

**DIAGNÓSTICO Y LINEAMIENTOS PARA UNA PROPUESTA COMUNICATIVA
ORIENTADA AL FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN
PRIMARIA EN SALUD CON ENFOQUE FAMILIAR “SALUD PUERTA A
PUERTA” ADELANTADO POR LA GOBERNACION DEL HUILA EN LOS
MUNICIPIOS DE RIVERA, VILLAVIEJA Y TERUEL**

**SANDRA LORENA BARRERA NIETO
WILLIAM PEREZ ACERO
EDUARDO TOVAR MURCIA**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
PROGRAMA DE COMUNICACIÓN SOCIAL Y PERIODISMO
NEIVA
2008**

**DIAGNÓSTICO Y LINEAMIENTOS PARA UNA PROPUESTA COMUNICATIVA
ORIENTADA AL FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN
PRIMARIA EN SALUD CON ENFOQUE FAMILIAR “SALUD PUERTA A
PUERTA” ADELANTADO POR LA GOBERNACION DEL HUILA EN LOS
MUNICIPIOS DE RIVERA, VILLAVIEJA Y TERUEL**

**SANDRA LORENA BARRERA NIETO
WILLIAM PEREZ ACERO
EDUARDO TOVAR MURCIA**

Monografía presentada como requisito para optar al título de Comunicador social y
Periodista

Director
CARLOS ARTURO MONJE
Antropólogo y Magíster en Comunicación

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
PROGRAMA DE COMUNICACIÓN SOCIAL Y PERIODISMO
NEIVA
2008**

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Director

Neiva, 14 de Marzo de 2008

A nuestros padres.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

José Domingo Alarcón, Médico y docente de la Facultad de Ciencia de la Salud de la Universidad Surcolombiana; por sus valiosos aportes en el área de Salud Pública.

Carlos Montalvo Arce, Médico y coordinador de la Regional Norte de la Estrategia de Atención Primaria en Salud con enfoque familiar “Salud Puerta a Puerta”; por su valiosa colaboración, tiempo y constancia en todas las etapas de esta investigación.

Jorge Ernesto Victoria Restrepo, representante del Programa de Emergencias y Desastres de la Organización Panamericana de la Salud; por su aporte teórico y pedagógico en el campo de la Comunicación en Salud.

Carlos Arturo Monje Álvarez, Docente del Programa de Comunicación Social y Periodismo; por sus aportes teóricos y metodológicos en el campo de la comunicación.

A los coordinadores de los Municipios de Teruel, Villavieja y Rivera, donde se realizó la investigación; como también a los equipos médicos quienes aportaron su tiempo y colaboración en cada una de nuestras visitas.

A la población rural de los municipios ya mencionados quienes, con su paciencia, aportes y dedicación durante las visitas, alimentaron esta investigación.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	12
1. IDENTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
2. OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo General.....	19
2.2 Objetivos Específicos.....	19
3. ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO	20
4.1 Estudio de Caso:.....	30
4.2 Técnicas e instrumentos para la recolección de información.....	31
4.2.1 Entrevista.....	31
4.2.2 Guía de preguntas:	32
4.2.3 Guía de preguntas.....	33
4.2.3.1 Guía Para beneficiarios:.....	33
4.2.3.2 Para operativos:	33
4.2.3.4 Para directivos.....	33
4.2.3.5 Para directivos-Facultad de Salud.....	34
4.3 La Observación	34
4.3.1 Planillas de observación.....	35
4.3.1.1 Inventario de métodos de comunicación y aprendizaje aplicados en la comunidad para los Municipios:.....	35
4.3.1.2 Inventario de herramientas comunicativas utilizadas en las coordinaciones municipales:	36
4.3.1.3 Matriz de evaluación de transmisión de mensajes (Equipo médico por Municipio):.....	37
4.3.1.4 Guía para actividades durante la primera salida de campo	38
4.3.1.5 Actividades realizadas durante la primera salida de campo	39
4.4 El diario de campo:	39
4.4.1 Guía de observación de trabajo de campo: Coordinación Municipal.....	40
4.4.2 Guía de observación de trabajo de campo: Equipo Médico	41
4.4.3 Guía de observación de trabajo de campo: Familia	42
4.5 Selección de la muestra	43
4.5.1 Universo Geográfico:	44
4.5.2 Universo Temporal:.....	45
4.5.3 Población y Muestra:	45
4.5.3.1 Directivos:	45

4.5.3.2 Operativos:	45
4.5.3.3 Beneficiarios:	46
4.5.3.3.1 Villavieja:	46
4.5.3.3.2 Rivera:	47
4.5.3.3.3 Teruel:	48
4.6 CARACTERIZACIÓN DE LOS MUNICIPIOS:	49
4.6.1 VILLAVIEJA:	49
Población:	50
Problemática:	50
4.6.1.1 Centro poblado La Victoria:	51
4.6.1.2 Centro poblado San Alfonso:	51
4.6.2 TERUEL:	52
4.6.2.1 Centro Poblado La Maria:	56
4.6.3 RIVERA	56
4.6.3.1 Centro Poblado Riverita	58
5. RESULTADOS	59
5.1 CATEGORIZACIÓN Y CODIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN	59
5.1.1 CATEGORIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN POR GRUPOS	59
5.1.1.3 ANÁLISIS EQUIPO MÉDICO	67
5.1.1.4 ANÁLISIS BENEFICIARIOS	73
6. DISCUSIÓN	80
7. EJES DE UN PROYECTO COMUNICATIVO PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA "SALUD PUERTA A PUERTA"	85
7.1 Integración de actores	85
7.2 Estandarización de procesos y temáticas a desarrollar por las coordinaciones y los equipos médicos	86
7.3 Involucrar y apropiar a la comunidad beneficiaria.	87

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Guía de actividades durante la primera salida de campo por municipio.....	95
Anexo B. Guía de actividades realizadas durante la salida de campo por municipio.....	99
Anexo C. Inventario de métodos de comunicación y aprendizaje aplicados en cada uno de los municipios.....	103
Anexo D. Inventario de herramientas comunicativas utilizadas en las coordinaciones municipales.....	107
Anexo E. Matriz de evaluación de transmisión de mensajes de los equipos médicos por municipio.....	111
Anexo F. Guía de observación de trabajo de campo de las coordinaciones Municipales.....	114
Anexo G. Guía de observación de trabajo de campo de los equipos médicos...118	
Anexo H. Guía de observación de trabajo de campo de las familias beneficiarias.....	120
Anexo I. Muestra de entrevistas directivos.....	124
Anexo J. Muestra de entrevistas equipo médico.....	129
Anexo K. Muestra de entrevistas beneficiarios.....	135
Anexo L. Cuadro de categorías de Análisis de la Información.....	141

RESUMEN

La implementación de una estrategia de Atención Primaria en Salud para el Departamento del Huila, es el espacio en donde se desarrolla la investigación. Con ésta se busca conocer cómo es la comunicación y qué factores inciden positiva o negativamente en su eficacia. De esta manera se propuso unos lineamientos que buscan incrementar y facilitar los procesos comunicativos que se hallan inmersos en cada una de las etapas de la Estrategia de Atención Primaria en Salud con Enfoque Familiar Salud Puerta a Puerta.

La investigación planteó conocer cómo es la comunicación y los procesos comunicativos que median en todas las etapas de la estrategia. También, cómo los destinatarios del proyecto asumen los cambios que éste les propone, y de igual forma, el papel que le otorgan los tres tipos de actores (beneficiarios, equipos básico de salud y directivos) que intervinieron en las etapas de concepción, planeación y aplicación de la Estrategia en las veredas La María del Municipio de Teruel, Riverita del Municipio de Rivera y San Alfonso y La Victoria del Municipio de Villavieja.

El método utilizado en esta investigación es cualitativo, ya que es flexible en la selección de los participantes, como también en la interpretación y el análisis. Éste método busca conceptualizar sobre la realidad teniendo en cuenta el comportamiento, los conocimientos, las actitudes y los valores que comparten las personas de un determinado contexto espacial y temporal. El estudio es de carácter descriptivo, evaluativo de tipo diagnóstico.

En cuanto a los resultados, podemos destacar: **1) Directivos:** Ausencia de componente comunicativo, diseño de SICAPS: no evalúa el componente comunicativo, incidencias políticas en las dinámicas de la estrategia, carencia de canales entre integrantes de la estrategia. **2) Operativos:** No se cumple el equipo completo e integral, ausencia de capacitación (médica educativa pedagógica), insuficiencia en uso de ayudas o de material pedagógico, medición de resultados sólo por cobertura y no por calidad y efectividad. **3) Beneficiarios:** No hay estrategias diseñadas para abordar a la población de acuerdo a sus características socioculturales, carencia de propuestas metodológicas alternativas para una mayor receptividad en la comunidad, no planeación de estrategias de difusión para la población en zonas distantes, nivel educativo de la población: analfabetismo, impacto de los mensajes: carencia de estrategias para evaluar la receptividad del programa, comunicación oral predominante.

INTRODUCCIÓN

El presente documento contiene el Informe de investigación para optar al Título de Comunicador Social y Periodista. Con éste, se propuso realizar el diagnóstico de la comunicación en la Estrategia de Atención Primaria en Salud con Enfoque Familiar “Salud Puerta a Puerta”, adelantado por la Gobernación del Huila. Ésta se planteó con el objetivo de conocer por medio de un estudio descriptivo la incidencia, importancia y aplicación que tuvo la comunicación en el proyecto, tanto interna como externamente, y sugerir lineamientos que conduzcan a la optimización de los procesos comunicativos, para el mejoramiento de la propuesta local.

Teniendo en cuenta la cobertura del proyecto, que abarca la totalidad del Departamento del Huila, en cuanto a la delimitación de la población a investigar, se escogió la zona Norte del Departamento por proximidad geográfica, condiciones logísticas y finalmente, por ser ésta zona la primera en donde se implementó la estrategia.

Pero antes de iniciar es importante definir la Atención Primaria en Salud (APS), ya que este modelo de atención es la base sobre la cual se cimentó la presente monografía. De este modo el concepto de APS se estableció como un término operativo común en 1978 en la convención de Alma Ata, el cual afirmaba que:

*“Atención Primaria en Salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”.*¹

Ahora bien, en el 2001, tras una decisión política y académica, la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana propuso en los diferentes escenarios locales la necesidad de un modelo de Atención Primaria en Salud integral para el Huila, tal como se ha desarrollado en otros departamentos del país como el Valle del Cauca, con “El Hospital va a la Gente” y Bogotá, con “Salud a su Hogar”.

¹ Declaratoria del Alma Ata. En: Organización Panamericana de la Salud (OPS). www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaración.htm-windows Internet.

El objetivo de la estrategia “Salud Puerta a Puerta”, es mejorar las condiciones de vida y de salud de los huilenses a través de la integración de esfuerzos de los diferentes actores del sistema general de seguridad social, propiciando así, una cultura de salud que permita anticipar riesgos, orientar los servicios de salud hacia la promoción de la misma, la prevención de las enfermedades y la atención integral, con amplia participación comunitaria. Sumado a lo anterior, su propósito fundamental es contribuir a la disminución de la morbimortalidad, especialmente en las mujeres embarazadas y niños menores de 5 años, mediante la identificación y canalización de esta población a los programas de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad que ofrecen las entidades de salud presentes en el Municipio.

Por esta razón “Salud Puerta a Puerta” pretende ser muy amplia, abarcando objetivos y metas fundamentales como un programa social de gran impacto, mostrando resultados favorables en la construcción de sentido colectivo y conservación del bienestar social de las comunidades rurales del Departamento del Huila.

La Estrategia inició en el segundo semestre de 2005 y, se viene implementando hasta la fecha. Su implementación comenzó en el mes de agosto de 2005 y se tomaron los siguientes municipios pilotos para la primera fase: Baraya, Villavieja, Tello, Colombia, Neiva, Rivera, Campoalegre y Hobo. A finales de septiembre del mismo año se incorporaron los municipios de Guadalupe, Altamira, Paicol, Palestina, Tarqui, Gigante, La Plata, La Argentina, Nátaga, Iquira, Timaná, Isnos, Agrado, Elías, El Pital, Suaza, Altamira, San Agustín y Tesalia. Basados en el diagnóstico familiar y veredal, logrado mediante el diligenciamiento de las tarjetas SICAPS²(Sistema de Información de Base Comunitaria para la Atención Primaria en Salud), los diferentes equipos municipales elaboraron los planes de intervención a desarrollar en las poblaciones seleccionadas.

Durante el 2005 el único sistema de información con el que contó la Estrategia fue SICAPS que permitía el diseño del diagnóstico en salud y de las condiciones de

² *Sistema de Información de Base Comunitaria para la Atención Primaria en Salud. Es importante ahondar en el concepto de las tarjetas SICAPS, la cual consiste en una tecnología simplificada de recolección y procesamiento participativo de información demográfica, epidemiológica y socioeconómica que es utilizada por las comunidades para desarrollar proyectos comunitarios de salud, tomar acciones en apoyo a los servicios de atención primaria de salud prestados en sus localidades, y gestionar ante los entes públicos, servicios e inversiones, calificadas como prioritarias por las mismas comunidades. Las tarjetas SICAPS posibilitan la construcción del diagnóstico a partir de 12 patrones: identificación y ubicación, personas de la familia, vivienda, menores de un año, niños de 1-4 años, niños de 5-14 años, salud sexual y reproductiva, adulto mayor, morbilidad, factores protectores, mortalidad y observaciones.*

vivienda. A partir del 2006 se adicionó como sistema de información a la Estrategia un aplicativo en EPIINFO³ diseñado por la Interventoría de la USCO, de acuerdo con los parámetros dados por Secretaria de Salud Departamental que permite el registro de las actividades (Detección Temprana, Protección Especifica, Eventos de Interés en Salud Publica y otros) realizadas por los EBS en la operativización de la Estrategia

El diagnóstico elaborado en el Huila se realizó con la participación de la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana como interventora del proyecto, y se efectuó con base en una muestra representativa⁴ de 162.210 personas, número equivalente a más del 15% de la población del departamento, lo cual arrojó una base de datos que contiene la caracterización de 35.548 viviendas, 41.008 familias y 162.210 personas de las cuales el 65% corresponden al área rural.

Los problemas más relevantes detectados en el diagnóstico se hallan en el grupo de los infantes menores de un año, donde la cobertura de control de crecimiento y desarrollo llega sólo a la mitad. Según esto el 27 % de los niños y niñas de la muestra tienen talla normal y el 64% peso normal, lo cual es un dato alarmante si se tiene en cuenta que este grupo es considerado de alto riesgo junto con el de madres gestantes, en el que únicamente el 64% de las 1901 mujeres en embarazo encuestadas se encontraban en control prenatal, el 24% están en edad de alto riesgo y el 11% son adolescentes.

En los factores de riesgo sobresale el consumo de agua no apta que asciende al 44% y el hacinamiento crítico del 34%. Cabe resaltar que en el diagnóstico realizado por la Facultad de Salud se destaca y cuestiona la diferencia de algunas cifras de cobertura en salud, las cuales están muy por debajo de las que maneja la Secretaria Departamental de Salud⁵.

En relación con lo anterior, el trabajo como comunicadores está dirigido a diagnosticar la comunicación y elaborar propuestas de mejora al proyecto que actualmente está ejecutándose en Huila, con el fin de aportar a la experiencia local, y de ser necesario, redireccionar las estrategias comunicativas del mismo. Las motivaciones personales para realizar este trabajo adelantado por Sandra Lorena Barrera Nieto, Eduardo Tovar Murcia y William Pérez Acero, obedecen al

³ *Software diseñado por la Interventoría de la Universidad surcolombiana, para el registro de las actividades (Detección Temprana, Protección Especifica, Eventos de Interés en Salud Publica y otros) realizadas por los Equipos Básicos de Salud EBS en la operativización de la Estrategia.*

⁴ *Resumen ejecutivo para la gobernación del Huila. Universidad Surcolombiana, Grupo interventor, facultad de salud. Pág. 10*

⁵ *Diagnóstico comunitario del Departamento del Huila mediante la aplicación de la Tarjeta familiar de base comunitaria, Universidad Surcolombiana, Facultad de Salud, Departamento de medicina social y preventiva, Neiva, febrero de 2006, Pág.*

propósito de dar continuidad a los proyectos profesionales y de vida, los cuales, están relacionados estrechamente con la investigación en el área de la comunicación y salud.

1. IDENTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es sabido que en Colombia la situación de la salud con respecto a la calidad de prestación en el servicio, la cobertura, la calidad del talento humano, entre otros factores, debe optimizarse para que, de este modo, sea posible lograr las metas de desarrollo que conlleven en los próximos lustros a tener una mejor calidad de vida para todos los habitantes del país. También es sabido que la relación entre la comunicación y la salud es muy fuerte, no sólo por las propuestas internacionales impartidas en los distintos congresos, sino también, por la estrecha relación de las dos disciplinas que trabajan aunadamente por el bienestar de las comunidades.

Desde Alma Ata hasta nuestros días, en Colombia como globalmente, la comunicación social y la salud han estado estrechamente ligadas, por cuanto en el proceso de promoción una resulta indispensable para la otra. Sin políticas ni estrategias de comunicación claramente planteadas y que retomen los conceptos y las prácticas de salud que se quieren posicionar, no es ni será posible alcanzar los objetivos de salud para todos. Los cuales consisten en la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la participación activa y el desarrollo o la transformación de los organismos de salud, por mencionar sólo algunos de los objetivos propuestos a nivel nacional e internacional en lo que al tema de salud compete y a su inserción en el campo más amplio del desarrollo.

Lo anterior nos conduce a pensar que los profesionales del sector de la salud no han recibido la formación necesaria para la tarea propia de los comunicadores, la cual se refiere a la “construir vínculos y sentidos en colectivo”⁶ beneficiando el desarrollo y la participación de las comunidades más vulnerables.

Como ejercicio profesional, la comunicación para la salud es: el empleo sistemático de medios de comunicación individuales, de grupo, masivo y mixto, así como tradicionales y modernos, como herramientas de apoyo al logro de comportamientos colectivos funcionales al cumplimiento de los objetivos de los programas de salud pública⁷.

Por ello, los profesionales del sector salud deben asociar sus capacidades y esfuerzos con los comunicadores sociales. Es una alianza lógica y loable, ya que este acompañamiento de las áreas (comunicación-salud) se complementa en un sentido más práctico, es decir, durante los proyectos y programas de salud. En

⁶ *Término de comunicación entregado por Gabriel Kaplum en conversación con estudiantes de comunicación social y periodismo de la universidad surcolombiana.*

⁷ *BELTRÁN, Luís Ramiro, Artículo: Salud Pública y Comunicación Social; Tomado de: Chasqui, vol.51, julio 1995.*

estos, los profesionales llegan a las comunidades de base, y allí, el papel del comunicador es el de sensibilizar y ofrecer alternativas de solución a las dificultades comunicativas que se encuentran durante el proceso, además de fomentar el dialogo directo entre los actores del proyecto, con lo cual se establece una confianza mutua para el éxito de las campañas de salud.

Respecto a La Atención Primaria en Salud, se debe decir que es un modelo que se ha convertido en prioridad para organizaciones internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), quien a partir de 1978, delegó un equipo estratégico de trabajo para reflexionar y poner al día la declaración de Alma Ata, primer documento que se emitió sobre la atención primaria en salud para Latinoamérica.

En este sentido, en la Unión Europea, por ejemplo, la atención primaria en salud es número uno en la agenda de la reforma a este campo; y en Canadá, el doctor Ives Talbot,⁸ quien capacitó a los médicos colombianos en el programa de “Salud a su Hogar”, que actualmente se viene aplicando en Bogotá, ha aportado elementos renovadores a esta estrategia de salud en su país.

El sistema que Bogotá ha propuesto está basado en los principios de equidad e integralidad, que tienen como características el acceso de calidad a toda la población, la continuidad del cuidado a lo largo del tiempo, el enfoque familiar y comunitario, y la coordinación de los recursos para responder con más eficiencia a las necesidades de la población.

Este proceso resulta ser de gran importancia para el trabajo, puesto que inició con una etapa de sensibilización a los actores inmersos (comunidad, instituciones y autoridades locales). Se territorializó el trabajo a partir de zonas con condiciones de vida y salud prioritarias de cada localidad, y a partir del trabajo de campo se caracterizaron individuos, familias, vivienda y entorno social.

Por otra parte, en el Departamento del Huila se desarrolló un proceso similar en cuanto al acercamiento a las comunidades. Es necesario aclarar que, son estas etapas, los métodos y las estrategias utilizadas, los indicadores que se tuvieron en cuenta para llevar a buen término la investigación.

Dentro de las situaciones problemáticas que se encontraron a lo largo de la investigación, se puede indicar que en el diseño de la estrategia no se tuvo en cuenta la comunicación como componente, ya que durante el transcurso del estudio, tanto exploratorio como en el trabajo de campo, no se detectó, en ningún momento, iniciativas que propendieran por la mejora de los niveles de

⁸ *Director del Departamento de Salud Familiar de la Universidad de Toronto.*

comunicación entre los actores, cuando estos, eran deficientes y, en muchos casos, precarios.

Por otro lado, en el proyecto inicial se estableció un componente de información y educación que, a pesar de las buenas intenciones de algunos directivos nunca se plasmó en el plano práctico; se quedó en el papel, y por circunstancias políticas, no se ejecutó.

Estos aspectos demuestran, en gran medida, el concepto de comunicación que se ha construido por parte de los actores inmersos en esta estrategia, el cual se asocia a la transmisión de información solamente. Con lo anterior se expresa la situación problemática detectada mediante el estudio preeliminar, que además son, los ejes que tratará la investigación.

En el presente estudio se realizó el diagnóstico que conducirá a la elaboración de los lineamientos de una propuesta comunicativa para el fortalecimiento del programa de atención primaria con enfoque familiar “salud puerta a puerta” adelantado por la Gobernación del Huila.

De manera concreta el problema de investigación responde a la siguiente pregunta:

¿Cómo es la comunicación en la Estrategia de Atención primaria con enfoque familiar “Salud Puerta a Puerta”; qué factores favorecen o limitan su eficacia y qué lineamientos para una propuesta comunicativa se deben establecer para incrementarla y facilitar el logro de los objetivos trazados en el programa desarrollado en el Departamento del Huila?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Establecer lineamientos para una propuesta comunicativa que contribuya a incrementar la eficacia del programa de Atención Primaria en Salud con Enfoque familiar: “Salud Puerta a Puerta” implementado en el Departamento del Huila, a partir de un diagnóstico de la comunicación en dicho programa.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar la forma como interviene la comunicación en el proyecto de Atención Primaria en Salud con Enfoque Familiar “Salud Puerta a Puerta”.
- Caracterizar la comunicación en el proyecto de APS “Salud Puerta a Puerta”.
- Identificar las necesidades y problemas de orden comunicativo relacionados con la eficacia en el proyecto de Atención Primaria en Salud con Enfoque Familiar “Salud Puerta a Puerta”
- Proponer lineamientos que orienten el fortalecimiento de los procesos comunicativos relacionados con el proyecto de Atención Primaria en Salud con Enfoque Familiar “Salud Puerta a Puerta”

3. ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO

La comunicación es fundamental en todo proceso de intercambio de conocimiento. Esto ha permitido a los profesionales de otras áreas reconocer y valorar en los últimos años el papel de “la comunicación social como elemento vital entendida, como eje básico alrededor del cual giran todas aquellas manifestaciones que hacen posible la concertación, la participación y movilización”.⁹

Hoy se tiene claro que más que modificar la manera de pensar de la gente, la comunicación tiene una gran capacidad de orientar la agenda pública hacia temas que, en determinado momento, pueden considerarse predominantes. En un concepto amplio de la comunicación, es claro que esta “tiene la capacidad de generar efectos cognitivos y de distribuirlos socialmente”¹⁰; pero en una acepción delimitada, se concibe la comunicación como “red, tejido y movilización para el cambio social. Percibida como procesos de interacción y participación ciudadana para construir acuerdos colectivos y generar cambios en la sociedad”¹¹.

Lo anterior conduce a decir que, en el caso de esta investigación, la comunicación es fundamental e imprescindible para desarrollar programas de salud en las comunidades, y que estos procesos comunicativos deben tomarse tan en serio como cualquier etapa del proyecto global.

Han sido muchas las experiencias en Colombia que han sustentado la importancia del componente comunicativo en los programas de salud. Sólo para mencionar algunas, se puede decir que desde la década de los 60 y derivado del aprendizaje de las acciones realizadas por los llamados “extensionistas agrícolas”¹², un importante grupo de trabajadores de la salud incorporó el uso de medios de comunicación con el fin de extender el conocimiento técnico-científico a la población no especializada. Estas acciones de comunicación, en su mayoría grupales o interpersonales, constituyen el antecedente más sobresaliente en lo que se refiere a la utilización de la comunicación al servicio de la salud.

⁹ *ÁLVAREZ BETANCOURT* Guillermo. *Programa de Atención Primaria en Salud en Bosa, La Comunicación como Dinamizadora del Sentido Social. Tesis de grado universidad Externado de Colombia. Bogotá. 1991*

¹⁰ *MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA; Comunicación para la Salud, Lineamientos generales, Bogotá, 1999, p. 17*

¹¹ *La Comunicación: un campo de conocimiento en construcción (reflexiones sobre la comunicación social en Colombia), José Miguel Pereira, Revista Periferia, 2005, No 5, Pág. 9-25*

¹² *MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA; Comunicación para la Salud, Lineamientos generales, Bogotá, 1999, p. 16*

Ya en la década de los 80 las acciones para conectar a la comunicación con la salud, se fortalecen con las Jornadas de Vacunación que se llevaron a cabo en 1984¹³. La implementación de esta estrategia, realizada por el Ministerio de Salud, fue apoyada por UNICEF, OPS/OMS y los medios masivos de comunicación. Fue tan importante que, incluso hoy se sigue implementado con algunas modificaciones derivadas de los objetivos específicos propuestos cada año. Las estrategias de comunicación en estas jornadas giran en torno a dos ejes básicos: medios masivos (radio, prensa y televisión) y la comunicación interpersonal apoyada por materiales impresos de circulación local y por el trabajo de los funcionarios de los servicios de salud.

Años después, en 1995, los Ministerios de Salud y Educación propusieron la implementación del Plan Nacional para la Supervivencia y el Desarrollo infantil (SUPERVIVIR)¹⁴. En el componente comunicativo de este plan, se propuso un trabajo con los medios masivos de comunicación que apuntaba a dejar los temas de éste entre grandes audiencias. Igualmente, se plantearon acciones en el sector educativo, cuyo objetivo era la formación de los Vigías de la Salud entre los estudiantes de bachillerato de los últimos grados.

Como se ha visto en líneas precedentes, las campañas en salud tienen la incidencia de la comunicación como elemento concluyente para lograr los objetivos trazados. Por esto se acepta que la comunicación puede favorecer el intercambio de saberes que, alimentados por flujos adecuados de información, ayudan a comprender la realidad y a construir nuevos saberes. Conforme al proyecto desarrollado, similar a los referidos, cabría entonces exponer los modelos comunicativos que tienen incidencia en este tipo de programas para que, de este modo, se den luces respecto a la forma de abordar la investigación.

Como uno de los objetivos de la investigación es Identificar la forma como interviene la comunicación en el programa de atención primaria: Salud Puerta a Puerta, es importante conocer, desde todos los ángulos posibles, la manera en que los sujetos implicados en el proyecto hicieron uso de la comunicación. En este sentido, se han considerado los estudios culturales y el análisis de las audiencias dentro de la corriente de los estudios de recepción, proporción a un enfoque teórico útil para lograr tal fin. A continuación se exponen las vertientes ya mencionadas para que se sustente, con el rigor debido, el proyecto comunicativo adelantado.

Los estudios culturales componen una corriente que, en el campo de la comunicación, nace como producto de los nuevos estudios sociológicos. La

¹³ *Ibíd.*

¹⁴ *Ibíd.*

pregunta inicial en este modelo es: ¿cuál es el papel de la cultura en la interacción medio-mensaje-audiencia? No lo es tanto conocer esta relación en sí misma, sino que se trata de entender que el proceso de la comunicación se da dentro de una cultura y ésta es mucho más amplia que la interacción medio-audiencia o un grupo de la audiencia con un determinado medio o un mensaje; pero se entiende que esa interacción forma parte de una manera cultural, tal como se pretende demostrar con la investigación en la estrategia en atención primaria Salud Puerta a Puerta. Por eso, la pregunta fundamental que se plantea es: ¿de qué manera la cultura interviene en la conformación de procesos de comunicación concretos?¹⁵

Dentro de esta corriente existen dos vertientes que buscan abordar la comunicación. La primera se caracteriza por ser mucho más estructuralista, y que entiende que la cultura está sustentada en las relaciones económicas de producción, condicionamientos y determinantes que están participando en una determinada cultura. La otra vertiente es la que relativiza aun más el papel de los determinantes estructurales y le otorga una fuerza mayor al papel de la experiencia en la producción natural, y da libertad a todos dentro de nuestra propia cultura de producir significado. Entre las dos vertientes se ha establecido un debate, pues los culturalistas dan mayor énfasis a la experiencia y a la cultura entendida como producción de significados; mientras que los estructuralistas ponen mayor atención a los condicionantes que, hacen que se tenga cierta libertad y creatividad, quede esto restringido por las condiciones materiales de producción.

De acuerdo a lo anterior, se considera útil para la investigación tomar la segunda vertiente, por cuanto la mirada que se hace es de carácter culturalista y privilegia, de forma clara, las formas de producción de significado, lo cual es fundamental para lograr los objetivos (como el diagnóstico comunicativo) propuesto en el proyecto.

Hay que resaltar que uno de los grandes aciertos de los estudios culturales es dejar atrás la acepción tradicional de alta cultura que evitaba y minimizaba las expresiones populares de cultura. En relación a lo expuesto, y al referirse a la aplicabilidad de los estudios culturales en la presente investigación, se debe decir que con este es posible entender las necesidades y demás carencias en términos de interacción social entre los ejecutores del proyecto y las comunidades a que se dirige la estrategia.

¹⁵OROZCO, Guillermo. "Corrientes de investigación para el estudio de la recepción de medios". En: *La investigación de la comunicación desde la perspectiva cualitativa*. México, Universidad Nacional de la Plata e Instituto Mexicano para el Desarrollo Comunitario 1997. Cap. III. p. 54.

Por otro lado, el análisis de audiencias entiende que “el receptor es activo y asume que cualquier análisis de medios no se puede dar fuera de un análisis cultural. Sin embargo no hace un análisis cultural, sino uno de recepción de medios de comunicación, en donde lo importante es la interacción entre medio, mensaje, audiencia y el producto de esa misma interacción”¹⁶. Por lo que se busca conocer con este modelo en la aplicación del proyecto investigativo, la forma en que los receptores-beneficiarios asumieron y utilizaron los mensajes comunicativos emitidos desde la estrategia.

3.1 Estado del arte

Las investigaciones en el programa de Comunicación Social y Periodismo de la Universidad Surcolombiana se han centrado, de acuerdo a las líneas de investigación, en profundizar temáticas como la identidad, los conflictos socioculturales, los impactos, y en menor medida, el estudio de las audiencias, la producción editorial y estudios en el campo de la comunicación y salud. Es en este último donde se inscribe la investigación que se propone realizar.

Como ya se mencionó, es a partir del Alma Ata que la comunicación adquiere un papel relevante en el área de la salud, ya que con éste se empieza a valorar la comunicación en estrategias de salud como elemento vital para el éxito de estas. Tan sólo basta observar la gran cantidad de publicaciones de artículos, informes, realización de foros y demás coloquios del tema.

El panorama de la salud pública en Latinoamérica se encuentra reseñado en informes, artículos de revistas, memorias de eventos, entre otros.

La Revista cubana Chasqui, especializada en temas de salud-comunicación, en su edición número .51, de julio 1995, publicó el artículo “Salud pública y Comunicación Social” escrito por Luís Ramiro Beltrán, donde el autor realiza un recorrido por el origen de la comunicación para el desarrollo y, luego de esto, avanza hacia lo que se conoce hoy día como Comunicación en Salud. En este punto aclara de forma sucinta las diferentes áreas en que la comunicación social es pertinente, útil y valida para tratar temas en salud.

También existen documentos recopilatorios como el Informe Final del Seminario Internacional de Comunicación en Programas de Salud, Buenos Aires 20 al 23 de mayo de 1985, publicado por la Organización Panamericana para la Salud (OPS), en el cual los distintos ponentes hacen un balance de las estrategias de salud desarrolladas en Bolivia, Brasil, Chile, El Salvador y Perú, en la primera mitad de la década de los 80. Igualmente en este seminario también participó La Escuela

¹⁶ Ibid.

de Salud Pública de la Universidad de Berkeley, U.S.A. Este informe recoge el debate sobre los problemas de comunicación aplicada en el área de la salud.

De igual forma la OPS en 1985 publicó el Manual de Técnicas para una Estrategia de Comunicación en Salud, en donde explica de manera metódica las formas para medir y establecer la comunicación mediática en los planes de salud.

En 1998, con el auspicio de la Diputación de la Provincia de Segovia, se publicó La Educación para la Salud del Siglo XXI: Comunicación y Salud de Ma. Isabel Serrano González. Obra de 518 páginas donde se realiza un estudio de la educación para la salud, partiendo desde los antecedentes históricos de la arquitectura humana, pasando posteriormente a caracterizar el estado de la educación para la salud (EPS), y finalizando con casos de experiencias en esta área.

El manual de Rafael Borroto y Omar Trujillo, Proyecto de Intervención Integral para la Protección del Medio Ambiente y el Control del Parasitismo Intestinal en niñas y niños de la Zona Montañosa del Emcambray, programa de Comunicación en Salud, recoge las memorias de todo el proceso de planeación y aplicación de un plan de salud preventiva para la zona del Emcambray, Cuba. En este, los autores brindan de forma pedagógica los elementos para realizar talleres y la manera en que se debe realizar el acercamiento con las comunidades a intervenir. Es importante resaltar que estos autores utilizan el término comunicación como sinónimo de educación, y de hecho, lo que intentan aportar son elementos pedagógicos para el abordaje de la salud frente a una población determinada.

Por otra parte, tomando elementos de las nuevas tecnologías como la Internet, y dentro de estos, los e-book, las revistas electrónicas y documentos suministrados por entidades gubernamentales por este medio, se ha logrado recopilar una bibliografía que no por virtual deja de ser válida, y además de esto muy pertinente y apropiada para el desarrollo de la investigación. Como los artículos publicados por la Revista Panamericana de Salud Pública, (www.scielosp.org), con Textos como el de Rina Alcalay titulado La Comunicación para la Salud como Disciplina en las Universidades Estadounidenses; en el que se plantea la importancia del estudio del área de la comunicación para la salud, para promover la puesta a prueba y aplicación de teorías y principios sobre la comunicación social. Su aporte al desarrollo del conocimiento y la aplicación práctica en el terreno estudiado de la comunicación interpersonal, grupal, organizacional, de masas e intercultural; con miras a mejorar las condiciones de salud de la población y los sistemas de salud.¹⁷

¹⁷Alcalay Ryna. *La Comunicación para la Salud como Disciplina en las Universidades Estadounidenses. Revista Panamericana para la salud Pública, Rev Panam Salud Publica.* www.scielosp.org ,consultado el 27 jul 2007.

Igualmente en el artículo: Modelo de salud del Grupo Familiar, en la Revista Cubana de Salud Pública (www.revistacubanadesaludpublica.com), Isabel Louro Bernal hace un recorrido por el panorama de la salud pública en el continente desde la firma del Alma Ata que, como se ha dicho en líneas precedentes, fue el primero en firmarse de este tipo.

Las prioridades se enfocaron hacia los modos de abordar los temas propuestos. Para esto, se encontró en el e-book ofrecido por la Organización Panamericana de la Salud denominado: “Manual de Comunicación Social para Programas de Promoción en Salud en Adolescentes”, en donde si bien es cierto, este documento sólo limita los programas de prevención a los jóvenes, es aplicable a los demás sectores generacionales. Además, es un texto fundamental donde se aportan elementos básicos desde los aspectos prácticos y metodológicos para elaborar estrategias de comunicación en proyectos de esta clase.

En el plano nacional, en el año de 1999, el Ministerio de Salud publicó un documento titulado Comunicación para la Salud, Lineamientos Generales, el cual hace un recorrido desde el Alma Ata y el nuevo panorama de la comunicación en salud como elemento dinamizador en esta área. Asimismo, desglosa los distintos enfoques de la comunicación (comunicación para el desarrollo, comunicación y educación, etc.), hasta representar el marco legal colombiano de las políticas de salud y su relación con la comunicación en el país.

Otros documento son las memorias del Foro Nacional Sobre Salud Comunitaria (Bogotá 1998), que tenía como eje temático las “Estrategias de Información y Comunicación para el Avance del Sistema General de Seguridad Social en Salud”. En este evento los ponentes hacen un recuento del nuevo sistema de salud en Colombia en los últimos años, cambios en la ley 100, centrados en las campañas en medios masivos para la difusión de estas temáticas.

Ahora bien, la Secretaría de Salud de Bogotá posee una serie de documentos acerca de la implementación de la estrategia de APS, y la operativización de la misma. En ésta dependencia se elaboraron módulos para dar a conocer la estrategia interna. Por medio de la oficina de comunicaciones se ha logrado sacar a la luz algunas publicaciones sobre la aplicación de la estrategia.

En cuanto a la estrategia departamental se ha accedido a materiales básicos como los informes entregados por la Universidad Surcolombiana en calidad de interventora del proyecto Salud Puerta a Puerta. En este se exponen de forma clara los primeros logros y dificultades en los distintos campos de las estrategias de atención primaria en el departamento.

3.1 Conceptos Operativos

Dada la naturaleza de nuestra investigación, que relaciona dos campos como la comunicación y la salud es necesario proponer dos líneas de caracterización de conceptos:

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD: La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

COMUNICACIÓN: Hoy se tiene claro que más que modificar la manera de pensar de la gente, la comunicación tiene una gran capacidad de orientar la agenda pública hacia temas que, en determinado momento, pueden considerarse predominantes. En un concepto amplio de la comunicación, es claro que ésta tiene la capacidad de generar efectos cognitivos y de distribuirlos socialmente.

La comunicación puede favorecer el intercambio de saberes que, alimentados por flujos adecuados de información, ayudan a comprender la realidad y a construir nuevos saberes. Finalmente se reconoce a la comunicación la capacidad de consolidar visiones del mundo, que mas allá que la organización para el saber, posibilitan la organización para el hacer de una manera distinta, “reconstruida”.

COMUNICACIÓN PARA LA SALUD: La comunicación se circunscribe a su capacidad de afectar comportamientos que lleven a preservar la salud, entendiéndose que al buscarlos inevitablemente se está sentando las bases para estimular desarrollos mayores, seguramente de gran impacto en el fenómeno de la promoción en su sentido más amplio. Un ejemplo de esto es que la comunidad que reconoce el valor de acceder a agua de buena calidad se organizará y demandará en el futuro un acueducto. En el presente desarrollara acciones como hervir el agua para mantenerse sana.

La comunicación en salud es una estrategia clave que permite informar al público sobre asuntos de salud, mantener en la agenda pública asuntos importantes sobre salud y promover estilos de vida.

DIAGNÓSTICO: Es el procedimiento por el cual se establece la naturaleza y magnitud de las necesidades y problemas que afectan al aspecto, sector o situación de la realidad social que es motivo de estudio-investigación en vista de la programación y realización de una acción. En el diagnóstico se establece también la jerarquización de las necesidades y problemas en función de ciertos criterios políticos, ideológicos y técnicos. Comporta, asimismo, el conocimiento de las diferentes fuerzas en conflicto y de los factores que actúan de manera favorable, neutra o desfavorable, para alcanzar los objetivos o la finalidad propuesta. También incluye la determinación de los recursos disponibles. Tiene por finalidad servir de base para un hacer (realización de un proyecto o programa) y para fundamentar las estrategias que se han de expresar en una práctica concreta, conforme a las necesidades y aspiraciones manifiestas por los mismos interesados de manera directa a través de sus organizaciones o asociaciones.

PROMOCIÓN DE LA SALUD: 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. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.

SALUD: Entendemos la salud como un proceso dialéctico, biológico y social, producto de la integración del hombre con su medio ambiente (ecológico), influenciado por relaciones de producción en una sociedad dada, y que finalmente aparece como el estado de completo bienestar físico, mental y social. (A. Jadresick).

SALUD FAMILIAR: Donde la familia y su entorno se constituyen en la Unidad Básica de las acciones integrales para el mantenimiento y mejoramiento de su estado de salud con énfasis en la población Infantil en busca de la reducción de la morbimortalidad materna e Infantil.

SALUD PÚBLICA: Es una rama de la medicina enfocada a organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a proteger, promover y restaurar la salud de los habitantes de una comunidad. Una de estas actividades, pero no necesariamente la más importante es la ejercida por la medicina en sus dos vertientes, preventiva y asistencial. La salud pública es responsabilidad de los gobiernos, a quienes corresponde la organización de todas las actividades comunitarias que directa o indirectamente contribuyen a la salud de la población. La salud pública obtiene sus conocimientos de prácticamente todas las ciencias, siendo su actividad multidisciplinar, eminentemente social, cuyo objetivo es la salud de la población.

PÚBLICOS OBJETIVO:

Son los públicos que afectan o influyen de forma directa a un público determinado en su opinión, decisión o conducta. Influyen emitiendo opiniones sobre productos, servicios o empresas, y esta opinión es importante para los miembros del público receptor

COMUNICACIÓN INTERNA:

La comunicación interna es la comunicación dirigida al cliente interno, es decir, al trabajador. Nace como respuesta a las nuevas necesidades de las compañías de motivar a su equipo humano y retener a los mejores en un entorno empresarial donde el cambio es cada vez más rápido.

Teniendo en cuenta esta función principal, podríamos afirmar que la comunicación interna permite: Construir una identidad de la empresa en un clima de confianza y motivación, profundizar en el conocimiento de la empresa como entidad, permitirle a cada uno expresarse ante la dirección general, y esto cualquiera que sea su posición en la escala jerárquica de la organización y promover una comunicación a todas las escalas.

COMUNICACIÓN EXTERNA:

La comunicación externa es el conjunto de actividades generadoras de mensajes dirigidos a crear, mantener o mejorar la relación con los diferentes públicos objetivo del negocio, así como a proyectar una imagen favorable de la compañía o promover actividades, productos y servicios.

Se entiende la comunicación externa como un proceso que consiste en vehicular información o contenidos informativos desde la empresa u organización empresarial hacia el conjunto de la opinión pública a través de los medios de comunicación social. Y sea cual sea la tipología que adopte la comunicación externa de la empresa, lo que no debe olvidar es que ésta debe incorporar el “estilo de la firma”, lo que la distingue de cualquier otra.

4. METODOLOGÍA

El método utilizado para esta investigación es cualitativo, puesto que es abierto en lo concerniente a la selección de participantes en la producción del contexto situacional, así como en la interpretación y el análisis; además, este método no parte de supuestos derivados teóricamente sino que busca conceptualizar sobre la realidad con base en el comportamiento, los conocimientos, las actitudes y los valores que comparten los individuos de un determinado contexto espacial y temporal¹⁸. Por otro lado, hay que anotar que este estudio fue de carácter descriptivo, evaluativo de tipo diagnóstico, que buscó proponer acciones que conduzcan a la optimización de la comunicación de la estrategia de APS.

En cuanto a la delimitación de la población a investigar, se escogió la zona Norte del Departamento por proximidad geográfica, diversidad cultural, conveniencias logísticas y por ser ésta el área piloto donde se dio inicio a la estrategia.

La investigación se propuso conocer a profundidad cómo es la comunicación y/o los procesos comunicativos que median en todas las etapas de la estrategia, cómo los destinatarios del proyecto asumen los cambios que este les propone. De igual forma, la investigación apunta a indagar cuál es el papel que le otorgan los distintos actores que intervienen o han intervenido en las etapas de concepción, planeación y aplicación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud con Enfoque Familiar “Salud Puerta a Puerta”.

Siendo el estudio cualitativo el seleccionado para la presente investigación, se indican a continuación algunas de las características por las cuales se optó por este método.

La búsqueda de significado social permite confrontar a través del estudio propuesto cómo se utilizó la comunicación en la planeación y ejecución de la estrategia APS, así como la percepción que de la misma tienen los beneficiarios.

Posee un rol exploratorio interpretativo, “*La investigación cualitativa es inductiva. Los investigadores desarrollan conceptos, intelecciones y comprensiones partiendo de pautas de los datos, y no recogiendo datos para evaluar modelos, hipótesis o teorías preconcebidos*”¹⁹, como en la investigación adelantada donde

¹⁸ BONILLA Castro, Elssy - RODRÍGUEZ Sehk, Penélope. *Más allá del Dilema de los Métodos la Investigación en Ciencias Sociales*. Norma, Bogotá 1997.

¹⁹ TAYLOR S.J. y BOGDAN R.. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Buenos Aires, Paidós, 1.994

se crea un modelo de investigación flexible, comenzando el estudios con interrogantes vagamente formulados.

- A. La búsqueda de interpretación de los comportamientos. La realidad que importa es lo que las personas perciben como importante²⁰. Permite que la investigación tenga como prioridad la perspectiva de la comunidad beneficiaria, la forma como ellos asumen la estrategia APS y las relaciones que establecen con el equipo médico. El método cualitativo permite que la investigación se construya desde la mirada del sujeto (la gente), pues considera que la realidad social es un proceso interactivo en el que participan los miembros de un grupo para negociar y renegociar la construcción de esa realidad²¹.

4.1 Estudio de Caso:

Tomando como referentes los anteriores rasgos de la investigación cualitativa, y partiendo del concepto ya citado, el cual se refiere a la comunicación como proceso de interacción y participación ciudadana para la construcción de acuerdos colectivos y generar cambios en la sociedad. La investigación se desarrolló mediante un diseño cualitativo específico como es el **estudio de caso**, el cual permite profundizar en el proceso de aplicación de la estrategia para determinar cómo fue la comunicación en las distintas etapas de la misma. “En el estudio de caso el investigador observa las características de una unidad individual para obtener la máxima comprensión del fenómeno... como un intento de profundizar en un sujeto o realidad única e irrepetible, con finalidad diagnóstica”...²²

Un estudio de caso es un método de aprendizaje acerca de una circunstancia compleja. Se basa en el entendimiento de dicha situación, el cual se obtiene a través de la descripción y análisis de las condiciones, tomado como un conjunto y dentro de su contexto, según afirma Linda Mora y Amid Friedlander, en el libro publicado por el Banco Mundial: Evaluación mediante Estudio de Caso.

Con el estudio de caso se busca realizar el seguimiento a la comunicación y/o componentes comunicativos que se hallan en la Estrategia APS, partiendo desde la concepción del proyecto, pasando por la recepción de las estrategias utilizadas

²⁰ *Ibíd.*

²¹ *Ibíd.*

²² PEREZ Serrano, Gloria. *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes. I Métodos. Lugar. Capítulo III: El método de estudio de casos, aplicaciones prácticas. La Muralla, 19?? Pp. 79-136.*

(en caso de haberlas), y finalizando en la percepción y los impactos sobre el proyecto por parte de los usuarios.

Para alcanzar esta meta se utilizó la categoría del “Estudio de Caso Explicativo” como enfoque predominante, el cual busca exponer las relaciones que existen entre los componentes de un programa determinado²³. No obstante se tendrán en cuenta las Categorías Descriptiva, la cual pretende analizar situaciones específicas para obtener pruebas críticas acerca de aseveraciones sobre un programa, proyecto, problema o estrategia; y también la Categoría Combinada, que busca acumular los hallazgos de varios estudios de caso para responder a preguntas de una evaluación bien sea descriptiva, normativa o de causa y efecto.²⁴

Para la aplicación del estudio de caso es necesario determinar la dimensión de la situación a estudiar, entendida como **un todo** que se desea indagar, el cual, no necesariamente es un caso individual. Para esta investigación fueron: nueve familias distribuidas en la Regional Norte, pertenecientes a la parte rural de los municipios de Villavieja, Teruel y Rivera.

4.2 Técnicas e instrumentos para la recolección de información

Como ya se mencionó el método es el estudio de caso que, partió del uso de técnicas propias de los estudios cualitativos. Estos fueron elaborados y aplicados por el grupo de trabajo. Entre estos se cuentan: las entrevistas a profundidad (individuales y grupales), la observación no participante, y, aunque, si bien es cierto la revisión bibliográfica y documental no es un técnica de investigación en si misma, se utilizó como tal debido a que los documentos suministrados por la interventoría de la USCO constituyeron un elemento importante de información.

4.2.1 Entrevista

Las entrevistas utilizadas en la investigación cualitativa son flexibles y dinámicas; son indirectas, no estructuradas, estandarizadas y abiertas; como lo señala Susana Frutos en *La entrevista en la Investigación Social: interacción comunicativa*. Por entrevistas cualitativas en profundidad se entienden los reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos, dirigidos hacia la comprensión de las percepciones que tienen los informantes respecto a la estrategia APS, los efectos y la forma en que es

²³ *Ibid*

²⁴ *Ibid.*

utilizada la comunicación a lo largo de la estrategia, expresados en su propio lenguaje.

Esta clase de entrevistas persigue lograr una conversación horizontal, dejando un poco de lado la forma inflexible de preguntas y respuestas; el investigador es el instrumento de la investigación y no solo un recolector de respuestas.

Las tres modalidades de entrevistas cualitativas mantienen el formato de preguntas abiertas con el fin de propiciar que los entrevistados expresen en sus propias palabras, la perspectiva personal sobre el tema. Por medio de la entrevista a profundidad los actores involucrados en el proyecto Salud Puerta a Puerta exponen de manera abierta sus puntos de vista, del mismo modo que permite identificar como perciben los beneficiarios los mensajes que pretenden difundir los otros actores presentes en la estrategia. Por esto se determinó la utilización de la entrevista semi-estructurada como método de recolección de información.

4.2.2 Guía de preguntas:

Es el instrumento para la realización de las entrevistas. En él se estableció preguntas ejes, que están dirigidas a tópicos específicos necesarios para la recolección de información.

Sin embargo, no todas las preguntas son aplicables a la totalidad de los actores de la estrategia, esto se ajusta al rol desempeñado dentro de la misma. Por ejemplo en el caso de los beneficiarios, estos son actores pasivos en cuanto al manejo y conocimiento de cifras estadísticas y resultados generales, por cuanto resulta necesario elaborar una guía de preguntas para cada tipo de actor.

Para la recolección de información en la investigación se determinaron tres tipos de actores en la Estrategia APS, los cuales son:

-Los Directivos: Gestores de la estrategia, funcionarios de la Secretaria de Salud Departamental (Directivos de la estrategia y Coordinadores Regionales).

-Los Operativos: Coordinadores Municipales y Grupos médicos

-Los Beneficiarios: La población rural atendida.

4.2.3 Guía de preguntas

4.2.3.1 Guía Para beneficiarios:

A través de ésta se busca conocer a los beneficiarios y las perspectivas que tienen frente a la estrategia; de qué forma se enteraron de la existencia de Salud Puerta a Puerta y la recepción que se tuvo en cuenta y los mensajes que fueron emitidos por medios masivos. Cómo es la comunicación interpersonal con los equipos médicos y qué mensajes tienen mayor o menor recordación.

- ¿Cómo se enteraron de la estrategia de APS?
- ¿Cómo lo han involucrado?
- ¿Cuál es el objetivo de las visitas del grupo médico?
- ¿Entiende con claridad lo que le dicen los miembros del grupo médico?
- ¿Qué mensaje le dejan?
- ¿Toma en cuenta las recomendaciones para las cosas que hay que cambiar?
- ¿Ha realizado algún cambio como consecuencia de la visitas?
- ¿Qué ha aprendido a partir de las visitas?
- ¿Qué observaciones tiene acerca de la estrategia?

4.2.3.2 Para operativos:

Con estas preguntas se pretende indagar las formas de comunicación utilizadas por los equipos médicos para dirigirse a los beneficiarios, la forma en que abordan a las familias y la comunicación interpersonal que se establece entre ambos.

- ¿Para qué la información que se les da a las familias?
- ¿La forma de dirigirse a las familias es por igual?
- ¿La visita se realiza con previo aviso o de sorpresa?
- ¿Cómo busca persuadir cuando encuentra situaciones de riesgo?
- ¿Los mensajes que se desean dejar tienen efectividad?
- ¿Ha notado cambios en las familias visitadas anteriormente?
- ¿Qué tipo de capacitación ha recibido?

4.2.3.4 Para directivos

Finalmente con esta guía se pueden conocer los tipos de mensajes que se crearon para ser emitidos, la forma en que se emitieron y sí estos han generado los resultados esperados. Igualmente, con estas entrevistas se puede determinar

el papel que desempeñó la comunicación en la planeación de la estrategia ya sea de forma implícita o explícita.

¿A quiénes se pretende llegar con la estrategia de APS?

¿Cuál es la mejor forma de llegar a esas personas?

¿Qué mensaje se quiere dejar en esas personas?

¿Todos los mensajes se emiten por igual?

¿ Por cuáles medios se emiten esos mensajes?

- Tiempo de radio y televisión y audiencia estimada en ambos casos
- Cobertura del material impreso y estimación del público lector
- Número de materiales educativos distribuidos
- Número de presentaciones y tamaño de las audiencias
- Número de otros contactos personales e institucionales

¿Qué efectividad han tenido tales medios?

¿A cuántas personas se logró llegar?

¿Respondieron?

- Dónde oyeron hablar del programa

¿Qué instrumentos de medida utilizan para saber si los mensajes emitidos son admitidos?

¿Se logra el objetivo de lo planeado?

¿Hubo algún cambio?

- Cambios en el conocimiento y/o actitudes
- Cambios estrategia de APS?
- Medidas tomadas

4.2.3.5 Para directivos-Facultad de Salud

¿Por qué nace Salud Puerta a Puerta?

¿Qué elementos se tomaron en cuenta para diseñarlo?

¿Dentro de esos elementos existió un componente comunicativo explícito?

¿Y si no, por qué no se tuvo en cuenta?

¿Que entiende por comunicación?

4.3 La Observación

La observación constituyó una técnica adecuada para acceder al conocimiento cultural de los beneficiarios de la estrategia APS a partir del registro de las acciones que las personas asumieron en su ambiente cotidiano. A diferencia de las entrevistas, ya sea de tipo individual o grupal, se captó la información considerando solamente las perspectivas de los sujetos sin indagar en el contexto físico e inmediato; la observación enfatizó generalmente en este último aspecto.

Dado que las situaciones sociales están configuradas por la interacción entre individuos, sus componentes no están aislados sino que se encuentran interconectados formando redes complejas. De ahí que, si bien el observador comienza enfocando su atención en los elementos más básicos de la situación (actor, comportamiento, tiempo y espacio), debe ir enriqueciendo el rango de observación, incluyendo componentes adicionales como por ejemplo los objetos, los sentimientos, el tipo de relaciones que establecen las personas, los objetivos que persiguen con los comportamientos, etc.

Un aspecto importante en la planeación del trabajo de campo es el tipo de observación que se quiere realizar. Dado los requerimientos de información, las observaciones variaron de acuerdo los siguientes criterios:

Grado en el cual se involucra el investigador: El observador puede compenetrarse totalmente hasta convertirse en un integrante del grupo estudiante (observación participante total), o permanecer como espectador ajeno a la situación (observación no participante). Este último tipo de observación fue el utilizado en la investigación teniendo en cuenta el planteamiento metodológico-operativo propuesto en el proyecto de investigación.

Para el registro de la observación, el observador puede anotar directamente lo que sucede a medida que transcurren las acciones. Los registros observacionales para esta investigación consistieron en llevar planillas de observación, grabaciones y fotos. Además de las planillas de observación fue necesario llevar un diario de campo para consignar cotidianamente las experiencias, ideas, confusiones y problemas que surgen durante el proceso de recolección.

4.3.1 Planillas de observación

4.3.1.1 Inventario de métodos de comunicación y aprendizaje aplicados en la comunidad para los Municipios:

Esta matriz tiene como finalidad medir los elementos de comunicación utilizados para la aplicación de la estrategia por parte de los coordinadores, grupos médicos y altos funcionarios que están involucrados en la estrategia. De igual forma, se orienta a conocer si existe una clasificación en los tipos de información que se quiere emitir.

Métodos y técnicas		Frecuencias de uso		Para qué mensajes
		Mucho	Poco	
Conversación directa				
Talleres				
Reuniones grupales Formales				
Reuniones grupales informales				
Periódicos murales y Carteleras				
Rumores				
Medios de comunicación	Prensa			
	TV			
	Radio			

4.3.1.2 Inventario de herramientas comunicativas utilizadas en las coordinaciones municipales:

La finalidad de esta matriz fue conocer cómo los equipos médicos planean y ejecutan las visitas, tomando como variables elementos de la comunicación y su utilización práctica.

Métodos y técnicas		Frecuencia		Para qué mensajes
		Mucho	Poco	
Conversación directa				
Charla magistral				
Taller				
Ayudas utilizadas	Fotografías			
	Video			

	Programas de radio			
	Laminas			
	Cartillas			
Dramatizaciones				
Otros				

4.3.1.3 Matriz de evaluación de transmisión de mensajes (Equipo médico por Municipio):

Esta herramienta busca obtener la percepción de los beneficiarios acerca del grupo médico y de la información que estos les transmiten.

Factor	Percepción			Observaciones
	Bueno	Regular	Malo	
Manejo de la información				
Uso de ayudas				
Tipo de lenguaje técnico/cotidiano				
Uso de ejemplos cotidianos				
Espacio para contrapreguntas				
Tiempo				
Importancia información				

Igualmente el trabajo de campo exige una programación clara y la mayor preparación para emplear eficientemente el tiempo y los recursos disponibles para el estudio. Por lo tanto para el trabajo de campo se definieron unas guías donde se especifican y se consideran los objetivos y las etapas que deben cubrirse, además de las actividades a desarrollar en cada una de las salidas de campo.

Estas guías generales organizaron el trabajo del equipo investigador. En ellas se especificó las responsabilidades puntuales y específicas de cada uno de los miembros.

El diseño de estas guías de trabajo no sólo permitió establecer un cronograma de actividades, sino además constituyó una estrategia para visualizar el progreso de la investigación, el cumplimiento parcial o total de los objetivos y los vacíos o deficiencias que debieron abordarse en las salidas posteriores. En este sentido, para garantizar el cumplimiento de estos planes de actividades, el equipo investigador se reunió diariamente al final de cada jornada, con el objeto de evaluar las tareas realizadas y organizar las siguientes.

4.3.1.4 Guía para actividades durante la primera salida de campo

OBJETIVOS:

-Reconocimiento del terreno

-Obtención de información sobre características socioeconómicas, culturales, y comunicativas de la población.

-Diseño de estrategia concertada con el equipo médico y los casos a estudiar para las futuras visitas con el fin de informar sobre el estudio e involucrar a la comunidad en el proceso investigativo.

REQUERIMIENTOS ESPECÍFICOS DE INFORMACIÓN:

-EBS:

Categorización de la comunicación (la comunicación en sus distintas etapas)

-COMUNIDAD:

Categorización de la comunicación (la comunicación en sus distintas etapas)

INSTRUMENTOS:

-Observación y registro en diarios de campo.

-Entrevistas con informantes claves.

-Reuniones con la comunidad

4.3.1.5 Actividades realizadas durante la primera salida de campo

PLAN BÁSICO SEGUIDO:

-Encuentros informales con líderes de la comunidad, población comunitaria y miembros del grupo médico.

-Reflexiones acerca de los Aspectos comunicativos inmersos en la estrategia de APS.

ACCIONES ADELANTADAS:

-EBS:

-COMUNIDAD:

BALANCE GENERAL:

4.4 El diario de campo:

Si bien es un instrumento individual, y si se quiere, personal que constituye una fuente importante para ponderar la información en tanto que alerta sobre vacíos y deficiencias en los datos, el diario de campo permitió a la investigación un monitoreo permanente del proceso de observación, constituyendo así una verdadera radiografía del proceso de recolección para contribuir a la capacidad analítica de los resultados. Sin embargo durante el proceso de trabajo de campo se hizo necesario establecer 3 tipos de guías, dirigidas a cada uno de los actores inmersos en el desarrollo de la Estrategia de APS.

4.4.1 Guía de observación de trabajo de campo: Coordinación Municipal

<i>Fecha:</i> _____	<i>Hora:</i> _____	<i>Inicia:</i> _____
		<i>Finaliza:</i> _____
		<i>Duración:</i> _____
<i>-Municipio:</i> _____		
<i>- Descripción del Municipio:</i>		
<i>-Punto de encuentro:</i>		
<i>descripción</i>		
<i>No. de equipos Médicos</i>		
<i>Composición</i>		
<i>Tiempos</i>		
<i>Cómo se desplazan.</i>		
<i>-Dinámica del grupo:</i>		
<i>Comunicación- coordinación</i>		
<i>-Evaluación comunicativa</i>		
<i>-Observaciones</i>		

4.4.2 Guía de observación de trabajo de campo: Equipo Médico

<i>Fecha:</i> _____	<i>Hora:</i> _____	<i>Inicia:</i> _____
		<i>Finaliza:</i> _____
		<i>Duración:</i> _____
<i>-Vereda o lugar visitado:</i> _____		
<i>- Descripción del Equipo Médico: No. de integrantes</i>		
<i>Roles</i>		
<i>Herramientas utilizadas</i>		
<i>Familias visitadas</i>		
<i>Personas atendidas</i>		
<i>-Número de participantes:</i> _____		
<i>-Nombres y características:</i>		
<i>Nombre</i>	<i>Atención</i>	<i>Observación</i>
<i>-Evaluación comunicativa:</i>		
<i>-Conclusiones:</i>		
<i>-Observaciones:</i>		

4.4.3 Guía de observación de trabajo de campo: Familia

Fecha: _____ Hora: _____ Inicia: _____
Finaliza: _____
Duración: _____

-Vereda o lugar visitado: _____

- Descripción:

-Lugar de reunión: _____

-Breve descripción:

-Número de participantes: _____

-Características de la Familia:

-Nombres y Características:

Padre	Edad	Sexo	Ocupación	Nivel Educativo	Observaciones
Madre					
Hijo					
Hijo					
Nieto					
otro					

-Describir la Atención prestada a la familia:

-Vocabulario local:

4.5 Selección de la muestra

La muestra de la investigación estuvo conformada por tres grupos familiares beneficiarios de la estrategia de APS, los respectivos grupos interdisciplinarios, la coordinación de cada zona, la coordinación general y la gerencia de la estrategia. De esta manera se realiza un seguimiento minucioso de la comunicación, desde las etapas de planeación y ejecución hasta la aplicación y recepción.

El trabajo se inició con la revisión de textos, investigaciones, prensa escrita y todo un material bibliográfico relacionado con el tema de Atención Primaria en Salud y por supuesto de comunicación y salud. Esta fase exploratoria nos acercó a los protagonistas de la estrategia en un primer momento, los profesionales e investigadores que adaptaron APS para el Huila denominándola “Salud Puerta a Puerta”.

Luego de esto, se concertaron entrevistas con el coordinador de la zona norte, médico Carlos Montalvo Arce, quien aportó información de la etapa operativa de la estrategia y quien además, suministró una guía de municipios pilotos y de experiencias en los distintos municipios que fueron un elemento vital al momento de seleccionar los municipios con los cuales se trabajaron.

Además del citado, se entrevistó al médico José Domingo Alarcón quien hace parte del grupo de investigación que operó de interventor en la estrategia. Él explicó los antecedentes históricos, las preocupaciones mundiales en el tema de salud pública, y las necesidades regionales para la implementación de un plan de Atención Primaria en el Departamento de Huila.

Finalmente se entrevistó al coordinador de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) regional Huila, médico Jorge Enrique Victoria, quien aportó valiosa información acerca de la última convención de Salud Pública llevado a cabo en Argentina en junio del 2007. Además de lo anterior, el Médico Victoria funcionó como lector de los avances alcanzados durante el proceso de investigación y aportó algunos elementos en el tema de salud, que fueron vitales para esclarecer algunas dudas en este tema.

Respecto al tema comunicativo, se solicitó información acerca del concepto de comunicación aportado por el académico e investigador Gabriel Kaplum durante su visita a la Universidad Surcolombiana en el segundo semestre del 2006. Por vía correo electrónico se solicitó información donde se aclarase el origen de su concepto.

En la siguiente fase de esta investigación, con la asesoría del Doctor Carlos Montalvo Arce, el grupo de trabajo delimitó el número de municipios y en igual forma el número de núcleos familiares con los cuales se trabajó como grupos focales relevantes dentro de cada población.

De esta forma, los Municipios escogidos para esta investigación fueron Villavieja, Teruel y Rivera, los cuales se seleccionaron por ser los más representativos de la regional norte, por proximidad geográfica y por que se caracterizan por poseer condiciones especiales en las que ha desarrollado su trabajo, tanto a nivel interno como externo.

En este orden de ideas Villavieja fue escogido por la cobertura del 100% de su población con la estrategia; Rivera por ser el Municipio piloto donde se inició la estrategia en el Departamento y, Teruel por el buen desempeño y el excelente trabajo comunitario.

En cuanto a la selección de los núcleos familiares, con el trabajo de campo se replanteó la idea original que pretendía escoger a las familias de acuerdo a las tipologías o características especiales, sin embargo, esta idea cambio por circunstancias como: la organización logística de los equipos médicos en los Municipios y las dificultades geográficas para acceder a algunas zonas. Todos estos factores finalmente fueron determinantes para que se cambiara el concepto inicial que se propuso en el primer momento.

4.5.1 Universo Geográfico:

El estudio se realizó en tres Municipios del Departamento del Huila, con un trabajo en el área rural puesto que el impacto y el objetivo de la estrategia es la atención primaria a esta población.

Se escogió a tres familias por Municipio de forma aleatoria y se trabajo con ellos en las distintas visitas durante el trabajo de campo:

Teruel: 3 Familias (Vereda la María)

Rivera: 3 Familias (Vereda Riverita)

Villavieja: 3 Familias (Centro poblado San Alfonso y la Victoria)

De igual forma se indagó un equipo médico por Municipio para un total de tres grupos, además del trabajo realizado con los directivos y los coordinadores de la estrategia.

4.5.2 Universo Temporal:

El trabajo se realizó durante el primer y segundo semestre del 2007.

4.5.3 Población y Muestra:

4.5.3.1 Directivos:

En la fase inicial de esta investigación, en su etapa descriptiva, se seleccionaron los actores o personajes claves para el desarrollo del presente trabajo. Es así como inicia la etapa de exploración con un grupo de directivos de la estrategia, los cuales han venido desempeñando sus funciones tanto en el área administrativa como lo es el Gerente del Hospital General de Neiva; en el área operativa con el Coordinador de la Zona Norte; así como el Coordinador de la Interventoría asumida por la Universidad Surcolombiana. De esta forma obtenemos la información requerida desde diversos puntos de vista y desde los diferentes sectores comprometidos en la estrategia APS en el Departamento. El trabajo adelantado con los directivos se enfocó básicamente en conocer la génesis de la estrategia, las razones que motivaron su implementación, y porque no, las carencias detectadas luego de un año de aplicación.

4.5.3.2 Operativos:

Ya en el área operativa, se trabajó con un equipo médico²⁵, es decir que en total se realizó la investigación con tres equipos. Cada equipo consta de cinco personas, para un total de quince profesionales, entre los que se cuentan médicos, higienistas orales, enfermeras y auxiliares, correspondientes a cada municipio. Con ellos se indagó acerca del tipo de información que les brindan a los beneficiarios de la estrategia, como también el componente comunicativo inmerso en la estrategia, es decir, se tocaron aspectos claves como el nivel de comunicación tanto interno como externo dentro de los equipos, la utilización de ayudas o material extra para la enseñanza y la información de temas relevantes y de vital importancia para la comunidad, así como el la capacitación recibida en este mismo componente a la hora de enfrentarse al trabajo con la comunidad.

en cuanto a la coordinación Municipal, se trabajó en total con tres coordinadores responsables del funcionamiento de la estrategia en cada uno de los municipios,

²⁵ *En los municipios, los grupos médicos varían de dos a tres, de acuerdo a la población de cada uno.*

con ellos la investigación se basó mas en la comunicación interna, en cómo es el diseño que ellos plantean desde la parte comunicativa para aplicarlas en cada uno de sus municipios, qué elementos se toman en cuenta tanto a nivel pedagógico como comunicativo, qué variables, y cada uno de los aspectos que en cuanto al área de la comunicación corresponde.

4.5.3.3 Beneficiarios:

De acuerdo a las circunstancias mencionadas en líneas anteriores, la selección de los núcleos familiares se hizo de manera aleatoria, puesto que el trabajo de campo se manejó de acuerdo con los cronogramas de actividades diseñados en cada uno de los tres municipios seleccionados. De igual forma es necesario aclarar que las condiciones geográficas, climatológicas y de orden público determinaron la selección de las familias y de los lugares de exploración en cuanto al trabajo de campo se refiere.

El trabajo con los beneficiarios se centró en conocer cómo es la comunicación entre ellos y el equipo médico, qué tipo de mensajes emiten en las brigadas de concentraciones y en las visitas domiciliarias y, cómo diseñan las plataformas metodológicas con que se llega a las comunidades en los diferentes municipios; además de los cambios de actitudes que se han generado a partir de las visitas del equipo médico.

A continuación se hará la descripción de la muestra de esta por población en cada uno de los municipios:

4.5.3.3.1 Villavieja:

Durante el trabajo exploratorio en este Municipio se detectaron muchas particularidades especiales que hacen del trabajo de Salud Puerta a Puerta algo significativo durante el tiempo que se viene desarrollando en esta zona. Es necesario aclarar que el trabajo de campo junto a la observación permitió realizar un trabajo detallado con cada una de las tres familias entrevistadas.

En este contexto el trabajo se realizó en dos importantes Centros Poblados de Villavieja, el primero en San Alfonso donde el trabajo de campo se centró en dos núcleos familiares con particularidades similares.

Las Familias

-Mosquera mayor: que consta de 5 integrantes cuyas edades oscilan entre 41 y 3 años.

-Moreno Sánchez: Cuyos integrantes son 7 entre ellas dos mayores de edad (padre y madre) cuyas edades oscilan entre 28 y 31 años, y 3 hijos que se encuentran entre los 13 y 3 años.

La segunda parte del trabajo de campo se realizó en el Centro Poblado de la Victoria, y es necesario aclarar que se tomó esta población puesto que se encuentra a tan sólo 10 minutos de San Alfonso donde se caracteriza por el significativo número de mujeres jóvenes en estado de embarazo. En la Victoria encontramos a la familia:

-Vanegas Soto: con 2 integrantes un hombre de 22 años y una mujer de 18 años que se encuentra en avanzado estado de embarazo.

4.5.3.3.2 Rivera:

En la visita exploratoria del municipio de Rivera se estableció el primer acercamiento con el equipo médico y la coordinación municipal, allí se pudo corroborar información como que el municipio fue de los pilotos para la implementación de la estrategia, por lo tanto se viene trabajando desde la segunda mitad de 2005, cuenta con tres equipos médicos que atienden las veredas y los centros poblados.

En la segunda visita de acuerdo con el cronograma de actividades del equipo médico se seleccionó el centro poblado de Riverita ubicado a quince minutos del casco urbano del municipio para realizar el trabajo con los beneficiarios en el cual se seleccionó de manera aleatoria tres familias residentes en la zona.

Familia Andrade Polania: familia nuclear conformada por los padres y cinco hijos, sus edades oscilan entre 36 años y seis meses, derivan sus ingresos del trabajo del padre como agricultor en los cultivos de tabaco y tomate de la región.

Familia Zamora Ríos: Familia nuclear conformada por los padres y sus dos hijos, con edades que oscilan entre los 52 y 13 años, derivan sus ingresos del trabajo del padre como agricultor.

Familia Polanía Cortes: Familia nuclear con formada por los padres y sus dos hijos, el hijo mayor es un niño especial. Sus edades oscilan entre los 31 y 3 años de edad.

4.5.3.3.3 Teruel:

La etapa exploratoria en el municipio de Teruel consistió en visitar diferentes veredas, las cuales, debido a las características geográficas, fueron de difícil desarrollo. Esta, por tanto, fue una de las características más determinantes en el trabajo de campo posterior en dicho municipio.

Ahora bien, durante estas visitas exploratorias, se observó una similitud en las prácticas y oficios desarrollados por los pobladores de todas las veredas; como lo es la siembra de café. Dicha actividad agrícola es el eje transversal sobre el cual transitan las vidas de los oriundos de estas tierras; por lo cual se puede inferir que la homogeneidad de los pobladores de este territorio es muy marcada.

Ya durante las visitas de indagación, observación y recolección de datos, por razones coyunturales en la logística de la dirección de puerta a puerta, se visitó la vereda la María, ubicada en la zona montañosa de dicha municipalidad. En esta, por la dificultad de acceso y por lineamientos establecidos en la etapa metodológica de la investigación, la investigación se enfocó en tres familias, no obstante, hay que decir que, en total se recolectó información de cinco familias.

La primera familia fue la conformada por Juvenal Polo, cabeza de familia, Herminia de Polo, ama de casa, y, Edwar Polo, hijo.

Está es una familia nuclear, donde la pareja de esposos son de la tercera edad. Los dos tienen sesenta y siete años. El hijo, quien al igual que su padre trabaja en las labores del campo, tiene veintiocho años de edad.

La segunda familia es la Pachón Calderón. Esta es una familia nuclear, al igual que la anterior, pero en cambio, consta de cinco integrantes, que tienen 13, 10 y 2 meses; los padres, por su parte, superan los 30 años. En esta familia el papá es quien trae el sustento a la casa, por ser el único que trabaja, la madre se ocupa de los niños.

La última familia fue la Campos Montilla. Esta es una pareja joven (el hombre tiene 25 años y la mujer 19) con dos hijas menores aún. El hombre labora en el campo, sin embargo, permanece gran parte del tiempo en la casa, coordinando las labores en los cafetales.

Finalmente, hay que añadir que estas familias fueron tomadas como muestra por sus características tipológicas. En la primera por ser una familia nuclear donde los cabezas de hogar son adultos mayores, que son uno de los grupos sociales de mayor interés para la estrategia. La segunda, fue seleccionada por ser una familia

en la que hay un gran número de infantes que es, al igual que los adultos mayores, prioridad para la estrategia, y por último, la familia tres fue seleccionada por que en ella hay un menor lactante, que entra en la categoría de los menores de un año, que son parte del sector de la población prioritario para la estrategia.

La etapa del trabajo de campo se desarrolló de acuerdo a las necesidades detectadas en la etapa previa de la investigación, la cual arrojó como resultado los lineamientos con los que se iba a proceder en la etapa siguiente. De este modo el trabajo de campo fue organizado de forma tal que, cada integrante del equipo de investigación se hiciera cargo de un municipio; sin embargo, esto no fue impedimento para que el investigador recibiera apoyo continuo de los miembros restantes del equipo en el procedimiento llevado a cabo en los tres municipios escogidos. Esta forma de proceder en la etapa de observación y recolección de información fue conveniente, no sólo para reducir costos, sino también en el sentido de permitir una mirada más detallada de cada municipio. De igual modo, fue una estrategia de parte del equipo investigador para detallar de forma más organizada y consciente, los diversos procesos implícitos y explícitos que determinaron de una u otra forma la situación de la Salud en cada centro poblado.

En esta fase, los procesos de organización y de selección de los municipios se estipuló de la siguiente manera para el trabajo exploratorio:

Teruel: Eduardo Tovar Murcia

Rivera: William Pérez Acero

Villavieja: Sandra Lorena Barrera

Cabe resaltar que esta labor se realizó con la colaboración continua de los coordinadores de cada uno de los Municipios, quienes de manera oportuna y valida, se convirtieron en un elemento importante junto con sus equipos médicos durante el trabajo de campo en el área rural en cada uno de sus territorios. De esta manera, el grupo investigador inició el trabajo de exploración en las veredas La Maria (Teruel), Riverita (Rivera) y San Alfonso y La Victoria (Villavieja) aplicando los instrumentos ya concertados desde la metodología.

4.6 CARACTERIZACIÓN DE LOS MUNICIPIOS:

4.6.1 VILLAVIEJA:

EL área total del municipio de Villavieja es de 670 km²; situado en el noreste del departamento del Huila; limita al Occidente con el municipio de Aipe; por el Norte con el departamento del Tolima; por el Este con el municipio de Baraya; y por el

Sur con el municipio de Tello²⁶; sus habitantes se encuentran dispersos en la zona rural y una cantidad mucho menor se ha ubicado en el área urbana; se deduce que se cumple dentro de la localidad que los campesinos estén en su lugar: el campo.

En este orden de ideas el Municipio está conformado por el centro urbano y el área rural, la cual comprende varios centros poblados y veredas; su casco urbano está conformado por catorce barrios: Rodrigo Lara, Alberto Galindo, Las Brisas, El Centro, Cacica Tocayá, La Portada, La Estación, El Jardín, Totoyó, Campoalegre, La Estrella, Primero de Mayo, Siete de Agosto y Gaitán.

Además de contar con seis centros poblados: Doche, Hato Nuevo, La Victoria, Polonia, Potosí y San Alfonso, y once veredas que corresponden a los nombres de Cabuyal, Cuzco, Golondrinas, Kilómetro 121, La Calera, La Chivera, La Manguita, Líbano, Palmira, San Juanito, San Nicolás/ Gaviotas, y una comunidad indígena, el resguardo La Tatacoa.

Población:

Para el año 2006, se estima una población de 7.546 habitantes, de los cuales, 2.651 que representan el 35,13 %, residía en la cabecera municipal y el resto de población, es decir, 4.805 habitantes, equivalentes al 63,67%, se encontraba en los centros poblados y veredas. De éstos, San Alfonso y La Victoria son los que poseen la mayor población rural²⁷.

Problemática:

Según datos recogidos en el diagnóstico situacional, elaborado a través del Consejo Municipal de Política Social (CMPS) durante el año 2004, se encontró que las problemáticas sociales más relevantes del municipio eran: violencia familiar, relación desigual entre los sexos, maltrato infantil, embarazo en adolescentes, adicción a sustancias psicoactivas, desnutrición, población discapacitada, desplazamiento forzado y conflicto armado, migraciones, pobreza, miseria y desempleo.

Este último, de acuerdo con los datos del Plan de Desarrollo Villavieja, el 49,93% de la población está integrado por personas económicamente activas, cuyas edades están comprendidas entre los 18 y los 60 años, dedicada a labores agropecuarias, pesca, comercio, empleo público, turismo y artesanías; el 44,52%, casi la mitad de su población, está integrada por menores de 18 años o población económicamente inactiva; y el 5,5% restante corresponde a personas de la tercera

²⁶ Instituto Agustín Codazzi, 1983, planos básicos 303- III-A, 302-IV-D, 303-IIIC, 303-III-D, 324-I-A.

²⁷ Plan de ordenamiento territorial, Villavieja, 1999. Pág. 137,141,142,147,362

edad (mayores de 60 años). Estas cifras permiten observar que la mitad de su población, es decir el 50.07% se encuentra económicamente inactiva.

El servicio de salud se presta en la cabecera municipal en el Centro de Salud y además de contar con puestos de salud en los centros poblados. A finales del año 2005 se implementó en el municipio un sistema preventivo de salud puerta a puerta impulsado por la Gobernación y el Municipio.

Es necesario ubicar contextualmente en la presente investigación los centros poblados de la Victoria y San Alfonso, puesto que en estas zonas se centró nuestro trabajo de campo.

4.6.1.1 Centro poblado La Victoria:

El centro poblado de La Victoria, a febrero de 2005, tenía una población de 1.667 habitantes equivalentes al 22,09% del municipio, y 446 viviendas. Se localiza a 386 metros sobre el nivel del mar, al norte de la cabecera municipal, de la cual se encuentra separada por una distancia de 17 kilómetros. Además, es la vereda con el mayor número de población del Municipio de Villavieja con un total de 1471 personas (717 mujeres y 754 hombres) mujeres en edad fértil (10-49) un total de 476.²⁸

Las principales actividades económicas son la agricultura, ganadería, oficios varios (jornalero, pesca, trabajadores temporales) y en menor proporción el comercio, datos contrastados con los suministrados por la coordinación de Salud Puerta a Puerta Municipal a través de su diagnóstico donde se evidencia un alto índice de dependencia económica de la cabeza de hogar con un porcentaje del 52.75% (508 Personas) y la tasa de desocupación ni ingreso el 3.01% (29 personas) y tasa de desempleo el 5.60% (54 personas)²⁹

4.6.1.2 Centro poblado San Alfonso:

El centro poblado San Alfonso, a febrero de 2005, tenía una población 868 habitantes equivalentes al 11,50% del municipio, distribuido en 243 viviendas. Se localiza a 440 metros sobre el nivel del mar, al nororiente de la cabecera municipal, de la cual se encuentra separada por una distancia de 26 kilómetros.³⁰

²⁸ *Diagnóstico comunitario del Municipio de Villavieja, Programa: "Salud Puerta a Puerta". Coordinación Municipal.*

²⁹ *Ibíd.*

³⁰ *Ibíd.*

En este sentido el diagnóstico comunitario realizado por el programa de Salud Puerta a Puerta Municipal expresa en igual sentido que la población femenina y masculina se encuentra proporcionalmente igual con un total de 396 mujeres y 398 hombres y el menor número de personas oscilan en las edades de mayores de 70 años, además de un alto número de adolescentes de 10-14 años con un total de 104, seguido por el grupo de 15-19 años con un total de 78 jóvenes, lo cual refleja que hay una gran población joven en la vereda.

El 61% de la población es económicamente activa, las principales actividades económicas de la vereda son la agricultura, la ganadería y oficios varios.

4.6.2 TERUEL:

El municipio de Teruel está localizado en la parte noroccidental del departamento del Huila, en la margen izquierda del río Magdalena y en las estribaciones de la cordillera Central que descienden del Nevado del Huila. Su cabecera está localizada a los 02° 44' 34" de latitud Norte y 75° 34' 11" de longitud oeste. Está situado a una altura sobre el nivel del mar de 853 mts, con una temperatura media de 23 grados centígrados. El área municipal es de 589 Km². Se comunica con los municipios de Yaguará por carretera destapada, y con el municipio de Palermo por vía pavimentada, y está a 50 kilómetros de la ciudad de Neiva.

El casco urbano del municipio está situado a 910 mts de altura sobre el nivel del mar (msnm.). El resto de veredas oscila entre los 850 msnm. Y 1.200 msnm. En la llamada "Tierras de Zona Baja", cálidas, despobladas, desoladas y dedicadas al cultivo del arroz en menor escala y a la ganadería por ser la mayoría de topografía plana y cubierta de pastizales; y los 1.200 msnm. – 5.700 msnm. En las "Tierras de Zona Alta" (cercanías del Parque Nacional Natural Nevado del Huila), con gran variedad de pisos térmicos. Es la zona más poblada y donde se cultiva el principal producto de la región: el café.

El área total de su territorio es de 49.866 hectáreas (Has) o 498,66 km², que representa el 2.5% del territorio departamental, ocupando el puesto 17 en tamaño entre los 37 municipios del Departamento.

Teruel es un municipio de ascendencia paez. Históricamente la densidad de población ha sido muy baja –conjeturando nuevamente- tal vez dadas las características fisiográficas del territorio, el aislamiento en el que estaba con respecto a las otras poblaciones del departamento; la falta de vías de penetración y medios de transporte.

Está mayoría de población rural reafirma una vez más la vocación y dependencia agrícola de la mayoría de los habitantes, lo que se constituye en una importante

fortaleza para concentrar el desarrollo municipal en este ámbito en virtud de programas organizados que coadyuven al mejoramiento de la calidad de vida de los teruelenses. A pesar de ello, en el área urbana se alberga el mayor número de población estudiantil, la mayor infraestructura social y física que permite una notable actividad económica en el territorio municipal. Estas características demográficas implican mayores exigencias administrativas para cumplir requerimientos básicos de salud, vivienda, educación y servicios públicos que favorezcan la calidad de vida de los pobladores.

Es importante tener en cuenta también cómo está distribuida la población por grupos de edad, ya que esta información permite organizar un amplio abanico de proyectos destinados a favorecer el desarrollo de las personas: atender las particularidades, problemas, intereses, necesidades y expectativas ante el mundo de la vida.

La geografía económica del municipio está basada primordialmente en la producción agrícola, ya que la mayoría de sus pobladores proviene de un sector productivo primario, donde el cultivo del café surge como el principal producto de la región.

En la actualidad el café ocupa un área total de 2.237 Hectáreas en 850 predios. Según la Tabla N° 20 la mayor parte del área cultivada se hace de forma tecnificada y la producción anual es de 2.340. 62 toneladas al año.

La diversidad del cultivo ha sido fundamental para el desarrollo de esta industria, pues sus variedades son múltiples, como por ejemplo: el café arábigo, el caturra, variedad Colombia, entre otros, y con tecnificación en algunos casos lo que ha redundado en su calidad. Se cuenta además con la asesoría y dirección de la Federación Colombiana de Cafeteros, que posee una sede en este sector.

Todo este proceso de producción, recolección y comercialización ha generado un desarrollo comercial importante reactivando su economía local, generando beneficios que redundan en la calidad de vida del municipio y sus habitantes.

Cabe destacar que alrededor de la producción del café, se ha generado toda una cultura y una forma de ver el mundo, porque es en su zona montañosa donde florece con más vehemencia este producto, en los meses de mayo y junio, cuando llega la época de la cosecha y recolección; se ha creado un proceso muy particular, porque con la llegada de los recolectores, especialmente del Eje Cafetero y Cauca, se forma toda una simbiosis de costumbres, tradiciones, fomentando el pluriculturalismo en la región, además del movimiento económico que estos sectores dinamizan; y sus culturas que son absorbidos por los locales, llevando a un cambio en la vida habitual de los pobladores, pues se incrementan

los sitios de diversión, y expendio de licores; se aumentan los vendedores ambulantes y los negocios ocasionales en donde se busca conseguir algún dinero con el cual subsistir el resto de año sin muchas privaciones hasta la cosecha siguiente.

Un segundo sector de gran importancia para el desarrollo de Teruel ha sido la ganadería, que ocupa un 30% de las tierras rurales del municipio llamadas “tierras bajas”. Las fincas ganaderas ubicadas en estas zonas producen en un alto porcentaje el ganado que se sacrifican para el consumo interno como para otras 75 regiones. Las clases de ganado utilizado para este propósito son: cebú, pardo y holstein. Las extensas áreas que existen para el cultivo de pastos en las zonas marginal baja como las veredas de El Almorzadero, la Castilla, el Estambul y la Cañada han permitido que en estos lugares se desarrolle y se practique esta actividad a un buen nivel.

En cuanto a medios masivos de comunicación, el municipio cuenta con la radio en modalidad de comunitaria. En este sentido, existen dos emisoras que ofrecen este servicio:

-Ambiental Estéreo 107.8 F.M.

-Café Estéreo 96.7 F.M

La primera funciona en una oficina de la casa cultural. Cuenta con una capacidad de 50 Watts, y está dotada por diferentes equipos, como: un trasmisor de 50 watts, antena trasmisora, una consola de ocho canales, lector de CD, lector MP3, Radio de enlace, entre otros.

La segunda, Café Estéreo 97.6 FM, inició transmisiones el 10 de septiembre de 2005. Está dirigida por el señor Luís Arsecio Laguna; la emisora funciona en su residencia en horario de 5:00 AM. A 9:00 PM. Cuenta con una capacidad de 32 Watts, dotada por una consola de 8 canales dobles, dos lectores de MP3, lector de minidisc, una tornamesa y, por estar recién fundada, su licencia de funcionamiento se encuentra en trámite ante el ministerio de Comunicaciones.

Ambas prestan un gran servicio social de información y recreación a toda la comunidad teruelense.

Según información proporcionada por la Secretaría de Salud Municipal y la Dirección de la Unidad Administrativa Especial San Roque, el sistema de seguridad social en salud se encuentra descentralizado según las normas nacionales y departamentales.

El Centro de Salud San Roque, se conformó como una Empresa Social de Estado mediante decreto departamental No.188 de 1996; su planta física estaba conformada por una sala de urgencias y procedimientos, el puesto de enfermería, dos consultorios médicos, un consultorio odontológico, farmacia, oficina de saneamiento, laboratorio clínico, sala de partos, sala de esterilización, sala de cirugía, sala de recuperación; tres salas de hospitalización, para hombres, mujeres y niños; sala de radiología, un área de depósito, dos garajes, área de servicios generales y un apartamento anexo para el personal médico que consta de tres alcobas, cocina y servicios.

La UAE San Roque cuenta en total con un personal de 23 empleados los cuales son: 1 director, 3 médicos: 1 de contrato, 1 de rural y 1 de internado, 1 enfermera jefe de contrato, 2 odontólogos de los cuales 1 está realizando su práctica de rural, 1 bacterióloga, 9 auxiliares de enfermería: 3 de planta y 6 de contrato, 1 secretaria, 1 auxiliar de farmacia, 1 auxiliar de facturación y 3 de servicios generales.

El 29 de noviembre de 2004, una comisión técnica conformada por profesionales de la salud y un funcionario de la Secretaria de Salud Departamental, en visita de verificación de cumplimiento de condiciones técnico-científicos para la habilitación de los servicios de hospitalización, obstetricia, enfermería, medicina general, odontología, urgencia, laboratorio clínico, transporte asistencial básico, vacunación, farmacia y servicio extramural. Conforme lo previsto en las resoluciones 1439 de 2002, 486 y 1891 de 2003, y la circular aclaratoria 00015/04, se habilitó los siguientes servicios:

- Observación
- Sala de partos
- Consulta médica
- Consulta odontológica
- Apoyo diagnóstico
- Laboratorio clínico
- Servicio extramural
- Farmacia
- Atención inicial de urgencias
- Programas de P y P
- Transporte asistencial básico

Según datos de la Secretaria de Salud Municipal, las primeras diez causas de Morbilidad en la UAES San Roque presentes en el servicio de consulta externa en su respectivo orden de demanda son: IRA, fiebre, EDA, IVU, estafiloestreptodermias, gastritis, parasitosis intestinal, lumbalgia, dermatomicosis, escabiosis.

4.6.2.1 Centro Poblado La Maria:

La vereda La María está ubicada a 7 Km. del municipio de Teruel. Constituye uno de los principales centros poblados de dicho municipio; limita con las veredas la mina, gualpí, pedernal y la floresta.

En la actualidad cuenta con una población de 600 habitantes, los cuales desarrollan en gran medida, como actividad económica, la siembra café, yuca y plátano.

4.6.3 RIVERA

El municipio de Rivera se encuentra a una altura de 700 mts, en la región nororiental del departamento a 22 Km. de Neiva, limitando además con los municipios de Campoalegre San Vicente del Caguán, Algeciras y Palermo. Fue establecido como municipio en el año de 1943 a través de la ordenanza 04 del 17 de mayo del mismo año.

Por sus características geográficas en el municipio se pueden encontrar cinco unidades climáticas, según la clasificación del Estudio General de Suelos del Departamento del Huila, las cuales van desde clima calido seco hasta clima frío muy húmedo, condiciones que permiten que el municipio tenga como principal área económica la agricultura en donde se pueden encontrar cultivos semestrales, permanentes y semi permanentes.

En los cultivos semestrales se destacan el tabaco, maíz, hortalizas, y tomate etc. Igualmente los cultivos de arroz juegan un papel importante en los cultivos semestrales, en ciertos lugares estos cultivos se rotan con los de Sorgo. En los cultivos permanentes y semipermanentes predomina el café, el plátano, el cacao, la caña de azúcar y los frutales como: el mango, la guanábana y el maracuya entre otros.

De igual forma en el municipio es importante resaltar que existe un área de bosque natural primario y secundario que se constituyen en las fuentes de agua para los municipios de esta región del departamento y como se señala en los diagnósticos municipales la protección de estas zonas se debe convertir en una prioridad.

La comercialización de los productos agrícolas se realiza de acuerdo con las dinámicas de cada uno de los cultivos es decir, la comercialización del arroz, el café, el cacao y el tabaco se realiza con cada una de las entidades o empresas

mayoristas que se encargan de fijar los precios, y para el caso de los frutales la comercialización es directa con intermediarios que se encargan de vender en los centros mayoristas de la capital del departamento y del país, cuyos precios están sujetos a la oferta y demanda.

El turismo es un renglón importante de la economía y con la proliferación de conjuntos residenciales con fines de recreo, además de las termales constituyen una dinámica económica importante para los ingresos de los habitantes y el municipio.

La industria en la zona es exigua y esta ligada con la ganadería y el procesamiento de alimentos. Finalmente en cuarto lugar se puede ubicar el sector comercial, dentro del cual se ubican 253 establecimientos, referidos a tiendas y empresas comerciales cuya razón social se centra en la intermediación de productos diversos para consumo, suministros de insumos agropecuarios, de los cuales el 95% están localizados en el área urbana del municipio; los demás en las inspecciones de La Ulloa y Riverita, y en algunas veredas. La actividad comercial se ve afectada en Rivera por la cercanía a la ciudad capital Neiva, el cual tiene un comercio que restringe el desarrollo de esta actividad en el municipio, el cual se limita a pequeñas tiendas, supermercados y almacenes que prestan el servicio a la comunidad, al surtir de productos de primera necesidad y de elaboración industrial en el mercado local. Almacenes distribuidoras de concentrados para avicultura, porcicultura y ganadería; veterinarias, etc³¹

La población total del municipio según los datos del Dane y el Sisben al año de 2005, es de 16.163 habitantes, de los cuales 10.163 que equivalen al 62.8 % habitan en la zona urbana y el restante 37.2% que equivale a 6000 personas habita en la zona rural. La población de hombres es de 50.4% y la de mujeres de 49.6%.

Entre los factores que inciden directamente en el estado de salud de la población del municipio se debe considerar los de tipo socioeconómico (bajo nivel de ingresos, alto índice de desempleo, bajo nivel educativo, etc.) que limitan el acceso a los servicios y dificultan la prevención de enfermedades aumentando las causas de morbilidad y mortalidad.

³¹ *Informe De Gestión Estrategia De Atención Primaria En Salud. Salud Puerta A Puerta municipio De Rivera, 2006*

Así mismo los factores de saneamiento ambiental constituyen la causa principal de un gran número de enfermedades intestinales, respiratorias, etc., que afectan especialmente la población infantil. Estás debido a que una parte considerable del agua que se consume en el municipio no es potable.

Los embarazos en adolescentes son otro factor preocupante, aunque la tasa de natalidad del municipio esta por debajo de los promedios nacionales y departamentales.

En el ámbito cultural el municipio celebra las fiestas de San Juan y San Pedro, además de las fiestas patronales, sus habitantes está muy influenciados por la cercanía de Neiva la cual orienta muchos de los consumos culturales como es el caso de la prensa y la radio, la televisión, que además de los canales nacionales se cuenta con la televisión por cable, la proliferación de la Internet en los hogares y en negocios que ofrecen estos servicios esta en crecimiento.

4.6.3.1 Centro Poblado Riverita

La vereda está localizada en el extremo sur del municipio. Limita con Rivera y las veredas El Albadán y Bajo Pedregal. Según el censo adelantado por el Municipio para el POT en 1.998, la población total de la vereda es de 739 habitantes, de los cuales 382 son hombres y 375 mujeres.

Riverita posee una importante infraestructura de servicios que le dan un mayor grado de importancia y de atracción en el área: un puesto de salud, una escuela, escenario deportivo y un salón comunal.

En Campoalegre, los habitantes obtienen los servicios de medicina general en el Hospital existente en este centro, también de cultos religiosos y del cementerio, se encuentra un centro de abastecimiento, matadero a demás de poseer un buen sistema vial y de transporte.

5. RESULTADOS

5.1 CATEGORIZACIÓN Y CODIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

El proceso de categorización y codificación de la información recolectada durante la etapa del trabajo de campo en los tres municipios mencionados, se desarrolla, tal como lo afirma Elssy Bonilla y Penélope Rodríguez en su libro *Más allá del dilema de los métodos*: “El proceso comprende dos niveles. El primero corresponde a la fase de codificación o categorización y da lugar al análisis descriptivo de los resultados. El segundo nivel corresponde a la etapa de identificación de patrones culturales, los cuales orientan el ejercicio de interpretación de los datos cualitativos”.³² Esta categorización se puede desarrollar de dos maneras. La primera es deductivamente, donde las categorías descriptivas proceden de las variables incluidas en las hipótesis y son la evidencia directa de la teoría y del problema estudiado. El objetivo de este es cuantificar los datos cualitativos con el fin de estandarizar los resultados estadísticos calculados a partir de ellos. La segunda manera es inductiva. En éste, las categorías surgen en su totalidad de los datos, con base en el examen de patrones y las recurrencias presentes en ellos. El objetivo de este es reflejar el marco de referencia cultural de los grupos estudiados. Para la presente investigación se tomó la segunda opción (la inductiva), dado que con esta forma de análisis se obtienen mejores resultados; esto, derivado del trabajo de campo y, también, de la información recogida con los cuales se sacan los patrones para categorizar la información.

5.1.1 CATEGORIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN POR GRUPOS

La categorización de la información se desarrolló, como se indicó anteriormente, de acuerdo a los patrones culturales y a sus recurrencias. De esta forma se estableció que, teniendo en cuenta las condiciones sociales, económicas y culturales; así como la incidencia de los actores en la estrategia, fue necesario proponer categorías para cada uno de estos. Por estas razones se diseñaron categorías por actores; sin embargo se estableció una única categoría general para los tres, la cual propuso a la comunicación como componente vital y eje transversal de la presente investigación³³.

³² BONILLA Castro, Elssy - RODRÍGUEZ Sehk, Penélope. *Más allá del Dilema de los Métodos la Investigación en Ciencias Sociales*. Norma, Bogota 1997. Pág. 134

³³ Ver Anexo L cuadro de categorías.

5.1.1.2 ANÁLISIS DIRECTIVOS:

En el caso de los directivos, la investigación arrojó datos e información relevante que, en gran medida, permite dar respuesta a la pregunta de investigación.

5.1.1.2.1 Concepto de Comunicación.

La comunicación como fundamento para la optimización de los tejidos comunicativos de la estrategia “Salud puerta a puerta” y, como elemento dinamizador de los procesos pedagógicos y preventivos han sido, desde el momento de su concepción, desperdiciada. Esto se afirma luego de haberse realizado la investigación con personas que, en uno u otro momento, han incidido en el curso de la estrategia. Estas sostienen haber tenido conocimiento o participado en el diseño de estrategias, pero, sin embargo, nunca se aplicaron, como lo dice el Médico Jorge Correa, Gerente del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo *“El componente de información y educación, existió siempre, yo alcance a llegar hasta el momento relanzar los lineamientos de lo que era la estrategia, pero ya la implementación en si la organización de los equipos, le correspondió al entrante secretario de salud y posteriores de tal forma que yo solo alcance a llegar hasta los lineamientos, sí tenía previsto un componente de información, educación y comunicación”*. Como se infiere en el testimonio del médico Correa, además de no prestársele atención al componente referido, el concepto que se tiene de comunicación es el de transmisión de información, esto, sin embargo, ocurre en todas las instancias y sectores de la estrategia; como se verá más adelante.

Para ejemplificar mejor el testimonio del médico Correa, del cual se infiere el concepto de comunicación que tiene; se expone a continuación lo que piensa el también médico Carlos Montalvo acerca de la importancia de la comunicación en proyectos como Salud Puerta a Puerta: *“la comunicación es un aspecto fundamental, y sobre todo, porque la estrategia se basa en transmisión de información. Básicamente uno todo el tiempo trasmite información y si está mejor estructurado sería una fortaleza para la estrategia”*. Carlos Montalvo. Así pues, es evidente que el concepto que se maneja de comunicación es el de la simple transmisión de información, caracterizada, como ya se conoce, por el emisor activo que envía un mensaje por medio de un canal a un receptor pasivo.

Teniendo en cuenta lo anterior, se tendría que afirmar en este punto que, a pesar del modo de concebir la comunicación que, en todo caso, no es una mirada del todo errónea; por cuanto la información hace parte del proceso comunicativo pero, sin embargo, no es el único elemento con que cuenta la comunicación. Esta salvedad se realiza, ya que luego de más de dos años de ejecución del programa, algunos actores han afirmado darse cuenta de la importancia de la comunicación;

así lo dice el Médico José Domingo Alarcón: *“El factor de la comunicación es un elemento fundamental en la estrategia de atención primaria. Como una dimensión, no se había considerado, y ahora, para nosotros, es fundamental realmente. Porque cada una de las disciplinas tiene su función, es decir, su ocupación, y puesto que la comunicación social es un estandarte fundamental para nosotros lograr, por un lado, acceso a las comunidades, y por otro, hacia los clientes internos, es decir, la gente nuestra”*.

En definitiva, se ha evidenciado en los directivos de la estrategia una intención de vincular y de hacer más estrecha la relación entre las dos áreas (comunicación – salud), aunque el modo de vincularlas sea el de la mera transmisión de información, dejando de lado otros aspectos de las que también se ocupa la comunicación.

5.1.1.2.2 Componente comunicativo.

Ahondando en el componente comunicativo del programa “Salud Puerta a Puerta” se tiene claro que en las distintas conversaciones que el grupo investigador tuvo con los directivos de la estrategia se habló de la existencia de un componente llamado “información y educación” enmarcado en unos lineamientos; sin embargo, en la implementación y en la organización de los equipos médicos los directivos dejan en claro que este componente quedó expreso en el documento y archivado. Así lo afirma José Domingo Alarcón *“Realmente lo que es la comunicación o las estrategias de comunicación para la difusión o la promoción o todos los elementos de la atención primaria digamos que en teoría se han diseñado pero en la práctica no se han hecho sino en algunos medios porque el factor de la comunicación como un elemento fundamental en la estrategia de atención primaria como una dimensión no se había considerado y ahora para nosotros es fundamental”*³⁴

De igual forma, el médico José Domingo Alarcón define con claridad la disposición de los equipos médicos hacia el trabajo comunitario en el siguiente apartado: *“los países en el mundo han identificado que uno de los mayores problemas a la hora de operativizar el tema de la atención primaria es la falta de profesionales especializados en el tema, lo cual se plantea como una necesidad tanto para el mundo como para nuestro país y en especial para el programa local”*³⁵.

³⁴Entrevista realizada al Médico José Domingo Alarcón. Coordinador de la Interventoría de la estrategia Salud Puerta a Puerta.

³⁵ *Ibíd.*.

Estos elementos, conjugados con la sobrecarga laboral que tienen los coordinadores de la estrategia y los equipos médicos, no ha permitido el desarrollo del componente comunicativo en su totalidad; situación a la que José Domingo Alarcón agrega otras debilidades: *“No hay una estrategia de comunicación, por ejemplo para otros la estrategia de salud Puerta a Puerta como ellos llevan un chaleco de Misión médica entonces eso no cuenta, es decir no hay una identidad establecida, al igual, también por estas deficiencias de la comunicación los gerentes de esos hospitales no han tomado la estrategia como algo importante para ellos, entonces les llega un personal que se contrata por el hospital de nivel 2 a hacer unas actividades medio lo controlan pero no se apropian, esa es otra debilidad, que el hospital local no participa activamente en el proceso.... en salud puerta hay todo un diagnóstico comunitario integral que estudia 70 variables importantísimas. Sin embargo no hay ninguna de índole comunicativo lo cual sería fundamental, para la comunidad, para los actores locales, para los actores a nivel departamental, eso no se tiene”³⁶.*

En estos momentos hay cuatro coordinadores departamentales que son los encargados de dar los lineamientos a los coordinadores municipales, quienes, a su vez, tienen total autonomía para el desarrollo de la estrategia en todos los aspectos; pero el factor comunicativo, el cual es el objeto de este proyecto, no está diseñado en la estrategia y, obviamente, no está siendo evaluado, pero de hecho hay comunicación. Esto implica, precisamente, que al no tener diseñada una estrategia de comunicación, exista toda una imagen que se ha construido en el ejercicio de la práctica en las veredas que puede ser cierta, como puede ser desdibujada, dependiendo de quién haga el ejercicio de la atención primaria en cada uno de los municipios.

Es necesario especificar que el componente comunicativo en la estrategia tiene un desarrollo más fuerte en la parte informativa, sin embargo, esta no ha sido planeada o estructurada solamente para este programa, tal como lo afirma Diana Vega de la oficina de comunicaciones de la Secretaria de Salud Departamental: *“Nosotros hemos elaborado un plan de medios sin necesariamente tener en cuenta qué estrategia lleva acabo cada uno de esos programas. Aquí cada programa no tiene su estrategia es un marco general para apoyar a cada uno de los programas, esto nos ha traído grandes problemas en cuanto a la priorización que se le debe dar a cada coordinador”³⁷.*

³⁶ *Ibíd.*

³⁷ *Entrevista realizada a Diana Vega. Directora de la Oficina de Prensa de la Secretaria de Salud Departamental.*

En este orden de ideas, el médico Carlos Montalvo agrega datos importantes y concernientes a los ya enunciados por la comunicadora de la Secretaria de Salud Departamental: *“La utilización de los medios de comunicación es más bien de iniciativa y de gestión de las coordinaciones municipales en si y apoyados por las instituciones municipales de salud, pero pues básicamente desde la secretaria no hay específicamente así un espacio o un recurso determinado para esto, se pretende contar más bien con la colaboración de los medios más que todo el medio radial, aunque sin embargo desde la secretaria si hay toda una oficina de prensa que en algún momento le corresponde dar una información pero más que todo de carácter, no se como se le llamara a esto en comunicación, pues como de carácter informativo, no educativo, sino ya informativo”*³⁸.

5.1.1.2.3 Origen de la Estrategia.

En esta dirección, con respecto al primer punto de análisis, es necesario comprender la concepción que tienen los funcionarios con respecto al tema de conceptualizar Salud Puerta a puerta. De esta manera se resalta lo expuesto por el Médico Carlos Montalvo quien afirma que:

“Salud Puerta a Puerta es un estrategia de atención primaria en salud que se ha implementado para el departamento del Huila, y básicamente se referencia a ese primer contacto que se genera en los servicios de salud con su población y también, se trata de un acercamiento lo más adecuado posible para garantizar el acceso y la cobertura a estos servicios”.³⁹ El anterior concepto es importante para la investigación, teniendo en cuenta la mirada integral que tiene el médico Montalvo por su participación en la estrategia desde su fase piloto, primero como médico de la estrategia en el Municipio de Teruel, y actualmente como coordinador de la Zona Norte del Departamento.

Este concepto resalta no sólo la noción de APS sino la importancia que tiene la población, en este caso la rural, para garantizar el acceso a los servicios de salud de una manera más efectiva a través del acercamiento directo a sus hogares con un esquema básico de atención, fundado en la promoción y prevención.

A pesar de lo anterior, el médico Montalvo considera que muchas veces el programa es manejado por la población con una concepción más “curativa” de sus problemas de salud, dejando de lado el principio de la promoción que se basa precisamente en cambiar ese modo de pensar asistencialista y reemplazarlo por el preventivo. A partir de esto, el médico Jorge Correa ahonda un poco más en el

³⁸ Entrevista realizada al Médico Carlos Montalvo, Coordinador Zona Norte Salud Puerta a Puerta.

³⁹ Entrevista realizada al Médico Carlos Montalvo, Coordinador Zona Norte Salud Puerta a Puerta.

concepto de promoción, especificando los componentes y el propósito de este programa en el departamento del Huila:

“Salud Puerta a Puerta pretendió hacer el barrido de la metodología SICAP, de tal manera que pudiéramos nosotros orientar la inversión social con base en esta especificación socioeconómica de los grupos familiares, y con base en los perfiles, pudiéramos nosotros focalizar hacía aquellos aspectos prioritarios como eran salud, agua potable y saneamiento básico, orientado hacía la electrificación, las vías de acceso, hacía los abastos de agua, hacía la educación, detectar población analfabeta, población socialmente activa o inactiva, la constitución de los grupos de población y de las familias de nuestros municipios, pero también detectar aquellos riesgos en su hogar concreto, aquellos riesgos de enfermar y morir sean por comportamiento o por el ambiente, para de esta manera diseñar la inversión del gasto social, no solamente en salud sino también en todos los aspectos sociales, mediante las dos estrategias que eran priorizar y focalizar”⁴⁰.

Es claro que el programa esta cimentado sobre unas bases muy sólidas impartidas por la Organización Panamericana de la Salud OPS en cuanto a la priorización de la atención; pero de igual forma plantea una metodología muy detallada y minuciosamente constituida; la cual fue diseñada para resolver grandes interrogantes sobre las condiciones de vida de la población rural del Departamento del Huila, puesto que a ellos esta focalizada esta estrategia. Elementos que en la fase de implementación de la estrategia se elaboraron a través de un diagnóstico sicosocial, por medio del cual se recogieron, entre otros datos, los perfiles epidemiológicos por comunidades o regionales (Regional Norte, Regional sur, regional oriente y regional occidente), a través de unos equipos de salud que realizaron un barrido en todo el territorio por núcleos familiares y de esta forma se establecieron los perfiles, los riesgos y especialmente aquellas necesidades insatisfechas que pudieran orientar la utilización del gasto social y estatal. Claro está que todo esto fue aplicado mediante la tecnología SICAPS, desarrollada por la Universidad del Valle.

Elemento metodológico que en la práctica trastocó, en parte, lo que fue la concepción inicial de la estrategia, puesto que ya en el trabajo de campo, es decir, en el terreno, se encontraron distorsiones en cuanto a la operativización de los equipos médicos, dejando en claro que todos los territorios tienen sus particularidades y sus características espaciales, las cuales condicionan un tipo de atención diferente para cada una de las zonas.

⁴⁰Entrevista realizada al Médico Jorge Correa. Gerente del Hospital Universitario Guillermo Moncaleano Perdomo.

Este es el primer factor que incide de manera determinante para empezar a dar respuesta a la pregunta de investigación. Es claro que en la concepción de la estrategia no se tuvo en cuenta como prioridad la información arrojada por las SICAPS, para pasar a la elaboración e interpretación detallada de los datos a través de la concepción de los diagnósticos comunitarios, y a partir de estos, dar paso a la elaboración de las estrategias de información, educación y comunicación.

En este punto la metodología debió enfocarse, desde su inicio e implementación, en lograr diagnósticos específicos de cada una de las zonas o regionales del Departamento; para luego, así, elaborar las estrategias de atención en todas sus concepciones para cada uno de los municipios, y no iniciar de supuestos, sino de bases reales y puntuales.

Importa añadir que, a lo pertinente a este factor, el médico Correa reconoce que este es uno de los principales problemas que sobrellevó en sus inicios la estrategia en el Departamento, descifrando: *“los planes de atención básico en la promoción y prevención pretenden ser muy ambiciosos olvidándonos de las diferencias que existen en distintas comunidades, de tal manera que aplicar como un mismo enfoque a todas las comunidades no tenía sentido”*.⁴¹

Hay que añadir a lo anterior que el trabajo adelantado por los coordinadores del programa y por los equipos médicos fue exigente por las condiciones en que se llevaron a cabo las visitas, trasladando a los profesionales del área de la salud al campo, logrando, inclusive, que estos lugares hayan fungido como lugares de estadía para los equipos médicos.

Es necesario aclarar que la estrategia de atención primaria no es destinada únicamente para la población de escasos recursos; contrariamente, se busca con esto llegar a la población más alejada y donde nunca antes habían llegado los servicios médicos. Característica a la cual el profesor José Domingo Alarcón, Coordinador de la Interventoría adjudicada a la universidad Surcolombiana, complementa: *“entra un modelo de atención primaria entra como debe entrar, es una decisión política, entonces en ese sentido nosotros en el Departamento avanzamos porque fue un Gobernador el que tomó la decisión de incluir la estrategia de atención primaria para el Departamento; entonces digamos que se*

⁴¹ Entrevista realizada al Médico Jorge Correa. Gerente del Hospital Universitario Guillermo Moncaleano Perdomo.

*arrancó y en este momento va en la etapa que va para las zonas vulnerables y distantes, y las zonas urbanas y marginales”.*⁴²

En la misma dirección, Alarcón menciona el principal impacto de la estrategia; opinión compartida por el grupo investigador y concertada como su principal alcance: *“El Huila trabaja de una manera muy especial aprovechando las regalías del departamento para solucionar unos equipos de salud que llegarían a las Zonas vulnerables mas distantes del Departamento del Huila en donde muchas de estas regiones no se había llevado a un equipo de salud, ni menos a los profesionales de la salud”.*⁴³

En lo referente al trabajo operativo, el programa tiene un potencial en el componente comunitario; en este punto los diseñadores de la estrategia organizaron el trabajo de campo en dos niveles, tal como lo menciona el coordinador de la Zona Norte, Carlos Montalvo: *“El trabajo operativo digamos que siempre ha constado de dos fases. Una fase inicial donde se diligencia una tarjeta SICAPS que ya mencioné y una fase posterior que ya en la atención directa y las intervenciones que se planearían esta fase inicial de diagnóstico y de diligenciamiento de la tarjeta SICAPS permite un conocimiento más a fondo de la familia, y, pues, obviamente, este primer acercamiento de la familia los equipos saben y pues como por simple cortesía con las familias pues se llega y se hace una presentación del programa...”*⁴⁴

Se debe agregar que esta organización del trabajo metodológico de los equipos médicos es lo que ha garantizado el impacto y los conocimientos previos del estado, tanto de la salud, como del ámbito social de los municipios, puesto que en ellas se diligencia la tarjeta SICAPS.

En esta primera fase los agentes comunitarios juegan un papel relevante, ya que estos son el puente comunicativo entre la comunidad y el equipo médico, participando de manera activa y dando a conocer a la familia los contenidos del programa. Luego proceden al diligenciamiento de la tarjeta SICAPS. Con esta información se obtiene una mirada global de las comunidades, y, posteriormente, en una segunda visita, se hacen las atenciones como tal. Además todos estos aspectos alimentan el diagnóstico comunitario que se realiza en los municipios.

⁴²Entrevista realizada al Médico José Domingo Alarcón. Coordinador de la Interventoría de la estrategia Salud Puerta a Puerta.

⁴³Ibíd.

⁴⁴Entrevista realizada al Médico Carlos Montalvo, Coordinador Zona Norte Salud Puerta a Puerta.

5.1.1.3 ANÁLISIS EQUIPO MÉDICO

En cuanto al equipo médico o, como se denominan dentro de la estrategia: Equipos Básicos de Salud (EBS), es preciso aclarar, al igual que en los directivos, cómo conciben la estrategia Salud Puerta a Puerta. Esto es necesario ya que a partir del concepto que ellos manejan, se podrá evaluar la eficacia de los mensajes planteados desde las directivas hacia los operativos en las capacitaciones iniciales de la estrategia.

En este sentido hay que decir que la claridad del concepto esta mediado por el nivel jerárquico que ocupe la persona, esto es evidente en los tres municipios y es común advertir la buena construcción de lo que es la estrategia en sí, como se comprueba en el testimonio de Liliana Constanza Padilla, coordinadora de la estrategia en el Municipio de Teruel al afirmar que: *“es un programa integral que busca llevarle salud a toda la comunidad. ¿Por qué integral? Porque no solamente es el médico, es un equipo completo porque también tenemos: enfermeras, auxiliares de enfermería, higienista oral y agentes comunitarios que son los que hacen la parte de educación; entonces lo que busca es mejorar la calidad de vida, enseñarle a la persona que debe evitar comer salado, debe evitar comer fritos, que las señoras estén más atentas al aseo, porque eso también es salud, salud no es solamente que el medico te atienda y que estés bien, o que “tómame este medicamento”, sino que las condiciones del entorno también; entonces es un equipo que busca llevarle salud a la gente, cambiar esos estilos de vida⁴⁵”*.

No obstante, como ya se mencionó, no todos los integrantes del equipo médico asimilaron en su totalidad los alcances de la estrategia, esto, sin embargo, se puede entender por varios factores como el poco tiempo de capacitación de los grupos EBS y por las dinámicas operativas que tienen que afrontar en el día a día; sin embargo, esto es contraproducente ya que al desconocer muchos de los aspectos de la estrategia limitan las posibilidades de atender como se propone desde las directivas. Esto se evidencia en la definición dada por María Cristina Avendaño, auxiliar de enfermería en el Municipio de Rivera, de lo que es para ella la estrategia Salud Puerta a Puerta: *“Lo describimos como atención primaria en salud, pues Salud Puerta a Puerta es una estrategia que se ha desarrollado en el departamento para llevar la salud a la parte más vulnerable de nuestro departamento en cuanto a promoción y prevención. Esto es para prevenir las enfermedades a largo plazo⁴⁶”*. Es imaginable pensar que esto ocurre en los niveles con menor jerarquía, ya que se les dedica más tiempo de capacitación a

⁴⁵ Entrevista realizada a Liliana Constanza Padilla, Coordinadora de la Estrategia en el Municipio de Teruel.

⁴⁶ Entrevista realizada a María Cristina Avendaño, Auxiliar de Enfermería de la Estrategia en el Municipio de Rivera.

los coordinadores de municipios quienes a su vez capacitan a los equipos médicos en todos los aspectos tanto médicos, como educativos y pedagógicos.

5.1.1.3.1 La forma de dirigirse a las familias es por igual

Ahora bien, por otro lado valdría preguntarse si la información que tienen los integrantes del grupo médico es la misma para todos los sectores de la población. Esta pregunta se deriva a su vez de la pregunta anterior, ya que en esa, como ya se demostró, el nivel de conocimiento acerca de lo que es la estrategia es desigual; por lo mismo es válido enterarse de si se tiene en cuenta la heterogeneidad de las poblaciones, e incluso de los mismos municipio, para realizar campañas de prevención y educación. En este sentido los promotores sociales han jugado un papel preponderante, ya que ellos son el vínculo y motor, en muchos casos, de las relaciones que se construyen con la comunidad, como bien lo afirma Jeferson Perdomo Córdoba, médico de la estrategia en el Municipio de Teruel: *“(Los promotores) son personas que son guías de nosotros y que son agentes educativos también, nos colaboran mucho en ese sentido, de traducirnos todas esas palabras que nosotros no entendemos en determinados momentos.”*⁴⁷ Esto ha sido un gran aporte por parte de la dirección de la estrategia: el de vincular a personas claves de la comunidad para que sean ellos quienes los orienten y los apoyen en el trabajo social que, de otro modo, habría sido muy difícil ya que las familias en el área rural, como es sabido, son muy reticentes con la “invasión de su espacio”, según dice Andrés Capera, promotor social del Municipio de Rivera: *“Bueno, pues a las personas de la comunidad uno ya las conoce porque pues los promotores somos de acá de Rivera, entonces ellos lo reciben a uno casi siempre con cierta familiaridad y de acuerdo a al grupo que pertenece cada miembro de la familia uno le realiza las preguntas para las planillas de atención y posteriormente realiza la atención ya sea el médico o la enfermera o a quien le corresponda, pero a grandes rasgos a la familia se le aborda de la misma forma, porque generalmente nos reciben con amabilidad, ya en los casos que existe una resistencia de la familia para la atención lo que hacemos, es que les explicamos quienes somos y de donde venimos y ya hablando con ellos continuamos con la atención.”*⁴⁸

⁴⁷ Entrevista realizada a Jeferson Perdomo Córdoba, Médico de la Estrategia en el Municipio de Teruel.

⁴⁸ Entrevista realizada a Andrés Capera, Promotor Social de la Estrategia del Municipio de Rivera.

5.1.1.3.2 Los mensajes que se desean dejar tienen efectividad

Respecto a los cambios, o mejor, al grado de aceptación que ha tenido la estrategia en los beneficiarios, esto es lo que dice Asenet Cérquera, Auxiliar de Enfermería del Municipio de Teruel: *“Hay gente que sí acepta lo que uno les va enseñando, pero hay gente que como tal no permite que uno se meta en la vida de ellos, y eso es algo que uno no les puede obligar ni les puede imponer un estado de vida diferente, sí, pero uno cumple por decirles, “mire, vea, esas aguas que corren por ahí son aguas negras, que eso puede producir el zancudo, si me entiende, pero de igual forma uno vuelve a las casas y siguen en las mismas circunstancias.”*⁴⁹ A partir de esta observación, se infiere que en cuanto a los resultados sólo se tienen en cuenta a partir de la cobertura de la estrategia, como lo reafirma Liliana Padilla, coordinadora del municipio de Teruel: *“El impacto lo estamos midiendo básicamente en el logro de cobertura, entonces hemos visto como se han mejorado las coberturas y otra cosa es que por lo menos la gente ya habla del programa y eso me parece muy bueno y la gente nos dice los de puerta a puerta y vienen y nos buscan, entonces se notan que se han apropiado del programa”.*⁵⁰ Se puede ver que no hay mecanismos que señalen los logros en las comunidades, solamente los indicadores de cobertura dan una muestra de lo que se ha hecho en la estrategia, pero no habla de la calidad ni de la efectividad de las visitas. Con lo anterior, pues, se quiere representar la necesidad de formas de medición más confiables, que permitan saber con más precisión los beneficios de la estrategia en el Departamento del Huila.

5.1.1.3.3 Cómo busca persuadir cuando encuentra situaciones de riesgo

Otro elemento que tiene que ver con las capacitaciones y que es básico para la presente investigación, es el factor pedagógico que tiene implícito una carga comunicativa, que como se ha visto a lo largo de la investigación, no fue tomado en cuenta con la atención necesaria por parte de los integrantes de la estrategia. En algunos casos, por no decir en la mayoría de las veces, este aspecto se dejó a la libre aplicación de los municipios. Entonces cada coordinación se encargaba de crear sus mecanismos pedagógicos que se limitaban a las charlas expositivas y a la presentación de carteleras; en otros casos, durante las visitas, los integrantes del equipo médico se encargaban de diseñar su material didáctico, como lo señalaba Rosalba Zuleta, agente comunitario del municipio de Teruel: *“Bueno,*

⁴⁹Entrevista realizada a Asenet Cérquera, Auxiliar de Enfermería de la Estrategia del Municipio de Teruel.

⁵⁰Entrevista realizada a Liliana Constanza Padilla, Coordinadora de la Estrategia en el Municipio de Teruel.

cuando estamos en las concentraciones, si, nosotros nos ayudamos de cartelera, y dígame usted cada una nos encargamos de una cartelera de pronto de citología y traemos el mensaje de la importancia de la citología, el examen de seno; sí, nosotros nos ayudamos, pero lo de los folleto no, eso no lo hemos hecho, eso nos ha faltado. Es falta de planeación porque a mi me tocó una vez explicar lo de la ley 100, entonces yo me ideé un folleto en pocas palabras pero lo más sustancioso de la ley 100 y esa vez sí se lo entregué cada uno y ella me dijo: “magnifico así Rosaba, eso está muy bien” y entonces si ve, eso si de pronto este haciendo falta⁵¹.”

5.1.1.3.5 Qué tipo de capacitación ha recibido en lo comunicativo

A propósito de lo anterior, se considera conveniente explorar un poco más a fondo esta parte del proceso que se ha denominado como etapa de aprestamiento, la cual tiene que ver con las capacitaciones en todas las áreas de la estrategia, desde la médica hasta la preventiva que, como se sabe, es la etapa más importante, ya que atención primaria ante todo es prevención. Bajo esta perspectiva se debe añadir que las capacitaciones varían de acuerdo al tiempo en que haya ingresado el integrante a la estrategia. Es decir, que las personas que ingresaron al inicio de la estrategia, sin importar la fecha de iniciación en cada municipio, se les brindó una capacitación más completa que a las personas que entraron después de esto. Lo anterior se debe a que en ese momento no habían iniciado las visitas a las casas, por lo cual se tenía más tiempo para dedicarlo a las capacitaciones, lo que no ocurrió luego de iniciadas las visitas, como lo sostiene la coordinadora del Municipio de Teruel, Liliana Padilla: *“Nosotros siempre al inicio del programa tenemos una etapa de aprestamiento, es uno de los momentos que pasa en la estrategia, sí, que primero es la conformación de los equipos, luego la etapa de aprestamiento donde se hacen toda la etapa introductoria de los programas que vemos, pero además, vimos técnicas para hablar en publico, cómo hacer una charla, cómo hacer un informe también porque si vamos a evaluar los agentes comunitarios, tal vez no tenían conocimientos en salud y todavía tienen dificultades para eso.”⁵²*

Reconociendo las dinámicas de cada proceso, es conveniente afirmar que en muchos casos, incluso en municipios pilotos donde la estrategia inició muy rápidamente, algunos integrantes del equipo médico sostienen haber recibido muy pocas capacitaciones dado el poco tiempo que llevan vinculados a la estrategia; así lo expresa el médico del Municipio de Villavieja José Leonardo Tovar: *“Yo no he recibido realmente muchas capacitaciones puesto que apenas llevo 4 meses*

⁵¹ Entrevista realizada a Rosalba Zuleta, Agente Comunitario del Municipio de Teruel.

⁵² Entrevista realizada a Liliana Constanza Padilla, Coordinadora de la Estrategia en el Municipio de Teruel.

trabajando en la estrategia, pero he asistido a unas cuentas ofrecidas por la secretaria de Salud, de resto el trabajo que hacemos internamente con el equipo básico es precisamente ese capacitarnos mutuamente, en especial yo lidero junto con la enfermera jefe ese tipo de capacitaciones en nuestro grupo que en este caso es el No 2⁵³.

5.1.1.3.4 Cambios en las familias visitadas anteriormente

A lo anterior se añade otro elemento fundamental que hace parte de los principios de la Atención Primaria: La prevención. Ésta, como ya se ha indicado en páginas anteriores, es uno de los elementos primordiales que se trabajan en la estrategia; no obstante, a lo largo de la presente investigación, bien sea por medio de las plantillas de observación, o, por las entrevistas realizadas, se ha evidenciado que este aspecto, en muchos casos, es descuidado por diferentes razones. Bien sea por el afán de las visitas, esto, por tener que alcanzar unas metas en atención mensuales, o también, por descuido del grupo médico. Así ocurrió en el municipio de Rivera donde, durante una visita, el grupo investigador encontró medicamentos e insumos químicos al alcance de los niños, lo cual evidencia la falta de precaución del equipo médico quienes no se percataron de hecho tan común como el señalado. No sobra decir que, como lo han manifestado los mismos integrantes del equipo médico, es muy difícil “entrometerse” en los hábitos y costumbres de las familias, ya que la mayoría son muy reticentes a develar sus aspectos más íntimos, que es lo que ocurrió en la primera etapa donde los promotores sociales encuestaban a las familias a través de las tarjetas SICAPS. Esto último lo reafirma Yackeline Tovar, Promotor social del Municipio de Villavieja: *“Nosotros tenemos que detectar muchas cosas a través de las visitas, es decir que nosotras llegamos a una casa con todo el equipo y nuestro trabajo como agentes es revisar los baños, las condiciones higiénicas de esta, revisamos con detalle cada una de las partes de una casa y demos consejos prácticos para corregir o quizás prevenir futuros problemas como por ejemplo el dengue, la tuberculosis, etc.”⁵⁴*

Lo anterior, a la luz del presente análisis es un problema en la comunicación entre los integrantes del equipo médico y los beneficiarios porque, si bien se conoce por medio de estas tarjetas los aspectos en riesgo, también es cierto que no hay mecanismos adecuados para hacérselos saber. Como en el caso de los jóvenes a quienes se les pregunta abiertamente, delante de todo el equipo y de la familia, si han consumido alcohol, drogas o si han tenido relaciones sexuales en los últimos meses. Desde otro punto de vista, el del coordinador del municipio de Rivera

⁵³ Entrevista realizada a José Leonardo Tovar, Médico de la Estrategia en el Municipio de Villavieja.

⁵⁴ Entrevista realizada a Yackeline Tovar, Promotor social de la Estrategia del Municipio de Villavieja.

Ramiro Díaz afirma que *“a partir de las SICAPS el equipo médico puede identificar situaciones de riesgo o situaciones anormales y el paso a seguir es realizar el seguimiento y remitir a la persona si se trata de una situación médica para que se acerque acá a la ESE a realizarse los exámenes que sean necesarios o si existe la necesidad de remitirlos a Neiva o simplemente reclamar los medicamentos, ya cuando se trata de situaciones como malos hábitos de higiene generalmente se debe a falta de educación y es hay donde se pretende que las personas cambien dichos hábitos a través de la educación”*.⁵⁵

A primera vista se puede advertir que, desde una mirada de la comunicación, los objetivos planteados son en la mayoría de los casos todo lo efectivos que se esperan, pues los mensajes que llegan con las campañas de prevención son bien recibidas; pero sin descontar los problemas innatos que se presentan en una comunidad rural, como lo anota Yuly Paola Salazar, enfermera jefe del Municipio de Villavieja: *“Eso creemos, (los mensajes) son efectivos, sin embargo no falta la persona que desprecia el trabajo que nosotros realizamos, pero ceo que eso es como todo, pero si se ha detectado que la gente de esta población es un poco más apática y cerrada a los cambios, puesto que son personas muy temperamentales y sus familias en general se caracterizan por ser netamente machistas”*.⁵⁶

A lo dicho anteriormente por la enfermera Salazar, se debe decir también que lo del machismo ha ido cambiando por la conciencia de las madres quienes saben de la importancia del tema salud para el bienestar de sus familias, así lo afirma Sandra Milena Sánchez, Auxiliar de Enfermería del mismo municipio: *“Se ha podido notar el cambio, ya la gente, en especial las mujeres más que los hombres de esta población hoy en día son más concientes del grado de importancia que tiene la salud, entonces ellas entienden el significado de la higiene oral y no les importa la hora o el lugar y asisten y se dejan revisar; entonces ahora las mujeres asisten a las charlas, a la citología, traen a sus niños para el programa de control y crecimiento”*.⁵⁷ Esto se observa como una oportunidad dentro de la estrategia para contrarrestar la apatía que, como se sabe, muchas veces influenciados por el hombre, que en la mayoría de los casos es jefe de familia y no permite que la mujer atienda y esté presta a seguir las recomendaciones del equipo médico.

⁵⁵ Entrevista realizada a Ramiro Díaz, Coordinador de la Estrategia del Municipio de Rivera.

⁵⁶ Entrevista realizada a Yuly Paola Salazar, Enfermera Jefe de la Estrategia del Municipio de Villavieja.

⁵⁷ Entrevista realizada a Sandra Milena Sánchez, Auxiliar de Enfermería de la Estrategia del Municipio de Villavieja.

5.1.1.4 ANÁLISIS BENEFICIARIOS

Para continuar con el análisis de los diferentes actores que componen la estrategia Salud puerta a Puerta, se debe señalar que los beneficiarios de la estrategia, en su mayoría de procedencia rural, poseen unas características socio-culturales diferentes; sentidas y asumidas de acuerdo a su procedencia. Esto es importante, ya que, teniendo en cuenta estos factores, se plantea las siguientes observaciones.

A partir de lo anterior, es justo afirmar que, si bien es cierto en la etapa del diseño de la estrategia no se propuso un esquema en particular por municipio o zona que tuviera en cuenta las características socio-culturales, y, donde además, se le diera cabida a la comunicación que es, como se sabe, un elemento primordial dentro de este contexto, sí se brindó la libertad suficiente como para que los coordinadores de municipios y zonas (en la práctica se notó más trabajo de los primeros que de los segundos en esta materia) diseñaran propuestas alternativas para tener mayor receptividad en la comunidad.

Lo anterior es importante porque en los municipios que sirvieron de modelo para esta investigación, se notó en mayor o menor grado, la preponderancia que se le otorgaba al aspecto comunicativo como forma de difusión, pero también como un vehículo eficaz para comunicarse con la comunidad y de igual forma, dicho sea de paso, con los demás integrantes de la estrategia.

5.1.1.4.1 Cómo se enteraron de la estrategia de APS

Es por esto que a continuación, y como primer punto de este análisis, se abordará la manera en que los equipos médicos, con la supervisión de los coordinadores, realizaron esos primeros acercamientos e hicieron conocer a la comunidad los principios y objetivos de la estrategia, además de la forma en que ellos trabajarían allí. De acuerdo con lo anterior, José Yesid Polania, habitante de la vereda Riverita, del Municipio de Rivera afirma que: *“Cuando vivíamos en otro lado en una finca yo era de la junta entonces se hacían unas reuniones con la comunidad para presentarse y explicar que era lo que iban a hacer, entonces así me enteré”*⁵⁸. Sin embargo, se debe entender el testimonio de don José como un hecho particular, debido a su condición -en su momento- de integrante de la JAC; No obstante, su comentario es válido, a que este método de reuniones fue uno de los más recurrentes para dar a conocer la estrategia. Ahora bien, por otro lado, ocurrió ver que no siempre se desarrollaban reuniones por uno u otra

⁵⁸Entrevista realizada a José Yesid Polania, habitante de la vereda Riverita, del Municipio de Rivera

circunstancia, pero lo que si se dio en casi todo esa primera etapa, fue el apoyo de instancias gubernamentales como la ya mencionada, además de las municipales.

Por otro lado, en regiones geográficamente distantes o de difícil acceso, como las zonas montañosas de algunos municipios, la metodología era distinta, pues en éstas, los equipos médicos llegaban de una vez a realizar las encuestas para las SICAPS y en ese momento se presentaban; tal como lo afirma Herminda Polo Salazar del Municipio de Teruel: *“Pues el año pasado ellos anduvieron por acá haciendo unas encuestas y pues ellos se presentaron, sí, y pues también porque el presidente de la junta nos dijo que ellos iban a pasar que haciendo unas atenciones y todo eso, pues para que la gente estuviera pendiente y se dejara atender de ellos”*⁵⁹.

En uno y otro caso hay una clara intención de hacer conocer a la comunidad los alcances y por que no, las limitaciones de la estrategia. Esto se ha evidenciado a partir de las observaciones y de las entrevistas realizadas desde un inicio en la investigación; y es que además, les conviene a las dos partes conocer cuáles son los derechos y deberes de cada uno para que la estrategia tenga el impacto deseado.

5.1.1.4.2 Cómo los involucraron

Sumado a lo anterior, es importante conocer de qué forma se ha involucrado a los beneficiarios en estos procesos; es decir, la manera en que la gente ha hecho uso, o más bien, la forma en que ellos se han apropiado de una estrategia que fue diseñada para mejorar su calidad de vida. De acuerdo a esto, Ana Elcy Soto Municipio del Villavieja, afirma: *“Pues yo voy a los controles cuando ellos vienen a la Victoria, aquí me revisan en el puesto de salud, ellos me dan unas fechas y yo voy, aparte de eso voy a higiene oral y pues a control del embarazo con el médico y es muy bueno todo”*⁶⁰. A partir de este testimonio se puede inferir la importancia de tener buenos canales comunicativos con este sector de la población – embarazadas-, teniendo en cuenta que son las personas más vulnerables junto a los niños y los ancianos. También se nota en este testimonio la aceptación que tienen las visitas a los diferentes centros urbanos, ya que en muchos casos los habitantes de estos lugares no pueden desplazarse al municipio, como lo afirma Luz Pachón Calderón del Municipio de Teruel: *“Es mejor porque cuando ellos vienen pues uno se ahorra la bajada al pueblo, porque uno a veces baja al pueblo y si no madruga, pues se queda sin ficha, sí, entonces es mejor, así uno se ahorra*

⁵⁹ Entrevista realizada a Herminda Polo Salazar, habitante de la Vereda la Maria del Municipio de Teruel.

⁶⁰ Entrevista realizada a Ana Elcy Soto, habitante de la Vereda la Victoria, del Municipio de Villavieja.

*la bajada*⁶¹". Como ya se ha dicho, en muchos de los municipios las distancias entre las veredas y la zona urbana son muy grandes, por lo cual, hay datos según integrantes del grupo médico que afirman que se han detectado casos de personas que nunca en sus vidas habían sido atendidas por un médico, razón por la cual no sentían la necesidad de hacer un trayecto que, en algunos casos, era de tres o cuatro horas hasta el pueblo.

5.1.1.4.3 Entiende con claridad lo que le dicen los miembros del grupo médico

Otro aspecto que va ligado a lo anterior es que, al ser la población en su mayoría rural y su nivel educativo escaso -por lo general sus estudios van hasta la básica primaria- pueden existir dificultades comunicativas con integrantes del equipo médico, pero dejemos que sean ellos mismos quienes se refieran al respecto: *"Si lo entiendo, me hablan claro de todo, me explican por lo menos cosas del bebé, me explican la importancia de las vacunas, de los controles, de la alimentación y de la odontología"*⁶². Esto es lo que afirma Ana Elcy Soto, del Municipio de Villavieja, pero continuando con otros testimonios, como el de Karol Johana Cortés Losada, del Municipio de Rivera: *"Pues ellos son fáciles de entender porque le dicen a uno cosas de las que se hacen todos los días entonces eso es fácil de entender ya los nombres de la droga y eso si uno no sabe pero el médico me las deja anotadas en la formula y me dijo para que es cada una. Igual ellos se la traen acá entonces no es difícil conseguirla"*⁶³.

No obstante, como en todo proceso, han quedado muchas dudas, como lo dice Luz Pachón Calderón, del Municipio de Teruel: *"La vez pasada si quedaron muchas inquietudes, porque el médico vino de afán, pero de resto, no, todo bien"*.⁶⁴ Pero estas dudas que suceden ocasionalmente, se deben a otros factores que nada tienen que ver con los ya citados, si no, más bien, a la fugacidad y el afán con que se realizan las visitas. Y, todo esto se puede entender por las metas que tienen que lograrse en los diferentes indicadores que entregan los coordinadores de municipios a los coordinadores de zona, quienes a su vez son los encargados de entregar los informes finales a la Secretaria de Salud. Con esto se quiere significar la primacía que se le da a los logros por indicadores sobre la atención minuciosa y concienzuda que en muchos casos se da en la estrategia.

⁶¹ Entrevista realizada a Luz Pachón Calderón, habitante del Municipio de Teruel.

⁶² Entrevista realizada a Ana Elcy Soto, habitante de la Vereda la Victoria, del Municipio de Villavieja.

⁶³ Entrevista realizada a Karol Johana Cortés Losada, Beneficiaria de la Estrategia del Municipio de Rivera.

⁶⁴ Entrevista realizada a Luz Pachón Calderón, Beneficiaria de la Estrategia del Municipio de Teruel.

5.1.1.4.4 Qué tipo de mensaje les dejan

Pasando a otro tema, el cual hace referencia al tipo de mensajes que el equipo médico lleva a la comunidad en las diferentes visitas, como también, y más importante aún, la eficacia de estos, es sobre el aspecto del cual habla Iván Mosquera Acosta, habitante del Municipio de Villavieja: *(ellos dicen) “que debemos asear la casa mucho más, que no dejemos botellas ni llantas ni cosas por ahí tiradas, que cuidemos a los viejitos y a los niños y que asistamos a las charlas que ellos hacen si queremos y las brigadas también”*⁶⁵. Así mismo, pero en otro contexto Herminda Salazar, del Municipio de Teruel sostiene que: *“Pues la que le decía anteriormente, la de el cuidado con el agua, la de algunas enfermedades que hay por acá; y pues cosas de esas...A sí, lo de la higiene oral, bueno, pero eso lo hace es la niña que viene con el equipo, ella llega y nos dice cómo debemos cepillarnos y pues los cuidados”*⁶⁶.

Todo esto se enmarca dentro de las acciones preventivas desarrolladas por el equipo médico para evitar futuras complicaciones en la salud de estos habitantes, sin embargo, como el interés de la presente investigación es conocer la forma en que se dan a conocer todas estas campañas preventivas, se avoca al testimonio de Edgar Polo Salazar, de Teruel para señalar este aspecto: *“Pues ellos dejan a veces unos folletos de unas enfermedades, ha, lo de los dientes, que hay que cuidárselos y dicen como se tienen que cepillar los dientes, que hay que usar enjuague y el hilo dental, cosas como esa yo les he escuchado decir.”*⁶⁷

Los medios por los cuales se hacen estas campañas de prevención, señaladas por el señor Polo, son las que normalmente se utilizan en las visitas a los hogares, pero ahí que decir que estas, en muchas ocasiones, no se lleva a cabo por el afán mencionado en líneas anteriores. Y, sin embargo, la forma más común, sin dejar de decir que la más fácil y menos exigente, es la verbal.

Durante el tiempo que se efectuó la investigación, sólo se observó la utilización de folletos para orientar a una familia sobre el cuidado de la Tuberculosis y la Lepra, esto, además, sin explicársele a la familia; únicamente entregándosela para que fuera leída después. Todo esto se realizó sin tener en cuenta la edad de la destinataria que se acercaba a los ochenta años y de sus acompañantes que eran unos niños de pocos años.

⁶⁵ Entrevista realizada a Iván Mosquera Acosta, Beneficiario de la Estrategia del Municipio de Villavieja.

⁶⁶ Entrevista realizada a Herminda Salazar, Beneficiaria de la Estrategia del Municipio de Teruel.

⁶⁷ Entrevista realizada a Edgar Polo Salazar, Beneficiario de la Estrategia del Municipio de Teruel.

Ya en las brigadas o concentraciones como ellos le llaman, los medios utilizados para capacitar a la gente que asiste a estas son más adecuadas, puesto que utilizan carteles y en algunas ocasiones videos que sirven de material didáctico para capacitar a las personas en la atención de ciertos aspectos básicos que contribuyan a superar estos males.

5.1.1.4.5 Toma en cuenta las recomendaciones para esos aspectos que hay que cambiar

Ahora bien, ya se sabe la forma en que el equipo médico da a conocer las diferentes campañas de atención, y como se desarrollan de cierto modo las atenciones veredales; falta, ahora, conocer qué tanta recepción existe por parte de los beneficiarios en cuanto a estas campañas, y si estas recomendaciones que se hacen para mejorar la salud se toma en cuenta. Según Eliana Campos Montilla, del municipio de Teruel: *“Si se toman en cuenta por que más que todo ellos vienen acá es por las niñas ¿no es cierto? Entonces yo si hago lo que ello me dicen, pues por lo menos con lo de las vacunas que hay que estar pendiente de esto y de lo otro, ¿no?, aja, también es importante las recomendaciones, todas esas; por lo menos las que nos daban ahora, sí, que lo de la nutrición de las niñas, entonces claro uno las sigue porque es por el bien de ellas”*.⁶⁸ La forma en que las familias toman más en cuenta las recomendaciones del equipo medico es por medio de la persuasión que hacen los integrantes a través de los hijos, puesto que verdaderamente el mayor interés en cuanto a salud se deposita es en los menores y en su bienestar, como lo confirma Belisario Moreno del municipio de Villavieja: *“Si, porque mire, yo era una de las personas que para serle sincera quemaba las basuras en vez de recogerla, o dejarla en tarros y cosas que no me servían, que pueden causar el dengue y lo digo porque a nosotros ya nos tocó vivirlo con el niño pequeñito”*⁶⁹

Todo lo anterior sirve para darse cuenta de la conciencia que existe por parte de los beneficiarios de la estrategia quienes, su único interés sanitario, podrían decirse, pasa es por la del cuidado de sus hijos. Esto, además de evidenciarse por medio de las entrevistas se ha detectado a lo largo de las observaciones detalladas realizadas en la investigación y corroboradas tanto por el quipo medico como por los mismos usuarios.

Solamente en caso de extrema urgencia, luego de eventualidades desafortunadas es que la gente ve la necesidad de tomar precauciones en el campo de la salud, como bien afirma Herminda Salazar, de la vereda la María del municipio de Teruel

⁶⁸ Entrevista realizada a Eliana Campos Montilla, Beneficiaria de la Estrategia del Municipio de Teruel.

⁶⁹ Entrevista realizada a Belisario Moreno, Beneficiario de la Estrategia del Municipio de Villavieja.

al preguntársele si tomaba en cuenta las recomendaciones hechas por el equipo médico: *“Pues la importancia de la salud, uno muchas veces no se cuida y le pasan cacharros; fíjese, hace poco una vecina que no es muy vieja, tendría sus 55 años, ella vivía por allí, normal, cómo si nada, y ella empezó a ponerse mal, mal y pues se la llevaron donde el médico y le hicieron un poco de exámenes y pues imagínese que tenía cáncer y eso no fueron sino como dos meses que alcanzó y después de eso se murió, y si ve, eso ocurre muchas veces por pura flojera de uno no ir al pueblo, y entonces es muy tarde cuando uno se da cuenta que esta mal y ya para tratarse pues es muy tarde. Entonces es bueno uno estar atento a cualquier cosa”*⁷⁰.

5.1.1.4.6 Qué observaciones tiene acerca de la estrategia

Sin embargo, todas esas circunstancias desafortunadas, sumado a las correrías realizadas, además de las concentraciones, son elementos que han producido cambios en los comportamientos de los pobladores de estos municipios, bien sea por la insistencia y regularidad de las visitas de los equipos médicos, como por las capacitaciones adelantadas en los centros urbanos. Esto, como se puede deducir ha permitido, a un nivel médico, ampliar la cobertura en la atención y bajar los índices de morbimortalidad, pero más aún, y es lo que realmente interesa a esta investigación, es que, aunque haya deficiencias en la forma de llegar a la gente con estrategias que permitan optimizar los canales comunicativos, por lo menos se ha logrado llegar a la gente, cosa que antes era impensable por la cultura de que el hombre del común asistía donde el doctor, esto se ve reflejado en los comentarios de los pobladores que, como Ana Elcy Soto, del municipio de Villavieja, afirma: *“Que es muy buena porque ya no tenemos que desplazarnos hasta el pueblo o hasta villavieja para ir donde el médico o por droga, ahorita las cosas son más fáciles y mas rápidas, sin cola y en la casa que es mucho mejor”*⁷¹. O, como afirma Luz Pachón Calderón, del municipio de Teruel: *“Pues hasta ahora ha sido buena, porque siempre le han dado explicación de las preguntas que uno hace, nunca han quedado sin responder las inquietudes que uno le hace”*⁷².

Así pues, se ha evidenciado una favorable acogida de la estrategia en los municipios estudiados; sin embargo, se debe aclarar, que esto no quiere decir, de ningún modo, que la estrategia no tenga debilidades en cuanto al área de la comunicación se refiere. Al contrario, existen algunas deficiencias que son posibles mejorarlas mediante estrategias de comunicación aplicables a los

⁷⁰ Entrevista realizada a Herminda Salazar, Beneficiaria de la Estrategia del Municipio de Teruel de la Vereda la Maria.

⁷¹ Entrevista realizada a Ana Elcy Soto, Beneficiaria de la Estrategia del Municipio de Villavieja.

⁷² Entrevista realizada a Luz Pachón Calderón, Beneficiaria de la Estrategia del Municipio de Teruel.

contextos de cada municipio. Así mismo, esto se logra solamente con la implementación de políticas claras en el campo de la comunicación, señaladas desde la dirección general de la estrategia, y orientadas, no sólo a optimizar los tejidos comunicativos entre los componentes de la estrategia, sino también a efectivizar la difusión en medios y en espacios comunitarios, esto, por un lado, para que la comunidad conozca las dinámicas operativas de la estrategia, pero también para desarrollar las campañas preventivas a través de los medios de comunicación que son los llamados a cumplir este cometido.

6. DISCUSIÓN

Tomando como punto de partida que el componente comunicativo dentro de la estrategia de Atención Primaria en Salud “Salud Puerta a Puerta” no fue contemplado para el desarrollo y posterior ejecución de la misma, es necesario que se adopten una serie de medidas que redireccionen la comunicación en todas y cada una de las etapas del programa desarrollado en el departamento del Huila; esto con el fin de lograr un mayor impacto reorganizando el trabajo de campo con un eje transversal común, la comunicación efectiva y apropiada, para cada una de sus etapas de implementación.

6.1 APS EN COLOMBIA

La experiencia de APS en el Huila ha tomado como referencia otro tipo de experiencias similares que se han desarrollado en Colombia algunos años atrás, como es el caso de “El Hospital va a la gente” del Valle del Cauca y “Salud a su Hogar” implementada en la ciudad de Bogotá; de igual forma encontramos similitudes en los aspectos del componente de comunicación puesto que contrario a lo que proponen los manuales de APS de la OPS, los componentes comunicativos no se hallan explícitos dentro de cada uno de los programas, por tanto no existe un rubro económico como no existe una destinación específica que garantice la permanencia e intervención de profesionales de la comunicación en estos programas.

No obstante, las directivas y los ideólogos de las estrategias para el caso del Huila consideran que la comunicación es un área de gran importancia, sin embargo, aún no hace parte de las prioridades a la hora de planear y ejecutar proyectos de esta magnitud.

6.2 COMUNICACIÓN Y SALUD

En cuanto a este tema se refiere, es importante resaltar que el área de la comunicación y la salud se fusionan y empiezan a tomar vigencia e importancia en el mundo, esto obliga a orientar el rol del comunicador como dinamizador de los procesos en torno a los cuales “se desarrollan todas aquellas manifestaciones que hacen posible la concertación, la participación y movilización”⁷³

⁷³ ÁLVAREZ BETANCOURT Guillermo. Programa de Atención Primaria en Salud en Bosa, La Comunicación como Dinamizadora del Sentido Social. Tesis de grado universidad Externado de Colombia. Bogotá.1991

De igual forma, el hecho que los campos de estudio sean tradisciplinarios, exige que el profesional en comunicación posea un profundo conocimiento de los contextos y las temáticas exigidas para el buen desempeño de este en el campo específico.

6.3 COMPONENTE COMUNICATIVO

El aspecto comunicativo o componente de comunicación, educación e información, como lo proponen los congresos de APS de la Organización panamericana de la Salud no quedó explícito en el planteamiento del proyecto de la Estrategia de Atención Primaria en Salud con Enfoque Familiar Salud Puerta a Puerta.

Sin embargo, los promotores de la iniciativa de la Estrategia para el Departamento del Huila, reconocen la importancia del componente comunicativo, dentro de la estrategia de atención primaria en salud y manifiestan la debilidad de esta por la carencia del mismo.

En este punto, no existe consenso con respecto a quién o quiénes fueron los ideólogos de la estrategia de APS para el departamento, por lo tanto no se puede determinar en qué punto se omitió el aspecto comunicativo aunque indiscutiblemente la adopción de la misma ha beneficiado en gran medida a las familias con limitaciones geográficas para el acceso a los servicios de salud.

Otro aspecto relevante es que no existen canales de comunicación entre la estrategia y el sector privado, el cual se encuentra totalmente desligado de la misma, y la participación de las empresas del área de la salud es vital en el sentido que estas como prestadoras de los servicios de salud están en la obligación de capacitar a sus afiliados en la promoción y prevención.

La comunicación entre las personas que desarrollan la Estrategia y la Secretaria de Salud Departamental es netamente institucional y se desarrolla en torno a las obligaciones contractuales.

Por otro lado, la utilización de medios masivos como la radio o la prensa se realiza por iniciativa de las coordinaciones municipales, de hecho ahí municipios donde no se utilizan porque no existen y las campañas que se realizan desde la Secretaria de Salud no están articuladas con el día a día de la labor del equipo médico.

6.4 ACTORES

La interventoría del proyecto ha desarrollado manuales operativos bastante útiles para la implementación de Salud Puerta a Puerta, de los cuales la mayoría de los miembros de la estrategia manifiestan conocerlos e implementarlos; sin embargo se presentan algunos obstáculos que impiden su eficacia tales como La falta de continuidad y los problemas contractuales que inciden directamente en las capacitaciones de los miembros de la estrategia, lo cual repercute en la forma en que los equipos médicos están capacitados para tratar con la comunidad. Sumado a esto La falta de coordinación entre los programas ha hecho que se redunde en ciertas áreas, por ejemplo la Cobertura Universal y Salud Puerta a Puerta han realizado labores similares, en consecuencia, se han perdido recursos destinados para la salud de los huilenses.

Sin embargo, la permanencia de la estrategia esta ligada con la sostenibilidad económica de la misma, lo cual permite que se vea permeada por intereses políticos en todos los niveles de la estrategia, situación que permea hacia la comunidad, la cual se encuentra prevenida ante las intervenciones de los políticos en los proyectos sociales.

En conclusión, la comunicación dentro de los actores de la estrategia se desarrolla de manera informal, pues no existen canales establecidos para tal fin.

6.5 EQUIPOS MEDICOS

Cada municipio cuenta con unas características propias lo cual no permite afirmar que el trabajo de los equipos médicos es el mismo y se pueda estandarizar, aunque sí se pueden establecer metodologías que pueden ser adaptadas por cada coordinación municipal y por cada equipo médico de acuerdo con sus posibilidades.

Los equipos médicos se encuentran bien conformados y la presencia de los agentes comunitarios hacen que la mayoría de las personas reciban a los equipos sin mostrar rechazo.

La labor de los denominados EBS (Equipos Básicos en Salud) al desplazarse hasta los rincones más apartados para realizar las atenciones se cumple con gran eficacia por parte de los miembros de Salud Puerta a Puerta.

Los equipos médicos y las coordinaciones municipales tienen una comunicación directa que no presenta mayores inconvenientes, cosa que no sucede con los hospitales municipales, lo cual crea malestar entre los usuarios cuando se les niega un servicio tras una remisión del equipo médico.

En cuanto a la comunicación, el lenguaje utilizado en cada una de las visitas es claro. No se utilizan tecnicismo y palabras que no puedan entender las personas que están atendiendo. Pero lo que es claro, es que la vocación del equipo médico por el trabajo comunitario es muy poco, es decir, que en el trabajo de campo de los tres Municipios se pudo establecer que el equipo no está preparado completamente para ejercer un trabajo directo con la comunidad, su trato se enfoca en la atención médica netamente.

Este factor también incide para que la mayoría de los puestos otorgados a los miembros de estos grupos obedezcan más a factores políticos, es decir, que en la selección del equipo médico incidan de manera importante el político de turno, lo cual trae sus complicaciones y sus contrariedades.

6.6 INSTRUMENTOS

Las encuestas que se aplican a las familias carecen de mecanismos para indagar más a fondo si las respuestas entregadas por las familias, sí corresponden a la realidad; de igual forma existen cuestionarios que a demás de preguntar de manera directa por ciertas conductas deberían tener otras preguntas complementarias que conduzcan a conocer más acerca de los comportamientos de los beneficiarios.

De tal forma que es necesario que ciertos cuestionarios se realicen en privado para garantizar la libertad de la respuesta por parte los beneficiarios, no necesariamente por que la persona se sienta intimidada por el equipo médico, sino por que los otros miembros de la familia pueden limitar sus respuestas.

En cuanto al trabajo de campo es claro que está sujeto a muchas variables tanto climáticas, geográficas como el límite de tiempo que se le dedica a cada familia, el cual difiere en cada Municipio; esto ha obligado a que algunos integrantes de los miembros de los equipos médicos realicen folletos y ayudas didácticas que facilitan la labor de promoción.

En cuanto al tema de capacitación a los miembros de los equipos médicos esta bastante fracturado por la rotación constante de las personas que ingresan a

trabajar en la estrategia. Además estas capacitaciones se realizan por iniciativa de las coordinaciones municipales únicamente.

7. EJES DE UN PROYECTO COMUNICATIVO PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA “SALUD PUERTA A PUERTA”

El fin de esta propuesta es dinamizar fortalecer y sugerir cambios que permitan optimizar los procesos de comunicación al interior de la estrategia de Atención Primaria en Salud en los municipios donde se desarrolló la investigación.

La comunicación en salud se concentra esencialmente en mediar para establecer una intersectorialidad que permita la permanencia de los programas en salud pública más allá de las administraciones municipales, departamentales y sus intereses políticos. La sostenibilidad de los programas es una necesidad para el buen desarrollo de los mismos. Para tal fin la presente propuesta se orienta en tres áreas:

- Integración de los actores del sistema de salud departamental.
- Estandarización de procesos y temáticas a desarrollar por las coordinaciones y los equipos médicos.
- Involucrar y apropiar a la comunidad beneficiaria.

7.1 Integración de actores

Los actores que intervienen en el sistema de salud departamental deben conocer la importancia de la promoción y prevención en salud, más allá de la teoría los sectores políticos deben garantizar la sostenibilidad y buen desarrollo del programa a partir de la destinación de los recursos necesarios y los mecanismos de control, que permitan garantizar la optima utilización de los mismos.

Por su parte La Secretaria de Salud Departamental debe articular todos los programas que persiguen objetivos similares a los de Salud Puerta a Puerta para que a través de este puedan llegar a la comunidad de forma directa, en los tiempos necesarios y en los lenguajes más pertinentes, estas alianzas no solo permiten mejorar la utilización de los recursos sino que establecen vínculos comunicativos entre las personas que gestionan y ejecutan proyectos de salud a nivel departamental.

En cuanto a la utilización de medios de comunicación es necesario tomar en cuenta el tipo de mensaje y público al que se pretende llegar, porque la eficacia

del mensaje esta directamente relacionada con el canal que se utilice y teniendo en cuenta que cada uno de los municipios posee unas características propias es necesario categorizar los actores de acuerdo a sus roles dentro de la familia y la comunidad; es así como la Secretaria de Salud tiene una oficina de comunicaciones que canaliza tales informaciones de acuerdo con los públicos y horarios, pero que se queda corta a la hora de medir el impacto de los mensajes emitidos a través de los medios masivos regionales (radio y prensa).

Un aspecto de gran importancia es la participación de la empresa privada de salud como receptora de recursos públicos para atención en salud, que debe ir más allá de atención curativa y participar de manera activa en la promoción y prevención.

A demás se hace necesario la creación de veedurías ciudadanas, las cuales no solo involucran a las comunidades beneficiarias, sino que permiten ejercer un control sobre los recursos, en este sentido la programación de socializaciones periódicas en las cuales participen todos los actores y las instituciones que tienen injerencia en el tema de salud visibilizara la estrategia y permitirá recolectarlas impresiones y sugerencias de las comunidades.

7.2 Estandarización de procesos y temáticas a desarrollar por las coordinaciones y los equipos médicos

Las coordinaciones regionales y municipales deben elaborar manuales para establecer los temas a desarrollar en el ciclo de visitas de un tiempo determinado, de esta forma no se corre el riesgo de redundar en visitas posteriores con las mismas temáticas.

Por su parte la utilización de medios de comunicación municipales permite que la población beneficiaria refuerce la información impartida en las visitas médicas y facilita la logística del trabajo de campo del equipo médico.

Igualmente el uso de periódicos murales y carteleras en lugares estratégicos de las veredas o centros poblados (escuelas, centros de salud, juntas, etc.) son medios de comunicación que no implican un gasto elevado y brindan un canal de comunicación directo con las personas beneficiarias.

La inclusión de temáticas de actualidad en salud y medio ambiente permite que la comunidad se interese más por servicios que prestan los equipos médicos. En consecuencia esto exige la capacitación permanente, no solo en temas propios de promoción y prevención de la salud, sino a demás de manejo y relaciones con las comunidades.

Por otro lado y haciendo énfasis en las diferencias de cada municipio, el asignar a las personas adecuadas en los lugares adecuados, permite una distribución equitativa de los profesionales de salud en las diferentes regiones, de acuerdo con diferentes necesidades de salud de la población.

En tanto generar relaciones laborales entre los trabajadores y las organizaciones de salud, en las cuales se ofrezcan ambientes de trabajo saludables, que permitan el compromiso con la misión institucional de garantizar buenos servicios de salud para toda la población.

7.3 Involucrar y apropiar a la comunidad beneficiaria.

La participación de la comunidad beneficiaria en los procesos de la estrategia debe hacerse más evidente y pasar de un papel meramente receptor al de actores activos. Ejercicios como socializaciones, mingas, foros y las ya mencionadas veedurías ciudadanas, potencializarán a controlar y fiscalizar la destinación de los recursos, además de lograr que la comunidad se apropie de Salud Puerta a Puerta.

Igualmente realizar talleres de capacitación con las comunidades de forma permanente, que no solo sirvan para dar información; sino conocer la percepción que estos tienen del programa y de las temáticas que este trata, establece canales de retroalimentación.

Estas consideraciones fundamentan esta propuesta, la cual se complementa con las siguientes sugerencias, resultado del análisis de la información, a manera de recomendaciones para directivos y ejecutores de la estrategia de APS “Salud Puerta a Puerta”, :

- Los recursos humanos deben planificarse de acuerdo a las necesidades de la población.
- La capacitación de los recursos humanos debe responder a las necesidades sociales y de salud y hacerse de forma permanente.
- Deben caracterizarse las capacidades del personal (perfil y competencias) que permitan su ajuste a una labor específica, en este sentido es importante que a la hora de seleccionar el personal que trabajara en zona rural posea un alto grado de interés por el trabajo comunitario.
- Se requieren mecanismos de evaluación continua que faciliten la adaptación de los trabajadores de salud a los nuevos escenarios y a las necesidades cambiantes de la población, este trabajo es indispensable para garantizar el

impacto y el éxito de la estrategia que se fundamenta especialmente en el trabajo de campo.

Es interesante advertir que el trabajo en equipo debe partir de la definición de un modelo de atención basado en la generación de “equipos de atención integral” capaces de suplir las necesidades de salud de la población en los diferentes niveles de complejidad.

Por lo tanto el trabajo en equipo debe ser un proceso dinámico, abierto y participativo en la construcción tanto operativa como social del trabajo en salud.

Merece también examinarse elementos como la atención apropiada, los recursos humanos apropiados, los mecanismos activos de participación y los recursos materiales adecuados y sostenibles que garanticen el cumplimiento de los objetivos propuestos. Añádase a esto el elemento mas importante para garantizar el éxito del trabajo ya sea a nivel de planeación u operativo de la estrategia llamado comunicación, considerada la principal herramienta en el trabajo de los integrantes del equipo de APS tanto para la correcta relación con los pacientes, como para interactuar con la comunidad, los niveles políticos y gerenciales, entre niveles de atención y entre los propios miembros del equipo.

Para eso tenemos que partir de una comunicación eficaz, la cual es esencial para realizar una prestación de servicios de salud de alta calidad porque mejora:

- La satisfacción del individuo.
- Su comprensión
- La participación comunitaria
- La resolución de conflictos
- Los resultados de salud en términos generales de la asistencia

En otros aspectos, la comunicación entre los miembros del equipo y el individuo es un elemento que ayuda al alcance del desempeño de la estrategia puesto que ayuda a reconocer y a analizar los actores para el dialogo social con la comunidad y por ende a conocer las estrategias que permitan extender la protección social en salud universalmente.

En conclusión, el secreto de usar comunicación en salud con efectividad reside en identificar los medios apropiados, el mensaje y la audiencia a la que se dirige, para ayudar a resolver un problema específico de salud. Sin dejar de lado el

saber ubicar un programa de comunicación en salud en el contexto más amplio de la Promoción de la Salud y los servicios de salud local, regional y nacional.

La comunicación debe ser incluida como un componente más en los programas diseñados para promover la salud. Los programas de comunicación por sí mismos, sin el apoyo de otros servicios, son insuficientes.

Los programas de comunicación en salud pueden:

- Aumentar el conocimiento sobre temas de salud, problemas o soluciones
- Influir sobre las actitudes para crear apoyo para la acción personal o colectiva
- Demostrar o ejemplificar habilidades
- Incrementar la demanda de servicios de salud
- Reiterar o reforzar conocimientos, actitudes o conductas

BIBLIOGRAFÍA

ALCALAY RYNA. La Comunicación para la Salud como Disciplina en las Universidades Estadounidenses. Revista Panamericana para la salud Pública, Rev Panam Salud Publica. www.scielosp.org ,consultado el 27 jul 2007.

ÁLVAREZ BETANCOURT Guillermo. Programa de Atención Primaria en Salud en Bosa, La Comunicación como Dinamizadora del Sentido Social. Tesis de grado universidad Externado de Colombia. Bogotá.1991

ANGUERA ARGIGALGA, Maria Teresa. La Observación Participante. En Metodología Cualitativa en la Investigación Sociocultural.

BARCAZ HECHAVARRÍ, Ernesto; Estrategia de Comunicación Social para la Atención Primaria de Salud en la Provincia Las Tunas, en revista digital: Revista Cubana Educación Médica Superior v.16 n.11 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2002

BELTRÁN, Luís Ramiro, Artículo: Salud Pública y Comunicación Social; Tomado de: Chasqui, vol.51, julio 1995

BONILLA Castro, Elssy - RODRÍGUEZ Sehk, Penélope. Más allá del Dilema de los Métodos la Investigación en Ciencias Sociales. Norma, Bogota 1997.

BORROTO CHAO, Rafael y TRUJILLO GRÁS Omar; Manual: Programa de Comunicación en Salud, Bogotá, 2000

Declaratoria del Alma Ata. En: Organización Panamericana de la Salud (OPS). www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaración.htm-windows Internet.

Diagnóstico comunitario del Departamento del Huila mediante la aplicación de la Tarjeta familiar de base comunitaria, Universidad Surcolombiana, Facultad de

Salud, Departamento de medicina social y preventiva, Neiva, febrero de 2006, Pág.

Diagnóstico comunitario del Municipio de Villavieja, Programa: "Salud Puerta a Puerta". Coordinación Municipal.

Diagnóstico comunitario del Municipio de Teruel, Programa: "Salud Puerta a Puerta". Coordinación Municipal.

GONZÁLEZ, JORGE, Mugnaini, Fabio. Para un protocolo de observación etnográfica de los usos diferenciales y los modos de ver telenovelas. En *Culturas Contemporáneas*, 1. Sep 1986. U. de Colima.

Informe De Gestión Estrategia De Atención Primaria En Salud. Salud Puerta A Puerta municipio De Rivera, 2006

La Comunicación: un campo de conocimiento en construcción (reflexiones sobre la comunicación social en Colombia), José Miguel Pereira, *Revista Periferia*, 2005, No 5.

LOURO BERNAL, Isabel; Modelo de Salud del Grupo Social, en revista digital: *Revista Cubana Salud Pública* 2005;31(4)

Manual de Comunicación Social para programas de la promoción de la salud de los adolescentes. División de promoción y prevención de la salud: programa de salud familiar y población. Organización panamericana de la Salud. Fundación W.K. Kellogg. Washington, DC. Abril, 2001.

MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA; Comunicación para la Salud, Lineamientos generales, Bogotá, 1999.

OROZCO, Guillermo. "Corrientes de investigación para el estudio de la recepción de medios". En: La investigación de la comunicación desde la perspectiva cualitativa. México, Universidad Nacional de la Plata e Instituto Mexicano para el Desarrollo Comunitario 1997.

PEREZ Serrano, Gloria. Investigación cualitativa. Retos e interrogantes. I Métodos. Lugar. La Muralla.

PLAN DE ORDENAMIENTO TERRITORIAL, Villavieja, 1999. Pág. 137, 141, 142, 147, 362

Plan estratégico de comunicación. Organismo andino de salud-convenio Hipólito Unanue. Proyecto: "control de la malaria en zonas fronterizas de la región andina: un enfoque comunitario". Pamafro. Bolivia 2002.

WILL PARKS Y LINDA LLOYD. Planificación de la movilización y comunicación social para la prevención y el control del dengue. Organización mundial de la salud y organización panamericana de la salud. Ginebra.

Resumen ejecutivo para la Gobernación del Huila. Universidad Surcolombiana Grupo interventor, facultad de salud. Pág. 10

TAYLOR S.J. y BOGDAN R.. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Buenos Aires, Paidós, 1.994

ANEXO A.

GUÍA DE ACTIVIDADES DURANTE LA PRIMERA SALIDA DE CAMPO POR MUNICIPIO.

**GUÍA PARA ACTIVIDADES DURANTE LA PRIMERA SALIDA DE CAMPO
AGOSTO 00-AGOSTO 00**

Municipio de Villavieja

OBJETIVOS:

-Reconocimiento del terreno

Se realizaron 3 salidas de reconocimiento de Terreno, en el se visitaron los Principales Centros poblados (San Alfonso y La Victoria) además del Municipio de Villavieja - observándose muchas situaciones.

-Obtención de información sobre características socioeconómicas, culturales, y comunicativas de la población.

- Población pobre
- Servicios públicos insatisfactorios
- Falta de basura Mpal.
- Puestos de Salud incumplidos
- Tasa de desempleo alta
- desnutrición
- Violencia intrafamiliar
- comunicación oral
- Jerga extensa
- analfabetismo alto

-Diseño de estrategia concertada con el equipo médico y los casos a estudiar para las futuras visitas con el fin de informar sobre el estudio e involucrar a la comunidad en el proceso investigativo.

- Organización del trabajo de campo en compañía del comunicador,
- inmersión y empatía con el equipo.
- Visitas a mujeres gestantes
- Visitas a Niños y Adultos mayores con problemas y deterioro de la Salud.

REQUERIMIENTOS ESPECÍFICOS DE INFORMACIÓN:

-EBS:

Categorización de la comunicación (la comunicación en sus distintas etapas)

- comunicación oral arraigada.
- uso del lenguaje común o popular muy constante
- capacidad de inmersión buena.
- comunicación cara a cara básicamente - charlas y uso de Volantes.

-COMUNIDAD:

Categorización de la comunicación (la comunicación en sus distintas etapas)

- Comunidad en su mayoría receptiva.
- niveles de participación alto
- Comunicación oral arraigada con una jerga muy arraigada.
- niveles de expresión muy bajos
- lenguaje popular - analfabetismo alto.

INSTRUMENTOS:

-Observación y registro en diarios de campo.

- observación directa
- Visitas sin previo Aviso
- comunicación directa.
- Registro fotográfico.

-Entrevistas con informantes claves.

• Durante las visitas planificadas se realiza un trabajo de campo arduo, se establece contacto con líderes comunales.

-Reuniones con la comunidad

- durante las brigadas de Salud
- Reuniones de madres comunitarias.

**GUÍA PARA ACTIVIDADES DURANTE LA PRIMERA SALIDA DE CAMPO
AGOSTO 00-AGOSTO 00**

Municipio de Teved

OBJETIVOS:

- Reconocimiento del terreno
Se llevaron a cabo 3 salidas exploratorias en el municipio (caso urbano y en centros rurales como la María y brucias) En estas visitas se observó algunos elementos previos que son de mucha importancia para las próximas visitas.
- Obtención de información sobre características socioeconómicas, culturales, y comunicativas de la población: Población de estrato 1 y 2

- Comunicación Oral	- Dificultades de acceso a los veredos
- Creencias populares	- Servicios públicos insuficientes
- Costumbres tradicionales	- desnutrición en los infantes
- resistencia a cambios culturales	- bajos niveles de escolaridad
- embarazos a temprana edad	- pocas oportunidades laborales fuera de la temporada de cosecha (CAFE)

- Diseño de estrategia concertada con el equipo médico y los casos a estudiar para las futuras visitas con el fin de informar sobre el estudio e involucrar a la comunidad en el proceso investigativo.
- Concertación de programa de visitas con el equipo médico. Asimismo se presentó el objetivo de la investigación. Se estableció el proceso de empatía con el equipo médico y posteriormente con líderes comunales y con algunas familias de las veredas. Se hizo revisión de las tarjetas Sicas y por último se realizaron a las familias y algunos integrantes del equipo médico las primeras entrevistas.

REQUERIMIENTOS ESPECÍFICOS DE INFORMACIÓN:

-EBS:

Categorización de la comunicación (la comunicación en sus distintas etapas)

- La comunicación es netamente Oral, desde la etapa de presentación del EBS, hasta el final de la visita que es donde la enfermera jefe y algunos auxiliares de enfermería desarrollan la campaña de prevención, pero también de forma gratuita al final la higienista entrega un folleto de como evitar los moscos.

-COMUNIDAD:

Categorización de la comunicación (la comunicación en sus distintas etapas)

- Limitación en expresión oral
- La forma de comunicación más utilizada es la Oral
- El nivel de escolaridad es bajo la mayoría a llegado hasta 1 de B.P
- La comunidad es receptiva frente a las visitas del grupo EBS sin embargo, en la etapa de diagnóstico (Sicas) y consulta; en la de prevención

INSTRUMENTOS: Son pocos receptivos

- Observación y registro en diarios de campo.
Diarios de campo, grabación en formato magnetofónico
Fotografías, observaciones personalizadas en cuaderno de notas.
- Entrevistas con informantes claves.
Contacto con los líderes y los agentes comunitarios.
- Reuniones con la comunidad
 - Brigada de salud en la escuela de la vereda la "María"
 - Con señoras líderes comunitarias, capacitadas por SPAP

**GUÍA PARA ACTIVIDADES DURANTE LA PRIMERA SALIDA DE CAMPO
AGOSTO 00-AGOSTO 00**

Municipio Rivera.

OBJETIVOS:

-Reconocimiento del terreno

Establecimiento de contacto con la coordinación m/psl, Presentación con los equipos médicos, primera salidas de campo y selección del centro poblado de Rivera.

-Obtención de información sobre características socioeconómicas, culturales, y comunicativas de la población.

Población de edades uno y dos con las siguientes características:

- Escasos recursos
- bajas muertes de esquelencia
- deficiencia en algunos servicios Públicos
- Embarazos a temprana edad
- insatisfacción con el servicio del Hospital
- desnutrición
- desempleo
- gasto por la cura de ojos

-Diseño de estrategia concertada con el equipo médico y los casos a estudiar para las futuras visitas con el fin de informar sobre el estudio e involucrar a la comunidad en el proceso investigativo.

concertación con la comunidad y el equipo médico para las posteriores visitas, presentación de la investigación, inmersión y empatía con las familias seleccionadas y el equipo médico, revisión de tarjetas de campo, primeras entrevistas.

REQUERIMIENTOS ESPECÍFICOS DE INFORMACIÓN:

-EBS:

Categorización de la comunicación (la comunicación en sus distintas etapas)

comunicación oral (diálogo magistral)

uso de lenguaje coloquial

bueno empatía con la comunidad

utilización de folletos y volantes

-COMUNIDAD:

Categorización de la comunicación (la comunicación en sus distintas etapas)

- comunidad receptiva.

- comunicación oral como principal forma de comunicación

- personas con poca formación escolar

- lenguaje coloquial

INSTRUMENTOS:

-Observación y registro en diarios de campo.

fotografía, diarios de campo, grabaciones magnetofónicas, charlas con la comunidad y líderes.

-Entrevistas con informantes claves.

Busqueda de personas desbordadas dentro de la comunidad

-Reuniones con la comunidad

• con madres comunitarias

• en brigadas de salud del colegio

ANEXO B.

GUÍA DE ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE LA SALIDA DE CAMPO POR MUNICIPIO.

**ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE LA PRIMERA SALIDA DE CAMPO
AGOSTO 00-AGOSTO 00**

Municipio de Villavieja.

PLAN BÁSICO SEGUIDO:

- Encuentros informales con líderes de la comunidad, población comunitaria y miembros del grupo médico.
- Además de concertar visitas a centros poblados y Veredas visitadas con la finalidad de conocer las condiciones de vida de sus habitantes.
- Reflexiones acerca de los Aspectos comunicativos inmersos en la estrategia de APS.

- lenguaje claro
- utilización de plegables
- Capacidad de empatía y de inmersión buena.
- poca motivación de parte de coordinación al equipo básico.
- condiciones atmosféricas difíciles

ACCIONES ADELANTADAS:

-EBS:

- Brigadas de salud en lugares claves como Centros Educativos, Puestos de Salud, Centros comunitarios y centros poblados.
- Charlas destinadas a la información sobre la estrategia y EBS.

-COMUNIDAD:

- Aceptación del EBS en su mayoría de casas
- Receptividad del programa
- Atención buena
- Participación alta en especial y en su mayoría por mujeres.

BALANCE GENERAL:

- comunicación interpersonal buena
- utilización del perifoneo, visitas casa a casa y una capacidad de convocatoria alta para la prestación del servicio.
- utilización de ayudas como volantes, plegables y documentos informativos y educativos para la comunidad.

**ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE LA PRIMERA SALIDA DE CAMPO
AGOSTO 00-AGOSTO 00**

Municipio de Tóruel

PLAN BÁSICO SEGUIDO:

-Encuentros informales con líderes de la comunidad, población comunitaria y miembros del grupo médico.

Se establecieron las visitas a las veredas para conocer las condiciones de vida de sus pobladores. Se conoció con algunos habitantes y el equipo médico los objetivos de la investigación y lo que se pretende con la misma.

-Reflexiones acerca de los Aspectos comunicativos inmersos en la estrategia de APS.

- Competencias comunicativas Orales
- Carencia de materiales de apoyo bibliográfico (pliegos, folletos, etc.)
- Debido a los problemas administrativos, hay poca motivación para desarrollar bien el trabajo
- A mayor nivel académico, mayores capacidades y competencias comunicativas

ACCIONES ADELANTADAS:

-EBS:

- Conferencia por veredas, visita casa a casa, donde se atiende al grupo familiar
- Brigada de Salud en Centros educativos

-COMUNIDAD:

- Alta participación en la Brigada, buena disposición de los maestros y alumnos
- Buena acogida del equipo médico
- Interés por los programas de prevención

BALANCE GENERAL:

- Anuncio por medio de la emisora comunitaria de las visitas del equipo médico a las veredas y a las escuelas
- Se agudaron los folletos pero únicamente por parte de la higienista Oral, suministrados por el centro médico o diseñados por ella misma.

**ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE LA PRIMERA SALIDA DE CAMPO
AGOSTO 00-AGOSTO 00**

Municipio Rivera.

PLAN BÁSICO SEGUIDO:

-Encuentros informales con líderes de la comunidad, población comunitaria y miembros del grupo médico.

Establecer la vereda o centro poblado sobre el cual se realizará el trabajo, presentación y concertación con equipo médico y familias.

-Reflexiones acerca de los Aspectos comunicativos inmersos en la estrategia de APS. charla magistral, conversación directa durante las visitas y las atenciones, utilización de herramientas para facilitar la pedagogía con las familias.

ACCIONES ADELANTADAS:

-EBS:

Atenciones médicas, visitas de concertación, brigadas de salud, brigadas de aseo.

-COMUNIDAD:

-aceptación del equipo Médico

-comunidad con el equipo

-Participación de líderes comunitarios

BALANCE GENERAL:

comunicación oral básicamente, utilización de carteleras, folletos elaborados por el Hospital o algún miembro del equipo por iniciativa, no se usan medios masivos por falta de recursos además porque no existen.

ANEXO C.

**INVENTARIO DE MÉTODOS DE
COMUNICACIÓN Y APRENDIZAJE
APLICADOS
EN CADA UNO DE LOS
MUNICIPIOS.**

2.1.1 Inventario de métodos de comunicación y aprendizaje aplicados en la comunidad para los Municipios:

Esta matriz tiene como finalidad medir los elementos de comunicación utilizados para la aplicación de la estrategia por parte de los coordinadores, grupos médicos y altos funcionarios que están involucrados en la estrategia. De igual forma, se orienta a conocer si existe una clasificación en los tipos de información que se quiere emitir.

Métodos y técnicas		Frecuencias de uso		Para qué mensajes
		Mucho	Poco	
Conversación directa		X		Presentación de la actividad. Diagnóstico personal.
Talleres			X	A la comunidad sobre distintas campañas de prevención.
Reuniones grupales Formales			X	Una vez al mes o más para actividades programáticas.
Reuniones grupales informales		X		Primariamente durante las visitas.
Periódicos murales y Carteleros			X	pero, por la ubicación del Centro de PAP.
Rumores		X		Por procedimientos y Beneficios administrativos.
Medios de comunicación	Prensa		X	
	TV		X	
	Radio	X		anunciar las visitas e invitación a programa de la secretaria.

2.1.1 Inventario de métodos de comunicación y aprendizaje aplicados en la comunidad para los Municipios:

Esta matriz tiene como finalidad medir los elementos de comunicación utilizados para la aplicación de la estrategia por parte de los coordinadores, grupos médicos y altos funcionarios que están involucrados en la estrategia. De igual forma, se orienta a conocer si existe una clasificación en los tipos de información que se quiere emitir.

Métodos y técnicas		Frecuencias de uso		Para qué mensajes
		Mucho	Poco	
Conversación directa		X		
Talleres			X	
Reuniones grupales Formales			X	
Reuniones grupales informales				
Periódicos murales y Carteleras			X	
Rumores				
Medios de comunicación	Prensa		X	
	TV		X	
	Radio		X	

2.1 Planillas de observación

2.1.1 Inventario de métodos de comunicación y aprendizaje aplicados en la comunidad para los Municipios:

Esta matriz tiene como finalidad medir los elementos de comunicación utilizados para la aplicación de la estrategia por parte de los coordinadores, grupos médicos y altos funcionarios que están involucrados en la estrategia. De igual forma, se orienta a conocer si existe una clasificación en los tipos de información que se quiere emitir.

Métodos y técnicas		Frecuencias de uso		Para qué mensajes
		Mucho	Poco	
Conversación directa		X		Coordinación de la estrategia
Talleres		X		Asisten médicos y coord. - No. demop
Reuniones grupales Formales		X		1 día o Semanalmente
Reuniones grupales informales		X		En secreto, o encuentro de información
Periódicos murales y Cartelera			X	Sitios de Introp
Rumores		X		Por problemas administrativos
Medios de comunicación	Prensa		X	
	TV		X	
	Radio		X	

ANEXO D.

INVENTARIO DE HERRAMIENTAS COMUNICATIVAS UTILIZADAS EN LAS COORDINACIONES MUNICIPALES.

2.2.2 Inventario de herramientas comunicativas utilizadas en las coordinaciones municipales:

La finalidad de esta matriz es conocer cómo los equipos médicos planean y ejecutan las visitas, tomando como variables elementos de la comunicación y su utilización práctica.

Métodos y técnicas		Frecuencia		Para qué mensajes
		Mucho	Poco	
Conversación directa		X		durante las visitas y programación de esas
Charla magistral			X	
Taller			X	de 1 a 2 veces al mes
Ayudas utilizadas	Fotografías		X	
	Video		X	
	Programas de radio	X		para convocar algunos talleres y anunciar las visitas
	Laminas		X	
	Cartillas		X	muy pocas veces
Dramatizaciones			X	solo una vez en un taller
Otros				

2.2.2 Inventario de herramientas comunicativas utilizadas en las coordinaciones municipales:

La finalidad de esta matriz es conocer cómo los equipos médicos planean y ejecutan las visitas, tomando como variables elementos de la comunicación y su utilización práctica.

Métodos y técnicas		Frecuencia		Para qué mensajes
		Mucho	Poco	
Conversación directa		X		
Charla magistral		X		
Taller			X	separaciones
Ayudas utilizadas	Fotografías		X	
	Video		X	
	Programas de radio		X	Existe un programa de radio
	Laminas	X		
	Cartillas	X		
Dramatizaciones			X	
Otros		X		Folleto informativo

2.2.2 Inventario de herramientas comunicativas utilizadas en las coordinaciones municipales:

La finalidad de esta matriz es conocer cómo los equipos médicos planean y ejecutan las visitas, tomando como variables elementos de la comunicación y su utilización práctica.

Métodos y técnicas		Frecuencia		Para qué mensajes
		Mucho	Poco	
Conversación directa		X		Reuniones dirigidas.
Charla magistral		X		Toma de decisiones de los coordinadores.
Taller			X	Inicio del EBS.
Ayudas utilizadas	Fotografías		X	
	Video		X	
	Programas de radio		X	
	Laminas	X		Contiene información básica.
	Cartillas	X		información importante.
Dramatizaciones			X	
Otros	Periodico mural o cartelera.	X		informe reuniones o visitas

ANEXO E.

MATRIZ DE EVALUACIÓN DE TRASMISIÓN DE MENSAJES DE LOS EQUIPOS MÉDICOS POR MUNICIPIO.

2.2.3 Matriz de evaluación de transmisión de mensajes (Equipo médico por Municipio):

Esta herramienta busca obtener la percepción de los beneficiarios acerca del grupo médico y de la información que estos les transmiten.

Factor	Percepción			Observaciones
	Bueno	Regular	Malo	
Manejo de la información	X			manejan los temas de los que hablan el grupo BBS
Uso de ayudas		X		solo la siguiente la usa
Tipo de lenguaje técnico/cotidiano	X			lenguaje que ellos (la comunidad) utiliza
Uso de ejemplos cotidianos		X		algunos veces en el momento de realizar campañas de prevención (muy de vez en cuando)
Espacio para contrapreguntas	X			Siempre preguntar si hubo dudas
Tiempo		X		Por las dificultades de logística /logros
Importancia información	X			Son los temas más prioritarios y útiles para la comunidad

2.2.3 Matriz de evaluación de transmisión de mensajes (Equipo médico por Municipio):

Esta herramienta busca obtener la percepción de los beneficiarios acerca del grupo médico y de la información que estos les transmiten.

Factor	Percepción			Observaciones
	Bueno	Regular	Malo	
Manejo de la información	X			
Uso de ayudas		X		Poco Usadas
Tipo de lenguaje técnico/cotidiano		X		Poco números de medicamento / Técnico
Uso de ejemplos cotidianos	X			
Espacio para contrapreguntas	X			
Tiempo	X			
Importancia información	X			

ANEXO F.

GUÍA DE OBSERVACIÓN DE TRABAJO DE CAMPO DE LAS COORDINACIONES MUNICIPALES.

3.1 GUÍA DE OBSERVACIÓN DE TRABAJO DE CAMPO-COORDINACIÓN MUNICIPAL

Fecha: 26-09-07 Hora: 7:00 Inicia: 7:00 am
 Finaliza: 1:30 pm
 Duración: 6 y 30 m

-Municipio: Tevel
 - Descripción del Municipio:
 Municipio con cerca de 10.000 habitantes. Tevel es conocido por ser un municipio agricultor de café. Cuenta con el centro de Salud de San Roque que es de segundo nivel. La población aumenta según la temporada de cosecha de café.
 -Punto de encuentro: ESE SAN ROQUE
 descripción
 Los integrantes del equipo médico se reúnen a las 6:30 am para planear los visitas del día, como también para planear los implementos que requerirán en las visitas. La principal dificultad es el acceso a la zona; No. de equipos Médicos es a hora y media y no han controlado carreteras
5 Personas

Composición
 Médico, enfermera, auxiliar, higienista y agente comunitario

Tiempos

Cómo se desplazan. En esta ocasión, en la ambulancia del Centro de Salud porque no se ha hecho la contratación del transporte. El acceso a la zona es difícil son pocas montañas

-Dinámica del grupo:
 Comunicación- coordinación
 El coordinador tiene una pequeña reunión con el grupo y se asignan destinos. Son dos equipos médicos y van a distintas zonas

-Evaluación comunicativa
 La comunicación es netamente oral, con gran aporte del agente comunitario que da la ruta por donde se va a ir

-Observaciones
 Es una comunicación grupal. El coordinador habla con el jefe del equipo y a su vez este con los demás integrantes. La reunión entre coordinador-jefe es para ultimar detalles logísticos

3.1 GUÍA DE OBSERVACIÓN DE TRABAJO DE CAMPO-COORDINACIÓN MUNICIPAL

Fecha: 10-09-07 Hora: 8 am Inicia: 8 am
 Finaliza: 1 pm
 Duración: 5 horas

-Municipio: Rivero

- Descripción del Municipio:
 Municipio de Norte de Huila con una población de 17.870 habitantes, es un m/po agrícola favorecido por la variedad climática que posee, cuenta con un hospital de segundo nivel de atención, fue uno de los municipios pilotos para la implementación de la estrategia APS.

-Punto de encuentro: Hospital ESE Divino Niño
 descripción
 En el grupo de 215 se han designado una oficina dentro de Hospital lo cual es el lugar de llegada y archivo de los boletines de campo

No. de equipos Médicos Tres

Composición
 10 enfermeras Jefe, Aux Enfermeras, higiene y oral 3 promotores sociales

Tiempos

Cómo se desplazan.
 Cada uno de los equipos tiene asignado un vehículo, acondicionado para este fin e identificado con la insignia de misión Huelga

-Dinámica del grupo:
 Comunicación- coordinación
 La coordinación tiene una buena relación con los equipos médicos, aunque existe algunas reticencias de los miembros del EM por contractualidad

-Evaluación comunicativa
 • primer nivel comunicación oral. • espacio de trabajo relación sin jerarquías. • comunicación vertical

-Observaciones
 Los miembros de los EM tienen bastante similitud con la coordinación
 actualmente se están dando muchos cambios como parte de la estrategia

3.1 GUÍA DE OBSERVACIÓN DE TRABAJO DE CAMPO-COORDINACIÓN MUNICIPAL

Fecha: Sept 10 / 2007

Hora: 2:00 pm

Inicia: 2:00 pm

Finaliza: 4:00 pm

Duración: 2 horas

-Municipio: Villavieja

- Descripción del Municipio: Población de 7.719 según DANE.

Considerado la capital arqueológica del Huila, con atractivo turístico el derribo de la tabaca, con un trazado urbanístico primitivo con una extensión de 670 km² - 67.000 hectáreas de terreno plano con ligeras ondulaciones.

El territorio Mpol comprende en la zona rural 7 centros poblados y 8 Veredas, y un Territorio especial (Resguardo Indígena la tabaca).

-Punto de encuentro: Villavieja - casa de Estatego - Sede

descripción:

Lugar estrecho, espacios inapropiados, ubicado en el centro de Villavieja. Junto a la UABV o el conoado Hospital del Municipio, este cuenta con 2 computadores, digitadores, y lugares improvisados para la atención.

No. de equipos Médicos 2

Equipo No 1.

Equipo No 2

Composición:

- 1 Médico
- 2 Auxiliares de enfermería
- 2 conductores
- 2 enfermeras jefes
- 2 Higienistas orales
- 4 Agentes comunitarios
- 2 coordinadores

Tiempos

- Utilizan espacios o jornadas horarias de 9 horas con la partida a las 7:00 am hasta las 4:00 pm, repartidos en trabajo de campo y administrativo.

Cómo se desplazan.

En Comiontos dispuestos por la Secretaría de Salud o en moto si es el caso.

-Dinámica del grupo: Buena, grupo participativo y dinámico.

Comunicación- coordinación:

Buena. Sin embargo se notan problemas internos dentro de la misma.

-Evaluación comunicativa:

Buena

-Observaciones

ANEXO G.

GUÍA DE OBSERVACIÓN DE TRABAJO DE CAMPO DE LOS EQUIPOS MÉDICOS.

3.2 GUÍA DE OBSERVACIÓN DE TRABAJO DE CAMPO-EQUIPO MÉDICO

Fecha: 24-09-07 Hora: 6:00 am Inicia: 6:00 am
 Finaliza: 4:30 Pm
 Duración: 10:30 m

-Vereda o lugar visitado: La María

- Descripción del Equipo Médico: No. de integrantes 5
 Roles Médico, enfermera jefe, auxiliar,
Higienista y Promotor
 Herramientas utilizadas Conversación, sólo comunicación oral y un folleto

Familias visitadas 5

Personas atendidas
 embarazadas Adulto mayor
 niños Jovenes hasta 30 años

-Número de participantes: 12 personas atendidas

-Nombres y características: Mujeres y niños
y una sola familia completa 12 m

Nombre	Atención	Observación
Jeferson Perdomo	Médico	3 meses en SPAP
Heidy Gonzalez	Enfermera jefe	Desde el inicio
Cindy Cedeño	Higienista	1 año
Rosalba Zuleta	Agente	Inicio estrategia
Asenet Cedeño	Auxiliar enfermería	1 año

-Evaluación comunicativa:
 La comunicación se desarrolla en el plano de lo verbal; sólo de vez en cuando se utiliza folleto (higienista). El vocabulario es cotidiano sencillo; los mensajes claros y concisos. El Agente juega un papel importante

-Conclusiones:
 Se evidencia la falta de pedagogía para las campañas preventivas y para persuadir a las mujeres para que se realice la citología

-Observaciones:
 - las condiciones geográficas impiden el buen desempeño
 - la comunicación es valorada pero, pedagógicamente, no se toma en cuenta

ANEXO H.

GUÍA DE OBSERVACIÓN DE TRABAJO DE CAMPO DE LAS FAMILIAS BENEFICIARIAS.

3.3 GUÍA DE OBSERVACIÓN DE TRABAJO DE CAMPO-FAMILIA

Fecha: Agosto 14.

Hora: 9:00

Inicia: 9:00

Finaliza: 10:00 am.

Duración: 1:00 hrs.

-Vereda o lugar visitado: San Alfonso - Centro Poblado

- Descripción:

Centro poblado donde las actividades económicas con más relevancia en la vereda son las de la ganadería, la agricultura y los oficios varios en relación a estas labores. También se evidencia un alto porcentaje de animales domésticos sin vacunar y un mal manejo de los basuras.

-Lugar de reunión: Unidad habitacional.

-Breve descripción:

Familias en Hacinamiento crítico, Vivienda con piso de Cemento con paredes de Bohoque, con techo palma o paja, consumen Agua del acueducto. Allí se queiman Basuras.

-Número de participantes: 7.

-Características de la Familia:

Se evidencia una familia que vive en hacinamiento, obedeciendo principalmente a la dependencia económica hacia el jefe del hogar. Composición familiar patriarcal. Compuesto por padre, madre y 5 hijos.

-Nombres y Características:

Padre	Edad	Sexo	Ocupación	Nivel Educativo	Observaciones
Madre X	31	Femenino	Jornal	Básico	Atento.
Hijo Padre	41	Mjca.	Hogar	Primario.	— — —
Hijo	14	Mjca.	Estad.	Bachillero.	Receptivo.
Nieto Hijo	12	Mjca.	Estad.	Primario	" "
Otro Hijo	9	Fem	estad.	Primario	" "
Hijo	7	Mjca.	estad.	Primario.	" "

-Describir la Atención prestada a la familia:

- Buena participación
- Hombre y mujer receptivos.
- Ambiente familiar bueno.

-Vocabulario local:

Filo. Rigoberto Moreno Sanchez.

3.3 GUÍA DE OBSERVACIÓN DE TRABAJO DE CAMPO-FAMILIA

Fecha: 27-09-07 Hora: 8 am Inicia: 8 am
 Finaliza: 4 pm
 Duración: 8 h

-Vereda o lugar visitado: Rivurita

- Descripción:
 familia Andrade pobnía ,segunda visita para seguir con la entrevista y la observación ya solo el equipo de investigación.

-Lugar de reunión: Casa

-Breve descripción:
 vivienda de una planta en la que habitan en total siete personas del grupo familiar, es una casa humilde con pocos enseres, en obra nueva tiene buena iluminación y buena ventilación, tienen un gato como mascota el cual no se encuentra vacunado.

-Número de participantes: 5

-Características de la Familia:
 Familia conformada por vevid andrade y Ysquelin Pobnía con cinco años llevan conviviendo como pareja desde hace 15 años, desde hace 5 habitan en esta casa la cual es propia, en la actualidad tienen 5 hijos, que están estudiando los que están en edad escolar.

-Nombres y Características:

Padre	Edad	Sexo	Ocupación	Nivel Educativo	Observaciones
Yevid		M	Trabajador		
Madre	Ysquelin	F	Ama de Casa		
Hijo	M. Yisela	F	Estudiante		
Hijo	Enxelder	M	"		
Nieto Hijo	Davenny	F	"		
otro Hijo	Lizeth	F	—		Edad no escolar
	Rosa Mary	F	—		

-Describir la Atención prestada a la familia:
 En esta ocasión el padre y uno de los hijos mayores no se encuentran en el momento de la observación y la entrevista.

-Vocabulario local:
 Lenguaje coloquial

3.3 GUÍA DE OBSERVACIÓN DE TRABAJO DE CAMPO-FAMILIA

Fecha: 25-09-07 Hora: 6:00 Inicia: 9:00am
 Finaliza: 10:15am
 Duración: 1.15m

-Vereda o lugar visitado: La Maria

- Descripción:
 Finca de la familia campos montilla; es la primera que se visita el día de hoy. El acceso a esta finca es más fácil porque está sobre la carretera

-Lugar de reunión: Finca Ato Maria

-Breve descripción:
 Casa pequeña, con muchos hanito de gente. Muchos animales, bastantes perros

-Número de participantes: 2

-Características de la Familia:

Familia nuclear, el papa: paiber
 Mama: Eliana
 Hijos: Diana y Luisa

-Nombres y Características:

Padre	Edad	Sexo	Ocupación	Nivel ²⁰ Educativo	Observaciones
	25	M	Trabaja	4	
Madre	19	F	Casa	4	
Hijo	2	F	—	—	
Hijo	6m	F	—	—	
Nieto					
otro					

-Describir la Atención prestada a la familia:
 El señor trabaja en la casa, entonces pudieron atenderlos a todos, pero se enfocaron en las bebés y en la Señora. Hay muchos insectos químicos al dorso de los niños

-Vocabulario local:

Vocabulario normal, el de la región, con diminutivos siempre cuando se refiere (al niño/dato) al cuidado de las niñas

ANEXO I.

MUESTRA DE ENTREVISTAS DIRECTIVOS.

Entrevista Jorge Correa

Gerente Hospital Hernando Moncaleano Perdomo- Neiva

Porque una estrategia de APS para el Huila?

Desde la Reunión de Alma Ata de la organización mundial de la salud en donde se pensó en una estrategia de mejorar los niveles de salud par los países especialmente del tercer mundo se pensó que había que desarrollar estrategias para lograr mejorar los niveles de atención estatal en estas comunidades y se definieron que tenían que hacerse metodologías que tuvieran amplia cobertura entre la población y utilizando aquellos ítems de esta estrategia que fueran de altísimo impacto de muy bajo costo de reconocida efectividad, y especialmente reconociendo y especialmente reconociendo las posibilidades de cada nación se logro establecer que mediante algunas acciones de orden comunitario de saneamiento básico en general podían mejorarse los niveles de salubridad de las comunidades y países del tercer mundo, este documento de Alma Ata en el siglo pasado en la década del 70, recomendó, la organización mundial de la salud a través de un documento concreto hizo las recomendaciones a todos los países de la organización mundial de la salud adelantar la estrategia de atención primaria. La atención primaria esta especialmente en dos aspectos un aspecto que debe ser la economía de los recursos hacía la priorización de aquellos problemas más sentidos dentro de las comunidades y también la focalización de los recursos en aquellos núcleos de población que son los más vulnerables.

Esta estrategia Puerta a Puerta tenía que ver con la promoción de estilos saludables, mejoramiento de la infraestructura de vivienda, de saneamiento básico, de agua potable, en educación. Pero habían algunas acciones especialmente de manera especifica que prevenían el que ocurriera el riesgo de enfermar o morir con base en estas recomendaciones la OMS, durante la estadía mía como secretario de salud del departamento en el 2004 y parte de 2005, tuve la oportunidad de pensar en que sobre esta recomendación, los recursos orientados a las actividades de promoción y prevención, actividades que estaban orientadas dentro de los planes de atención básica que estaba adelantando el gobierno nacional e implementando, había algo especifico que hacer siguiendo los linimientos de la OMS.

Entendía que los planes de atención básico pretenden ser muy ambiciosos, en lo promoción y prevención pretenden ser muy ambiciosos olvidándonos de las diferencias que existen en distintas comunidades, de tal manera que aplicar como un mismo rasel a todas las comunidades no tenía sentido, la estrategia de salud Puerta a Puerta, lo que pretendía ya en su implementación era lograr un diagnóstico psicosocial y los perfiles epidemiológicos por comunidades a través de unos equipos de salud que deberían hacer el barrido en todas esta comunidades por núcleos familiares a los cuales se tuviera el acceso de estos equipos, hecho mediante la tecnología Sicaps, desarrollada en la Universidad del Valle, se pudiera hacer los perfiles, los riesgos y especialmente aquellas necesidades insatisfechas que pudieran orientar la utilización del gasto social y estatal.

En principio como queríamos que la población del Huila tuviera la cobertura universal del aseguramiento en salud, pensábamos que en la primera etapa, aquella población que ya se encontraba con aseguramiento a través de el régimen subsidiado, de acuerdo en su clasificación económica de la metodología Sisben, pensamos que estas personas continuarían recibiendo los planes de atención básica y las actividades de promoción y prevención, y de detección temprana y especifica, que los siguieran atendiendo a través de la inversión que hacían las IPS sobre los mismos municipios de manera directa, pero había una población que no estaba cubierta por el aseguramiento y antes de que se llegara a la parte universal los equipos básicos de salud tendrían que adelantar iguales actividades con miras a que una vez comparados después del periodo

primario, pudiéramos comparar lo que hacían los municipios, las ARS frente a lo que hacían los equipos de Salud Puerta a Puerta para que pudieran compararse los resultados, las metodologías, y de esta comparación salieran los mejoramientos para Puerta a Puerta y ahí si con base en esta comparación entráramos a que el aseguramiento universal, del régimen subsidiado pudiera cubrir con la metodología que fuera más beneficiosa, comprobada en la práctica, contrastada ante lo que hacen las ARS y los municipios y lo que hacen los equipos de salud Puerta a Puerta, poder implementar, sin embargo, debo decirlo con el cambio en la Secretaría de Salud, se implemento la estrategia de Salud Puerta a Puerta, pero ya hubo algunos cambios en el enfoque inicial pero no se pudo llevar a cabo, primero se hizo la cobertura universal frente al aseguramiento de una manera independiente de manera paralela a lo que estaban haciendo los de Puerta a Puerta y se perdió el esfuerzo o la oportunidad que tenía de poder contrastar para mejorar la inversión de los recursos, de tal manera que se pudiera buscar el óptimo rendimiento de los recursos.

La Salud Puerta a Puerta pretendía hacer el barrido de la metodología SICAP, de tal manera que pudiéramos nosotros orientar la inversión social con base en esta especificación socioeconómica de los grupos familiares y con base en los perfiles pudiéramos nosotros focalizar hacia aquellos aspectos prioritarios como eran salud agua, potable saneamiento básico, orientado hacia la electrificación, las vías de acceso, hacia los abastos de agua, hacia la educación, detectar población analfabeta, población socialmente activa o inactiva, la constitución de los grupos de población y de las familias de nuestros municipios, pero también detectar aquellos riesgos en su hogar concreto, aquellos riesgos de enfermar y morir sean por comportamiento o por el ambiente, para de esta manera diseñar la inversión del gasto social, no solamente en salud sino también en todos los aspectos sociales, mediante las dos estrategias que eran la priorización y la focalización.

En la práctica se ha trastocado en parte lo que fue la concepción inicial, la idea que se preveía de los consolidados de información, tenían que ver que una vez hechos los barridos contrastadas las dos metodologías, e implementado el aseguramiento se pudiera hacer amplia difusión de orientar la inversión, lograr diagnósticos específicos, puntuales sobre bases reales y no sobre supuestos que no siempre nos dan unas digresiones grandísimas y una dispersión respecto de los casos que se presentan y esa es la razón por la cual sobre la distorsión también se perdió la posibilidad que pudiéramos nosotros adelantar las estrategias de información, educación y comunicación que eran las previstas para adelantar todo un pueblo que reza el atendido por la atención primaria, para cambiar los perfiles de morbi-mortalidad lo mismo que la condiciones socioeconómicas en general.

¿Dentro del diseño inicial hubo un componente explícito de comunicación, para la estrategia de Salud Puerta a Puerta?

El componente de información y educación, existió siempre, yo alcance a llegar hasta el momento relanzar los lineamientos de lo que era la estrategia, pero ya la implementación en si la organización de los equipos, le correspondió al entrante secretario de salud y posteriores de tal forma que yo solo alcance a llegar hasta los lineamientos, si tenía previsto un componente de información y educación

¿Ese componente está expreso en algún documento?

Para esa época a quien se le dieron los lineamientos para que lo expresara en algún documento, el que primero elaboró el documento inicial fue sobre la base de lo que se había hecho en la antigua casa de compensación campesina, más los documentos de Alma Ata y otros documentos del ministerio de salud, fue el doctor Jorge Gordillo, pero los lineamientos los desconozco si lo hizo o no yo di los lineamientos y en esos momentos fue cuando salí y la estrategia se empezó a implementar ya con base en estos lineamientos, no se si hallan quedado archivados o explícitos.

ENTREVISTA

PROFESOR: JOSÈ DOMINGO ALARCÓN

COORDINADOR DE INTERVENTORIA SALUD PUERTA A PUERTA

Origen de Salud Puerta a Puerta:

El programa de "Salud Puerta a Puerta" es actualmente un programa de gobierno pero se origina para el Huila en una propuesta que hace la Universidad Surcolombiana, la Facultad de Salud y el Departamento de Medicina Social a los candidatos al gobierno departamental de hace cuatro años, una vez queda elegido como gobernador del departamento el Dr. Rodrigo Villalba pues el quedo motivado durante la campaña de la propuesta que hizo la Universidad y ordena entonces a su equipo de salud, de la secretaria de salud que estudie la propuesta que hizo la universidad y es entonces la Secretaria de Salud con el Doctor Correa como secretario de salud, quien diseña la primera fase de lo que es la Estrategia de Salud que se llama "Puerta a Puerta".

Se llama puerta en el Departamento del Huila y es la Estrategia de Atención Primaria con Enfoque Familiar que le da ese toque característico al departamento en atención en salud, eso implica que a diferencia a otros departamentos, el Huila trabaja de una manera muy especial aprovechando las regalías del departamento para solucionar unos equipos de salud que llegarían a las Zonas vulnerables mas distantes del Departamento del Huila en donde muchas de estas regiones no se había llevado a un equipo de salud, ni menos a los profesionales de la salud. Tiene como característica fundamental el hecho de llevar a los profesionales, inclusive como sitio en donde ellos habitan y duermen en el campo.

Es necesario aclarar que la estrategia de atención primaria no es para los pobres ni para las zonas mas vulnerables, es para todos nosotros, es para el contributivo, es para el subsidiado, es para el para el vinculado, es para el desplazado, es un modelo de atención para una población llámese Municipio, Departamento o país. Y entre una modelo de atención primaria entra como debe entrar, es una decisión política, entonces en ese sentido nosotros en el Departamento avanzamos porque fue un Gobernador el que tomó la decisión de incluir la estrategia de atención primaria para el Departamento; entonces digamos que se arrancó y en este momento va en la etapa que va para las zonas vulnerables y distantes, y las zonas urbanas y marginales.

¿Existe algún referente de Estrategia de Atención Primaria en el Huila?

No, aquí ustedes deben tener en cuenta que en el contexto latinoamericano Colombia fue modelo de salud pública para muchos países antes de la ley 100, nosotros preparamos mucha gente de Chile, entre Cali y Medellín, la gente inicial de Fidel Castro, el nos mando a los poquitos médicos, él los mando a muchas partes del mundo a formarse y uno de esos lugares fue Cali y Medellín, estamos hablando de los años 65 y 70 hubo mucha gente externa formándose, es decir mucho extranjero aquí, porque Colombia fue un modelo de salud publica, estamos hablando de estrategias de atención en salud, es decir estamos hablando de estrategias de atención primaria, ahora lo que ocurre es que el concepto de atención primaria surge es el año 78 formalmente que es cuando aparece el Alma Hata, en la Unión Soviética, que propone unas estrategias de salud que propone un modelo de atención en salud para todos en el año 2000, metas que fueron cumplidas por unos pocos países entre ellos Cuba, porque es que la decisión de atención primaria es una decisión política, no es una decisión del sector salud, porque la salud es una resultante de todos los componentes incondicionales del bienestar, si la gente tiene ingresos, si la gente tiene vivienda, si la gente tiene recreación, si la gente tiene educación, si tiene todos esos componentes esenciales en teoría la gente esta sana, pero la gente se enferma cuando le faltan esos elementos y erróneamente creen que van a los servicios de salud a recuperar la salud, pues nosotros somos muy importantes en la salud para la recuperación inmediata pero para la calidad de vida y la larga vida no somos los médicos los responsables de la salud de las comunidades ni de los pueblos, son los gobiernos con sus inversiones sociales y de infraestructura los que dan

salud, por eso es que la atención primaria renovada que es lo que nos ocupa, renovada implica que para nosotros es fundamental el ingreso, después del ingreso la vivienda, ese es el papel de la atención primaria que poco se ha difundido, y la gente piensa que eso es como para pobres. Porque la atención primaria coge los niveles de complejidad u puesto de salud, de un hospital de un municipio, de un hospital como el de Pitalito, Garzón, coge todo la atención primaria es un concepto trasversal a todo lo que implica prestación de servicios, de hecho que hablar de atención primaria implica un modelo de atención que implica etapas que posteriormente vamos a vivir y nosotros somos los formados para esto y los llamados a difundir pero ustedes, pero de la mano con la aparición de ustedes, porque son ustedes los medios de comunicación, es la difusión de la información lo que va ha permitir que esto salga.

¿Cómo es la comunicación dentro de este programa, la interpersonal entre cada uno de sus componentes?

Realmente lo que es la comunicación o las estrategias de comunicación para la difusión o la promoción o todos los elementos de la atención primaria digamos que en teoría se han diseñado pero en la práctica no se han hecho sino en algunos medios porque el factor de la comunicación como un elemento fundamental en la estrategia de atención primaria como una dimensión no se había considerado y ahora para nosotros es fundamental, realmente porque cada una de las disciplinas tiene su función es decir su ocupación, puesto que la comunicación social es un estandarte fundamental para nosotros lograr por una lado las comunidades, por otro hacia los clientes internes, es decir la gente nuestra, netamente lo que es considerado como liderazgo, comunidad, esto es fundamental.

¿Cómo es el estado de la comunicación de este tipo de comunicación, es decir la interpersonal?

Nosotros hacemos interventoría, tenemos un referente que es un contrato que se firma entre la secretaria y los hospitales nivel 2, lo que ocurre es que la estrategia en el Hospital Nivel 2 se distribuye para ser ejecutada en los municipios digamos de nivel 1 que son los hospitales locales, entonces eso es un nuevo contrato, entonces la secretaria de salud firma con el Hospital de Pitalito y este a su vez firma otros contratos locales con los municipios. Entonces el proceso es muy complejo para nosotros evaluar digamos el detalle, nosotros no somos asesores.

En estos momentos hay cuatro coordinadores departamentales, ellos son los que están encargados de dar lineamientos, entonces la parte de comunicación no esta diseñada en la estrategia y obviamente no esta siendo evaluada pero de hecho hay comunicación. Entonces precisamente al no tener diseñada una estrategia de comunicación hay toda una imagen que se ha construido en el ejercicio de la práctica en las veredas que puede ser cierta, como puede ser desdibujada, dependiendo de quien haga el ejercicio de la atención primaria.

No hay una estrategia de comunicación, por ejemplo para otros la estrategia d salud puerta a puerta como ellos levan un chaleco de Misión médica entonces eso no cuenta, es decir no hay una identidad establecida, al igual también que por estas deficiencias de la comunicación los gerentes de esos hospitales no han tomado la estrategia como algo importante para ellos, entonces les llega un personal que se contrata por el hospital de nivel 2 a hacer unas actividades medio lo controlan pero no se apropian, esa es otra debilidad, que el hospital local no participa activamente en el proceso, cosa que va a cambiar a partir de enero con la inmersión en el proceso de los gerentes de los hospitales más los alcaldes de los Municipios, en salud puerta a todo un diagnóstico comunitario integral que estudia 70 variables importantísimas. Sin embargo no hay ninguna de índole comunicativa lo cual sería fundamental, para la comunidad, para los actores locales, para los actores a nivel departamental, eso no se tiene.

ANEXO J.

MUESTRA DE ENTREVISTAS EQUIPO MÉDICO.

Entrevista

Liliana Constanza Padilla

Coordinadora de Puerta a Puerta en el municipio de Teruel

¿Cómo ha sido la experiencia de Salud Puerta a Puerta para Teruel?

Teruel era pionero en SICAPS, Teruel ya tenía SICAPS desde el 2002 que es la que permite hacer el diagnóstico, entonces ya había de pronto una base cuando se inició con el programa. El año pasado fue traumático porque era un programa nuevo para mi, nuevo para el municipio, nuevo para los integrantes, entonces el aprender a manejar este programa no fue fácil, fue una tarea dura de traspasar, de trabajo intenso, pero afortunadamente ya en este momento me siento muy tranquila porque el trabajo ya está más organizado, ya sabemos qué tenemos que hacer, cómo lo tenemos que hacer. El municipio como tal tiene muy buenas referencias del programa, a la gente le gusta, pero al mismo tiempo se queja porque todo el mundo quiere que ojalá lleguemos y le solucionemos hasta sus problemas de vivienda, le llevemos un baño, le llevemos cemento, le llevemos ladrillos, y desafortunadamente como ese tipo de paternalismo, quieren que uno todo les de, entonces “ahí usted porque no me ayuda a gestionar una batería sanitaria, usted porque no me ayuda con el techo” pero siempre ha tenido buena acogida. Lo que la gente también exige mucho es que “tiene que ir a mi casa, así quede allá lejos, ustedes deben llegar” y procuramos hacerlo y que el equipo, además de brindar la atención en salud, sea un ente educador, porque la base del programa no es acostumbrarlos a que vamos a ir a hacerles las actividades allá, sino que la gente se dinamice un poco en el sentido de coger adherencia a estos programas y que vengan acá al centro de salud y que aprovechen todos estos programas que son gratuitos, ósea, si tienen un carné, todos esos programas van a ser gratis.

¿Cómo define usted Salud Puerta a Puerta?

Lo defino como un programa integral que busca llevarle salud a toda la comunidad. ¿Por qué integral? Porque no solamente es el médico, es un equipo completo porque también tenemos enfermeras, auxiliares de enfermería, higienista oral y agentes comunitarios que son los que hacen la parte de educación, entonces lo que busca es mejorar la calidad de vida, enseñarle a la persona que debe evitar comer salado, debe evitar comer fritos, que las señoras estén más atentas al aseo, porque eso también es salud, salud no es solamente que el médico te atienda y que estás bien, o que tómate este medicamento, sino que las condiciones del entorno también, entonces es un equipo que busca llevarle salud a la gente, cambiar esos estilos de vida.

¿Dentro de las capacitaciones hubo alguna enfocada a la comunicación, tanto personal para llegar a la comunidad –herramientas metodológicas- como para efectuar campañas de divulgación?

Empezamos a evaluar como al equipo. Nosotros siempre al inicio del programa tenemos una etapa de aprestamiento, es uno de los momentos que pasa en la estrategia, sí, que primero es la conformación de los equipos, luego la etapa de aprestamiento donde se hacen toda la etapa introductoria de los programas que vemos, pero además, el mismo desempeño por se psicóloga, vimos técnicas para hablar en público, cómo hacer una charla, cómo hacer un informe también porque, si vamos a evaluar los agentes comunitarios, tal vez no tenían conocimientos en salud y todavía tienen dificultades para eso. Tú pones a exponer a un agente comunitario y se intimida, se pone nervioso, se pone colorado, no habla, entonces en muchas ocasiones hemos hecho esto y cuando yo voy a la vereda también procuro ver como van para evaluar esta parte, pero si se ha tenido en cuenta.

¿Se les hacen capacitaciones a todos los integrantes?

¿Qué pasa con eso? El personal rota mucho, tenemos ese inconveniente, entonces hoy tenemos este y mañana ya no. Entonces estamos como en el proceso casi todo el tiempo y tal vez los que han llegado últimamente a sido mucho más corto y mucho más rápido porque que los primero, pues duramos un mes en que hacíamos exposiciones, pues yo los coloco a exponer para mirar esa habilidades que tengan para hablar en público, hacíamos también pruebas pilotas para aplicar tarjetas, se les dice cómo se tienen que presentar, también se les ha dicho el trato con la gente, lo que es también la confidencialidad, que no tenemos que venir a contra a nuestras familias ni al resto de la gente lo que encontramos en la vereda, esa parte también se le ha recalcado mucho al equipo, porque nosotros no estamos allá para fiscalizar sino para llevar salud.

¿Y esas capacitaciones en el campo comunicativo las desarrolla usted, teniendo en cuenta su formación como psicóloga, o hacen parte de los linamientos impartidos desde la dirección de puerta a puerta?

Pues no sé si algunos compañeros (coordinadores de municipios) también lo hagan, pero yo creo que es de acuerdo a las necesidades, ósea, ellos nos dan un historial que tenemos que leer sobre ley 100, sobre la resolución 412, sobre historia clínica, que son como la base, sí, pero, pues, uno también se de cuenta que acá se necesitan habilidades comunicativas, el programa también tiene esa parte educativa, pero también hemos hablado que no sea tan extensa, porque si el médico me dura dos horas, entonces, también no va a ver efectividad porque tenemos que combinar una cosa con otra

¿También se aclara sobre la claridad del mensaje, de cómo debe ser el lenguaje...?

Efectivamente, hasta con ellos, porque, pues, la parte asistencial tiene mucho conocimiento y es mucho más fácil, pero con los agentes comunitarios hay muchas cosas que desconocen y cuando les dábamos esas capacitaciones les decíamos: hablen lo que ustedes entiendan y como ustedes lo entiendan, que es más fácil como ellos lo entienden, porque si se ponen con tecnicismos, hasta ellos mismos se enredan, entonces se les ha dicho que estamos hablando de una población de la zona rural cuyo nivel educativo obviamente no es el mejor si es que decimos que básicamente, nada, donde a la persona hay que explicarles muy bien lo que se les va a hacer y es lo que yo les hablo a ellos sobre el poder de la palabra, que si la señora no quiere la citología, usted tiene el poder de convencerla, explíquele para que sirva la citología y los beneficios, y si ya definitivamente, con toda la sensibilización que se hace no quiere, ya es cuestión de ella.

Aparte de esos mecanismos metodológicos, ¿existen materiales de apoyo bibliográfico con el que usted utilice?

Ellos tienen algunos rotafolios pero son ya viejitos, re viejos, eso ya está desactualizado y todo, pero igualmente yo le he dicho a ellos que si necesitan hacer folletos; ellos el año pasado –este año ya las botaron- pero tenían carteleras donde era más ilustrativo y básicamente se les ha dicho que las preparen acá de una vez para que sepan que decir allá

¿En Salud Puerta a Puerta desde Neiva, les han entregado como tan un manual de procedimiento en ese aspecto de la comunicación?

Tal como en la comunicación, no. Nosotros tenemos un anexo técnico que es como nuestra guía base, allí dice cuales son los objetivos, cuales son nuestros principios, nos dice hasta las funciones de cada uno, pero como tal la parte comunicativa no existe, está el componente educativo que nos piden articular las estrategias educativas como AIAMI (orientada a los niños y las embarazadas) y IEPI (todo lo que tiene que ver con las enfermedades de la infancia) y estamos organizando las jornadas de capacitación para el área rural.

Hace rato nos hablaban de los talleres que adelantan con la comunidad ¿cómo se desarrollan esto?

Tenemos un componente educativo, que era lo que le hablaba, que hay que implementar las estrategias que decía con las embarazaditas, entonces ellas bajan cada quince días a un curso donde se les enseña posiciones para el embarazo, alimentación, etc., normalmente lo hace el centro de salud, nosotros no somos si no como de apoyo. Esta también las capacitaciones a ellos y entonces el agente comunitario cuando llega a la casa vemos el componente “vivienda saludable” y les hablan sobre el tratamiento casero del agua, también con lo que tiene que ver con las plagas, entonces ellos ya tiene las habilidades para tratar cualquier tema de estos.

¿Estos planes no son propios de puerta a puerta sino que se articulas a otras campañas, verdad?

Lo que pasa es que el mismo lema de gobernador del huila unido el a querido que todo se articule, entonces nosotros articulamos con todo, entonces la secretaria de salud tiene un programa que se llama vivienda saludable, entonces nosotros lo tomamos y lo articulamos, hay otro programa que es el PAB, plan de atención básica donde hablan de atención básica, de sexualidad, donde hablan de salud mental, entonces también lo articulamos, el de nutrición también lo articulamos y el de escuelas saludables, entonces es una interconexión con todos, es un tipo de trabajo intersectorial.

¿Ustedes tienen campañas mediáticas, apoyo con los medio de comunicación, teniendo en cuenta que se encuentran ubicados en la casa de la cultura, donde as u vez se encuentra la emisora?

Claro, para nosotros la emisora es como la parte de comunicación con las veredas, hay un espacio que se llama el magazín de la salud, entonces todos los días de 11 a 12 y allá nos abren espacio a todos, lo coordina directamente el centro de salud. Por ejemplo al inicio se le habló a la gente de lo que era puerta a puerta, se le explica lo que vamos a hacer, entonces la emisora es un puente, igualmente la televisión con el servicio de cable y en ocasiones salen los mensajes de salud, entonces a veces en letras lo que nosotros queremos decir mientras la gente ve sus programas. Igualmente cuando necesitamos ubicar a alguien, la emisora es el medio, por lo menos hoy estábamos enviando el mensaje a unas embarazaditas para que se preparen por que el médico va pareo allá y la gente escucha.

El balance de la comunicación en salud puerta a puerta de Teruel

Yo creo que es un balance bueno y no solamente por nosotros sino que los demás programas están orientados mucho a la comunidad, aprovechamos otros programas como familias en acción, familias guardabosques, desayunos infantiles, ellos nos apoyan también a nosotros

Jefferson Perdomo Córdoba
Médico de la estrategia salud puerta a puerta
Tres mese en la estrategia

¿Dentro de las capacitaciones recibidas al momento de ingresar a la estrategia, hubo alguna en el campo de la comunicación?

A titulo personal, no. Yo no porque inicialmente el trabajo mío era en el hospital de San Roque, y debido a que se fue el médico que estaba en salud puerta a puerta me pidieron a mi que me pasara a este servicio, por tal razón no recibí capacitación como tal. Y sobre la pregunta que usted me hizo sobre si nos han capacitado en la comunicación en la comunidad, mmmm. No. pues tal vez uno desde la escuela, o la experiencia le va diciendo a uno la forma como debe uno hablarles a las personas de acuerdo al sitio donde uno va a trabajar, sí, o sea, no es lo mismo usted dirigirse a la gente del pueblo, a la gente del campo que a la gente de la ciudad, igual el vocabulario, el

lenguaje varía muchísimo, entonces la idea es uno aprender el vocabulario que ellos utilizan para uno de la misma forma expresarse hacia ellos y que ellos le puedan entender a uno más fácilmente.

¿Además de los aspectos verbales, de la comunicación persona a persona, ustedes utilizan otros métodos para llegar a la gente, escritos, audiovisuales, radiales, algún aspecto que tenga que ver con la comunicación?

Sí, igual los temas en salud son temas que son un poco complicados, pues para uno dárselo a entender a las personas, entonces tiene un que ser lo más didáctico posible para poder llegar con el mensaje que uno quiere dejar. Dentro del programa se exige unas capacitaciones a la comunidad de cada vereda, sí, con el fin de dejar instaurado como centros de recepción, se le puede decir a eso, en salud y en atención primaria también, donde la gente pueda acudir fácilmente y donde puedan recibir una atención inicial rápida: me refiero, digamos, a la comunidad más vulnerable, y como la misión de APS es cubrir todas las gestantes y menores de un año, entonces hacia esa comunidad es que va dirigido casi todo, entonces la idea es que los programas que van encaminados hacia eso sea con el fin de disminuir la morbilidad y la mortalidad en esa comunidad que se ha detectado como más vulnerable; entonces las capacitaciones que adelantamos es acerca de las enfermedades más comunes en este tipo de población como lo son la infección respiratoria aguda, la enfermedad diarreica aguda, entonces capacitamos a gente para que aprendan a hidratar a los niños, para suministrarle ciertos medicamentos, como por lo menos antipiréticos, o el manejo de la fiebre, si, como descongestionar la nariz del niño, entonces la gente acude a esas personas que han recibido capacitación para que le suministren esos medicamentos.

Esas capacitaciones de las cuales usted nos habla, ¿de qué forma se desarrollan. Por medio de talleres, conferencias; cuál es el método que utilizan en estas capacitaciones?

Básicamente las capacitaciones se dan por medio de charlas, charlas que son programadas con anticipación, hay un número de horas exigido por el programa, en este caso son 36 horas de capacitación de AIEPI (detección de enfermedades en niños menores de cinco años), IAMI y UROSUAIRA, entonces es en esto que más se capacitan las personas. Entonces cada municipio tiene la forma de hacerlo y en el caso de nosotros, nosotros previamente solicitamos a tres habitantes de cada vereda que nos colaboren en este aspecto, digamos una cita y un día específico y pues los capacitamos en el transcurso del día, un sábado o un viernes, y pues tratando de que no sea tan monótona la charla, ni que sea una charla tan pesada y esperando también que sea un poquito espaciado, que sea por ahí un sábado cada tres semanas, sí, igual por facilidad de las personas y disponibilidad de ellos. Ya dentro de la charla como tal no solo damos una charla con audiovisuales como tal, sino que obviamente también es una charla que es teórico-práctica, donde después de haberles dicho los puntos claves, y de dejar claro el mensaje que queremos dejar, se hace una pequeña evaluación práctica, donde evaluamos si hubo una verdadera recepción., de lo contrario volvemos otra vez y empezamos de nuevo, la idea es como dejar el mensaje claro, no se trata de decirles tantas cosas a la vez porque de lo contrario es bien difícil que ellos recepcionen, que queden poquitos temas pero claros.

¿Y esas convocatorias ustedes las hacen por medio de la emisora local?

Aja, hay medio, uno de los medios es la emisora, afortunadamente aquí la emisora llega a todas las veredas, es un medio fácil y que casi siempre funciona, otra cosa es que mediante los presidentes de la junta de acción comunal de cada vereda, nosotros sabemos que ellos se reúnen cierto tiempo, entonces nosotros vamos y hablamos con ellos para que nos colaboren comunicándole a la comunidad el plan de nosotros. Son como los medios que más utilizamos, o personalmente cuando vamos a las actividades asistenciales le vamos diciendo a las personas acerca de los programas que vamos a desarrollar.

Tengo conocimiento que en la emisora hay un programa sobre temas de salud que se emite todos los días, ¿de que forma puerta a puerta participa en ese espacio?

Pues los médicos como tal o participamos en ese espacio. No. Si hay una hora que se da todos los días en la emisora acerca de salud, se hablan de algunas enfermedades y si van médicos pero no so de puerta a puerta ni de san roque tampoco. Creo que solamente un medico naturista si no estoy mal y acerca de eso es que hablan, de pronto de remedios naturistas y eso, pero no.

¿Ya volviendo a la parte operativa, qué dificultades ha encontrado en relación a lo que es la comunicación con la gente?

Inicialmente...es difícil, es difícil porque...por lo que les dije inicialmente, no, por que las personas del campo entienden es a la forma en que ellos hablan, entonces, muchas veces no es ni siquiera culpa de nosotros sino que esto es un medio adaptativo, entonces cuando uno ingresa a este tipo de trabajo en el que uno tiene que aprender un vocabulario, tener un léxico apropiado para poder comunicarse con la gente, entonces es difícil mas cuando uno está iniciando para que la gente pueda ver lo que uno le quiere decir, pero afortunadamente, de pronto, ha sido, digamos, algo que se ha podido superar fácilmente, si. Y eso, por lo menos para mi es lo que mas me gusta, que la gente le quede clara las cosas, por lo menos que queden con e concepto de que fueron atendidas por un médico y que el medico les dijo, y que le medico los trató, esa es como la gratificación de las personas

¿Que le ha parecido la función de los agentes comunitarios, teniendo en cuenta el apoyo que ellos les ofrecen a ustedes?

Si, son personas que son guías de nosotros y que son agentes educativos también, nos colaboran mucho en ese sentido, de traducirnos todas esas palabras que nosotros en determinado momentos.

ANEXO K.

MUESTRA DE ENTREVISTAS BENEFICIARIOS.

**Entrevista Familias Atendidas Municipio de Rivera
Encuentro 1 con las familias**

**Karol Johana Cortes Losada
Madre de familia (flia1)**

¿Cuál es su opinión acerca de Salud Puerta a Puerta?

Cuando vienen ellos me toman los datos me preguntan la edad, el año en que nació los nombres, me miran a los niños me les dan los medicamentos, lo que ellos necesiten.

¿Que otras acciones realizan durante las visitas?

Le dicen a uno que si, que tiene que hervir el agua, que tomar el agua hervida para que no le a uno animales por dentro.

¿Le han hablado de otros temas?

Pues si, de lo que hay qué hacer con las basuras, de cómo evitar el dengue no dejando aguas asentadas y esas cosas. También de los niños llevarlos a control.

¿De que forma le explican ellos esto?

Pues algo serio cuando ellos le dicen a uno es porque es algo serio a veces le dejan a uno papeles con esa información como especie de cartillitas, pero lo más es que le dicen a uno como es que tiene que hervir el agua y eso.

¿Los miembros del equipo médico se hacen entender con facilidad o son enredados?

Pues ellos son fáciles de entender porque le dicen a uno cosas de las que se hacen todos los días entonces eso es fácil de entender ya los nombres de la droga y eso si uno no sabe pero el médico me las deja anotadas en la formula y me dijo par que es cada una. Igual ellos e la traen acá entonces no es difícil conseguirla.

¿Cuántas veces la han visitado?

Dos veces sino que antes yo no vivía aquí yo vivía por allá en una finca y por ala fueron el año pasado, y este año y pues vino que día a tomar datos y ya hoy vinieron los médicos y atendieron los niños y aunque nosotros tenemos EPS es muy bueno que el médico venga acá y le atienda los niños, le de alguna droga que ellos necesiten y eso.

¿Cómo se enteraron de la estrategia de APS, que eso existía?

Pues cuando vivíamos por allá en una vereda primero lo visitan a uno y le tomen los datos en una tarjeta grande y le explican quienes son y que lo van a visitar después entonces cuando el médico viene uno ya sabe, también cuando hay brigadas de salud pasan con un megáfono para que uno valla al centro de salud.

Observaciones:

En el momento de la visita no se encontraba el padre de familia que estaba trabajando, en esta familia el niño mayor es un niño especial, la madre al momento del visita se muestra bastante tímida por lo que es necesario indagar sobre otras cosas de la vida de la familia para lograr un nivel de confianza y accediera a la entrevista. Esta familia vive en arriendo.

Yesid Andrade Mora
Padre de familia (flia2)

Qué opina acerca de lo que el equipo médico realiza?

Siempre que ellos vienen la verdad yo estoy trabajando, pero hasta donde se ellos van de casa en casa hablando acerca de la salud atendiendo al gente, le miran los dientes atienden sobre todo a los niños y esto es bueno, porque hay personas que no pueden asistir aun médico no tienen los recursos, que casi no van a un médico a un servicio de salud entonces es bueno que estén por acá mirando las personas, a mi me parece bueno.

Que otras acciones realizan durante las visitas?

También le hablan a la gente de cosas que deben hacer para no enfermarse, de hervir el agua de no botar por ahí las basuras, del dengue y de eso.

Que herramientas o como hacen ellos par explicar o hablar de esos temas?

Pues más que todo le dicen a uno como hacer las cosas o por ejemplo ahora la niña que me miro los dientes me dejo este papelito de cómo cuidar los dientes entonces uno los escucha y trata en lo más posible de hacer lo que ellos le enseñaron aunque hay gente que le da como igual, y sobre todo acá botan la basura donde sea, sin pensar en lo que eso produce ratas, moscas y bichos sobre todo, pero hay poco a poco algo mejora.

Cuántas veces lo han visitado?

Acá en alcas como le dije yo no permanezco, pero creo que dos o tres siempre cuando esta la mujer ellos hablan con ella y la otra vez le dieron droga y todo porque estaba enferma también le mandaron para que fuera a Rivera y se sacara unos exámenes.

De las cosas que ellos le dicen su familia las ha adoptado para su vida diaria?

Pues si porque a mi esposa la hicieron ir a los controles para cuando estaba embarazada y tiene que llevar a los niños pequeños a controles.

Ustedes han asistido a las brigadas?

No pero a mis hijos mayores si como que le dieron una charla de los dientes y eso.

Cómo se enteraron de la existencia de este programa?

Pues verdad es la verdad es que yo los he visto por ahí y en una reunión de la junta también dijeron que iban a venir los médicos de casa en casa.

Alguna vez le han dado folletos o revistas para cosas que deban hacer en el hogar?

La verdad yo no se eso hay que preguntárselo a mi señora que es la que permanece acá o a mis hijos.

María Yisela Andrade Polania
Hija mayor (flia2)

Alguna vez le han dado folletos o revistas para cosas que deban hacer en el hogar?

Si, la vez anterior a mi mami le dejaron un folleto del dengue, en el colegio nos dieron fue una cartillita de cómo cepillarse los dientes y antes también nos mostraron un video.

Cuántas veces los han visitado?

No se, pero más de una vez si porque primero vinieron a llenar unas encuestas y dijeron que después volvían.

Cómo son esas encuestas?

Pues.. son unas cartulinas como verdesitas con muñequitos y le empiezan a preguntar a cada uno de la casa por cosas de la salud y si uno ha probado drogas en que curso esta y esas cosas.

Considera que lo que ellos les dicen o les enseñan es importante?

Si claro eso mejora la salud.

Observaciones :

En la casa al momento de la visita se encontraban todos los miembros de la familia es una familia de 8 miembros derivan sus ingresos del trabajo del padre en oficios del campo, la casa cuenta con dos habitaciones las cuales son pequeñas para los miembros de la casa, en la atención hay preguntas de carácter personal como las relaciones sexuales a las que los miembros de la familia como los padres contestan por los hijos, igual sucede con las preguntas de consumo de drogas y alcohol.

Cecilia Ríos

Madre de familia (flia3)

¿Cómo se enteraron de la existencia de Salud Puerta a Puerta?

Bueno pues en el comienzo ellos vinieron y nos hicieron unas preguntas para llenar unas planillas y ahí nos dijeron que después iba a pasar el médico casa por casa.

¿Que hace el EM durante las atenciones?

Bueno pues nosotros somos subsidiados pero casi no hacemos uso de los servicios médicos entonces eso es muy bueno porque el médico atiende a los muchachos porque a nosotros no clasificamos por edad.

¿A demás de la atención médica ellos les dan algún otro tipo de servicio o indicaciones?

Pues si ellos la otra vez vinieron a hablar del dengue por la culpa de las basuras.

¿Cuando le hablaron del manejo de basuras de que forma lo hicieron?

Nos dieron un papelito en el que decía que no había que dejar el agua por ahí ni tomarla cruda.

Ese Folleto usted lo guardo?

No se por ahí anduvo dando vueltas hasta que se perdió

Recuerda las indicaciones del mismo?

Mas o menos lo que le decía ahora para prevenir el dengue.

Reentiende con claridad lo que ellos le dicen?

Si igual sino uno pregunta.

Luis Fernando Lavao Ramírez
Líder Comunitario Vereda Riverita

Hace cuanto los están visitando los equipos médicos de Salud Puerta a Puerta?

Desde que empezó el gobierno de Rodrigo en el año 2005, a finales de ese año.

En qué consiste el trabajo que ellos realizan?

Ellos hacen una cantidad de cosas referentes con la salud y las personas de la comunidad yo he visto que vienen médicos, auxiliares, hacen tratamientos, recomiendan algunas cosas para lo del hospital, también atienden en el centro de salud de aquí, eso es muy bueno.

Esas visitas y atenciones en que los han beneficiado?

Bastante eso ha traído muchos beneficios en cuanto a los temas de sanidad ellos también le han metido la mano a eso aquí ha habido gente que se ha metido a esa cultura de lo de sanidad aquí en la comunidad, muchas enfermedades que se han podido prevenir a al orientación de esta gente con lo que están haciendo con este trabajo, yo me he dado cuenta una vez que vinieron aquí donde la suegra y hacían una cantidad de recomendaciones, en los sectores del barrio Luis Carlos Galán primera etapa, en la tercera etapa había por ahí una gran cantidad de basuras y ellos recomendaban todo lo que era el control de las basuras, le hacían tratamientos a la gente, bueno siempre ha sido una cosa muy indispensable que a ayudado hartito a la comunidad en este tema de lo de la salud puerta a puerta. Gente con experiencia gente con conocimiento en el tema.

Usted dice que tiene muy buen conocimiento de los temas, pero cómo es el trato hacia las personas?

Muy bueno, algo como resaltar esa labor que han hecho ellos como en esa manera que tienen de tratar a la gente de hacerle las consultas, por eso la gente, porque Riverita la comunidad la gente es complicada, pero esa gente han podido llegar a la misma gente de la comunidad de una manera que se han hecho entender y que la gente les camina les hace caso, pero eso depende de la manera como ellos le dicen a la gente de cómo tratan a la gente así mismo la gente también les responde, ha sido muy bueno el trabajo y uno no puede desmeritar nada, aunque algunos si utilizan el tema de que ellos no están sino cobrando el sueldo, uno si escucha gente que dice que eso, gente que no tiene la cultura del agradecimiento en base a un servicio que esta prestando esa gente, que aunque ellos tiene un sueldo también tiene un sacrificio, que ellos tiene que traer lo de la comida en un porta, y hacen su trabajo frecuente es frecuente el trabajo que están haciendo no es de hoy y se fueron y volvieron al año es muy constante aquí y me he dado cuenta que en otras comunidades de Rivera lo han hecho.

Entrevista Familias Atendidas
Encuentro 2 con las familias

Yakeline Polania
Madre (flia1)

Cuántas ocasiones los ha visitado el EM?

Pues ellos ya nos han visitado varias veces es más una vez que yo estaba enferma recién nacida mi niña menor me atendieron acá en la casa y de aquí me mandaron para Rivera para unos exámenes y después volvieron haber como seguía porque mis papeles los envolataron allá en el hospital...

Además de las atenciones médicas que otras cosas les dicen ellos?

Pues ellos también le dicen a uno que hay que hacer con el agua y con la basura

Como si fuera una especie de clase?

Si ellos le enseñan a uno y a los hijos

Cuando le enseñan ese tipo de cosas como lo hacen, hay algún tipo de ayuda como una cartelera o un folleto o un video?

Pues videos y eso no pero si a veces dejan como una especie de cartillita par que uno sepa que le pasa si no hierve l agua y los parásitos que se producen.

Usted que ha aprendido a partir de esas visitas?

No se ... pues que hay que hervir el agua ,que llevar los niños a lo de las vacunas, que si uno esta embarazada tiene que estar en controles... y eso

Usted ha cambiado algo en su quehacer diario a partir de esas recomendaciones?

Si más o menos pues ahora mis hijos saben que no hay que tomar agua cruda... y que también hay que quemar las basuras porque como acá no pasa el carro

A usted como le parece la estrategia?

Eso es bueno porque uno si no puede ir al médico el doctor a veces viene hasta la casa como me paso a mí la vez que le cuento, entonces eso es bueno y ellos también le dan a uno la droga o lo mandan para que la reclame en el Hospital

Ustedes entiende todo lo que hacen y porque, incluso las cosas que le pregunta a usted y a los otros miembros de la familia?

Si claro ellos le explica a una para qué es tal cosa o tal otra e igual con los muchachos

Observaciones:

La familia es nuclear conformada por los padres Yesid y Yakelin y sus cinco hijos Yisela, Esneider, Dayana, Lizeth y Rosa, los hijos mayores estudian en Rivera mientras los más pequeños en la escuela de Riverita, el padre trabaja como agricultor e los cultivos de la zona los hijos mayores cuando no están estudiando tienen como pasa tiempos ver televisión o compartir con sus amigos y vecinos.

La madre manifiesta que la situación económica es bastante dura por el número de hijos pero que ella tan pronto la hija menor este un poco más grande volverá a trabajar en los cultivos de tabaco.

La entrevistada es tímida y sus respuestas son cortas sin dar espacio a contrapreguntar mucho.

ANEXO L.

CUADRO DE CATEGORÍAS DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Cuadro de categorías

El cuadro que se expone a continuación, es una tabla diseñada para presentar los resultados del análisis de las categorías, de manera esquemática y resumida.

- Directivos

CATEGORIAS	DIRECTIVOS		
	GRUPO 1 Secretaría de salud	GRUPO 2 Hospital de Neiva	GRUPO 3 Interventoría Usco
-Origen de la Estrategia.	Se propone desde la USCO y la aplica la secretaria con algunas reformas.	Nace como estrategia de disminuir lo índices de morbimortalidad en el departamento.	Nace desde la universidad con intención de convertirse en política pública.
-Concepto de Comunicación.	Transmisión de información a través de medios de comunicación.	Transmisión de información a través de medios de comunicación.	Transmisión de información a través de medios de comunicación. Y, organización de procesos mediáticos en todas las instancias de la estrategia.
-Componente comunicativo.	Publicidad y difusión por medios de comunicación.	Publicidad y difusión por medios de comunicación.	Publicidad y difusión por medios de comunicación. Pero, además, como estrategia concertada para mejorar la comunicación interna y externa de la estrategia.

Equipo Médico

CATEGORIAS	OPERATIVOS		
	GRUPO 1 (Rivera)	GRUPO 2 (Teruel)	GRUPO 3 (Villavieja)
-La forma de dirigirse a las familias es igual.	Si, con un lenguaje claro y asumiendo algunos modismos locales.	Si, con un lenguaje claro y asumiendo algunos modismos locales.	Si, con un lenguaje claro y asumiendo algunos modismos locales.

<p>- persuasión en situaciones de riesgo.</p>	<p>Pues verbalmente y en algunas ocasiones con material didáctico como folletos, entre otros.</p>	<p>Pues verbalmente y en algunas ocasiones con material didáctico como folletos, entre otros.</p>	<p>Pues verbalmente y en algunas ocasiones con material didáctico como folletos, entre otros.</p>
<p>-Efectividad de Los mensajes que se desean dejar.</p>	<p>Algunas veces, depende del tipo de mensaje. Los que más tienen receptividad son los relacionados con los niños.</p>	<p>Es relativo, depende del tipo de mensaje; es decir, si el mensaje va destinado a mejorar hábitos, es muy difícil ya que culturalmente esas prácticas están muy arraigadas.</p>	<p>Es muy difícil debido a la fugacidad de las visitas, también al desinterés de algunos pobladores.</p>
<p>-Cambios en las familias visitadas anteriormente.</p>	<p>Es muy difícil de decirlo, ya que se está muy poco tiempo en los domicilios visitados.</p>	<p>Algunas sí, más que todo las mujeres en lo referente a las citologías y en el control de crecimiento de los infantes.</p>	<p>Sí, pero cuando se trata de los adultos mayores, los niños y las embarazadas, es ahí cuando más se toma más conciencia.</p>
<p>-Capacitaciones recibidas en el aspecto comunicativo.</p>	<p>Básicamente ninguna, los médicos, enfermeras y auxiliares aplican lo aprendido en la academia; los agentes comunitarios abocan a su experiencia personal.</p>	<p>La coordinación municipal ha capacitado a los más antiguos en expresión verbal y otros elementos relacionados con la comunicación, no obstante, los integrantes más nuevos no han recibido capacitaciones en este tema.</p>	<p>Básicamente ninguna, los médicos, enfermeras y auxiliares aplican lo aprendido en la academia; los agentes comunitarios abocan a su experiencia personal.</p>

- Beneficiarios

CATEGORIAS	BENEFICIARIOS		
	GRUPO 1 (Rivera)	GRUPO 2 (Teruel)	GRUPO 3 (Villavieja)
-Cómo se enteraron de la estrategia de APS.	Por medio de la JAC que hacia el llamado a la comunidad. Otros por visitas directas a sus hogares.	Sumado a los métodos utilizados en Rivera, se hizo llamado por la radio comunitaria.	Por medio de la JAC que hacia el llamado a la comunidad. Otros por visitas directas a sus hogares.
- mecanismos o espacios de socialización de la estrategia.	Por medio de capacitaciones y algunas reuniones que se realizan en las veredas.	Por medio de capacitaciones y algunas reuniones que se realizan en las veredas. Además, el espacio de la emisora comunitaria es una forma adecuada de interactuar verbalmente con la comunidad.	Por medio de capacitaciones y algunas reuniones que se realizan en las veredas.
-manejo del equipo médico.	Si, ellos se esmeran por hacerse entender con claridad, además son pacientes cuando hay dudas.	Si, ellos se esmeran por hacerse entender con claridad, además son pacientes cuando hay dudas.	Si, ellos se esmeran por hacerse entender con claridad, además son pacientes cuando hay dudas.
-mensajes transmitidos	Mensajes preventivos acerca de las prevenciones que debe haber en el hogar. También mensajes acerca de los beneficios de asumir nuevas conductas sanitarias.	Mensajes preventivos acerca de las prevenciones que debe haber en el hogar. También mensajes acerca de los beneficios de asumir nuevas conductas sanitarias.	Mensajes preventivos acerca de las prevenciones que debe haber en el hogar. También mensajes acerca de los beneficios de asumir nuevas conductas sanitarias.
-¿Toma en cuenta las recomendaciones para esos aspectos que hay que cambiar?	Generalmente si, porque hay conciencia de que es por el bienestar de la familia, aunque se ha observado que esto se da más cuando se trata de los niños o las embarazadas.	Generalmente si, porque hay conciencia de que es por el bienestar de la familia.	A pesar de que afirman tomar en cuenta es evidente, por las observaciones de algunos integrantes del equipo médico, que estos cambios no son del todo ciertos.
-Observaciones con respecto a la estrategia.	Hay aceptación por parte de los beneficiarios acerca de las labores adelantadas, aunque existe consenso en que las visitas tendrían que ser más constantes.	Hay aceptación por parte de los beneficiarios acerca de las labores adelantadas, aunque existe consenso en que las visitas tendrían que ser más constantes.	Hay aceptación por parte de los beneficiarios acerca de las labores adelantadas, aunque existe consenso en que las visitas tendrían que ser más constantes.