se debe realizar dos veces por año para todos los grupos etáreos.

* **Sellantes:** Para conservar los dientes sanos y libres de caries en pacientes de 2 a 15 años sin evidencia de caries dental.

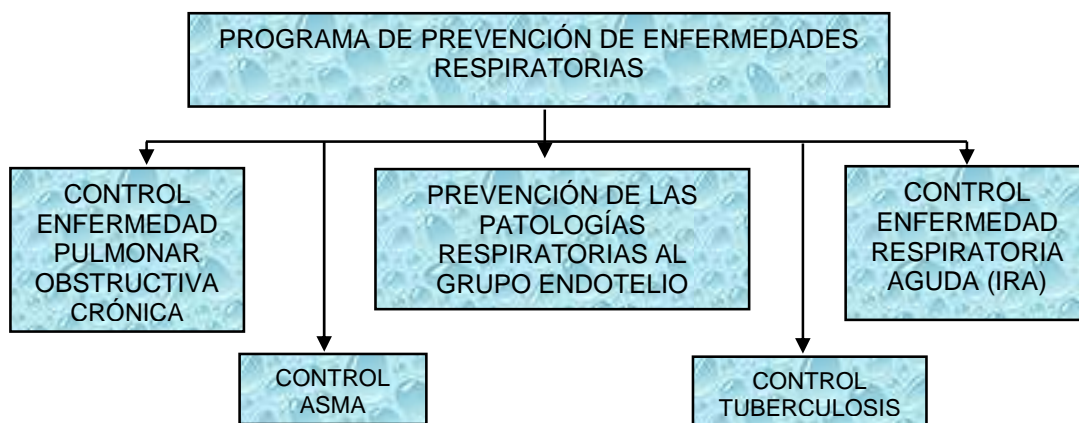
* **Profilaxis:** Remoción de placa bacteriana de las superficies dentales y gingivales, se realiza en todos los grupos etáreos dos veces por año.

* **Detartraje:** Control mecánico de placa. La eliminación de cálculos dentales para prevenir la severidad de la enfermedad periodontal, dirigida a la población que lo requiera a partir de los 12 años.

* **Programa APOYAR en salud Oral:** Acciones preventivas para unidades operativas y grupos en alto riesgo. Si el o la paciente lo requiere además de promoción y prevención oral, se realizará la atención en cirugía oral y operatoria dental.

➤ **PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS:** Involucra las acciones de carácter preventivo en relación con las enfermedades que afectan el aparato respiratorio humano (ver figura 13).

Figura 13. Esquema Programa de Prevención de Enfermedades Respiratorias



Fuente: Esquema propuesto por la autora con la asesoría del equipo de profesionales CEPRE. Bucaramanga: 2006.

* **Control Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC):** La EPOC, es la obstrucción crónica de las vías respiratorias y abarca dos enfermedades: bronquitis crónica y enfisema pulmonar. Es generada en mayor porcentaje por el consumo de cigarrillo y por el humo de la leña. El manejo de esta enfermedad sólo se hace posible a partir de los 50 años en hombres y mujeres, dado que los factores generadores tienen su efecto a largo plazo.

Los objetivos del control son el mejoramiento de la ventilación, optimización de los estilos de vida de los (as) pacientes, prevenir y corregir alteraciones de la musculatura torácica y disminuir el consumo del cigarrillo.

* **Control Asma:** El asma se define como el conjunto de alergias a nivel de tracto respiratorio producidas por diferentes factores (cambios de temperatura, humo del cigarrillo, polen, contaminación atmosférica, polvo, entre otras). El control en el o la paciente con asma se realiza mediante orientaciones relacionadas con la patología, evitando el contacto con las fuentes desencadenantes de las reacciones alérgicas. La población a quien se dirige el control incluye niños, niñas, hombres y mujeres sin límite de edad.

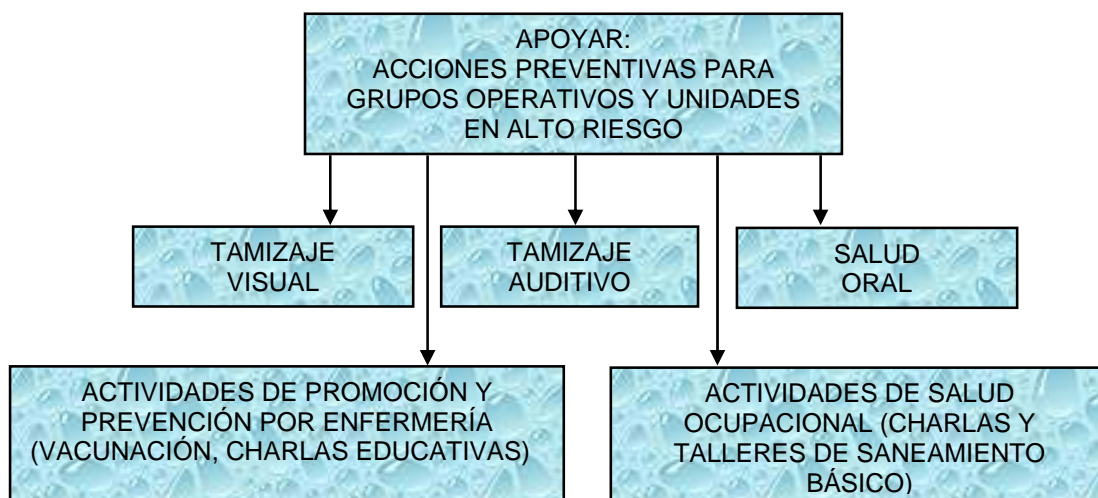
* **Prevención de las Patologías Respiratorias al Grupo Endotelio:** Busca prevenir las diferentes patologías respiratorias en la población adulta, mediante la implementación de charlas educativas y videos dirigidos.

* **Control Tuberculosis (TBC):** La TBC, es una enfermedad infectocontagiosa producida por una bacteria (bacilo de Koch) que ataca principalmente las vías respiratorias. Su detección es facilitada con pruebas de laboratorio (BK-esputo), Rx de tórax, prueba de tuberculina, en caso positivo de las pruebas de laboratorio, se empieza un tratamiento dirigido por personal especializado y su manejo es a largo plazo. Para prevenir la enfermedad se realizan charlas educativas. Predomina en la población adulta.

* **Control de Infección Respiratoria Aguda (IRA):** La IRA, es producida por el inadecuado manejo de gripas (exposición a corrientes fuertes de aire, contacto con personas afectadas con gripa, uso de piscinas, entre otras). Su control permite que la población infantil (niños y niñas entre los 0 – 5 años) disminuyan el riesgo de contraer la IRA, evitando llegar a otras complicaciones mayores como la neumonía; por esta razón se orienta a las madres y padres con charlas educativas para modificar los imaginarios equivocados en el manejo de la enfermedad.

➤ **PROGRAMA APOYAR:** Reúne el conjunto de actividades específicas en mantenimiento de la salud, promoción del autocuidado y prevención de la enfermedad para los grupos policiales que se desempeñan en zonas de alto riesgo (ver figura 14).

Figura 14. Esquema Programa APOYAR



Fuente: Esquema propuesto por la autora con la asesoría del equipo de profesionales CEPRE. Bucaramanga: 2006.

Dicho programa, está basado en la detección del riesgo psicosocial captado tanto por parte de salud ocupacional como por los Equipos Transdisciplinarios para el

Mejoramiento de la Calidad de Vida (EMECAS) en los departamentos y zonas de alto riesgo. Permite el fortalecimiento de habilidades psicosociales, capacitación de líderes naturales en las zonas de alto riesgo, fortalece a los salvadores de vidas con sus herramientas, dejando en las unidades visitadas un perfil de riesgo-psicosocial acorde a cada lugar y naturalmente una mejor capacidad de respuesta.

- **PROCESOS EDUCATIVOS:** Responden al conjunto de temáticas orientadoras de toma de decisiones saludables, a partir del componente educativo con la implementación de charlas, talleres y videos explicativos (ver cuadro 3).

Cuadro 3. Procesos Educativos CEPRE.

PROCESOS EDUCATIVOS	
CONSEJERÍA EN LACTANCIA MATERNA	EDUCACIÓN EN HÁBITOS NUTRICIONALES
EDUCACIÓN EN LACTANCIA MATERNA	EN PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE CERVIX.
EDUCACIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR	EDUCACIÓN EN PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE PRÓSTATA Y TESTÍCULO.
EDUCACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE ADHERIRSE AL TRATAMIENTO	EDUCACIÓN PARA EL RETIRO LABORAL
EDUCACIÓN EN PREVENCIÓN DEL ESTRÉS	EDUCACIÓN EN PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD DIARRÉICA AGUDA (EDA)
EDUCACIÓN EN SANEAMIENTO BÁSICO	EDUCACIÓN EN PREVENCIÓN DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA)
EDUCACIÓN EN PREVENCIÓN DE ITS Y VIH/SIDA	EDUCACIÓN EN SALUD ORAL
EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR.	EDUCACIÓN EN PROCESOS FAMILIARES
CHARLA SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA	EDUCACIÓN EN PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
EDUCACIÓN EN CLIMATERIO Y OSTEOPOROSIS	EDUCACIÓN EN PATOLOGÍA RESPIRATORIA

Continuación cuadro 3

PROCESOS EDUCATIVOS	
EDUCACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	EDUCACIÓN EN MANEJO DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO
EDUCACIÓN EN FORTALECIMIENTO DE HABILIDADES PSICOSOCIALES	TALLER DEL CUIDADOR
TALLER DE MEMORIA	TALLER ESPALDA SANA
CURSO PRE-TEST VIH	CURSO ESTIMULACIÓN ADECUADA TEMPRANA (< 1 año)
CURSO PSICOPROFILÁCTICO	

Fuente: Esquema propuesto por la autora con la asesoría del equipo de profesionales CEPRE. Bucaramanga: 2006.

Ahora bien, en cuanto a las funciones desempeñadas en el SIAU - CEPRE, corresponden al profesional en Trabajo Social administrar los procesos que intervienen en el mejoramiento de la calidad en la atención de las y los usuarios que forman parte del SSPN, promoviendo el uso racional de los servicios de salud mediante el desarrollo de cuatro grandes acciones que pueden ser atendidas de manera telefónica o personalizada, éstas son:

* **Comunicación a Usuarios (as):** más allá de la recepción de no conformidades, satisfacciones y sugerencias se halla la clara intercomunicación del Trabajador o Trabajadora Social - SIAU - y los usuarios (as) del servicio de salud sobre temáticas como: contenido del portafolio de servicios, deberes y derechos en salud para la población beneficiaria y afiliada al SSPN, trámite de documentos para acceso al servicio de salud, horario y procedimiento para solicitud de citas, talleres de sensibilización y orientación acerca de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

* **Gestión de Peticiones:** hace referencia al conjunto de acciones correctivas que posibilitan la planeación, verificación y acción sobre aquellas peticiones que han sido recibidas para posteriormente ser tramitadas y respondidas oportunamente bajo la supervisión del médico auditor, dando así cumplimiento a los términos establecidos por la Ley en el Código Contencioso Administrativo Capítulo I, Título I, Artículo 6º, el cual determina un tiempo máximo de 15 días hábiles.

Para aquellas quejas que se manifiestan en un período superior a tres meses de sucedido el evento, se tendrán en cuenta como sugerencias dado que los hechos sujetos de verificación no tienen fundamento suficiente, excepto los casos de competencia de auditoria médica (casos relacionados con los procedimientos y criterios de pertinencia médica).

* **Manejo del Buzón de Sugerencias:** el buzón de sugerencias como medio físico para la disposición de sugerencias, comentarios, satisfacciones y no conformidades, debe estar ubicado dentro del ESP, en puntos de referencia de fácil acceso para los y las usuarias de los servicios de salud (entrada del establecimiento, salas de espera y/o consultorios del personal médico y de enfermería).

El manejo del buzón de sugerencias inicia con su apertura quincenal independientemente de la existencia o no de algún formato diligenciado, luego se leen y clasifican los escritos para después elaborar el acta y dar respuesta al usuario (a). Finalmente, el Trabajador (a) Social analiza con el involucrado (a) en la queja la información o novedades encontradas para determinar las acciones correctivas que contribuyan con la optimización del servicio.

* **Medición del Nivel de Satisfacción de los y las Usuaris:** se realiza periódicamente mediante la aplicación de encuestas, sondeos o entrevistas con el fin de conocer las percepciones que se generan a partir de la prestación del

servicio de salud, la presencia de no conformidades y el impacto positivo o negativo en los y las usuarias ante los cambios que se determinen en los ESP.

Así mismo, la Atención Primaria se constituye en un marco privilegiado para la intervención del Trabajador (a) Social, puesto que en este nivel la relación establecida entre el ser humano y el sistema de salud, está focalizada en el redireccionamiento de estilos de vida no saludables y el afianzamiento de aquellos que procuren el autocuidado a lo largo de todo el proceso vital que acompaña a las personas.

De otra parte, la existencia de parámetros normativos dirigidos hacia el logro de una atención oportuna, personalizada, humanizada, integral y continua se constituyen en principios rectores del accionar del o la profesional en Trabajo Social, independientemente que su desempeño se encuentre a nivel administrativo, financiero, educativo, de prevención, promoción o asistencial, en los diferentes niveles de intervención: individual, familiar, grupal y comunitario.

El aporte del componente social desde la profesión de Trabajo Social, está dirigido a la asesoría, seguimiento, orientación, formación y capacitación en los programas que desarrolla el Centro de Medicina Preventiva y las funciones propias del Sistema de Información y Atención al Usuario en la búsqueda de alternativas que garanticen la prestación de servicios de salud con calidad.

Entre tanto, el Sistema de Información y Atención al Usuario se constituye en herramienta gerencial para la toma de decisiones organizacionales, dada su participación en los procesos que se desarrollan alrededor de la medición de los niveles de satisfacción de los usuarios (as) respecto a los servicios de salud, mediante la aplicación y posterior análisis de encuestas así como también, de la información contenida en el buzón de sugerencias.

El SIAU, como pilar básico del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS) al interior del SGSSS, participa en la evaluación y mejoramiento de los procesos de atención en salud centrados en los usuarios (as) de los servicios médico asistenciales a partir del cumplimiento de las características de calidad referenciadas en el artículo 3º del Decreto 1110 del 2006:

a. Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

b. Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

c. Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

d. Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

e. Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico³².

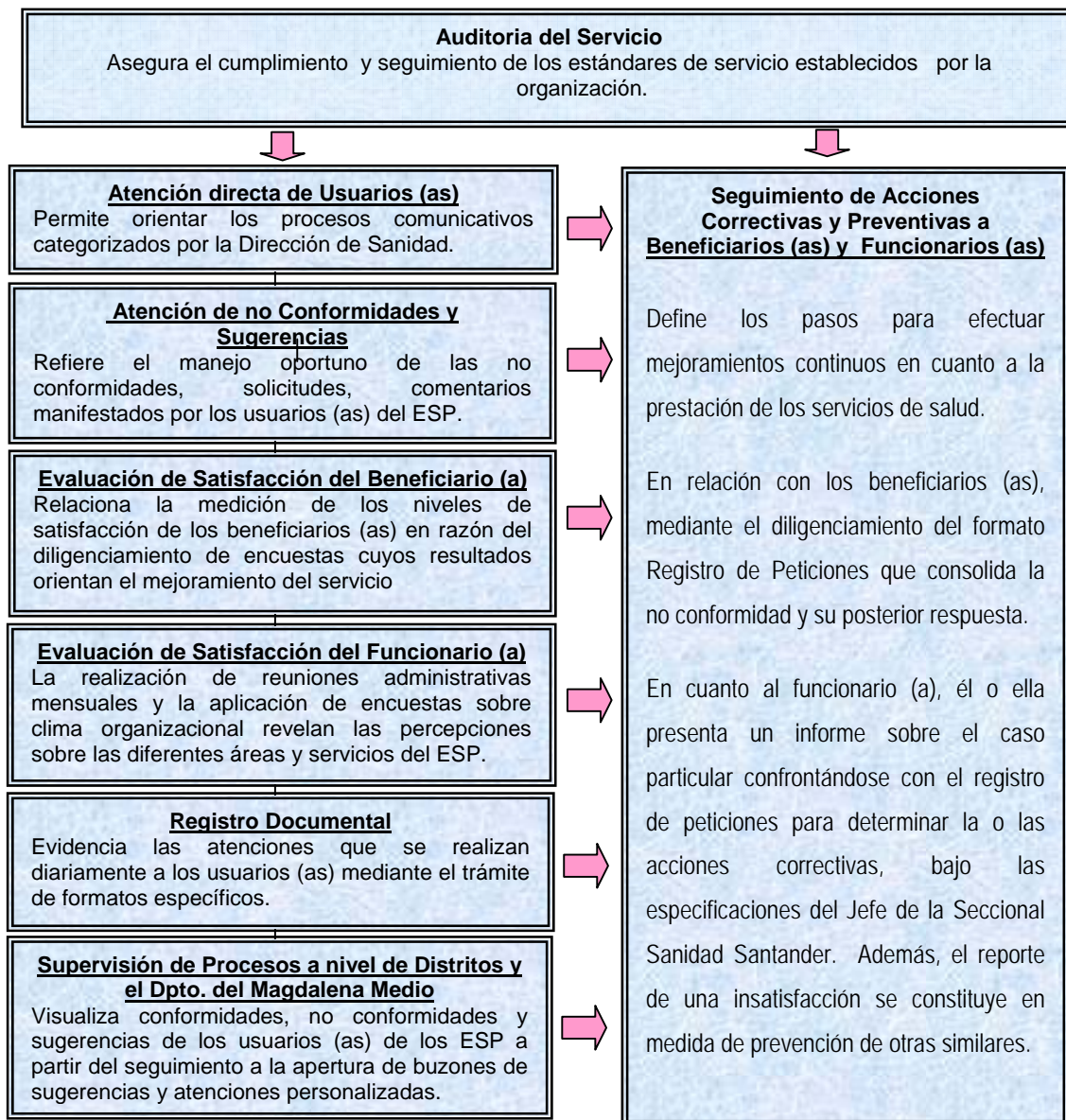
A continuación, se esquematiza el proceso administrativo de calidad que se desarrolla desde el Sistema de Información y Atención al Usuario SIAU-CEPRE (ver figura 15) y del cual es parte activa la profesional en Trabajo Social y la estudiante de formación profesional.

³² Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad en Salud. Decreto 1110 de 2006. Capítulo II Artículo 3. [Base de datos en línea] [Citado el 8 de Septiembre de 2006]. Disponible en Internet <http://www.presidencia.gov.co/prensa_new/decretoslinea/2006/abril/03/dec1011030406.pdf>

Esta última, participa del proceso mencionado en los niveles de atención directa, comunicación y orientación a usuarios (as), la medición del grado de satisfacción de los afiliados (as) y beneficiarios (as) mediante el diligenciamiento de encuestas sobre la calidad en la atención y prestación de los servicios médicoasistenciales, en donde los resultados obtenidos contribuyen con la formulación de iniciativas, acciones y toma de decisiones para el mejoramiento del ESP.

Finalmente, el trámite de formatos específicos de la Dirección de Sanidad, evidencian las atenciones que desde el área de promoción y mantenimiento de la salud se realizan diariamente, como mecanismo de control y consulta permanente para la auditoría del servicio, además de constituirse en memoria documentada del cumplimiento de las funciones propias del o la funcionaria a cargo del SIAU.

Figura 15. Esquema Administrativo del Proceso de Calidad SIAU33



³³ Esquema complementado y modificado por la autora durante la práctica académica en el Centro de Medicina Preventiva – CEPRE. Bucaramanga, segundo semestre 2006. Tomado de: CASTILLO LEÓN, John Jairo. Informe Final de Práctica Octavo Nivel. Clínica Regional del Oriente Policía Nacional. Bucaramanga, 2005. p. 36. Universidad Industrial de Santander. Escuela de Trabajo Social.

En lo que respecta al registro documentado sobre el desempeño particular del Trabajador (a) Social en el sector salud, se halla que este es escaso; y por tanto, las evidencias que se pueden recopilar se encuentran sujetas a las experiencias propias de los (as) profesionales y su línea especializada de conocimientos.

No obstante, ante las inconsistencias textuales que superen el plano funcional dentro del campo laboral de la salud, Esperanza González Andrade plantea las siguientes áreas para el ejercicio del Trabajo Social a partir del SGSSS, en procura de la Gerencia Social de Servicios, así:

- a. En **Investigación:** de las características demográficas, epidemiológicas, calidad de vida y demás factores económicos sociales condicionantes de la salud.
- b. **Planeación:** de políticas estratégicas y programas, enmarcados dentro del contexto socio-cultural y específicos de cada entorno.
- c. **Participación Social:** esfera en la cual se convoca a la comunidad a ser protagonista en los diferentes espacios, participación social, institucional, comunitaria, ciudadana y procesos de participación (con foros, veedurías, asociación de usuarios, comité de ética hospitalaria).
- d. **Evaluación:** evaluaciones de impacto y oportunidad a fin de luchar contra la enfermedad: identificar factores e implementar medidas de promoción.
- e. **Localización:** estrategias que posibilitan la implementación de políticas, planes y programas a fin de implementar procesos en mayor impacto social.
- f. **Educación:** proceso permanente que brinda espacios para la retroalimentación, puesta en común, análisis, reflexión y evaluación en la búsqueda de cambios de comportamiento y prácticas que favorezcan el mejoramiento de la calidad de vida y el reforzamiento de conductas y estilos de vida saludables.
- g. **Asistencial:** mediante la atención directa dentro de un ámbito familiar, laboral y social, complementando esfuerzos curativos con acciones de fomento y mantenimiento de la salud.

h. **Terapéutico:** socio educativa de atención directa y promocional mediante la capacitación y movilización de alianzas y el establecimiento de redes de servicios.

i. **Desarrollo del Talento Humano Institucional:** cliente interno, externo, cultura organizacional, responsabilidad social, salud ocupacional.

j. **Sistema de Información y Atención al Usuario SIAU:** estrategia gerencial que trata de favorecer la toma de decisiones por parte de los prestadores y usuarios, medio para la promoción, espacio de la calidad de servicios y desarrollo institucional³⁴ .

4.4 ANÁLISIS SITUACIONAL

La formulación anticipada de respuestas ante oportunidades de mejora, situaciones problemáticas y/o necesidades sentidas halladas al interior de instituciones, comunidades, grupos de trabajo e individuos se enmarcan dentro del proceso de planeación para el establecimiento de acciones transformadoras.

Para ello, la elaboración del análisis situacional requiere de los elementos recopilados durante la ubicación institucional (entrevistas, archivos magnéticos y/o escritos, informes de pasantes anteriores, etc) para la posterior identificación y esquematización de fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas en la matriz DOFA (ver cuadro 4).

³⁴ GONZÁLEZ ANDRADE, Esperanza. Artículo Intervención de Trabajo Social en el área de la salud, citado por CAMACHO ROJAS, Rubiela. Promoción y Educación en Salud: procesos que permiten el bienestar humano y el desarrollo social. Bucaramanga: 1999. Trabajo de Grado (Trabajo Social). Universidad Industrial de Santander. Escuela de Trabajo Social. p. 34-36.

Cuadro 4. Matriz DOFA Centro de Medicina Preventiva - CEPRE-

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Instalaciones habilitadas para el desarrollo de Programas de Promoción y Mantenimiento de la Salud. ❖ Establecimiento de Programas y Subprogramas de Promoción y Mantenimiento de la salud. ❖ Esquema de vacunación Extra PAI, para la población activa y beneficiarios (as) con patologías específicas. ❖ Equipo humano profesional acorde con el Nivel I de atención en salud. ❖ Población cautiva definida para el desarrollo de Programas de Promoción y Mantenimiento de la Salud. ❖ Comités de apoyo intrainstitucional. ❖ Conformación de equipos de líderes de usuarios. ❖ Convenios académicos interuniversitarios. ❖ Medios de comunicación corporativos (radio, TV, portal de Internet). ❖ Buzón de sugerencias como medio receptor de conformidades, no conformidades y sugerencias proporcionados por los usuarios (as) del servicio de salud. ❖ Manual de funciones del profesional médico como guía para su accionar. ❖ Manual del funcionario del Sistema de Información y Atención al Usuario. ❖ Plataforma estratégica de la Dirección de Sanidad (misión, visión, objetivos y valores corporativos). ❖ Reporte permanente de la información consolidada por concepto de inasistencias y atención personalizada. ❖ Sistema de Red LAN para transferencia interna de archivos magnéticos. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Subutilización de medios de información visual. ❖ Ausencia de guías de acceso a los Programas de Promoción y Mantenimiento de la Salud para los usuarios (as). ❖ Dispersión y falta de gestión de los registros documentados sobre el referente institucional CEPRE. ❖ Inoportuna capacidad de respuesta ante protocolos de detección temprana de enfermedades en los beneficiarios (as) (DMO, Ccv, Mamografía). ❖ Carencia de suministros para el puesto de trabajo de pasantes universitarios. ❖ Formulación inadecuada de variables e indicadores en el instrumento utilizado para la medición de niveles de satisfacción de los usuarios (as) hacia los servicios de salud (Farmacia), propuestos por la DISAN. ❖ Implementación tardía del Proyecto Génesis para los ESP nivel I de Atención, como componente sistemático del historial clínico.
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Nuevas tecnologías del sector telecomunicativo local. ❖ Redes externas de prestación de servicios de salud. ❖ Políticas y programas de salud a nivel nacional con énfasis en la calidad de la prestación de los servicios. ❖ Políticas internacionales en salud. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Centralización de recursos que obstaculizan el flujo de programas de prevención de la enfermedad (DMO, Ccv, Mamografía). ❖ Enfoque de atención basado en costos y resultados. ❖ Búsqueda alternativa a nivel externo de servicios de salud que atiendan las necesidades sentidas de la población cautiva de la Policía Nacional. ❖ Resurgimiento de enfermedades emergentes. ❖ Aumento de la carga de la enfermedad de la población afiliada y beneficiaria al no ser atendida de manera oportuna (DMO, Ccv, Mamografía). ❖ Toma de medidas legales frente a la institución por la población beneficiaria, como respuesta a las barreras en la accesibilidad de los servicios de salud.

Fuente: La autora. Bucaramanga: 2006.

Luego de realizada la Matriz DOFA se deriva el cruce entre variables, para obtener diversas estrategias que reflejan vías alternas para materializar las acciones que permitirán en el corto, mediano y largo plazo disponer de los recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros de la entidad para el logro de metas (ver cuadro 5).

Cuadro 5. Cuadro de Estrategias

FO	FA
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Estructuración del Programa de Promoción y Mantenimiento de la Salud ❖ “Vacúnese contra la desinformación” comunicación organizacional activa y participativa. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Introyección de la filosofía corporativa. ❖ Demanda inducida de Programas de Promoción y Mantenimiento de la Salud.
DO	DA
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Dinamización de procesos interinstitucionales. ❖ Difusión alternativa de información y ubicación organizacional. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Fortalecimiento del sentido de pertenencia institucional. ❖ Gestión de recursos financieros. ❖ Retroalimentación informativa beneficiarios (as) – funcionarios (as).

Fuente: La autora. Bucaramanga: 2006.

Seguidamente del cruce de variables se diseña el Plan Operativo, como la herramienta práctica que congrega el conjunto de opciones medibles, alcanzables y realizables para el logro de propósitos dirigidos hacia el avance institucional (ver cuadro 6).

Luego de establecido el plan operativo, el proceso subsiguiente corresponde a la ejecución o puesta en marcha del conjunto de actividades allí contenidas.

Cuadro 6. Planes Operativos de Intervención

Objetivo: Consolidar el proceso comunicativo del Centro de Medicina Preventiva desde adentro y hacia fuera a partir del Sistema de Información y Atención al Usuario SIAU.				
Estrategia: "Vacúnese contra la desinformación" comunicación organizacional activa y participativa.				
Objetivos	Tareas	Metas	Indicadores	Avance de procesos
Dar a conocer a los (as) usuarios (as) la estructura de los programas de Promoción y Mantenimiento de la Salud.	Diseñar las guías orientadoras de acceso a los programas de Promoción y Mantenimiento de la Salud.	Lograr al término del mes de octubre la documentación para el acceso a los servicios de salud.	Número de guías impresas y distribuidas.	Se encuentra en trámite de aprobación la Guía diseñada y documentada.
	Convocar a reunión informativa los integrantes del equipo de líderes de usuarios (as).	Lograr la asistencia del 80% de los (as) integrantes de cada grupo a las reuniones mensuales programadas.	Nº participantes asistentes/Nº personas notificadas. $10/10 \times 100 = 100\%$	La reunión se efectuó según lo programado.
Socializar la ruta de acceso a los servicios de salud.	Elaborar las rutas de acceso como punto de información, en el Boletín Informativo y Saludable CEPRE.	Difundir desde los colegios adscritos a la Policía Nacional, las rutas de acceso a los servicios de salud al término del mes de octubre.	Número de boletines impresos y distribuidos por familia y grupos constituidos al interior de la Policía Nacional.	La divulgación de las rutas de acceso se realizó con medios diferentes al boletín.
	Estructurar el contenido de la charla informativa para el equipo humano profesional CEPRE.	Lograr un espacio de participación en las reuniones mensuales (octubre/noviembre) del equipo humano profesional CEPRE.	Nº participaciones en reuniones de trabajo / Nº reuniones programadas. $1/1 \times 100 = 100\%$	Se logró la apertura del espacio de participación en la reunión programada.

Objetivo: Garantizar el acceso a las actividades, procedimientos e intervenciones de la atención en salud, según prioridades a nivel externo.				
Estrategia: Inducir la demanda de los Programas de Promoción y Mantenimiento de la salud.				
Objetivos	Tareas	Metas	Indicadores	Avance de procesos
Promocionar el portafolio de servicios CEPRE ante la población cautiva de la Policía Nacional.	Establecer contacto con la emisora de la Policía Nacional.	Lograr para el mes de noviembre el anuncio de mensajes institucionales saludables.	Nº mensajes institucionales/ Nº mensajes institucionales programados. 5/5*100= 100%	Los mensajes elaborados fueron transmitidos en su totalidad.
	Diseño de mensajes promocionales sobre los servicios de salud al interior del ESP.	Pautar los lineamientos acerca del manejo de espacios informativos al término del mes de noviembre.	Número de puntos informativos readecuados por piso.	Puntos informativos sin readecuar por insuficiencia de material. Lineamientos pautados, SIAU y Buzón de Sugerencias rotulados.
	Contactar a los coordinadores del espacio televisivo de la Policía Nacional – Televisión Regional del Oriente (TRO).	Lograr para el mes de noviembre el anuncio de pautas comerciales saludables en el espacio televisivo de la Policía Nacional.	Nº de pautas comerciales saludables al aire / Nº de pautas comerciales saludables programadas. 3/3*100= 100%	Las temáticas documentadas y programadas son transmitidas en su totalidad.

Fuente: La autora. Bucaramanga: 2006

La estrategia “Vacúnese contra la desinformación” comunicación organizacional activa y participativa, se estructuró con el propósito de consolidar el proceso comunicativo del Centro de Medicina Preventiva desde adentro y hacia fuera, a partir del Sistema de Información y Atención al Usuario. Dicha estrategia demandó el acopio de información básica, respecto a horarios de atención para solicitud de citas, exámenes y entrega de resultados, acceso a programas de promoción y prevención, ventajas de portar el documento de sanidad, programas establecidos

en el CEPRE, conducto regular a seguir en el caso de inasistir a una cita médica y píldoras saludables en salud. Todas estas temáticas fueron sintetizadas, diseñadas y materializadas en lo que se llamó: Guía Orientadora para usuarios (as) de los servicios del Centro de Medicina Preventiva.

De igual manera, para dar a conocer a los usuarios (as) la estructura de los programas de promoción y mantenimiento de la salud, así como las rutas de acceso a los servicios de salud, fue indispensable la convocatoria a reuniones de carácter informativo, que según lo programado, fueron efectuadas con los integrantes de los grupos de líderes de usuarios y los padres y madres partícipes de la asamblea de padres de familia del Colegio Nuestra Señora de Fátima, como institución educativa adscrita a la Policía Nacional Seccional Sanidad Santander.

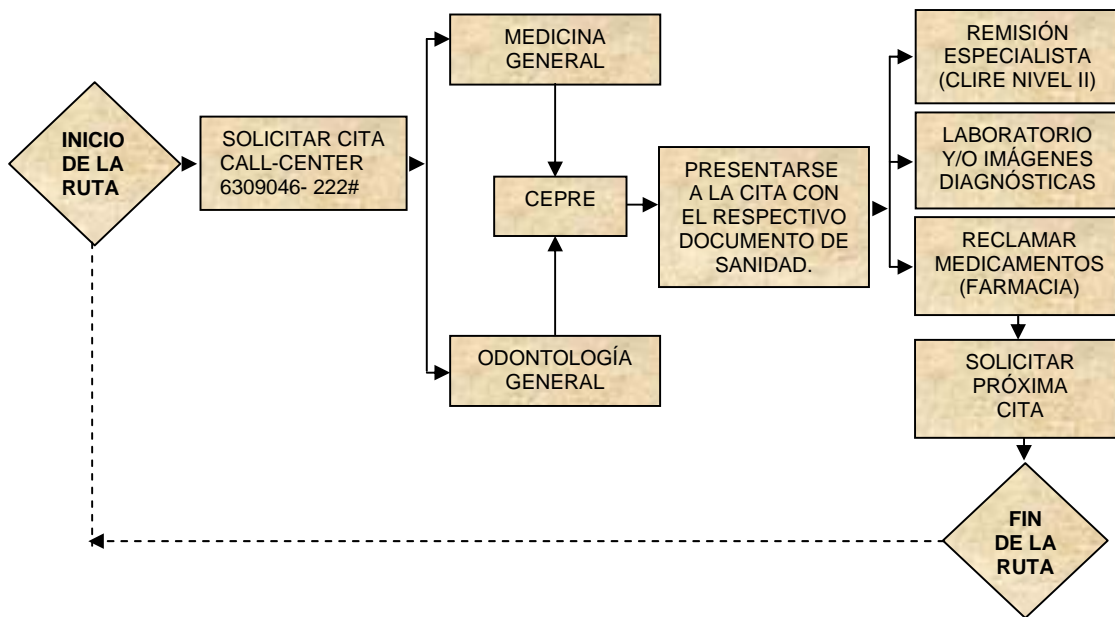
Lo anterior, deja como evidencia la elaboración de dos tipos de rutas que recogen el proceso que desarrollan los (as) usuarios (as) del SSPN, para el acceso a los servicios de salud y los programas que se ofrecen en el Establecimiento de Sanidad Policial - CEPRE.

La primera de ellas, denominada Ruta de acceso por call center a los servicios de salud - CEPRE, se realiza a través de un servicio telefónico de red externa contratada con la empresa Telebucaramanga, para la solicitud de citas de medicina y odontología general; luego del cumplimiento de la cita en el CEPRE el usuario (a) del servicio ante el o los hallazgos médicos, tiene la posibilidad de ser remitido a un especialista, requerir la toma de exámenes, reclamar medicación en la farmacia o solicitar una nueva cita de control (ver figura 16).

La segunda ruta llamada Ruta de acceso para solicitud de citas de promoción y prevención - CEPRE, se realiza de manera presencial en las instalaciones del CEPRE para acceder a las áreas de promoción y mantenimiento de la salud. Es preciso anotar que a estas áreas, también se accede por remisión del especialista

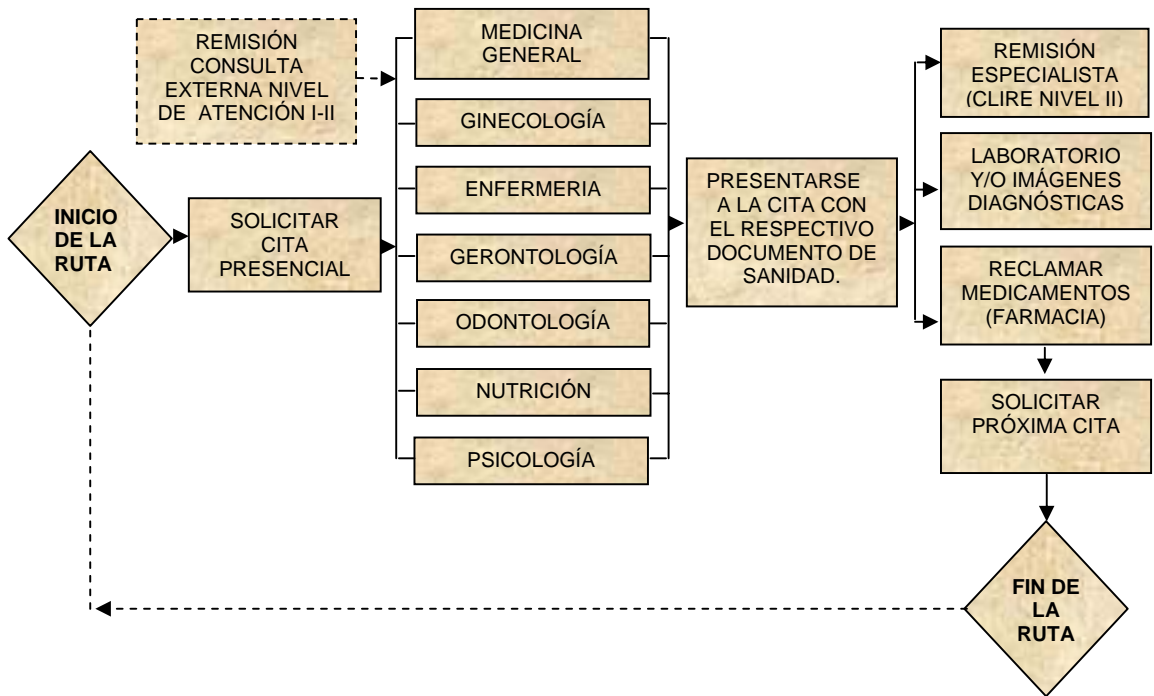
y/o el médico general. Al igual que la ruta anterior, las posibilidades al egresar de la cita son las mismas (ver figura 17).

Figura 16. Ruta de acceso por call center a los servicios de salud -CEPRE



Fuente: Diagramación elaborada por la autora y la Trabajadora Social SIAU-CEPRE, Claudia Borda Fernández. Bucaramanga: 2006.

Figura 17. Ruta de acceso para solicitud de citas de Promoción y Prevención - CEPRE



Fuente: Diagramación elaborada por la autora y la Trabajadora Social SIAU-CEPRE, Claudia Borda Fernández. Bucaramanga: 2006.

De otra parte, para garantizar el acceso a las actividades, procedimientos e intervenciones de la atención en salud, fue necesario inducir la demanda de los programas de promoción y mantenimiento de la salud, mediante la difusión del portafolio de servicios del CEPRE, hacia la población afiliada y beneficiaria del SSPN. Motivo por el cual, se estableció contacto con los diferentes coordinadores responsables del manejo de los medios corporativos policiales lográndose, a partir de la estructuración de mensajes preventivos y de promoción de la salud, la grabación y posterior anuncio de estos por la Emisora de la Policía Nacional, con una frecuencia diaria y un horario de transmisión cada hora durante las 24 horas del día.

Así mismo sucedió, con el espacio televisivo que la Policía Nacional tiene en el canal siete de la Televisión Regional del Oriente (TRO), en donde a través del dispositivo generador de caracteres, los mensajes escritos fueron apreciados en la parte inferior de la pantalla del televisor avanzando de un extremo a otro en letra pequeña pero legible. Los mensajes pautados para ser transmitidos en el espacio de las 6 de la tarde del día domingo, correspondieron a aquellos relacionados con los procesos educativos y los programas del área de Promoción y Mantenimiento de Salud.

En cuanto al diseño y elaboración de mensajes promocionales de los servicios de salud y readecuación de espacios informativos al interior del mencionado ESP, sólo fueron adaptados algunos, entre ellos: la oficina del Sistema de Información y Atención al Usuario y el espacio donde reposa el buzón de sugerencias, las demás áreas del establecimiento no fueron modificadas dada la insuficiencia del material requerido para tal fin. No obstante, se elaboró un documento con lineamientos específicos para el manejo adecuado de la información escrita (ver Anexo F).

De esta manera, los avances del proceso operativo se hacen tangibles en la medida que son abordados durante el tiempo que se ha destinado para su ejecución y aunque resulten inevitables las adversidades en medio de su desarrollo, las acciones alternativas de solución permiten concluir lo que en un tiempo determinado se inició. Consecutivamente al proceso de ejecución, la evaluación conduce a la reagrupación de los momentos que durante el ejercicio de formación profesional se fueron consolidando, permitiendo reconocer avances y retrocesos.

Precisamente, para dar cumplimiento a los componentes de las estrategias de los Planes Operativos de Intervención, fue necesario poner a prueba las habilidades que confluyeron alrededor del ser, saber y el hacer.

En lo concerniente al plano procedimental o del hacer, estuvieron presentes las acciones orientadas a la recopilación de datos, que inicialmente se concretaron en la búsqueda de referencias institucionales y luego se mantuvieron a lo largo del proceso para ir complementando lo que se había decantado y de esta manera se logró socializar el producto, es decir, la o las alternativas de acción institucionales planteadas en razón de un evento particular.

Por tal razón, el manejo inteligente de la información permite desplegar ideas con miras a su materialización y el aprovechamiento de los recursos humano, técnico y financiero con que cuenta una institución.

En ese sentido, los actores que se hicieron presentes como invitados especiales para promocionar el portafolio de servicios del Centro de Medicina Preventiva y por ende inducir la demanda de los mismos fueron: los medios de comunicación corporativos de la Policía Nacional, el Colegio Nuestra Señora de Fátima, el Grupo de Líderes de Usuarios (as), Grupo Interdisciplinario de Mejoramiento Continuo CEPRE y los beneficiarios (as) y afiliados (as) del SSPN.

Por otra parte, desde el ser se despliega un abanico de cuestionamientos y confrontaciones en el ejercicio mismo de la práctica dado que, ante el evento de la atención directa a los usuarios (as), la interacción con otros profesionales de las diversas ramas de la salud y las funciones propias del área en la cual se encuentre inserta la profesión de Trabajo Social, resulta necesaria la realización del ejercicio introspectivo que permita reflejar en el momento preciso las siguientes características: seguridad, credibilidad, autonomía, coherencia, respeto, tolerancia y paciencia para sortear las equivocaciones mientras se desaprende para aprender a aprender y emitir juicios valorativos.

En relación al aspecto cognitivo, éste se puso de manifiesto en el momento de pensar, saber cómo resolver y hallar un punto de encuentro entre el cúmulo de

datos almacenados durante el recorrido académico y la información que a diario se obtuvo mediante la revisión de archivos magnéticos y/o escritos, lectura de informes anteriores, observación participante y no participante, entrevistas y demás formas para la recolección de información. En definitiva, la cuestión fue de comprensión, establecimiento de jerarquías u orden de temáticas que a la postre facilitaron el ejercicio de síntesis y el descarte de lo que se consideró imprescindible.

Pues bien, producto de ese pensar fue el conjunto de acciones determinantes para el cumplimiento de los objetivos propuestos, facilitándose la estructuración del contenido de las Guías orientadoras para usuarios (as) de los servicios de salud; así como, el de las reuniones programadas con el grupo de líderes de usuarios, el equipo de profesionales y la asociación de padres de familia Col-Fátima, los componentes de las rutas de acceso a los servicios de salud, los lineamientos para el manejo de puntos informativos, los flujogramas de atención en salud CEPRE, los mensajes institucionales dirigidos a padres y madres de familia, niños y niñas, mujeres en estado embarazo, parejas de jóvenes y adultos (as).

De modo que, la resultante de la articulación equilibrada de estos elementos posibilitaron el desarrollo de las estrategias planteadas con sus respectivos componentes, el avance del proceso hacia la consecución de los logros perfilados en lo referente a la consolidación del proceso comunicativo a nivel institucional desde adentro y hacia fuera y la inducción de la demanda de los servicios del Centro de Medicina Preventiva.

No obstante, los hechos particulares que dinamizan o dilatan las actividades programadas también hicieron presencia durante la práctica académica como por ejemplo: los distintos niveles de dirección, gestión, mando, control y especialización laboral, propio de las estructuras organizativas jerarquizadas o piramidales como las Fuerzas Militares y de Policía Nacional, terminan

constituyéndose en factores que postergaron la ejecución de las actividades dada la espera para el visto bueno, la aprobación de propuestas y la confirmación del material requerido (papelería generalmente) para el desarrollo de acciones concretas.

La falta de documentación que impide tener una memoria institucional u organizacional y además dificulta la definición de parámetros y propuestas de mejoramiento. De igual manera, en los convenios interinstitucionales la ausencia de estándares que determinen las condiciones y suministro de los elementos propios del puesto de trabajo de los (as) pasantes, también obstaculiza el desarrollo satisfactorio de las actividades especificadas durante el ejercicio preprofesional.

Entre tanto, las percepciones evidenciadas por los usuarios (as) durante la atención directa o de manera escrita mediante el buzón de sugerencias, resultan ser significativas, al manifestar falencias en aspectos tales como: barreras en el acceso a los servicios de nivel I y II en razón de la tramitología y la inoportuna capacidad de respuesta ante actividades, procedimientos e intervenciones de detección temprana (cáncer de cuello uterino, cáncer de seno, alteraciones de agudeza visual y alteraciones en el adulto como osteoporosis, menopausia específicamente referidas por los usuarios (as) siendo deber de la institución prestadora de los servicios de salud, disminuir el riesgo de enfermar y morir por causas evitables, según lo expresa la Resolución³⁵ 412 del año 2000.

De todas maneras, a partir de las expectativas o frustraciones que puedan generarse por las confrontaciones conceptuales, políticas y metodológicas propias de la llegada a la práctica preprofesional, es claro que la apertura y estructuración de espacios al interior de cualquier institución dependerá además de las

³⁵ MINISTERIO DE SALUD. Resolución N° 00412 de febrero de 2000. [Base de datos en línea] [Citado en Agosto 11 de 2006]. Disponible en Internet <<http://www.saludsantander.gov.co/resoluciones.htm>>

capacidades cognitivas, del adecuado uso de las técnicas de comunicación verbal, escrita, de la autocrítica constante y el componente ético de la profesión.

Porque si bien es cierto, la práctica como tal no produce teoría, sino que por el contrario, es de donde afloran situaciones y eventos que sirven como insumos para avanzar en la interpretación y comprensión de situaciones relacionadas con las diversas áreas del desempeño laboral, en las que se enmarca la profesión del Trabajo Social.

Desde tal punto de vista, el ejercicio académico de formación profesional fundamentado en las prácticas, demanda comprender y sortear la dinámica cambiante del día a día, lo cual devela que los procesos no son lineales y es ahí donde factores como la recursividad, astucia y sagacidad juegan un papel importante para desafiar los obstáculos latentes y manifiestos.

Finalmente, las conclusiones y recomendaciones (temáticas de los capítulos subsiguientes), refieren en su orden, las aprehensiones resultantes de la experiencia de formación profesional y las consideraciones para tener en cuenta por la entidad donde se desarrolló la experiencia, la Escuela de Trabajo Social y el próximo (a) estudiante de práctica, en razón del mejoramiento de las acciones que adelantan dichas instituciones y la continuidad de las propuestas elaboradas por la o el pasante anterior.

5. CONCLUSIONES

El SGSSS propuesto por la Ley 100 de 1993, reorganizó la prestación de los servicios de salud a nivel nacional integrando la salud pública, la seguridad social y la provisión de servicios médico asistenciales mediante la vinculación de entidades mixtas y privadas. A su vez, estableció diferentes regímenes para su financiación, planes básicos para la atención en salud, sistemas de información y atención a usuarios (as), consagró la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como ejes centrales de la intervención médica y determinó respecto al ejercicio de los derechos, acceso y oportunidad de los usuarios (as) hacia los servicios la organización del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

Sin embargo, esta norma con más de una década de vigencia no ha logrado cumplir aún, con su propósito fundamental de cobertura universal en salud para la población colombiana; así como tampoco el Estado ha respondido a la ciudadanía con la garantía del servicio público de la salud. Factores como la progresiva inestabilidad laboral, la inoportuna respuesta de IPS ante procesos de atención, la discriminación de la población por estratos sociales, grupos de excluidos y desfavorecidos, planes de servicios para regímenes diferentes; muestran al actual sistema de salud como un sistema de salud inequitativo y excluyente.

De otra parte, las acciones legislativas generadas alrededor del sector salud, implementaron entre otras, formas de participación social en función de la atención y prestación de los servicios de salud mediante la organización de alianzas, asociaciones de usuarios (as), sistemas de atención a la comunidad, comités de participación comunitaria, sistemas de información y atención a usuarios (as) como mecanismos veedores en la consolidación de los procesos de calidad al interior de las IPS y como reguladores en la consecución de niveles de

satisfacción para la población que utiliza los servicios de salud respecto a la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

Referente a las acciones formuladas por la OMS y la OPS para la promoción de la salud en relación al desarrollo de aptitudes personales, la creación de ambientes favorables y la reorientación de los servicios sanitarios como iniciativas diferentes a la asistencia; requieren para su puesta en marcha de una nueva manera de pensar y actuar en salud superando el aspecto curativo del proceso salud-enfermedad, las condiciones materiales y mentales de existencia para así impulsar prácticas que incidan en los conocimientos, aptitudes y actitudes en materia de salud, uso racional de los servicios médicos y la información en salud para comunicar, motivar, persuadir y lograr la incorporación en los estilos de vida hábitos o prácticas saludables como: el ejercicio permanente, consumo de dietas balanceadas, higiene corporal, controles médicos y odontológicos, planificación familiar, entre otros.

En el área de la salud las funciones de educación, promoción y prevención responden a procesos que tienen como fin asesorar e informar a los usuarios (as) respecto a las directrices del SGSSS. Para el caso particular del SSPN desde el SIAU, como pilar básico del SOGCS, mecanismo de comunicación directo y espacio de comunicación y construcción colectiva; la profesión y los (as) profesionales de Trabajo Social en relación con el área de promoción y mantenimiento de la salud, reconocen y apoyan los medios, oportunidades y relaciones que posibilitan el bienestar de la población afiliada y beneficiaria de los servicios ofrecidos en los ESP, lo cual exige de su formación capacidades para fomentar acciones de mejoramiento continuo, actitudes y estilos saludables, estimular la participación de las personas y comunidades en el marco de las acciones propias del aseguramiento (garantía de derechos y deberes en salud, accesibilidad, oportunidad, entre otros) y direccionar procesos administrativos con injerencia en la toma de decisiones institucionales, a partir del manejo adecuado

de la información como elemento básico para la planificación de propuestas y recurso indispensable para el desarrollo de iniciativas y modelos informativos para la comunicación entre funcionarios (as), afiliados (as) y beneficiarios (as) de la sanidad policial.

6. RECOMENDACIONES

En términos de desarrollo y formación en salud se deberá tener en cuenta, competencias básicas que hagan posible el desempeño de los y las profesionales en proceso de aprendizaje a nivel de funciones diversas como: la orientación y asesoría a personas, familias, grupos y comunidades con problemas de interacción y relaciones, atención a problemas de acceso, utilización y evaluación de servicios y programas sociales, educación y formación para el desarrollo humano y la calidad de vida, investigación de condiciones y necesidades de la población, formulación de políticas, estructuración de presupuestos, diseño, planeación, organización y ejecución de programas sociales.

De igual manera el suministro de herramientas teórico-metodológicas relacionadas con el aprendizaje de tópicos tales como: salud ocupacional, clima y ambiente laboral, atención y servicio al usuario (a), gerencia, gestión y calidad de los servicios de salud, hábitos saludables, adherencia al tratamiento, lactancia, cuidado del paciente, manejo de la enfermedad y salud pública; permitirán perfeccionar y modificar los procesos de comprensión y análisis de la realidad social objeto de intervención.

La configuración de grupos semilleros de investigación desde la perspectiva de las ciencias sociales en la problemática pertinente a la salud y la enfermedad, aportará elementos cognitivos para la comprensión de los efectos socioeconómicos de las enfermedades a nivel de regiones y estratos socioeconómicos, el análisis del conocimiento popular en salud en los diferentes contextos culturales y el desarrollo de modelos de evaluación social cualitativa para ser aplicados a las políticas, programas y servicios de salud además del estudio y cálculo de los costos macroeconómicos y sociales que se derivan de una inadecuada atención en salud.

Para facilitar la aprehensión y generar el impacto deseado en quienes participan de los procesos educativos adelantados por el área de promoción y mantenimiento de la salud, es necesario contar con las herramientas y/o soportes que permitan materializar los contenidos de los programas y subprogramas que desde allí se promueven para la población afiliada y beneficiaria del SSPN.

Participar del proceso de toma de decisiones requiere de la conversión de datos en información, lo cual demanda el fortalecimiento en la capacidad de recolección, tabulación, análisis, publicación y difusión de los productos de dicha conversión para así poder elaborar propuestas y/o modelos de información que congreguen las distintas dependencias, medios de comunicación corporativos, usuarios (as) y beneficiarios (as) del SSPN alrededor de alternativas comunicativas en salud que promuevan desde el SIAU, procesos participativos como esencia de las acciones de prevención, promoción y atención en salud.

En virtud de dar continuidad a las propuestas académicas adelantadas se sugiere al próximo (a) pasante retomar los elementos que le sean necesarios para direccionar sus iniciativas en función de la plataforma estratégica institucional y a su vez participar del proceso de consolidación del referente institucional del Centro de Medicina Preventiva, haciendo de los informes elaborados documentos de consulta permanente.

7. MODELO INFORMATIVO PARA LA COMUNICACIÓN Y TOMA DE DECISIONES EN SALUD DE CARA A LOS USUARIOS (AS) DEL CENTRO DE MEDICINA PREVENTIVA - CEPRE - POLICÍA NACIONAL DE BUCARAMANGA

Estar informados y/o demandar información acerca de los diferentes aspectos de la salud, se constituye en una valiosa oportunidad para que los usuarios (as) de los servicios médicos comprendan y dimensionen el impacto negativo que la enfermedad y los riesgos de enfermar causan a las personas y a la sociedad.

Por tanto, construir una agenda común que le apueste al reforzamiento de los hábitos en salud, a partir de la información y comunicación en salud a fin de aprovechar los recursos humanos y técnicos propios de la Policía Nacional, su subsistema de salud y la población que de ellos se beneficia, hará posible la obtención de resultados alentadores en lo que a mantenimiento de la salud y uso racional de los servicios médico asistenciales se refiere, no sólo en el escenario institucional, sino también en el académico, familiar y grupal.

En el Centro de Medicina Preventiva -CEPRE- la forma de participación social en la prestación de los servicios de salud, se realiza a través del Grupo de Apoyo Información a Usuarios (GAIU); el cual se halla conformado por la Dirección de la Seccional de Sanidad, el Sistema de Información y Atención a Usuarios (SIAU) y los líderes de cada una de las asociaciones creadas al interior del Subsistema de Salud de la Policía Nacional: ASFUPER Asociación Fuerza Pública en Retiro Municipio de Piedecuesta, ASFAPOSAN Asociación de Esposas del Personal Fallecido de la Policía Nacional, FRAPON Fraternidad de Personas con Discapacidad de la Policía Nacional, ASOCARVA Asociación de Riesgo Cardiovascular y la Alianza Saludable CEPRE.

Dentro del conjunto de actividades señaladas para el funcionamiento y cumplimiento de responsabilidades del GAUI como apoyo en la labor de mejoramiento y calidad de los servicios de salud, se encuentran: el contacto permanente con el SIAU a fin de obtener información (especialmente sobre el plan de servicios de salud de la Policía Nacional, deberes, derechos en salud, red de servicios etc), organizar la divulgación de información, participar de las actividades de capacitación y canalizar las propuestas y peticiones de los usuarios (as).

Del igual manera, están dentro de sus labores: asegurar que en la Institución se fijan carteleras informativas indicando los tipos de servicios que se prestan y las características propias de los mismos, horarios de atención, procedimientos para acceder a los servicios, los datos de los miembros del Grupo Apoyo Información a Usuarios y el grupo de trabajo al que corresponden, presentar periódicamente informes de trabajo a la Dirección de la Seccional a través del SIAU, publicar en cartelera y/o presentar el informe de asambleas o reuniones de usuarios (as), atender y dar información que solicite cualquier usuario (a) adscrito al SSPN.

No obstante, garantizar la participación efectiva de los usuarios (as) como agentes de cambio y directos responsables en las acciones de control para la prestación eficiente y efectiva de los servicios de salud al interior de los ESP, requiere de una mirada introspectiva en el cumplimiento de derechos y deberes como beneficiarios (as) y afiliados (as) al amparo de la construcción de una cultura del buen uso de los servicios de salud.

Lo anterior, en razón de los registros de inasistencia consignados en los informes de gestión de consulta externa y los cuadros comparativos de bloqueo y desbloqueo SIAU-CEPRE. Entiéndase este último como medida correctiva y mecanismo para regular el uso racional de los servicios de salud, implementado a partir del segundo semestre del año 2006, en vista del incumplimiento de citas de consulta externa en las áreas de medicina general y odontología general.

El sistema de bloqueo deriva en una sanción por el término de 20 días respecto a la solicitud de citas de los servicios anteriormente referidos y solamente se tiene la disposición de los servicios de urgencias, hasta tanto los usuarios (as) implicados no se acerquen a la oficina del SIAU para el desbloqueo o levantamiento de la sanción.

En el Centro de Medicina Preventiva -CEPRE-, durante el tercer trimestre del año 2006 el promedio de consultas programadas fue de 3.328; sin embargo, los reportes de inasistencias registrados para los meses de Julio, Agosto y Septiembre fueron en su orden: 224 (6.73%), 214 (6.43%) y 268 (8.05%), indicadores elevados para un servicio que dispone de recursos para la atención del 100 por ciento de la agenda proyectada; es importante advertir que pese a las 48 horas de anticipación con la que los usuarios (as) pueden cancelar vía telefónica o presencial la cita programada y así evitar la realización del bloqueo; sólo en el mes de agosto 9 personas dieron aviso para no ser bloqueados y en el siguiente mes 29, hechos que generan a nivel institucional altos costos por la no atención en los servicios de salud.

Si bien es cierto, constitucionalmente todas las personas tienen derecho a la seguridad social y el deber de procurar el cuidado de la salud y aunque los propósitos del SGSSS apuntan hacia una mayor equidad, solidaridad, calidad, acceso y un masivo uso de los servicios de salud, un hecho concomitante a tales aspiraciones ha sido el manejo inadecuado de la información en cualquiera de los regímenes existentes.

Retomando la misión del Centro de Medicina Preventiva -CEPRE-, este ESP contribuye a la optimización y fortalecimiento de los estilos de vida saludable de todos los afiliados (as) y beneficiarios (as) adscritos al SSPN de la Seccional Sanidad Santander, con el desarrollo de programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y la atención en salud del primer nivel.

Por consiguiente, ante el conjunto de programas, subprogramas y procesos educativos que allí se adelantan resulta ser una complejidad, tratar de entender el por qué un número representativo de la población afiliada y beneficiaria del SSPN, incumple con el deber de asistir a las citas que programan, hecho particular que menoscaba el uso racional de los servicios médico asistenciales, máxime cuando éstos, han sido estructurados bajo la rigurosidad de las directrices nacionales en salud (leyes, decretos, resoluciones, circulares, establecidos para tales efectos) y además, la Policía Nacional como institución confiable, competente y sólida, sustenta la atención en salud de los usuarios (as) en el profesionalismo de sus funcionarios.

Lo anterior exige la implementación de una iniciativa modelo (o pauta a seguir) que de continuidad a los procesos ejecutados en los planes operativos de intervención durante el proceso de formación profesional, de tal forma que el carácter informativo promueva la comunicación en salud a manera de red, desde las diversas dependencias, medios corporativos, entidades adscritas a la Policía Nacional Seccional Santander, población afiliada y beneficiaria del SSPN facilitándose el desarrollo de acciones concretas, a partir de la toma de decisiones en salud centradas en los usuarios (as) para poder hallar directamente de la fuente generadora de la situación problema, las razones que interfieren en la dinámica del adecuado uso de los servicios médicos y la estructuración de hábitos en salud.

7.1 OBJETIVO ESTRATÉGICO

Diseñar un modelo informativo para la comunicación en salud de los usuarios (as) del Centro de Medicina Preventiva CEPRE, con miras al reforzamiento de los hábitos en salud.

7.2 PROCESO DE INTERVENCIÓN

Generalmente, cuando se piensa en desarrollar componentes de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, emergen como elementos fundamentales para el cumplimiento de propósitos en el sector salud, los aspectos educativos y comunicativos.

El componente educativo se hace presente como proceso permanente que posibilita el desarrollo de las potencialidades del ser humano de una manera integral, mientras tanto el comunicativo, refiere la transmisión y retroalimentación de la información mediante espacios de encuentro para el diálogo y el consenso.

Al mismo tiempo, la mediación del componente educativo en las propuestas de intervención predispone la generación de espacios para el análisis, reflexión, evaluación y autoevaluación, respecto al portafolio de servicios y las conductas en salud adquiridas para la optimización de estilos de vida. En este sentido, Trabajo Social desde el Sistema de Información y Atención al Usuario (a), favorece la toma de decisiones a nivel gerencial y el desarrollo institucional, a partir de las percepciones de conformidad, no conformidad, comentarios y sugerencias producto de la atención y comunicación directa con los usuarios (as) y del manejo del buzón de sugerencias, gestión de peticiones y diligenciamiento de encuestas, como mecanismos para la medición de los niveles de satisfacción de usuarios (as).

De manera que, los llamados a constituirse en protagonistas de la propuesta de intervención: Modelo informativo para la comunicación y toma de decisiones en salud de cara a los usuarios (as) del Centro de Medicina Preventiva -CEPRE- Policía Nacional de Bucaramanga, son quienes conforman la red poblacional del SSPN (afiliados (as) en sus respectivas modalidades servicio policial: Policía

Comunitaria, Policía de Carreteras, Escuadrón Móvil de Carabineros entre otros, beneficiarios y los (as) estudiantes del Colegio Nuestra Señora de Fátima).

7.2.1 Plan de Trabajo. Responde a la serie de acciones que permitirán la materialización del objetivo estratégico trazado, teniendo como punto de partida las estrategias formuladas.

➤ **Estrategia 1.** Elaboración del registro epidemiológico del primer nivel de atención -CEPRE- (ver cuadro 7).

* **Público objetivo:** Población afiliada y beneficiaria del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (SSPN).

* **Beneficiarios (as):** SSPN

* **Público secundario:** Personal operativo y administrativo de salud, instituciones adscritas a la Policía Nacional (ColFátima, Escuela de Carabineros Vélez, GAIU y asociaciones de usuarios (as)).

* **Aliados estratégicos:** Secretaría de Salud Municipal, Secretaría de Salud Departamental, Observatorio de Salud Pública de Santander, Instituto de Programas Interdisciplinarios para la Atención Primaria de la Salud (PROINAPSA).

* **Proceso metodológico:** El trabajo de equipo interdisciplinario como herramienta facilitadora en el suministro de información necesaria para el levantamiento de la base de datos epidemiológica CEPRE, a partir de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS).

Cuadro 7. Cuadro estratégico 1.

Objetivo estratégico: Diseñar un modelo informativo para la comunicación en salud de los usuarios (as) del Centro de Medicina Preventiva CEPRE, con miras al reforzamiento de los hábitos en salud.			
Estrategia: Elaboración del registro epidemiológico del primer nivel de atención -CEPRE-			
Acciones Estratégicas	Tareas	Metas	Indicadores
Determinar el perfil de morbilidad en el Centro de Medicina Preventiva como Establecimiento de Sanidad Policial de primer nivel de atención en salud.	Recopilar la información necesaria para levantar la base de datos epidemiológicos del CEPRE. Analizar los datos recopilados para su posterior discriminación y categorización.	Crear al término del mes uno un sistema de monitoreo en salud, basado en las causas de mayor consulta externa por grupos de edad y género, consignados en los Registros Individuales de Prestación de Servicios en Salud (RIPS).	Estandarización por períodos de las diez primeras causas de enfermedad para la asignación específica de recursos.

Fuente: La autora. Bucaramanga: 2007.

En este sentido, la estrategia señala la integración de la información en salud, lo cual requiere en primera instancia, recopilar los datos provenientes de los Registros Individuales de Prestación de Servicios en Salud (RIPS), de manera que los referentes allí consignados, permitan determinar el perfil de morbilidad de los afiliados (as) y beneficiarios del Centro de Medicina Preventiva, con miras a la creación de un sistema de monitoreo en salud del nivel I de atención y así se puedan desarrollar acciones concretas que le apunten directamente al fomento de hábitos o prácticas saludables y la minimización de factores de riesgo.

- **Estrategia 2.** Establecer una red comunicativa entre los distintos sectores que forman parte de la Policía Nacional Seccional Santander para la integración de la información en salud (ver cuadro 8).

Cuadro 8. Cuadro estratégico 2.

<p>Objetivo estratégico: Diseñar un modelo informativo para la comunicación en salud de los usuarios (as) del Centro de Medicina Preventiva CEPRE, con miras al reforzamiento de los hábitos en salud.</p>			
<p>Estrategia: Establecer una red comunicativa entre los distintos sectores que forman parte de la Policía Nacional Seccional Santander para la integración de la información en salud.</p>			
Acciones Estratégicas	Tareas	Metas	Indicadores
<p>Focalizar el grupo de usuarios (as) inasistentes y reincidentes para la movilización de ideas que contrarresten el incumplimiento de las citas programadas para el nivel I de atención.</p>	<p>Convocar a reunión informativa a los usuarios (as) registrados como inasistentes y reincidentes, el grupo GAIU y los representantes de las diversas asociaciones del SSPN.</p>	<p>Reunir a la población objetivo para caracterizar las percepciones que sobre el proceso salud-enfermedad poseen los usuarios inasistentes y reincidentes con el fin de definir y estructurar al término del mes dos el grupo base de trabajo.</p>	<p>Nº de personas participantes / Nº de personas citadas.</p>
	<p>Diseñar el formato para el desarrollo de entrevistas con el grupo focalizado.</p>	<p>Desarrollar las entrevistas para la obtención de información precisa sobre los motivos de inasistencia y reincidencia.</p>	<p>Grupo de personas entrevistado / Nº de entrevistas focalizadas programadas.</p>
	<p>Realizar visitas domiciliarias a aquellos usuarios (as) inasistentes y reincidentes que presentan el mayor número de citas perdidas.</p>	<p>Efectuar las visitas domiciliarias según el número de usuarios (as) especificados.</p>	<p>Nº de visitas efectuadas / Nº de visitas programadas.</p>
	<p>Estructurar el contenido de Talleres para ser abordados con el grupo focal.</p>	<p>Definir el cronograma de actividades a desarrollar con los integrantes del grupo base de trabajo.</p>	<p>Nº de actividades establecidas / Nº de talleres realizados.</p>

Fuente: La autora. Bucaramanga: 2007.

* **Público objetivo:** Usuarios (as) reincidentes e inasistentes de las citas programadas para la prestación de los servicios de salud de primer nivel de atención en salud del CEPRE.

* **Beneficiarios (as):** Centro de Medicina Preventiva -CEPRE- y Dirección de Sanidad Seccional Santander.

* **Público secundario:** GAU, asociaciones de usuarios (as), distintas dependencias operativas y administrativas de la Policía Nacional.

* **Aliados estratégicos:** Sistema de Información y Atención al Usuario SIAU-CEPRE, Coordinación del Área de Promoción y Mantenimiento de Salud.

* **Proceso metodológico:** El desarrollo de entrevistas focalizadas, visitas domiciliarias, talleres y la conformación de grupos de trabajo como fuentes para la obtención y caracterización de las percepciones sobre el proceso salud-enfermedad, espacio para la socialización sobre el uso adecuado de los servicios de salud, expresión de motivos y alternativas de solución ante el reporte de inasistencias en los servicios médico-asistenciales.

De manera que la focalización del grupo de usuarios (as) inasistentes y reincidentes se convierte, en pilar fundamental para la movilización de ideas, la construcción de un nuevo discurso y su práctica, implicando la desconstrucción de viejos paradigmas o esquemas mentales en donde se trascienda de la posición individual - médico (a) y enfermo (a), a una posición relacional - equipo médico, enfermo (a), familiares, grupos institucionales y áreas laborales de la Policía Nacional.

➤ **Estrategia 3.** Academia saludable, orientaciones y destrezas para la introyección de prácticas saludables (ver cuadro 9).

* **Público objetivo:** Comunidad educativa Colegio Nuestra Señora de Fátima (estudiantes, cuerpo docente y directivas).

* **Beneficiarios (as):** Núcleo y grupos familiares, cooperativa escolar y asociación de padres y madres ColFátima.

* **Público secundario:** Clínica Regional del Oriente, Centro de Medicina Preventiva, como entidades de apoyo a las labores de servicio social desarrolladas por los estudiantes de 10º y 11º grado ColFátima.

* **Aliados estratégicos:** Personal de salud, Sistema de Información y Atención al Usuario SIAU-CEPRE, Coordinación del Área de Promoción y Mantenimiento de Salud y las instituciones públicas, privadas, ONG, entre otros (Hospital Universitario de Santander, PROFAMILIA, Corporación para el Buen Ambiente CORAMBIENTE).

* **Proceso metodológico:** El desarrollo de seminarios, jornadas y actividades colectivas para la inducción de prácticas en salud (bazares de la salud, buenas prácticas de manufactura, higiene corporal y mental, entre otros) como escenarios pedagógicos para estimular la participación activa y responsable, la reflexión y valoración permanente de aspectos como el autocuidado y mantenimiento de la salud, a efecto de adquirir un firme compromiso con el desarrollo personal y la incorporación de hábitos o prácticas en salud, desde el componente educativo.

Por ello la ineludible labor de instaurar cátedras en salud que promuevan desde la academia espacios de diálogo y procuren articular la amplia oferta informativa en salud con los procesos de enseñanza - aprendizaje, de manera que los y las estudiantes del Colegio Nuestra Señora de Fátima se constituyan en agentes multiplicadores y aplicadores de la información en salud.

Cuadro 9. Cuadro estratégico 3.

<p>Objetivo estratégico: Diseñar un modelo informativo para la comunicación en salud de los usuarios (as) del Centro de Medicina Preventiva CEPRE, con miras al reforzamiento de los hábitos en salud.</p>			
<p>Estrategia: Academia saludable, orientaciones y destrezas para la introyección de prácticas saludables.</p>			
Acciones Estratégicas	Tareas	Metas	Indicadores
<p>Instaurar cátedras en salud como espacio académico para impulsar acciones dirigidas al autocuidado y mantenimiento de la salud.</p>	<p>Contactar las directivas del Colegio Nuestra Señora de Fátima para definir el cuerpo docente y el calendario académico de las cátedras en salud.</p>	<p>Precisar al término del mes tres las temáticas a desarrollar en las cátedras.</p>	<p>Nº de cátedras en salud realizadas / Nº de cátedras en salud programadas.</p>
	<p>Capacitar con el apoyo de los aliados estratégicos al cuerpo docente participante de las cátedras en salud.</p>	<p>Lograr la capacitación del 100% de los docentes partícipes de las cátedras en salud.</p>	<p>Nº de docentes capacitados (as) / Nº de capacitaciones proyectadas.</p>
	<p>Determinar según el perfil epidemiológico de la población afiliada y beneficiaria del SSPN las actividades dirigidas a los colectivos discriminados por grupos etáreos del ColFátima.</p>	<p>Establecer los espacios para el desarrollo de actividades académicas y colectivas de las cátedras en salud.</p>	<p>Nº de actividades desarrolladas / Nº de actividades programadas.</p>

Fuente: La autora. Bucaramanga: 2007.

- **Estrategia 4.** Difusión radial de mensajes saludables para una escucha atenta (ver cuadro 10).

Cuadro 10. Cuadro estrategia 4.

Objetivo estratégico: Diseñar un modelo informativo para la comunicación en salud de los usuarios (as) del Centro de Medicina Preventiva CEPRE, con miras al reforzamiento de los hábitos en salud.			
Estrategia: Difusión radial de mensajes saludables para una escucha atenta.			
Acciones Estratégicas	Tareas	Metas	Indicadores
Organizar campañas de divulgación en apoyo y reconocimiento de las acciones de control de los factores de riesgo, promoción de la salud y uso racional de los servicios de salud.	Concretar la conformación del equipo interdisciplinario de trabajo.	A partir del grupo de trabajo establecido, definir al término del mes cuatro el conjunto de mensajes saludables a ser difundidos por los medios de comunicación corporativos.	Nº de mensajes transmitidos / Nº de mensajes pautados.
	Acordar con el personal encargado de la dirección y coordinación del espacio televisivo en TRO y la emisora de la Policía Nacional, la franja de transmisión de programas saludables.	Seleccionar los y las invitadas especiales a participar en los segmentos de los programas saludables.	Nº de invitados (as) participantes / Nº de invitados (as) convocados.

Fuente: La autora. Bucaramanga: 2007

* **Público objetivo:** Equipo de trabajo de los medios corporativos de la Policía Nacional Bucaramanga.

* **Beneficiarios (as):** Radioescuchas de la emisora de la Policía Nacional Bucaramanga.

* **Público secundario:** GAIU, asociaciones de usuarios (as), distintas dependencias operativas y administrativas de la Policía Nacional.

* **Aliados estratégicos:** Sistema de Información y Atención al Usuario SIAU-CEPRE, Coordinación del Área de Promoción y Mantenimiento de Salud.

* **Proceso metodológico:** Reuniones de trabajo de equipo interdisciplinario para la identificación de temáticas de interés en salud, definición del contenido de los mensajes saludables y la selección de deportistas, artistas y personalidades públicas reconocidas por la población, a fin de involucrarlos (as) como rostros de la campañas, en espacios como el invitado de la semana o el mes.

El papel de los medios de comunicación corporativos como mecanismo para vehicular masivamente las acciones de control de los factores de riesgo, promoción de la salud y uso racional de los servicios de salud, provee a los afiliados y beneficiarios del SSPN, de una herramienta de apoyo imprescindible para la expresión e introyección de mensajes que aportan elementos para hacer los estilos de vida, saludables.

➤ **Cronograma de actividades.** Responde al conjunto de acciones organizadas en un tiempo determinado para su desarrollo, con la finalidad de obtener los insumos que permiten el alcance de los objetivos propuestos (ver cuadro 11).

Cuadro 11. Cronograma de actividades propuesta de intervención.

Estrategias Tareas	Estrategia 1				Estrategia 2				Estrategia 3				Estrategia 4			
	Mes 1				Mes 2				Mes 3				Mes 4			
Recopilación de información epidemiológica	■	■														
Análisis de datos epidemiológicos			■	■												
Convocatoria de reunión					■											
Diseño formato de entrevistas						■										
Visitas domiciliarias							■									
Talleres								■								
Contacto directivas ColFátima									■							
Capacitación docente										■	■					
Actividades colectivas												■				
Concreción del equipo de trabajo													■	■		
Definición de horarios para transmisión de programas															■	

Fuente: La autora. Bucaramanga: 2007.

Trascender de la información a la formación, mediante procesos que propicien el fortalecimiento de hábitos en salud, la incorporación y práctica de conceptos fundamentados en la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad exige de relaciones, acercamientos y estrategias de información para hacer accesibles a los usuarios (as) la atención en salud con calidad, las formas de presentar una queja o sugerencia para mejorar los servicios, la escucha y la atención por las autoridades u otras instancias; porque cuando se participa de las

acciones, normas, acuerdos, leyes, derechos y deberes en salud se facilita la toma de decisiones hacia el bien común.

Así pues, el Modelo informativo para la comunicación y toma de decisiones en salud de cara a los usuarios (as) del Centro de Medicina CEPRE, se constituye en una propuesta que actúa como plataforma vinculante, entre las diferentes interpretaciones culturales del proceso salud-enfermedad, actitudes y prácticas de salud de la población que se beneficia del SSPN y la institución prestadora de servicios de salud, en razón del establecimiento de nuevas formas de diálogo que permitan la construcción y trabajo en red desde las distintas dependencias de la Policía Nacional en torno a la salud.

BIBLIOGRAFÍA

CAMACHO ROJAS, Rubiela. Promoción y Educación en Salud: procesos que permiten el bienestar humano y el desarrollo social. Bucaramanga, 1999, 98 p. Trabajo de Grado (Trabajadora Social). Universidad Industrial de Santander Escuela de Trabajo Social.

CARDONA, Álvaro. Historia, ciencia y salud-enfermedad. Medellín: Alas Libres, 1995. 292 p.

CASTILLO LEÓN, John Jairo. Informe final de Práctica I. Clínica Regional del Oriente Policía Nacional. Bucaramanga, 2005, 53 p. Universidad Industrial de Santander. Escuela de Trabajo Social.

CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA. Bogotá: IMPREANDES. 1991. 197 p.

FEDERACIÓN NACIONAL DE CAFETEROS DE COLOMBIA. Técnicas de extensión rural. Herramientas pedagógicas para el trabajo con comunidades. Módulo 6. Bogotá: 1990.

GERENCIA ESTRATÉGICA. Documento. Convenio Universidad Santo Tomás – Instituto Colombiano de Normas Técnicas ICONTEC. Bucaramanga 2003. 62 p.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS. Normas Colombianas para la presentación de tesis, trabajos de grado y otros trabajos de investigación. Quinta actualización. Santafé de Bogotá D.C.: ICONTEC, 2002. 123p. NTC 1486

LA SALUD PÚBLICA HOY: ENFOQUES Y DILEMAS CONTEMPORÁNEOS EN SALUD PÚBLICA. Memorias Cátedra Manuel Ancízar. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2003. 659 p.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Sistema de Seguridad Social Integral. Ley 100 de 1993. Unión Ltda: Bogotá. 2004. 730 p.

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA. Dirección de Sanidad Seccional Santander. Archivo histórico de la oficina de Gestión y Calidad. Clínica Regional del Oriente. Bucaramanga 2006.

-----. Dirección de Sanidad Seccional Valle del Cauca. Manual de Organización de Funciones del Centro de Medicina Preventiva "CEPRE". Área de Promoción y Mantenimiento de la Salud. Santiago de Cali: 2005

-----. Dirección de Sanidad. Manual del Funcionario SIAU. Sistema de Información y Atención al Usuario. Garantía de Calidad e Información al Usuario. 69 p.

-----.Dirección de Sanidad. Área de Promoción y Mantenimiento de la Salud. Salud para madres gestantes y recién nacido. Bucaramanga: 2006. 16 p.

-----. Dirección de Sanidad. Centro de Medicina Preventiva -CEPRE-. Área de Promoción y Mantenimiento de la Salud. Guía de Atención de la Hipertensión Arterial. Bucaramanga: 2006. 52 p.

SAN MARTÍN, Hernán. Salud y Enfermedad: ecología humana, medicina preventiva y social. Segunda edición. México: La prensa médica mexicana, 1968. 309 p.

SERNA GÓMEZ, Humberto. Gerencia Estratégica. Planeación y gestión, teoría y metodología. Séptima Edición. 3R Editores LTDA. Colombia: 2000. 384 p.

Webliografía:

<http://www.alcaldiabogota.gov.co>

<http://www.col.ops-oms.org>

<http://www.dafp.gov.co>

<http://www.dnp.gov.co>

<http://www.minproteccionsocial.gov.co>

<http://www.policia.gov.co>

<http://www.presidencia.gov.co>

<http://www.prevention-world.com>

<http://www.profamilia.org.co>

<http://www.saludsantander.gov.co>

<http://www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co>

<http://www.superservicios.gov.co>

ANEXOS

ANEXO A. REGIONES DE POLICÍA Y JURISPRUDENCIAS*

REGIÓN N° 1: Sede Bogotá y sus respectivas jurisprudencias:	REGIÓN N° 2: Sede Neiva y sus respectivas jurisprudencias:
Metropolitana de Bogotá, Tisquesusa, Bacatá, Tequendama Boyacá, Cundinamarca.	Huila, Tolima, Caquetá Putumayo.
REGIÓN N° 3: Sede Pereira:	REGIÓN N° 4: Sede Cali:
Risaralda, Caldas, Quindío, Distritos de Sevilla, Roldadillo y Cartago.	Valle, Cauca, Nariño.
REGIÓN N° 5: Sede Cúcuta:	REGIÓN N° 6: Sede Medellín:
Santander, Norte de Santander, Cesar, Arauca, Magdalena Medio.	Metropolitana del Valle del Cauca, Antioquia, Chocó, Córdoba, Urabá.
REGIÓN N° 7: Sede Villavicencio:	REGIÓN N° 8: Sede Barranquilla:
Meta, Casanare, Amazonas, Guainía, Guaviare, Vichada, Vaupés.	Bolívar, Magdalena, Guajira, Sucre, San Andrés y Providencia.

* POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA. Organización estructural y territorial. [Base de datos en línea] [Citado 25 de Enero de 2007]. Disponible en Internet <http://snportal.policia.gov.co/portal/page?_pageid=135,94048&_dad=portal&_schema=PORTAL>

ANEXO B. ESQUEMA DE VACUNACIÓN PLAN AMPLIADO DE INMUNIZACIONES[♦]

ENFERMEDAD	VACUNA	EDAD DE APLICACIÓN	VÍA Y SITIO DE APLICACIÓN	NÚMERO DE DOSIS	EDAD DE REFUERZO	REACCIONES
TUBERCULOSIS	BCG	RECIEN NACIDO	INTRADERMICA HOMBRO IZQUIERDO	1	NO	Granito rojo en el sitio de aplicación
DIFTERIA TETANO TOS FERINA	D.P.T	2 MESES 4 MESES 6 MESES	INTRAMUSCULAR GLÚTEO O MUSLO	3 INICIALES	18 Meses y 5 Año	Fiebre por debajo de los 38.5° C. Leve dolor y enrojecimiento en el sitio de aplicación. Llanto
POLIOMELITIS	ANTIPOLIO	RECIEN NACIDO 2 MESES 4 MESES 6 MESES	ORAL	4 INICIALES	18 Meses y 5 Años	Ninguna
HEPATIS B	ANTI HEPATITIS B	RECIEN NACIDO 2 MESES 6 MESES	INTRAMUSCULAR BRAZO O MUSLO	3	NO	Dolor y enrojecimiento en el sitio de aplicación. Llanto

[♦] POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA. Dirección de Sanidad. Área de Promoción y Mantenimiento de la Salud. Salud para madres gestantes y recién nacido. Bucaramanga: 2006. p. 12-13.

MENINGITIS	HAEMOFILUS INFLUENZA TIPO B	2 MESES 4 MESES 6 MESES	INTRAMUSCULAR	3	NO	Molestias en el sitio de aplicación
SARAMPIÓN RUBÉOLA PAROTIDITIS	TRIPLE VIRAL	1 AÑO	SUBCUTÁNEA BRAZO	1 INICIAL	Cada 10 años	Fiebre por debajo de los 38.5° C. Brote leve en el cuerpo entre el 5° y 8° día después de aplicada la vacuna.
FIEBRE AMARILLA	ANTI AMARILICA	MAYOR DE 1 AÑO	SUBCUTÁNEA BRAZO	1 INICIAL	Cada 10 años	Fiebre y escalofrío
TETANO NEONATAL	TOXOIDE TETANICO	*MEF. De 10 a 45 años	INTRAMUSCULAR BRAZO O GLUTEO	2 INICIALES	Uno por Embarazo máximo 3	Enrojecimiento en el sitio de aplicación Inflamación leve
VARICELA	VARICELA	Mayor de 1 año Hasta 5 años	SUBCUTANEA	ÚNICA	NO	Extra PAI DISAN PONAL
Influenza Infantil	Influenza	Mayores de 6 meses hasta 3 años	SUBCUTANEA	2 dosis	Cada año	Extra PAI DISAN PONAL
Neumococo Heptavalente	Neumonía – otitis Otros	Mayores de 2 meses hasta 2 años	SUBCUTANEA	Según edad Ver protocolo	No	Extra PAI DISAN PONAL

ADOLESCENTES						
HEPATITIS B	ANTI AMARILICA	Mayores de 10 AÑOS	1 MES 2 MESES 6 MESES		NO	Extra PAI DISAN PONAL
SARAMPIÓN RUBÉOLA PARODITIS	TRIPLE VIRAL	Mayores de 10 AÑOS	SUBCUTÁNEA BRAZO	1 INICIAL	CADA 10 AÑOS	Fiebre por debajo de los 38.5ª C. Brote leve en el cuerpo entre el 5º y 8º día después de aplicada la vacuna.
ADULTOS						
FIEBRE AMARILLA	ANTI AMRILICA	Mayores de 20 Años	SUBCUTÁNEA BRAZO		CADA 10 AÑOS	Fiebre y escalofríos
HEPATITIS B	ANTI AMRILICA	Mayores de 10 Años	1 MES 2 MESES 6 MESES		NO	
NEUMOCOCO	NEOMONIA	Mayores de 60 Años o crónicos	INTRAMUSCULAR BRAZO		CADA 5 AÑOS	
INFLUENZAE	INFLUENZA	Mayores de 60 Años o crónicos	APLICACION EN BRAZO		CADA AÑO	

INFLUENZA PEDIATRICA	INFLUENZA	Mayor 6 Meses a 3 Años	PIERNA O BRAZO	UNA AL MES SIGUIENTE DOSIS 3 O 4 DOSIS	ANUAL	
NEUMOCOCO HEPTAVALENTE	NEUMONÍA	Niños desde los 3 Meses de edad	PIERNA O BRAZO	DEPENDIENDO DE LA EDAD	CADA 3 MESES	
TETANO	TETANICO O DIFTERICO	Mayores de 20 Años	Aplicación IM BRAZO O GLUTEO	2 INICIALES	1 MES	Enrojecimiento en el sitio de aplicación Inflamación leve
FIEBRE TIFOIDEA	FIEBRE TIFOIDEA	Población en riesgo	ORAL O SUBCUTANEA (SEGÚN PRESENTACIÓN)	UNICA	2 MESES	

ANEXO C. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PARTICULARES – VACUNACIÓN EXTRA PAI.♦

Neumococo: Esta vacuna es para niños (as) menores de 2 años que presenten alguna de las siguientes condiciones,

- Prematuros (as) antes de las 38 semanas.
- Displasia broncopulmonar.
- Cardiopatías congénitas.
- Hemoglobinopatía.
- Asplenia funcional o anatómica.
- Enfermedad pulmonar crónica.
- Falla renal o síndrome nefrótico.
- Inmunodeficiencia congénita o adquirida.
- Enfermedad asociada con terapia inmunosupresora.
- Corticoterapia.

Pneumo: Esta vacuna es para niños (as) mayores de 2 años que refieran diagnóstico de las siguientes enfermedades:

- Asma.
- Insuficiencia cardíaca congestiva.
- EPOC.
- Esplenectomía funcional o anatómica.
- Insuficiencia Renal Crónica.
- Otras enfermedades cardíacas o pulmonares crónicas, aclarando si sin neumonías, bronquitis crónicas.
- HIV.

♦ POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA. Centro de Medicina Preventiva CEPRE. Archivo bibliográfico del área de Enfermería. Bucaramanga: 2006

- Enfermedad hepática crónica.
- Cáncer.
- Mieloma múltiple.
- Leucemia.
- Transplantado.
- Quimioterapias.

Varicela: Vacuna para niños (as) mayores de 1 año hasta 7 años, que no tengan antecedentes de varicela y sean susceptibles de las siguientes condiciones:

- Niños (as) que estén estudiando en colegios o guarderías.
- Susceptibles de comunidades cerradas que han estado en contacto con pacientes infectados.
- Susceptible en contacto cercano con paciente infectado.
- Pacientes inmunocomprometidos, estado clínico estable a pacientes con leucemia aguda, tumores sólidos en pacientes tratados con fármacos como ACTH y corticosteroides para el tratamiento de nefrosis y bronquitis grave.

Hepatitis A pediátrica: Vacuna para niños (as) mayores de 1 año hasta 14 años sin antecedentes de Hepatitis A y en las siguientes circunstancias:

- Niños (as) que habiten en municipios con precarias condiciones de saneamiento básico.
- Niños (as) que permanezcan cerca de ríos, alcantarillados, zonas de riesgo por inadecuada manipulación de alimentos.

ANEXO D. ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA *

Bajo peso al nacer	Menor y mujeres maltratados
Alteraciones asociadas a la nutrición (desnutrición proteico calórica y obesidad)	Diabetes juvenil y del adulto
Infección Respiratoria Aguda (menores de cinco años) Alta: Otitis media, Faringitis estreptococcica, laringotraqueitis. Baja: Bronconeumonía, bronquiolitis, neumonía.	Lesiones preneoplásicas de cuello uterino
Enfermedad Diarréica Aguda / Cólera	Lepra
Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar	Malaria
Meningitis meningocócica	Dengue
Asma Bronquial	Leishmaniasis cutánea y visceral
Síndrome convulsivo	Fiebre amarilla
Fiebre reumática	Vicios de refracción, estrabismo, cataratas
Enfermedades de transmisión sexual (infección gonocócica, sífilis, VIH)	Hipertensión arterial
Hipertensión y hemorragias asociadas al embarazo.	

* MINISTERIO DE SALUD. Acuerdo N° 117. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Artículo 7. Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública.

ANEXO E. EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA (ENO)*

Accidente ofídico	Malaria Malariae
Cólera	Malaria Vivax
Chagas	Meningitis meningocócica
Dengue clásico	Meningitis por Haemophilus Influenzae
Dengue hemorrágico	Meningitis por Neumococo
Difteria	Meningitis tuberculosa
Encefalitis del nilo occidental en humanos	Mortalidad por malaria
Encefalitis equina del oeste en humanos	Mortalidad materna
Encefalitis equina venezolana en humanos	Mortalidad perinatal
Enfermedades de origen priónico	Mortalidad por cólera
Exposición rábica	Mortalidad por dengue
Fiebre amarilla	Mortalidad por EDA (0 - 4 años)
Fiebre tifoidea y paratifoidea	Mortalidad por IRA (0- 4 años)
Hepatitis A	Parálisis flácida aguda (< 15 años)
Hepatitis B	Parotiditis
Intoxicación por alimentos o agua	Peste (bubónica / neumónica)
Intoxicación por plaguicidas	Rabia en perros y gatos
Intoxicación por fármacos	Rabia humana
Intoxicación por metanol	Rubéola
Intoxicación por metales pesados	Rubéola congénita
Intoxicación por solventes	Sarampión
Intoxicación por otras sustancias químicas	Sífilis congénita
Leishmaniasis cutánea	Sífilis gestacional
Leishmaniasis mucosa	Tétanos accidental
Leishmaniasis visceral	Tétanos neonatal
Lepra	Tifus epidémico transmitido por piojos
Leptospirosis	Tifus epidémico transmitido por pulgas
Lesiones por pólvora	Tosferina
Malaria asociada (formas mixtas)	Tuberculosis extrapulmonar
Malaria Falciparum	Tuberculosis pulmonar
Varicela	VIH/SIDA
Violencia	Efecto adverso pos inmunización
Otras ITS	

* COOMULTRASAN IPS. Eventos de Notificación Obligatoria. Sistema de Vigilancia Epidemiológica. Bucaramanga: 2006.

ANEXO F. PAUTAS PARA EL USO ADECUADO DE PUNTOS INFORMATIVOS CEPRE[♦]

Para hacer de la comunicación un proceso activo y participativo, es necesario que los actores involucrados en este caso, equipo de profesionales y usuarios (as) de los servicios del Centro de Medicina Preventiva, estén al tanto de las adecuaciones o medidas que se implementan para dinamizar el flujo de la información desde adentro y hacia fuera del Establecimiento de Sanidad Policial.

En este sentido, para lograr difundir de manera acertada la información que desde los puntos informativos se dirige a la población afiliada y beneficiaria es indispensable tener en cuenta los siguientes aspectos:

1º. Elegir y preparar el lugar apropiado para disponer avisos, señales, mensajes, gestos, etcétera, de manera que el espacio ocupado no obstaculice la apertura de puertas, ventanas o cajas de energía.

2º. Para atraer la atención de quien recibe la información escrita, es indispensable que dicha información sea concisa, de fácil interpretación y que en la práctica se pueda cumplir lo indicado.

3º. Asignar un nombre al área que ha de contener la información específica, por ejemplo: notas saludables de enfermería, salud y nutrición, madres gestantes, adulto (a) mayor, entre otros, para de esta manera evitar la dispersión de los mensajes.

[♦] La autora y el apoyo de los siguientes referentes: FEDERACIÓN NACIONAL DE CAFETEROS DE COLOMBIA. Técnicas de extensión rural. Herramientas pedagógicas para el trabajo con comunidades. Bogotá: 1990. Modulo 6. SIBAJA, DIDIER. Señalización laboral.[Base de datos en línea] [Citado 19 de Agosto de 2006] Disponible en Internet <<http://www.prevention-world.com>>

4º. Determinar el período de vigencia de la información dispuesta en el interior de las instalaciones o en su defecto renovarla y/o actualizarla.

5º. Las señales, avisos, afiches, carteles, folletos, boletines y demás medios visuales informativos, estarán localizados estratégicamente en lugares visibles, de tal forma que todo el personal perciba claramente la información.

6º. Las señales, avisos, afiches, carteles, folletos, boletines y demás medios visuales informativos, serán de tamaño y dimensiones tales, que permitan su visibilidad desde el punto más lejano del que puedan ser observados. Dentro de las especificaciones se tienen:

El afiche: es un impreso para ser exhibido en lugares públicos, el formato utilizado generalmente es grande, es decir, de pliego (70 * 100 cm), medio pliego (70*50cm), un cuarto de pliego (35*50), su diseño puede ser horizontal o vertical. Sirve para motivar a una acción determinada, promocionar un producto, servicio, lanzar campañas preventivas, institucionales, educativas o de otra índole. En su diseño predomina la gráfica sobre el texto.

El cartel: sirve para difundir un evento, en su diseño predomina el texto sobre la gráfica. El tamaño puede ser medio pliego, cuarto de pliego o un octavo de pliego, su formato puede ser horizontal o vertical, siendo más usual el formato horizontal o apaisado.

El folleto: es un cuadernillo con pocas hojas, generalmente se usa el tamaño oficio plegado en dos partes, el número de páginas se debe calcular siempre en múltiplos de cuatro. Es diseñado para promocionar acciones, proyectos o para dar a conocer estatutos, reglas etcétera, su vigencia es amplia de acuerdo con los cambios de la institución.



El boletín: se caracteriza por tener una periodicidad determinada (semanal, quincenal, mensual, bimestral, etc). Usualmente es de tamaño carta u oficio con hojas –no más de 10- cosidas mediante ganchos y las notas consignadas serán breves, sencillas destinadas a informar al lector en poco tiempo.



En relación con el tamaño de la letra, se aconseja que ésta se maneje según el lugar en donde se ubique la información, con dimensiones no inferiores a 62 e cualquier tipo de letra por computador.



7º. Si se han de emplear señales visuales, las más reconocidas y utilizadas son:


- Señales de prohibición: aquellas que por legislación, reglamentación o condición de efecto nocivo comprobado, prohíbe un comportamiento.
- Señales de obligación: prescriben una acción determinada.
- Señales de precaución: advierten sobre la presencia de peligro ante un determinado comportamiento.
- Señales de información: proporcionan información sobre aspectos varios o generales.

Las principales figuras geométricas utilizadas para señalar son:






 Prohibición, prohíbe una acción susceptible de provocar riesgos y/o peligros. Ejemplo: 

 Obligación: prescribe una acción determinada. Ejemplo: 

 Precaución: advierte un peligro. Ejemplo: 

□ □ Información: proporciona información general. Ejemplo: 

Con regularidad los colores empleados para captar y condicionar la actuación de una persona, a partir de las señales son:




- Rojo  (excitante), es un color básico para denotar peligro o para indicar alto inmediato. Se utiliza para identificar los siguientes elementos: avisos peligrosos, luces y banderas (en construcciones), recipientes de seguridad, dispositivos de emergencia, equipo contra incendio.
- Naranja  (desagradable), simboliza alerta e identifica las partes peligrosas de máquina o equipos eléctricos.
- Amarillo  (alegra y estimula), es el color de más alta visibilidad y será el color para indicar la necesidad de tener precaución, pues estos riesgos deben ser captados fácilmente. Se combina con negro cuando se requiere llamar la atención en forma más decidida. Se emplea en letreros de precaución (riesgos físicos y prácticas inseguras), equipo en movimiento (transporte pesado y construcción), obstrucciones y proyecciones (columnas, vigas, fajas rotativas), espacios libres, pasillos, huellas, escaleras.
- Verde:  (descanso y fresco), es el color básico para simbolizar la seguridad y se aplica en estos casos: botiquines de primeros auxilios, dispositivos de seguridad, camillas, tableros para avisos de seguridad, camillas, botones para arranque de equipos.
- Azul  (sensación de frío), es el color básico para simbolizar la prevención y su función principal es la de indicar que se deben tomar precauciones en la labor que se debe realizar. Se utiliza en avisos, barreras, señales, banderas.

- Violeta ■ es el color básico para señalar riesgos de radiación y usualmente se utiliza combinado con el amarillo, se aplica en: almacenamiento de material radiactivo, entierros de material radiactivo, recipientes de desecho, equipo contaminado, equipo de producción radiactiva.


- Blanco □ , gris ■ o negro ■ , las combinaciones entre estos colores se utilizan para marcar avisos de tránsito, orden y limpieza e información general.

En lo que a gestos se refiere, se tienen los siguientes:

Gestos generales:

Significado	Descripción	Ilustración
Alto: Interrupción. Fin del movimiento.	El brazo derecho extendido hacia arriba, la palma de la mano hacia adelante.	
Hacia la derecha: Con respecto al encargado de las señales.	El brazo derecho extendido más o menos en horizontal, la palma de la mano derecha hacia abajo, hace pequeños movimientos lentos indicando la dirección.	
Hacia la izquierda: Con respecto al encargado de las señales.	El brazo izquierdo extendido más o menos en horizontal, la palma de la mano izquierda hacia abajo, hace pequeños movimientos lentos indicando la dirección.	

Peligro:

Significado	Descripción	Ilustración
Peligro: Alto o parada de emergencia.	Los dos brazos extendidos hacia arriba, las palmas de las manos hacia adelante.	 A simple line drawing of a person from the chest up, wearing a long-sleeved shirt. Both arms are raised straight up, with the palms facing forward. The person's head is slightly tilted back, and they appear to be shouting or signaling.

En definitiva la combinación de colores, tamaños, formas gráficas y escritas depende de las necesidades de identificación de la Institución. No obstante, las líneas anteriores, se constituyen en material de apoyo a la hora de elaborar afiches, carteles, folletos, señales y demás herramientas que facilitarán la comprensión de la información visual y escrita en quien las percibe.