



**Caracterización, Documentación y  
Sistematización**  
Estrategia Atención Primaria en Salud  
en el Municipio de Envigado

Documentación y Sistematización. Estrategia Atención Primaria en Salud en el municipio de Envigado.

## **Una publicación del Área Metropolitana del Valle de Aburrá, La Institución Universitaria Esumer.**

Hernán Darío Elejalde López, **director Área Metropolitana del Valle de Aburrá**

John Romeiro Serna Peláez, **rector Institución Universitaria Esumer**

Héctor Londoño Restrepo, **alcalde del Municipio de Envigado**

### **Autores**

#### **Equipo de trabajo**

Profesionales, técnicos y auxiliares de la E.S.E. Santa Gertrudis y de la Secretaría de Salud del municipio de Envigado.

Profesionales del Equipo técnico del Programa Red Metropolitana de Salud - Área Metropolitana del Valle de Aburrá.

Profesionales de la Institución Universitaria Esumer

### **Interventoría AMVA**

Raúl Cano Jaramillo, Profesional Contador

### **Coordinación de la publicación**

Equipo Técnico del Programa Red Metropolitana de Salud y Oficina Asesora de Comunicaciones del Área Metropolitana del Valle de Aburrá

Centro de Investigaciones y Prospectiva Institución Universitaria Esumer

### **Diseño Gráfico**

Centro de Investigaciones y Prospectiva Institución Universitaria Esumer

### **Impresión**

LIBRO ARTE

### **Primera edición**

Junio de 2015, Medellín

### **Nota de derechos reservados**

Las opiniones expresadas en esta publicación corresponden exclusivamente a sus autores y en nada comprometen la opinión o criterio del Área Metropolitana del Valle de Aburrá.

Los contenidos de esta publicación son propiedad del Área Metropolitana del Valle de Aburrá. Los municipios e instituciones miembros de la Red Metropolitana de Salud y la Institución Universitaria Esumer, podrán hacer uso de la misma. Todos los derechos reservados. Para utilizar información contenida en ella se deberá citar la fuente.

## PRESENTACIÓN

La línea 6 del Plan de Gestión 2012 - 2015 "PURA VIDA" definió la Red Metropolitana de Servicios en Salud y el programa 25 para su ejecución: diseño, estructuración e implantación de la RED METROPOLITANA DE SALUD, como mecanismo que ayude a dar alcance a los objetivos trazados en Metrópoli, por tal motivo, se propone como estrategia la creación y conformación de una RED METROPOLITANA DE SALUD, que considera como características principales, la integración de los servicios de salud, para contribuir a superar la fragmentación en la prestación, dificultades para el acceso, deficiencias en la calidad, baja eficiencia en el uso de recursos, altos costos de producción, baja calificación de los usuarios por los servicios recibidos, duplicidad en infraestructura y tecnologías y los escasos resultados en la modificación de los indicadores de salud. Adicionalmente, propenderá en su conformación e implementación por la integración prioritaria de los prestadores de servicios de salud públicos - Empresas Sociales del Estado ESE y las Secretarías de Salud o similares, con la participación ciudadana y de los grupos de interés que contribuyan al desarrollo del objeto y alcance de la Red Metropolitana de Salud.

El Acuerdo Metropolitano Nro. 9 del 14 de junio de 2013 "Por medio del cual se crea y conforma la Red Metropolitana de Salud" tendrá como objeto, el contribuir a coordinar y articular los servicios de salud tanto asistenciales como en el ámbito de las acciones en salud pública, basados en la estrategia de atención primaria en salud renovada y las redes de prestación de servicios de salud, a fin de brindar apoyo a los municipios que integran el Área Metropolitana del Valle de Aburrá, para que superen algunas debilidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre otras la fragmentación en la atención individual y colectiva en salud, las deficiencias en el direccionamiento y el escaso trabajo en red del sector a nivel local y regional, que están afectando el acceso, la calidad y oportunidad, y por ende, el estado de salud y bienestar de los ciudadanos.

El alcance de la Red Metropolitana en Salud es dinamizar, apoyar, cooperar y facilitar el abordaje integral de la situación de salud del Valle de Aburrá con el liderazgo de las Secretarías de salud o similares, las Empresas Sociales del Estado, la participación de la ciudadanía y los grupos de interés, mediante el trabajo en red para proponer y ejecutar acciones que conduzcan a la resolución de los problemas más relevantes en salud, contribuir a mejorar la gestión territorial, el acceso, la calidad y oportunidad de los servicios de salud, la calidad de vida y disminuir las inequidades en los territorios y la ciudadanía metropolitana.

Uno de los proyectos estratégicos (Inicitiva de Red), de la Red Metropolitana de Salud es la estructuración y consolidación de la estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada - APSR en los municipios del Valle de Aburrá, para lo cual se tiene previsto, entre otras actividades, documentar la experiencia que ha tenido cada municipio con relación a dicha estrategia, dado que no se tiene antecedentes sólidos y escritos del trabajo realizado; además se sistematizará dicha experiencia, bajo una metodología científicamente aplicada, que permita medir la brechas entre lo que se realiza actualmente y el ideal propuesto por la Organización Mundial de Salud OMS y la Organización Panamericana de la Salud OPS.

Para dar cumplimiento al objetivo de la Línea 6 del Plan de gestión "PURA VIDA 2012- 2015" del Área Metropolitana del Valle de Aburrá en el año 2013 celebra un convenio de asociación con la Institución Universitaria Esumer, a fin de conformar e implementar la Red Metropolitana de Salud, en su fase dos. En tal sentido, ambas instituciones presentan el documento final que recopila información de la Atención Primaria en Salud Renovada – APSR del municipio, así como la reflexión, el análisis y los hallazgos encontrados de la estrategia APSR con el objetivo de brindar a las Secretarías de Salud, las Empresas Sociales del Estado y público en general un insumo que ayude a mejorar los servicios prestados a la comunidad, donde su ejecución sea una buena práctica permanente de atención en el sistema de salud y su contexto metropolitano.

Esperamos que este documento sea objeto de consulta permanente en todos los estamentos políticos, administrativos, sociales y de las Instituciones tanto del sector salud como de otras áreas, para efectos de planificar el trabajo presente y futuro en salud pública en los territorios, con el liderazgo de las administraciones municipales

**HERNÁN DARÍO ELEJALDE LÓPEZ**  
**Director**

# ÍNDICE

<b>CAPÍTULO 1 CARACTERIZACIÓN</b>	<b>12</b>
<b>1. GENERALIDADES DEL TERRITORIO</b>	<b>13</b>
<b>2. DESARROLLO ECONÓMICO</b>	<b>14</b>
<b>3. PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL 2012-2015 “ENVIGADO, UNA OPORTUNIDAD PARA TODOS”</b>	<b>16</b>
<b>4. ORGANIZACIÓN DE LA SECRETARIA DE SALUD</b>	<b>18</b>
4.1. ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA	18
4.2. RECURSOS FINANCIEROS	20
4.3. CONTRATACION CON LA ESE (PIC-POBLACION NO ASEGURADA)	20
4.4. PARTICIPACION SOCIAL	21
4.5. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	21
<b>5. CAMBIOS DEMOGRÁFICOS</b>	<b>23</b>
<b>6. FECUNDIDAD</b>	<b>25</b>
<b>7. AFILIACION AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS)</b>	<b>26</b>
<b>8. ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN</b>	<b>28</b>
8.1 MORBILIDAD	28
8.2. CAMBIOS EN LA MORTALIDAD	30
8.3. MORTALIDAD ESPECÍFICA	33
8.4. COBERTURAS EN VACUNACIÓN	33
8.5. PRINCIPALES EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA	34
<b>9. DIAGNÓSTICO DE RED EN SALUD DEL MUNICIPIO</b>	<b>35</b>
<b>10. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (ESE) SANTA GERTRUDIS</b>	<b>36</b>
10.1. PLATAFORMA ESTRATÉGICA	36
10.2. CAPACIDAD INSTALADA	36
10.3. RECURSOS HUMANOS	37
10.4. PORTAFOLIO DE SERVICIOS	37
<b>11. INDICADORES</b>	<b>39</b>
11.1. INDICADORES DE CALIDAD	39
11.2. INDICADORES DE PRODUCCIÓN	42
11.3. INDICADORES FINANCIEROS	48
<b>12. CONCLUSIONES</b>	<b>51</b>
<b>13. RECOMENDACIONES</b>	<b>53</b>

<b>CAPÍTULO 2 DOCUMENTACIÓN</b>	<b>54</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>55</b>
<b>1. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>56</b>
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>58</b>
2.1. OBJETIVO GENERAL	58
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	58
<b>3. METODOLOGÍA</b>	<b>59</b>
3.1. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO	60
3.2. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN NUEVA DEL FUNCIONAMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE LA ESTRATEGIA.	60
3.2.1. Escuela Saludable y Barrio Saludable	60
3.2.2. Empresa Saludable:	61
3.2.3. Sistema de información	61
3.3 CONSOLIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN	62
<b>4. CONTEXTO</b>	<b>63</b>
4.1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA	63
4.2. EXTENSIÓN	63
4.3. POBLACIÓN DE ENVIGADO	63
4.4. ESTRUCTURA POBLACIONAL POR EDAD, SEXO Y ÁREA. PIRÁMIDE POBLACIONAL DEL ÁREA DE INFLUENCIA.	66
4.5. NIVEL EDUCATIVO POR ÁREAS	71
4.6. POBLACIÓN RÉGIMEN CONTRIBUTIVO, SUBSIDIADO Y POBLACIÓN POBRE SIN SUBSIDIO, SEGÚN EDAD Y SEXO	71
4.7. VIVIENDA	72
4.8. ESTRATIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA	73
<b>5. MARCO NORMATIVO</b>	<b>74</b>
<b>6. ESTRATEGIA EN EL TERRITORIO</b>	<b>79</b>
6.1. DEFINICIÓN	79
6.2. ALCANCE	80
6.3. RECTORÍA Y PLANEACIÓN	80
6.4. ENFOQUES	80
6.5. ESTRUCTURA PARA EL FUNCIONAMIENTO	80
6.5.1. Funciones generales	81
6.5.2. Funciones Enfermera	82
6.5.3. Funciones Auxiliar de Enfermería	82
6.5.4. Funciones Higienista Oral	83
6.5.5. Funciones Psicóloga	84
6.5.6. Funciones Tecnóloga de Alimentos	84
6.6. CRITERIOS DE SELECCIÓN	85
6.7. COBERTURA	85
6.8. POBLACIÓN OBJETO	87

6.9. ÁMBITOS DE ACCIÓN	87
6.9.1. Programa de Escuelas Saludables	88
6.9.2. Programa de Barrios Saludables	88
6.9.3. Familia Saludable	88
6.9.4. Empresa Saludable	89
6.10. PRIORIDADES	89
6.11. COMPONENTES Y DESCRIPCIÓN	90
6.11.1. Escuela Saludable	90
6.11.2. Familia Saludable	103
6.11.3. Barrio Saludable	105
6.11.2. Empresa Saludable	107
6.12. SISTEMA DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN –GESTIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (GAPS)	113
6.13. RECURSOS (FINANCIEROS, HUMANOS Y LOGÍSTICOS)	116
6.14 INDICADORES	117
<b>7. RESULTADOS O LOGROS</b>	<b>122</b>
7.1. OPORTUNIDADES DE MEJORA: LO QUE PIENSA EL EQUIPO DE APS ENTORNOS SALUDABLES	122
7.2. FORTALEZAS: LO QUE PIENSA EL EQUIPO DE APS ENTORNOS SALUDABLES	124
<b>8. CONCLUSIONES</b>	<b>125</b>
<b>9. RECOMENDACIONES</b>	<b>126</b>
<b>10. GLOSARIO DE TÉRMINOS</b>	<b>127</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>128</b>
<b>CAPÍTULO 3 SISTEMATIZACIÓN</b>	<b>137</b>
<b>1. PRESENTACIÓN</b>	<b>139</b>
<b>2. METODOLOGÍA: SOBRE LA DOCUMENTACIÓN Y LA SISTEMATIZACIÓN</b>	<b>140</b>
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>145</b>
3.1. General:	145
3.2. Específicos:	145
<b>4. MODELO PROPUESTO - ANALISIS CRÍTICO DE LOS COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA</b>	<b>146</b>
4.1. DIMENSIÓN 1: PROPÓSITO	148
4.1.1. Enfoques	149
4.1.2. Fundamentos	150
4.1.3. Principios	151
4.2. DIMENSIÓN 2: DESARROLLO	152
4.2.1. Objetivos	153
4.2.2. Estrategias/Programas	153

4.3. DIMENSIÓN 3: GESTIÓN	155
4.3.1. Ruta Metodológica	155
4.3.2. Acciones	157
4.3.3. Transversales	158
4.4. DIMENSIÓN 4: ACTORES	158
4.4.1. Sujetos	160
4.4.2. Organizaciones	160
<b>5. ANALISIS DEL MUNICIPIO</b>	<b>163</b>
5.1. DESCRIPCIÓN MODELO EN ESCENA DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO	164
5.1.1. Dimensión de Propósito	164
5.1.1.1. Enfoques	165
5.1.1.2. Principios Generales	166
5.1.1.3. Fundamentos	166
5.1.2. Dimensión de Desarrollo	168
5.1.2.1. Objetivos	168
5.1.2.2. Estrategias / Programas	169
5.1.3. Dimensión de Gestión	170
5.1.3.1. Ruta Metodológica	171
5.1.3.2. Acciones	173
5.1.3.3. Transversales	174
5.1.4. Dimensión de Actores	175
5.1.4.1. Sujetos	176
5.1.4.2. Organizaciones	177
<b>6. ANÁLISIS DE BRECHAS</b>	<b>178</b>
<b>7. HALLAZGOS GENERALES</b>	<b>184</b>
<b>8. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>187</b>



## LISTA DE GRÁFICOS Y TABLAS

### LISTA DE GRÁFICOS CARACTERIZACIÓN

Gráfico 1. Porcentaje de hogares con dos o más Necesidades Básicas Insatisfechas	14
Gráfico 2. Porcentaje de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI).	15
Gráfico 3. Pirámides poblacionales. 2005-2013-2020	23
Gráfico 4. Comportamiento de la distribución porcentual de los grupos de edad de 0 a 14 años	24
Gráfico 5. Comportamiento de la distribución porcentual de los grupos de edad de 60 años	24
Gráfico 6. Tasa bruta de natalidad	25
Gráfico 7. Porcentaje de cobertura de aseguramiento al SGSSS	27
Gráfico 8. Distribución porcentual principales causas de consulta externa.	29
Gráfico 9. Distribución porcentual principales causas de consulta urgencias.	29
Gráfico 10. Distribución porcentual principales causas de hospitalización	30
Gráficos varios. Indicadores de calidad	39
Gráficos varios. Indicadores de producción	42
Gráficos varios. Indicadores financieros	48

### LISTA DE TABLAS CARACTERIZACIÓN

Tabla 1. Recurso Humano. Dirección Local de salud	19
Tabla 2. Recursos propios para salud	20
Tabla 3. Componentes Estrategia APS	22
Tabla 4. Cobertura de la seguridad social en salud	26
Tabla 5. Comportamiento morbilidad consulta externa	28
Tabla 6. Tasa de mortalidad por mil habitantes	30
Tabla 7. Tasa de mortalidad por causa	33
Tabla 8. Comportamiento de las coberturas en vacunación	34
Tabla 9. Principales eventos de interés en salud pública	34
Tabla 10. Plataforma estratégica ESE	36
Tabla 11. Capacidad instalada ESE	36
Tabla 12. Recursos humanos ESE	37

## LISTA DE TABLAS DOCUMENTACIÓN

Tabla 1. Población de Envigado, 2013.	64
Tabla 2: Indicadores básicos para monitoreo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Envigado, 2013.	68
Tabla 3. Estructura de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Envigado. Año 2013.	71
Tabla 4. Número de Instituciones, familias, barrios y Empresas intervenidas por APS. Envigado, 2010 – 2014	87
Tabla 5. Descripción de los encuentros para los grados de básica primaria del subprograma Preventivo de Salud Mental y Adicciones. Envigado, 2014.	101
Tabla 6. Descripción de los encuentros para los grados 6° a 8° de bachillerato del Subprograma Preventivo de Salud Mental y Adicciones. Envigado, 2014	101
Tabla 7. Inversión realizada en los	116
Tabla 8. Descripción del personal del equipo básico de APS con enfoque de Entornos Saludables. Envigado, 2014	117
Tabla 9. Porcentaje de remisiones efectivas a través de la estrategia APS con enfoque de Entornos Saludables por servicios. Envigado, 2014	118

## LISTA DE FIGURAS DOCUMENTACIÓN

Figura 1. Esquema programas y subprogramas de APS Entornos Saludables. Envigado, 2014	69
Figura 2. Mapa zonas de planificación, Municipio de Envigado, 2013	66
Figura 3. Pirámide poblacional de Envigado, 2005, 2013, 2020.	67
Figura 4. Estructura de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud. Envigado. Año 2013	72
Figura 5. Modo de ocupación de la vivienda. Envigado 2009.	72
Figura 6. Estratificación Socioeconómica 2009.	73
Figura 7. Número de visitas familiares por año. Envigado, 2009-2014	85
Figura 8. Número de visitas familiares realizadas durante el Plan de Desarrollo vigente. Envigado, 2012 – 2014.	86
Figura 9. Flujograma subprograma Buen Ciudadano. Envigado, 2014	92
Figura 10. Flujograma subprograma Escuela Cero Caries. Envigado, 2014	94
Figura 11. Flujograma subprograma Salud Sexual y Reproductiva. Envigado, 2014	97
Figura 12. Flujograma subprograma Hábitos de Vida Saludables. Envigado, 2014	99
Figura 13. Flujograma de la formación en Salud Mental y Adicciones. Envigado, 2014	102
Figura 14. Ruta de atención a remisiones de I.E. Envigado, 2014	103

Figura 15. Flujograma de atención Familia Saludable. Envigado, 2014	105
Figura 16. Flujograma atención Barrio Saludable. Envigado, 2014	107
Figura 17. Flujograma atención Empresa Saludable. Envigado, 2014	109
Figura 18. Flujograma atención subprograma Empresa Saludable, pyp. Envigado, 2014	112
Figura 19. Actividades desarrolladas en el carrusel de Empresa Saludable. Envigado, 2014	113
Figura 20. Flujograma funcionamiento de Sistemas de Información. Envigado, 2014	116
Figura 21. Efectividad de las remisiones de APS durante el año 2013. Envigado, 2014	119
Figura 22. Comparación de la efectividad de las remisiones realizadas durante el año 2014.	120
Figura 23. Proporción de respuestas de las IPS ante las remisiones reportadas por la Secretaría de Salud durante el año 2014. Envigado, 2014.	120

# **CAPÍTULO 1**

## **CARACTERIZACIÓN**

# 1. GENERALIDADES DEL TERRITORIO

El municipio de Envigado se encuentra ubicado al sur de la capital del departamento de Antioquia, Limita con Medellín por el norte, Sabaneta por el sur, Rionegro y El Retiro al oriente y con Itagüí y Caldas por el occidente. Está ubicado a 10 kilómetros del centro de la ciudad de Medellín. Tiene una temperatura promedio de 21°C y una altura promedio de 1.575 metros sobre el nivel del mar. Envigado cuenta con un área total de 78,8 Km<sup>2</sup>, de estos 66,7 km<sup>2</sup> corresponden a zona rural y 12,1 Km<sup>2</sup> a zona urbana. De la superficie total del Valle de Aburrá (1.152 km<sup>2</sup>), Envigado ocupa el 4,3%, situándose en el séptimo lugar por área, entre los 10 municipios que conforman este territorio. Envigado está conformado por 39 barrios y 6 veredas.

Figura 1. Mapa municipio de Envigado.



Fuente: Alcaldía de Envigado

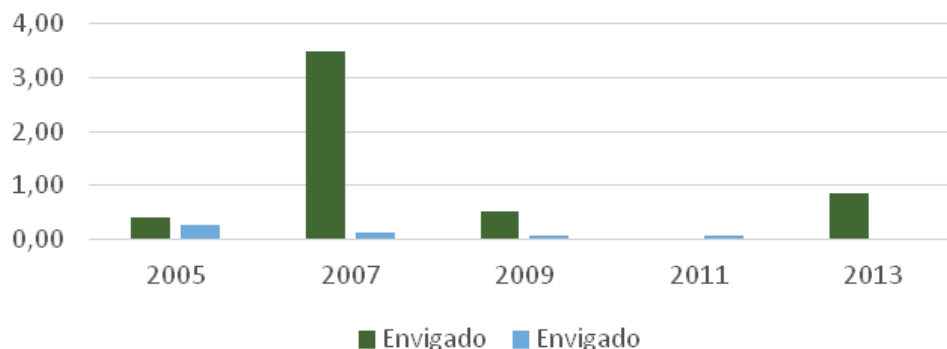
## 2. DESARROLLO ECONÓMICO

Las principales actividades económicas del municipio, corresponden a actividades empresariales, comerciales, de servicio e industriales. Según el último censo empresarial, realizado por la Secretaría de Hacienda Municipal, para el 2011, los contribuyentes se ubican de la siguiente forma: servicios (49%), comercio (42%) e industria (9%). De la región Aburrá Sur, Envigado fue el municipio que registró mayor número de nuevas empresas en el 2011, con 460, y activos por: 15.278 millones de pesos. Igualmente, el municipio ocupa el segundo lugar después de Itagüí, en cuanto al total de empresas matriculadas en la Cámara de Comercio Aburrá Sur, con un 31% del total. El censo empresarial de 2011 realizado por la Cámara de Comercio Aburra Sur, indica que el 93,7% son microempresas, el 4,61% pequeñas empresas, el 1,36% medianas empresas y el 0,36%, grandes empresas.

Según el estudio socioeconómico realizado en el municipio por la Secretaria de Desarrollo Económico, la Institución Universitaria de Envigado y la Cámara de Comercio Aburrá Sur en 2009; se concluye que las microempresas, son las que generan el 48,1% (15.062) de los empleos, las pequeñas empresas el 13,4% (4.194), las medianas el 16% (4.984) y la grandes empresas el 22,5% (7.290).

Los hogares que presentan dos o más Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), considerados como población en situación de miseria, en el año 2011 representaba un 0% para la zona la rural, con un leve registro urbano; pero para el 2013 la miseria desaparece del área urbana y aumenta levemente en el área rural. (Ver Gráfico 1).

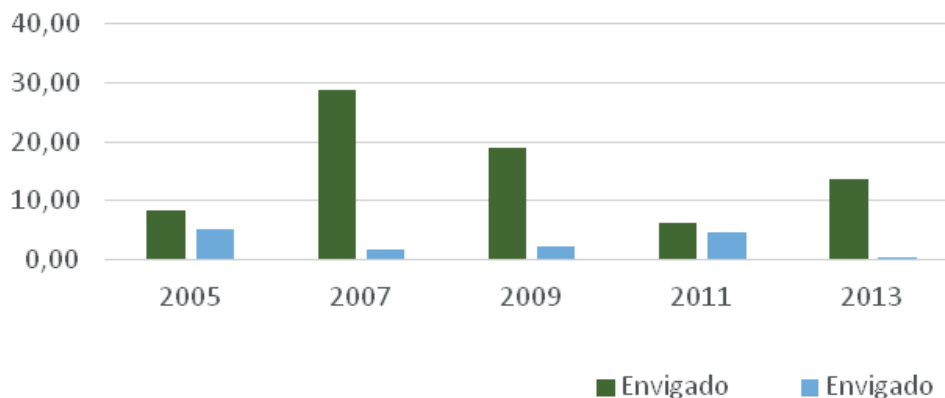
**Gráfico 1. Porcentaje de hogares con dos o más NBI. Envigado. 2005-2013**



**Fuente:** Observatorio Metropolitano de Información. Área Metropolitana del Valle de Aburrá

En cuanto a los hogares con al menos una Necesidad Básica Insatisfecha (NBI), considerados como población en situación de pobreza, el municipio presenta en 2011, porcentajes similares en la zona urbana y rural cercanos al 5%, pero para el año 2013 se aumenta en el área rural y se disminuye significativamente en la urbana. (Ver Gráfico 2).

**Gráfico 2. Porcentaje de hogares con NBI. Envigado. 2005-2013**



**Fuente:** Observatorio Metropolitano de Información. Área Metropolitana del Valle de Aburrá

### Accesibilidad y Transporte:

En Envigado, según la Encuesta de Opinión de 2011, el medio de transporte público, es el más utilizado por las personas, con el 72,7%; posiblemente, debido a la cercanía del Metro y su conexión con Medellín, ya que allí es donde la mayoría de los habitantes del municipio realizan sus actividades, tanto laborales como comerciales. Tiene además, un amplio servicio de transporte público, que lo comunica con la capital y los otros municipios del Valle de Aburrá

### Servicios públicos:

Las coberturas en servicios públicos del municipio para el año 2013 fueron:

- Acueducto: Urbano 99,94%, rural 85,04.
- Alcantarillado: Urbano 98,72%, rural 53,42%.
- Red de gas natural domiciliaria: Urbano 87,38%, rural 19,66%.
- Servicio de energía eléctrica: Urbano 99,89%, rural 100%.

Envigado tiene aún, en algunos sectores, deficiencias en la prestación del servicio de alcantarillado; en cuanto a la cobertura, no se ha alcanzado el 100%, principalmente, por asuntos técnicos de localización de las viviendas frente a las redes, lo cual ha impedido su adecuada conexión.

El municipio tiene 13 acueductos veredales, de los cuales 3 presentan condiciones favorables en agua apta para consumo humano, y 10, tienen concepto favorable condicionado y desfavorable.

### 3. PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL 2012-2015 “ENVIGADO, UNA OPORTUNIDAD PARA TODOS”

Este plan tiene como objetivo supremo, mejorar las condiciones de vida de la población, y obtener una ciudad, que ofrezca el escenario propicio para potenciar las capacidades de cada individuo. Para este propósito, define cinco líneas estratégicas con sus respectivos componentes, éstas a su vez, contienen los programas y subprogramas que se formularán, con el fin de lograr los objetivos del Plan. Las cinco líneas estratégicas del Plan, son:

- **Línea Estratégica 1.** “Desarrollo Humano Integral”
- **Línea Estratégica 2.** “Desarrollo Económico”
- **Línea Estratégica 3.** “Seguridad Ciudadana y Convivencia Pacífica”
- **Línea Estratégica 4.** “Hábitat y Territorio”
- **Línea Estratégica 5.** “Desarrollo Institucional”

La línea estratégica 1: **Desarrollo Humano Integral**; se propone como objetivo, garantizar el ambiente necesario para que las personas y los grupos humanos, puedan desarrollar sus potencialidades, y así llevar una vida creativa y productiva, conforme a sus necesidades e intereses; el punto de partida, es el reconocimiento y respeto de sus derechos y su diversidad; además, de la generación de oportunidades sociales, para su desarrollo, con énfasis en los grupos poblacionales y sociales más desprotegidos y vulnerables, para garantizar su acceso a los beneficios del desarrollo y avanzar en la transformación de las condiciones de pobreza, de exclusión y desigualdad; tomando a la familia como núcleo de la intervención. El trabajo de la administración será en corresponsabilidad con la comunidad, mediante la participación activa de cada persona en su desarrollo y el de su colectividad, con acciones de compensación social, que no son más que sus compromisos consigo mismo y los aportes a la sociedad, para mejorar sus condiciones de vida y fortalecer el tejido y la convivencia social. Para el logro de estos resultados, se ejecutarán los siguientes componentes: Educación Incluyente con Calidad, Salud para Todos, Bienestar Social e Inclusión para la Población Vulnerable, Equidad, Deporte, Recreación, Actividad Física y Educación Física, y Cultura y Esparcimiento Ciudadano.

Esta línea estratégica, incluye el componente: “Salud Para Todos”, cuyo objetivo general, es mejorar la situación de salud de los habitantes del municipio de Envigado. Trabajar para lograr un nivel de vida apropiado, que le asegure al individuo y a su familia, la salud y el bienestar; con acceso a servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, viviendas adecuadas y alimentos nutritivos; lo cual, se constituye en otro de los retos, de un enfoque de desarrollo, centrado en el ser humano.



El componente salud ejecutará los siguientes programas y subprogramas:

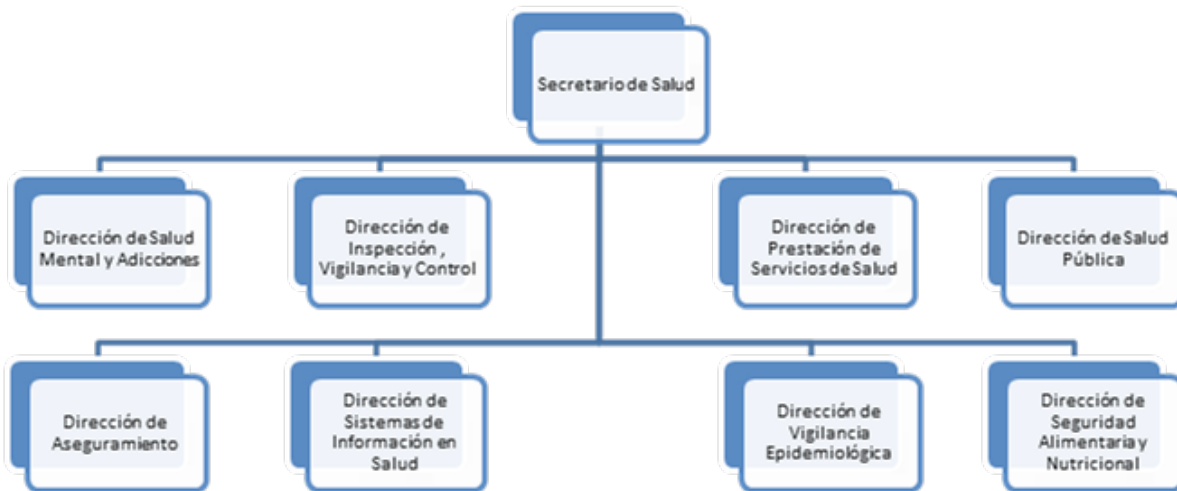
1. Todos hacemos parte del aseguramiento en salud
2. Inspección, vigilancia y control al cumplimiento de las normas para prevenir factores de riesgo en salud.
3. Salud pública, un compromiso de todos, este programa incluye varios subprogramas:
  - Prevención de las enfermedades crónicas no trasmisibles.
  - Promoción de la lactancia materna como un factor protector para la primera infancia.
  - Comprometidos con la Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN).
  - Promoción y prevención de la Salud Sexual y Reproductiva.
  - Promoción de entornos saludables para la vida: este subprograma incluye el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) en el hogar, la escuela, el barrio, la empresa y la comunidad.
  - Estrategias de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) e Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI), articuladas a la estrategia nacional “De Cero a Siempre”.
  - Todos los envigadeños por una buena salud mental.
  - Comprometidos con la prevención de las adicciones.
  - Vacunación dosis de vida.
  - Control a factores patógenos que propician la aparición de la enfermedad.
4. Servicios de salud con calidad, este programa incluye los siguientes subprogramas:
  - Vigilancia y control a la prestación de los servicios en salud del primer nivel.
  - Mejoramiento de la infraestructura y la dotación para la prestación de los servicios de salud del sector público.
5. Institucionalidad fortalecida para orientar y definir las estrategias de salud, con los siguientes subprogramas:
  - Envigado con información para la gestión en salud, una oportunidad para todos.
  - La salud, información de interés para todos, estrategia comunicacional.

## 4. ORGANIZACIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD

El municipio de Envigado, cuenta con la dependencia: Secretaría de Salud, para cumplir las competencias del sector salud. Según los resultados de la evaluación realizada por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, para evaluar la capacidad de gestión municipal en el año 2013, la Secretaría de Salud del municipio, obtuvo una calificación de: 93; disminuyendo su capacidad de gestión, en cinco puntos porcentuales, respecto del año inmediatamente anterior. En el plan de mejoramiento, como resultado de la evaluación, debe implementar el comité técnico territorial de discapacidad, según el artículo 16 de la ley 1145 de 2000; y en lo relacionado con los recursos de la subcuenta de otros gastos en salud, los ingresos y gastos, deben reflejar la destinación, tanto en su origen, como en su aplicación; conforme a la normatividad vigente.

### 4.1. ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA

Figura 2. Organigrama de la Secretaría de Salud



Fuente: Secretaría de Salud. Envigado

La Secretaría de Salud del municipio, en su estructura administrativa, es la dependencia de los municipios del Valle de Aburrá, que muestra una conformación más completa y acorde con las competencias misionales del sector. Tiene varias direcciones: Prestación de Servicios, Salud Pública, Aseguramiento, Inspección, Vigilancia y Control, Vigilancia Epidemiológica, Sistemas de información, Adicciones y Seguridad Alimentaria y Nutricional.

Cuenta con la siguiente planta de funcionarios:

**Tabla N° 1: Recurso humano. Secretaría de Salud. Envigado. 2014**

Área	Modalidad vinculación		Perfil del cargo			Total	Observaciones
	De planta	Contratos PS	Profesional	Técnico	Auxiliar		
Dirección (Despacho Secretario)	4		1		3	4	Secretario de Salud (Médico especialista) y secretaria ejecutiva, auxiliares administrativos
Aseguramiento	5		2		3	5	
Prestación de servicios	2		1	1		2	
Salud Pública (incluye vigilancia epidemiológica y seguridad alimentaria)	11	2	10		3	13	
Vigilancia y control- Salud ambiental	4	5	6	3		9	Jefe, 5 profesionales y 3 técnicos
Sistemas de información	4		2	1	1	4	
Otras áreas							
<b>Totales</b>	<b>30</b>	<b>7</b>	<b>22</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>37</b>	

**Fuente:** Secretaría de Salud. Envigado

Como se puede evidenciar en la Tabla 1, la Secretaría de Salud de Envigado, tiene una planta de funcionarios conformada por 37 funcionarios, de los cuales el 81% son de planta y 19% funcionarios por contratos de prestación de servicios. Llama la atención el nivel profesional del recurso humano, en el cual, el 60% de los funcionarios son profesionales, de las diferentes disciplinas de salud, muchos de ellos especializados.

## 4.2. RECURSOS FINANCIEROS

El Fondo local de salud, lo maneja directamente la Secretaría de Hacienda, tiene conformadas las cuatro cuentas maestras, según los Lineamientos de Resolución: 3042 de 2007, 4204 de 2008 y 991 de 2009. Desde la Secretaría de Salud, se hace la ordenación para los pagos, según los requisitos de cada cuenta; no asignan un funcionario exclusivo para este propósito; los pagos los hacen directamente los jefes de cada dependencia, con el aval del Secretario, y la Secretaría de Hacienda, los retroalimenta permanentemente.

El presupuesto para salud, básicamente, se compone de recursos del Sistema General de Participaciones (SGP), para aseguramiento, atención de la población no asegurada y salud pública. Los recursos de destinación específica, son insuficientes, para cumplir las competencias en salud pública, los programas de promoción social y el fortalecimiento de la red pública; los financian en gran porcentaje con recursos propios. La asignación en recursos propios durante el período 2008-2012 se puede apreciar en la Tabla 2.

**Tabla N° 2: Recursos propios para salud. Envigado. 2008-2012**

DESTINACION DE RECURSOS PROPIOS PARA SALUD					
Año	2008	2009	2010	2011	2012
Salud pública	2.764.238.769	3.475.454.725	2.758.159.730	2.206.007.805	2.399.020.490
Cofinanciación del régimen subsidiado	42.134.948	13.413.109	10.140.380	0	0
Población no asegurada	0	114.521.437	98.854.393	305.723.105	77.942.585
Fortalecimiento red de servicios)	2.236.889.200	400.000.000	2.000.000.000	2.900.000.000	3.306.715.688
Funcionamiento	674.494.345	812.281.631	853.593.403	962.770.058	835.210.274
Otros	1.183.585.799	2.612.158.731	1.631.737.749	0	0
Total	6.901.343.061	7.427.829.633	7.352.485.655	6.374.500.968	6.618.889.037

**Fuente:** Secretaría de Salud. Envigado

## 4.3. CONTRATACION CON LA ESE (PIC-POBLACION NO ASEGURADA)

El Plan de intervenciones colectivas para toda la población, lo contratan con el Hospital Santa Gertrudis del municipio; este contrato incluye acciones para los siguientes programas:

Atención Primaria en Salud (APS), Programa Entornos saludables, vacunación, acciones de Información, Educación y Comunicación (IEC) de las líneas de Salud Sexual y Reproductiva (SSR), salud infantil, enfermedades crónicas no transmisibles y salud mental y la operación del sistema de vigilancia epidemiológica, en cuanto a los eventos que se presentan. Además, se tiene el contrato para atención de la población pobre no asegurada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), dando prioridad a la atención de los grupos poblacionales más vulnerables.

El municipio de Envigado es pionero en desarrollar acciones encaminadas a la promoción de la salud mental y la prevención de adicciones, y lo ha venido desarrollando, desde hace 10 años, con el Centro de Salud Mental de Envigado; allí hacen un trabajo de sensibilización, puerta a puerta, en los hogares;

actividades educativas itinerantes, asesorías e intervenciones, cuando se requiere, a través del Centro de Atención en Drogodependencias. Además, trabaja con las Instituciones educativas, el componente de prevención de adicciones.

En el programa para la promoción y prevención de enfermedades cardiocerebrovasculares, realizan visitas para evaluar la eficacia del programa, a través de la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes y el cambio en estilo de vida de los mismos. En las visitas, se monitorea la evolución que se presenta frente a los siguientes factores de riesgo: tabaquismo, consumo de licor, actividad física, estrés y dieta saludable.

#### **4.4. PARTICIPACION SOCIAL**

En el componente salud, de las organizaciones comunitarias estipuladas en la norma según el decreto 1757 de 1994, y de acuerdo con el informe de la evaluación de la gestión realizado en el año 2014, la Secretaría de Salud tiene conformado el COPACOS, a este pertenecen 25 líderes que representan cada una de las zonas del municipio, los cuales participan activamente en actividades de salud organizadas por ellos mismos, mediante el evento "Barrio Saludable". Tienen conformado y en operación el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud CTSSS. Existen veedurías legalmente conformadas para temas de salud y asociaciones de usuarios en la Empresa Social del Estado Hospital Manuel Uribe Ángel y la Empresa Social del Estado Santa Gertrudis. Se encuentran constituidos los procesos de asesoría a la comunidad a través del Sistema de Atención a la Comunidad desde la Secretaría de Salud y el Sistema de Atención e Información al Usuario desde ambas Empresas Sociales del Estado.

#### **4.5. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD**

La Secretaría de Salud de Envigado lidera la estrategia de APS dentro del Programa de Entorno Saludable, en donde se encuentran los programas de familia, escuela, barrio y empresa saludable; la operación de la misma, la contrata con la ESE Hospital Santa Gertrudis. A continuación, se describen los principales aspectos para el desarrollo de la estrategia APS.

**Tabla N° 3: Componentes Programa APS**

CRITERIOS	INFORMACIÓN
Población beneficiada (Número de familias de la línea de base y proyección de familias a intervenir a 2015)	Línea base 2011: 1.563 entornos visitados con 18.880 usuarios beneficiados proyectado a 2015: 1600 familias
Criterios de selección y focalización de las familias y/o beneficiarios a intervenir con la estrategia (familias en acción, Red juntos, otros programas o criterios)	El municipio de Envigado suministra varios subsidios a la comunidad, los cuales son liderados por diferentes secretarías de la Administración Municipal, éstas remiten la información de las solicitudes para visitar estas familias. También se visitan familias de programas especiales, como: familias en acción, población desplazada, red juntos, además se atienden solicitudes que hacen directamente la comunidad.
Ámbitos de acción (hogar, escuela, trabajo, comunidad)	Familia, escuela, barrio y empresa
Composición del equipo básico de atención EBA (perfil de los integrantes)	Enfermera (o) profesional, Higienista oral, Auxiliar de Enfermería, Psicología.
Número de familias que en promedio atiende cada equipo básico de atención EBA	200 familias
Mecanismo de articulación con la ESE y otras instituciones para referencia y continuidad de los usuarios en la red (Contributivo-subsidiado - otro)	En las visitas realizan inducción a la demanda, hacen la remisión a la red de salud correspondiente y posteriormente el seguimiento de la atención.
Componentes (acciones) que realiza la estrategia en el entorno	Visita del entorno familiar, escolar, barrial y empresarial para caracterización, demanda inducida, identificación de factores de riesgo y protectores, remisión a la red de atención correspondiente y seguimiento. En la estrategia articulan los programas de SSR, Promoción y Prevención en enfermedades cardiocerebrovasculares, vigilancia y control de factores de riesgo, promoción de la salud mental y prevención de adicciones.
Desarrollo del componente comunitario y de participación ciudadana	Lo hacen a través del COPACOS y otras organizaciones comunitarias.
Inversión	2011. \$ 646.091.932

**Fuente:** Secretaría de Salud. Envigado

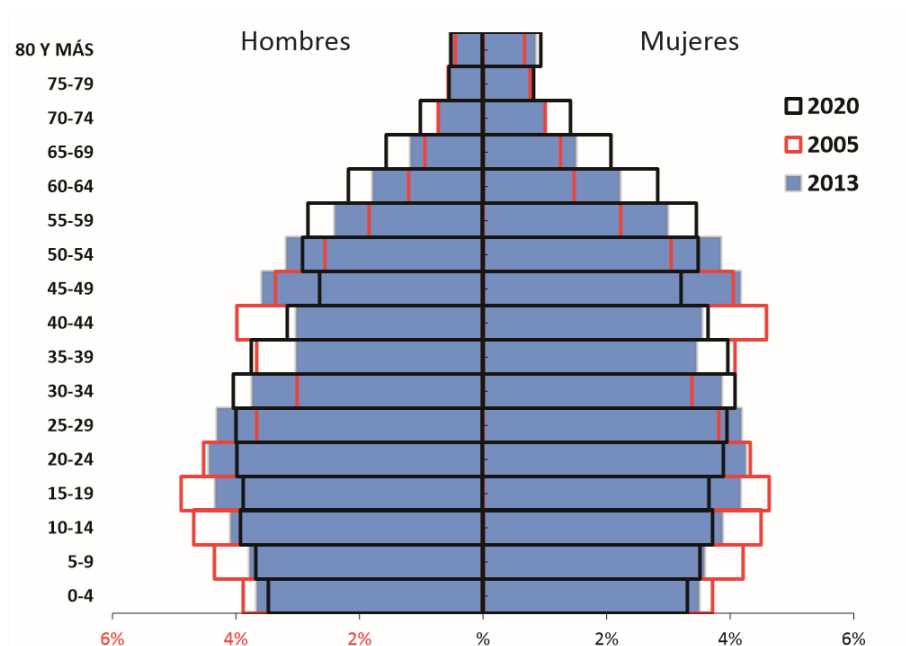
## 5. CAMBIOS DEMOGRÁFICOS

De acuerdo a las cifras presentadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), el censo de 2005 proyectado a 2013 y 2020; para el 2015, Envigado tiene una población de 222.455 habitantes, siendo ésta la tercera población del Valle de Aburrá, representa el 5,89% del total de la población del AMVA. De esta población, el 48,2 % son hombres y el 51,8% mujeres; el 96% se ubica en la zona urbana y solamente el 4% en la zona rural.

### PIRÁMIDES POBLACIONALES Y CRECIMIENTO POBLACIONAL

En las pirámides poblacionales del municipio de Envigado, se observa un incremento en el número de personas que componen los diferentes grupos de edad, desde la base poblacional. Dicha composición, empieza a disminuirse a partir del grupo de 25 a 29 años, desde el 2005, hasta el grupo de 35 a 39 años, donde se evidencia la mayor depresión de la pirámide. Vuelve a observarse un incremento, hasta el grupo de 45 a 49 años y a partir de este grupo, se va disminuyendo hasta la punta de la pirámide.

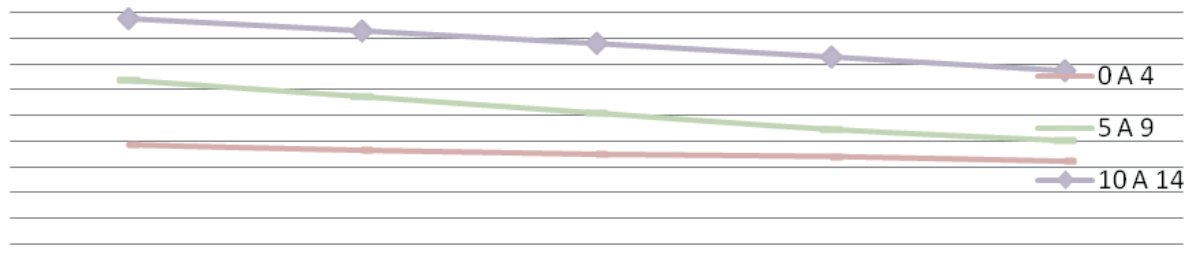
Gráfico 3. Pirámides Poblacionales. Envigado. 2005 - 2013 - 2020



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)

Como se aprecia en el Gráfico 3, en la distribución porcentual de los grupos de edad, se observa una disminución a lo largo del período en los grupos de 5 a 9, 10 a 14 y 15 a 19 años; mientras crece la población de los grupos de mayor edad.

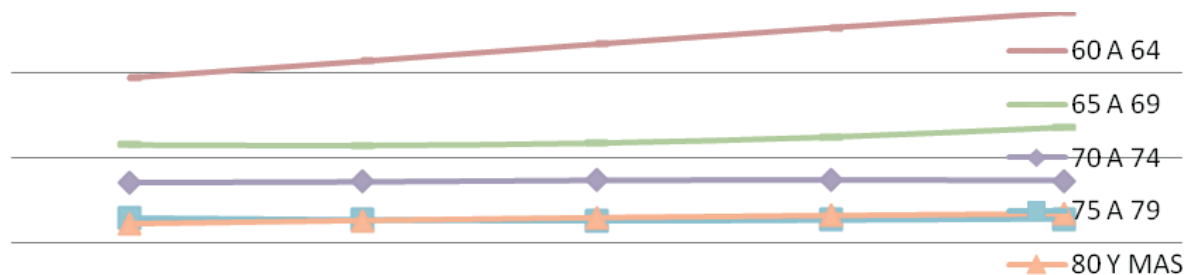
**Gráfico 4. Comportamiento de la distribución porcentual de los grupos de edad de 0 a 14 años. Envigado. 2007-2011**



**Fuente:** Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)

Para el caso de los grupos poblacionales mayores de 60 años, se observa una tendencia sostenida al aumento, en todos los grupos poblacionales, el mayor incremento se percibe en el quinquenio de 60 a 64 años, donde el cambio fue de 8% en los últimos cinco años. (Ver Gráficos 4 y 5).

**Gráfico 5. Comportamiento de la distribución porcentual de los grupos de edad de 60 años y más. Envigado. 2007-2011**



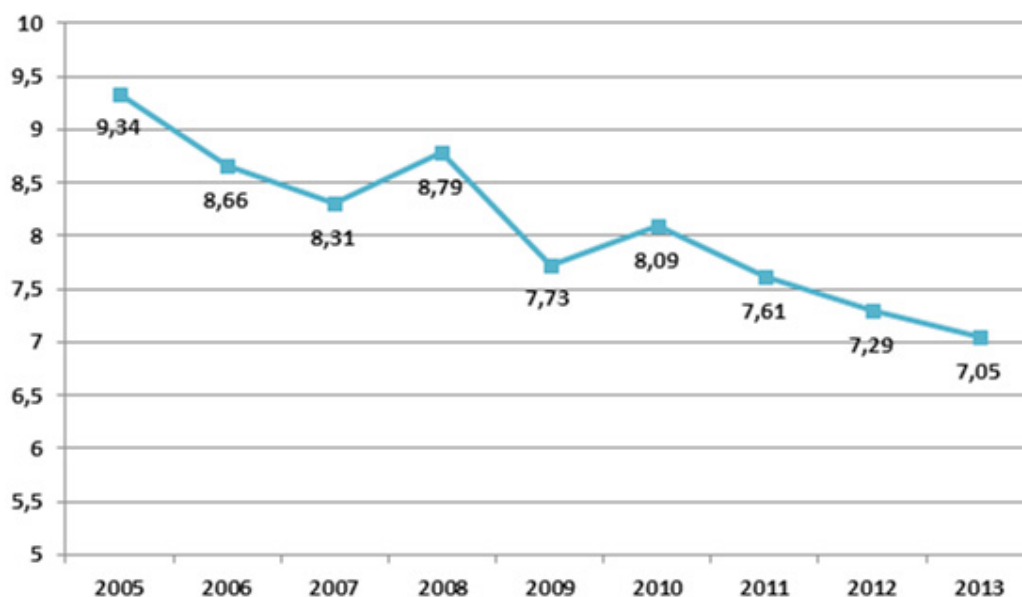
**Fuente:** Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)



## 6. FECUNDIDAD

El municipio de Envigado es el municipio que registra las tasas de fecundidad y natalidad más bajas del Área Metropolitana; por consiguiente, los cambios que se han producido en los últimos años, han sido también los más bajos. El porcentaje de disminución en la natalidad, ha sido del 8.42% en el período revisado. La tasa global de fecundidad, no alcanza a ser ni un sólo hijo por mujer para el año 2011.

**Gráfico 6. Tasa bruta de natalidad. Envigado. 2005-2013**



**Fuente:** Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Como se puede observar en el Gráfico 6, la tasa bruta de natalidad para el municipio de Envigado, evidencia una tendencia de baja constante, en el período evaluado, siendo el del año 2013, el valor más bajo registrado.

## 7. AFILIACION AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS)

La cobertura del SGSSS en los últimos seis años, muestra un comportamiento muy estable en el municipio de Envigado. Las coberturas han estado por encima del 80% en los últimos años, observándose una sostenibilidad en la afiliación al régimen contributivo. Envigado es uno de los municipios con mejores coberturas en el régimen contributivo: 70% en el área rural y 82% en la urbana para el año 2013. La afiliación al régimen subsidiado, es una de las más bajas del Valle de Aburrá: 8% en el área urbana y 20 % en el área rural. Hay un porcentaje importante de población no afiliada, que en gran parte, se considera población particular, por su nivel de Sistema de Identificación de Beneficiarios de Subsidios Sociales (SISBEN), lo cual no la hace objeto de subsidio.

**Tabla N° 4: Población afiliada al régimen subsidiado y al régimen contributivo y cobertura de aseguramiento. Envigado. 2007-2013**

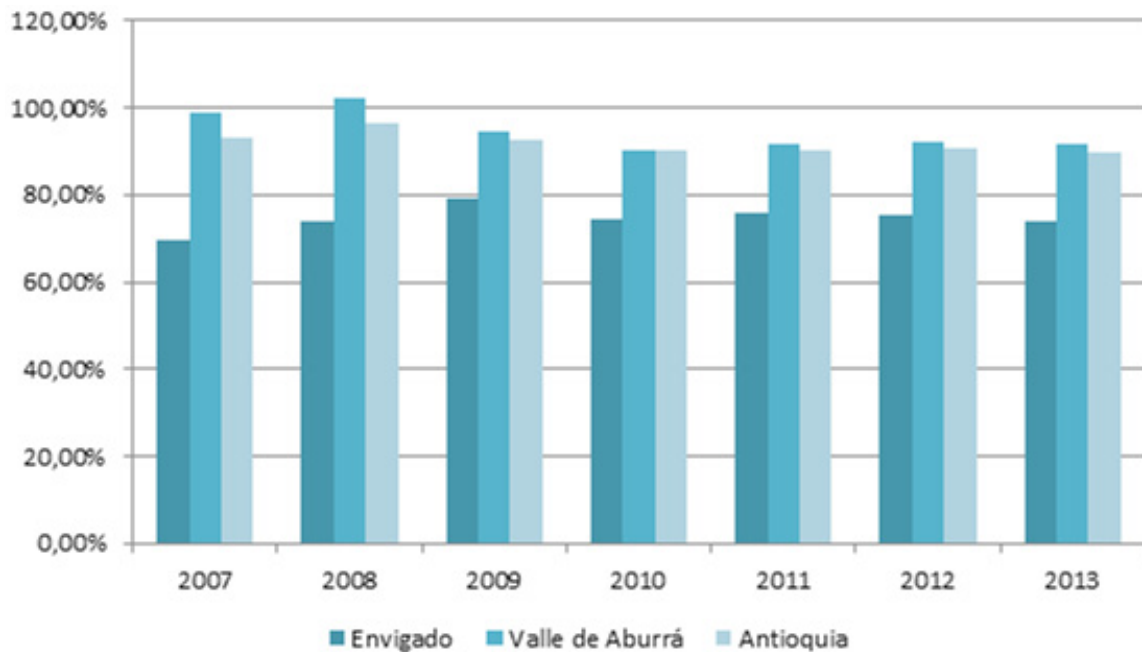
Año	Población	Régimen subsidiado		Régimen contributivo		Porcentaje de cobertura de aseguramiento al SGSSS	Población pendiente por afiliar al SGSSS
		Número de afiliados	Porcentaje de aseguramiento	Número de afiliados	Porcentaje de aseguramiento		
2007	183.251	25.119	13.71%	102.802	56.10%	69.81%	55.330
2008	187.921	26.911	14.31%	111.700	59.44%	73.76%	49.310
2009	192.646	27.024	14.03%	125.360	65.07%	79.10%	40.262
2010	197.440	18.187	9.21%	128.870	65.27%	74.48%	50.383
2011	202.310	18.247	9.02%	135.048	66.75%	75.77%	49.015
2012	207.290	18.135	8.75%	136.173	66.79%	75.54%	52.982
2013	212.283	17.804	8.39%	136.504	65.34%	73.73%	55.771

**Fuente:** Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

La afiliación a los servicios de salud en el municipio de Envigado, se encuentra mayoritariamente, en el régimen contributivo, iniciando en el 2007 con un 56,10% de la población, para llegar hasta un 65,34% en el año 2013. (Ver Tabla 4).

A su vez, el régimen subsidiado mantiene un comportamiento de descenso, pasando del 13,71% en el 2007, al 8,39% de la población en el año 2013; de la misma manera, es importante advertir el aumento considerable en el porcentaje de afiliación global al sistema de salud, con relación al año 2007, llegando en el 2013 a un 73,73% de la población envigadeña. (Ver Tabla 4).

Gráfico 7. Porcentaje de cobertura de aseguramiento al SGSSS. Envigado.  
Comparativo. 2007-2013



Fuente: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

El porcentaje de cobertura de aseguramiento al SGSSS, para el municipio de Envigado, estuvo por debajo de los valores globales para el Valle de Aburrá y el departamento de Antioquia; encontrándose, generalmente, entre el 69% y el 79%, pero nunca por encima del 80%, como puede evidenciarse en el Gráfico 7.

## 8. ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN

### 8.1 MORBILIDAD

Al revisar el perfil de morbilidad, proveniente del servicio de consulta externa del municipio de Envigado, se logra visualizar que el mayor porcentaje de consulta, se concentra en la población urbana, pues representa el 96% de la población del municipio. El uso de los servicios de consulta externa, es casi el doble para el sexo femenino que para el masculino y los grupos poblacionales de 15 a 44 años y mayores de 60 años, son los que más uso hacen de este servicio. (Ver Tabla 5).

**Tabla N° 5: Morbilidad consultada. Consulta externa. Envigado. 2007-2011**

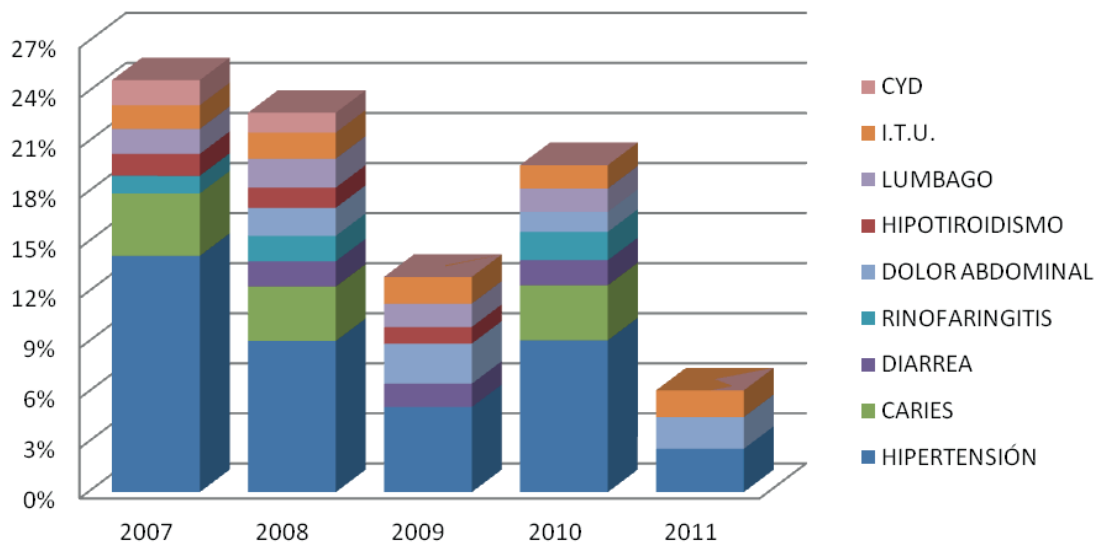
MORBILIDAD CONSULTADA. CONSULTA EXTERNA. ENVIGADO 2007 -2011					
VARIABLE	AÑO				
	2007	2008	2009	2010	2011
TOTAL	260366	336649	72438	305789	5647
URBANO	99,4%	99,1%	98,7%	98,5%	98,7%
RURAL	0,6%	0,9%	1,3%	1,5%	1,3%
HOMBRES	35,4%	36,4%	37,9%	36,1%	36,8%
MUJERES	64,6%	63,6%	62,1%	63,9%	63,2%
< 1 AÑO	6,9%	7,6%	5,5%	1,4%	2,6%
1 A 4	6,3%	6,5%	4,9%	3,5%	0,7%
5 A 14	5,2%	5,4%	4,3%	6,7%	1,4%
15 A 44	35,5%	36,8%	38,1%	38,4%	35,2%
45 A 59	28,9%	27,5%	28,1%	25,1%	29,3%
> 60	17,3%	16,2%	19,1%	25,0%	30,9%

**Fuente:** Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Al revisar las principales causas de morbilidad provenientes de este servicio, se identifica que la hipertensión arterial, es la principal causa de consulta; de forma consistente, se observa también, que las consultas por infección urinaria y los dolores abdominales no especificados, hacen parte del perfil de morbilidad del municipio.

Sin embargo, se sigue presentando en los reportes de Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) muchas causas de consulta externa y de urgencias, presentados como signos y síntomas y muchas causas mal codificadas, que evidencian las falencias y dificultades en la calidad de los registros médicos y en general en los sistemas de información en salud. (Ver Gráfico 8).

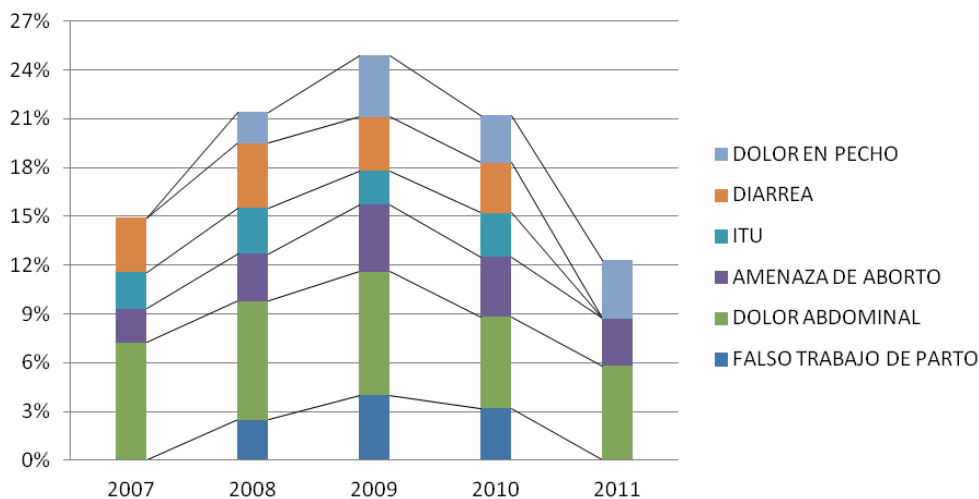
**Gráfico 8. Distribución porcentual principales causas de consulta externa.  
Envigado. 2007-2011**



**Fuente:** Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

El comportamiento en el perfil de las consultas por el servicio de urgencias con observación, es similar al presentado en el servicio de consulta externa; la población urbana, el sexo femenino y los grupos poblacionales de 15 a 44 y los mayores de 60 años, son los que más frecuentemente utilizan este servicio. Sólo el dolor abdominal no especificado y la amenaza de aborto, hacen parte de forma consistente del perfil de morbilidad, proveniente del servicio de urgencias. (Ver Gráfico 9).

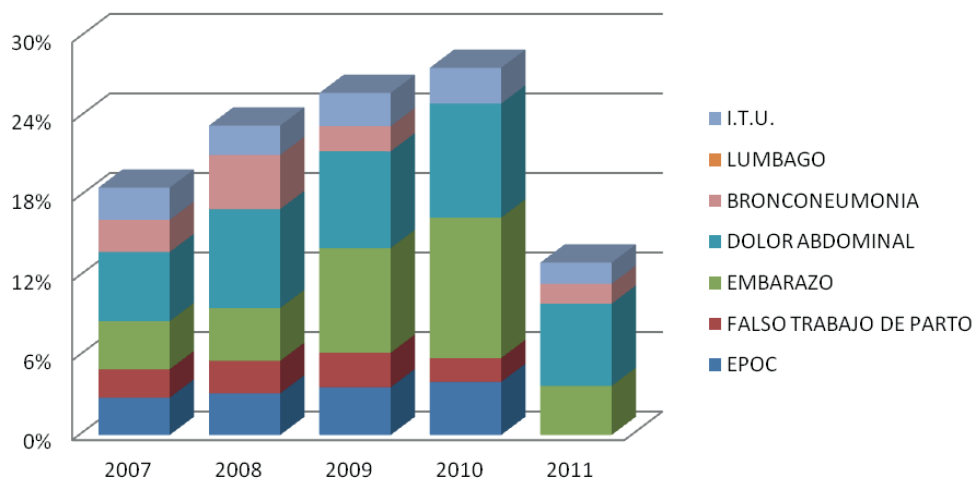
**Gráfico 9. Distribución porcentual principales causas de consulta urgencias.  
Envigado. 2007-2011**



**Fuente:** Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

El perfil de morbilidad, proveniente del servicio de hospitalización, con el mismo comportamiento que los dos servicios anteriores, muestra cómo las causas relacionadas con la maternidad, siguen siendo los principales diagnósticos de hospitalización. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica, viene en aumento y se va consolidando como la principal causa de hospitalización por enfermedad crónica. (Ver Gráfico 10).

**Gráfico 10. Distribución porcentual principales causas de hospitalización. Envigado. 2007-2011**



Fuente: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

## 8.2. CAMBIOS EN LA MORTALIDAD

Para el año 2013, se estima que la esperanza de vida al nacer, en el municipio de Envigado, es de 79 años, aproximadamente. El municipio de Envigado, en el período evaluado, ha experimentado un descenso progresivo en la mortalidad. La tasa cruda para el año 2013 fue de 4.45 por cada mil habitantes.

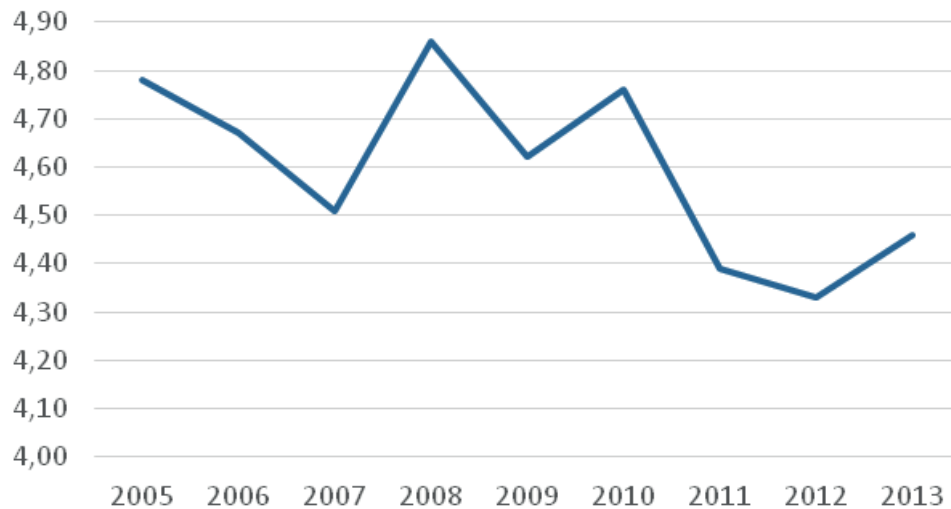
**Tabla N° 6: Tasa de mortalidad por mil habitantes. Comparativo Envigado, Valle de Aburrá y Antioquia. 2005-2013**

	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	Casos	Tasa x mil habitantes	Casos	Tasa x mil habitantes	Casos	Tasa x mil habitantes	Casos	Tasa x mil habitantes	Casos	Tasa x mil habitantes	Casos	Tasa x mil habitantes	Casos	Tasa x mil habitantes	Casos	Tasa x mil habitantes	Casos	Tasa x mil habitantes
Envigado	832	4,8	835	4,7	827	4,5	914	4,9	890	4,6	964	4,9	906	4,5	940	4,5	946	4,5
Valle de Aburrá	16080	4,9	16675	5,0	16621	4,9	17490	5,1	18345	5,2	18921	5,3	17910	5,0	17682	4,9	17241	4,7
Antioquia	27440	4,8	28087	4,9	27892	4,8	28741	4,9	29566	4,9	30388	5,0	28768	4,7	28544	4,6	27624	4,4

Fuente: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

La tasa bruta de mortalidad para el municipio de Envigado se mantiene por debajo de la del Valle de Aburrá; contemplando en términos generales un descenso, aunque para los años 2008 y 2010 presentó leves aumentos. (Ver Gráfico 11 y Tabla 6).

**Gráfico 11. Tasas crudas de mortalidad. Envigado. 2005-2013**

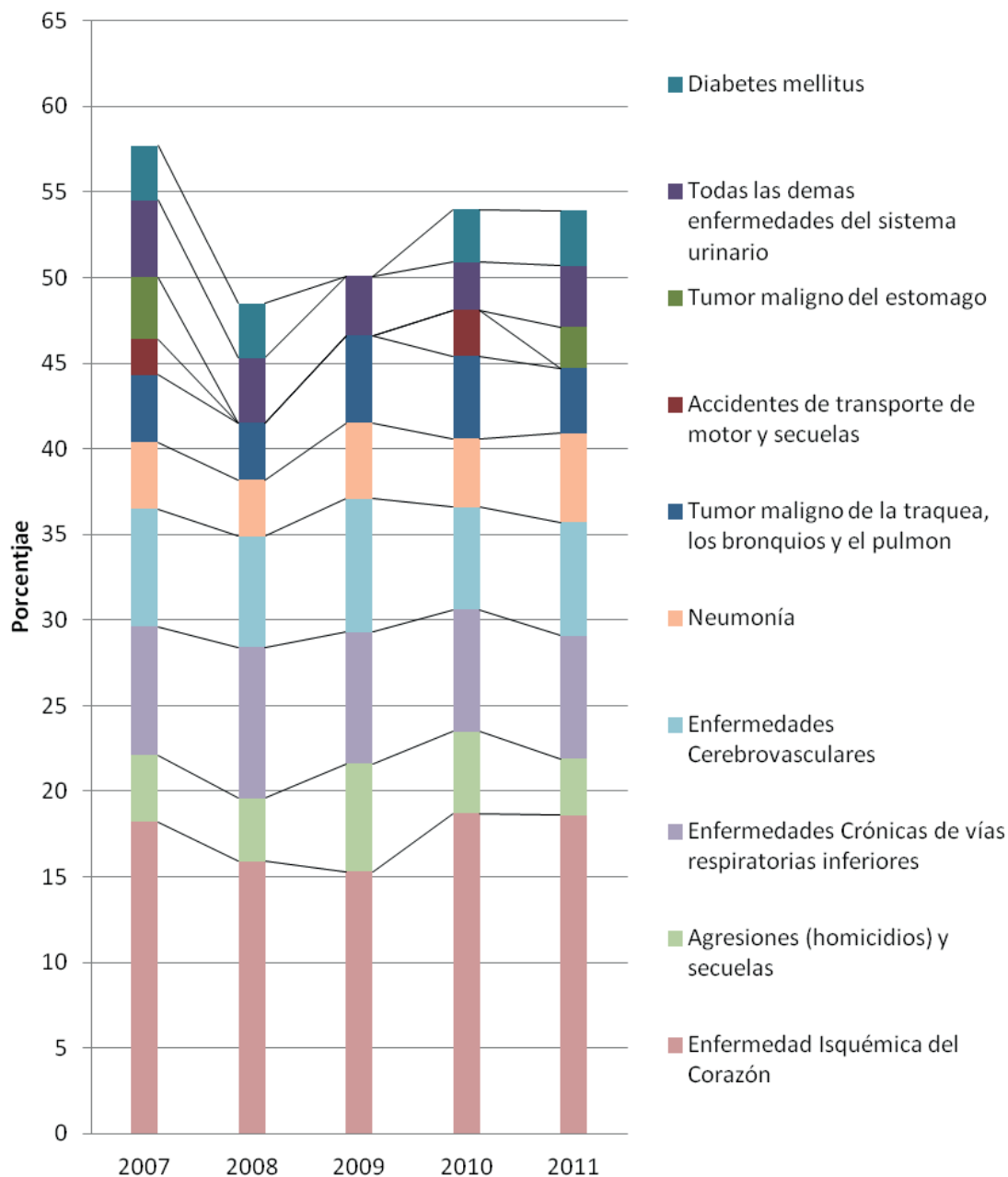


**Fuente:** Observatorio Metropolitano de Información. Área Metropolitana del Valle de Aburrá

Las principales causas de mortalidad; incluyen la enfermedad isquémica, las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades crónicas respiratorias y muertes por causa externa.

Así como sucede en el municipio de Medellín, se registran en las causas de mortalidad del municipio de Envigado, dos relacionadas con cáncer: pulmón y estómago. Es importante indicar también, que las agresiones, como causa de muerte, aparentemente es la más baja del Área Metropolitana. (Ver Gráfico 12).

Gráfico 12. Distribución porcentual de las principales causas de mortalidad. Envigado. 2007-2011



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia



### 8.3. MORTALIDAD ESPECÍFICA

A continuación, se resumen algunas causas importantes de mortalidad, en los últimos cinco años, para el municipio de Envigado. Llama la atención la disminución para el año 2011 de las muertes por accidentes y por homicidios. Así mismo, se resalta la ocurrencia sólo de dos muertes maternas en los últimos cinco años.

**Tabla N° 7: Tasa de mortalidad por causa. Envigado. 2005-2013**

Tasa por causa de mortalidad	2005	2007	2009	2011	2013
Mortalidad infantil en menores de 1 año	6,11	5,22	8,65	5,81	5,32
Mortalidad infantil en menores de 5 años	0,98	0,81	0,99	0,82	0,53
Mortalidad por cáncer de cuello uterino	2,22	2,11	7,01	1,91	1,82
Mortalidad por cáncer de mama	15,53	14,75	18,03	16,21	25,45
Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mortalidad por homicidio	20,10	12,55	24,39	14,33	13,19
Mortalidad por infarto agudo de miocardio	63,16	73,11	64,35	74,62	64,07
Mortalidad por suicidio	9,76	4,36	5,19	8,40	1,41
Mortalidad por tuberculosis pulmonar	0,00	1,09	0,00	1,98	0,94
Mortalidad por VIH-SIDA	3,45	4,91	4,67	3,46	0,47

**Fuente:** Observatorio Metropolitano de Información. Área Metropolitana del Valle de Aburrá.

La mortalidad por infarto agudo de miocardio, es la principal causa de muerte, en el municipio de Envigado; encontrando su punto más alto en el año 2011, en el que ésta, indicó un valor de 74,62, por encima, incluso, de la tasa de homicidios. (Ver Tabla 7).

Resalta así mismo, que la mortalidad por desnutrición en menores de cinco años, arroja valores en cero, entre los años 2007 y 2013.

### 8.4. COBERTURAS EN VACUNACIÓN

Al analizar el comportamiento de la cobertura de vacunación, con los principales biológicos del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), se observa unas coberturas, para algunos biológicos, superiores al 50%; pero aún por debajo de la meta del 95%. Para el año 2011, las coberturas de todos los biológicos se encuentra entre el 50% y el 60%. Se observa que para este mismo año, solo la Polio, alcanza coberturas superiores al 80%. (Ver Tabla 8).

Tabla N° 8: Comportamiento de las coberturas en vacunación. Envigado. 2007-2013

Año	POLIO		DPT		BCG		HEPATITIS B		H.I.b		SRP		FIEBRE AMARILLA	
	3a. Dosis	%	3a. Dosis	%	Dosis Única	%	3a. Dosis	%	3a. Dosis	%	Dosis Única	%	Dosis Única	%
2007	1.69	62,4	1.69	62,6	1.55	57,5	1.69	62,3	1.69	62,5	1.65	60,1	1.63	59,3
2008	1.80	66,0	1.80	65,7	1.71	62,5	1.79	65,6	1.81	66,1	1.48	53,3	1.34	48,3
2009	1.65	59,5	1.65	59,6	2.27	81,8	1.61	57,9	1.65	59,5	1.69	60,2	1.64	58,2
2010	1.40	49,0	1.40	49,1	1.42	49,7	1.39	48,7	1.41	49,3	1.40	49,2	1.18	41,4
2011	1.58	53,1	1.59	53,5	1.40	47,0	1.58	52,9	1.59	53,4	1.55	52,5	1.73	58,8
2012	1.41	81,6	1.44	82,9	1.43	82,3	1.42	82,0	1.42	82,0	1.43	83,1	1.39	81,2
2013	1.41	82,1	1.41	81,8	1.38	79,8	1.41	81,8	1.42	82,1	1.39	81,1	1.38	80,3

Fuente: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

El porcentaje de cobertura en vacunación para el municipio de Envigado, evidencia aumentos significativos en el periodo de tiempo, que va del año 2007 al 2013, pasando de valores que oscilan entre 57% y el 62%, al 82% de cobertura en las terceras dosis de Polio y Hib (Influenzae), en el año 2013.

## 8.5. PRINCIPALES EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA

En la Tabla 9 se resume el número de casos de algunos eventos de interés en salud pública del año 2007 al año 2013:

Tabla N° 9: Número de casos de algunos eventos de interés en salud pública. Envigado. 2007-2013

COMPORTAMIENTO DEL NÚMERO DE CASOS DE ALGUNOS EVENTOS DE INTERES EN SALUD PÚBLICA. ENVIGADO. 2007-2013							
EVENTO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
VIH	9	24	25	14	23	26	30
PREVALENCIA VIH	0,065	0,077	0,088	0,093	0,102	0,125	0,141
SIFILIS CONGÉNITA	1	0	0	1	2	0	2
TUBERCULOSIS PULMONAR	14	16	18	13	19	26	27
INTENTO DE SUICIDIO		56	71	74	128	103	117
DENGUE	132	5	32	1464	30	22	80

Fuente: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

## 9. DIAGNÓSTICO DE RED EN SALUD DEL MUNICIPIO

En Envigado, según datos del documento de situación de salud del municipio del año 2013, se tienen identificados 358 prestadores; de los cuales, 106 clasifican como Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS y, 252, son profesionales independientes. En cuanto a la capacidad instalada reportada por las IPS, incluyendo las ESES municipales; se cuenta con una oferta de 299 camas, incluyendo camillas de urgencias y camas de cuidados intermedios e intensivos, 344 consultorios, 6 quirófanos, 2 salas de parto y 16 ambulancias. El municipio cuenta con 358 servicios habilitados para prestar servicios de salud y 1.270 profesionales contratados, para prestar los servicios en 50 IPS. Hay instituciones que prestan servicios en los tres niveles de atención.

## 10. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (ESE) SANTA GERTRUDIS

Mediante Acuerdo Municipal No 061 del 10 de noviembre de 2006, se transformó en Empresa Social del Estado, del orden municipal, de primer nivel de complejidad. La Empresa Social del Estado Santa Gertrudis, está conformada por cinco sedes o Unidades Básicas de Atención: Palmas, Israel Rendón, Pacomio Vélez, Liliana Mejida de R y la Clínica Santa Gertrudis.

### 10.1. PLATAFORMA ESTRATÉGICA

Tabla N° 10: Plataforma Estratégica. ES.E Santa Gertrudis. Envigado. 2014

Misión	SI	
Visión	SI	
Valores	SI	
Objetivos	SI	
Política de Calidad	Si	
Modelo de Atención		NO

Fuente: ESE Santa Gertrudis. Envigado

La Tabla 10 demuestra que la ESE cumple con los criterios de calidad exigidos por la normatividad, excepto la exposición del Modelo de Atención.

### 10.2. CAPACIDAD INSTALADA

Tabla N° 11: Capacidad instalada. ESE Santa Gertrudis. Envigado. 2014

Capacidad instalada. ES E Santa Gertrudis. Envigado. 2014	
Camas de hospitalización	21
Camas de observación	9
Consultorios de consulta externa	34
Consultorios en el servicio de urgencias	4
Salas de quirófanos	1
Mesas de partos	1
Número de unidades de odontología	10

Fuente: ESE Santa Gertrudis. Envigado

La Tabla 11 resume la capacidad instalada de la ESE.

### 10.3. RECURSOS HUMANOS

**Tabla N° 12: Recursos Humanos. ESE Santa Gertrudis. Envigado. 2014**

RECURSOS HUMANOS ESE SANTA GERTRUDIS. ENVIGADO. 2014					
CARGOS	ES E	SANAR	ASCOLSA	PRESTACION	TOTALES
Médicos generales	9	21			30
Médicos especialistas				23	23
Enfermeras Jefes	3	9			12
Auxiliares de enfermería	10	31			41
Odontólogos	7	1			8
Higienistas	6	3			9
Química		1			1
Regente farmacia	1				1
Otras profesiones área de la salud (Sicólogos, terapeutas)		13	1		14
Administrativos	20		60		80
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>79</b>	<b>61</b>	<b>23</b>	<b>219</b>

**Fuente:** ESE Santa Gertrudis. Envigado

La Tabla 12 resume el recurso humano vinculado a la ESE.

### 10.4. PORTAFOLIO DE SERVICIOS

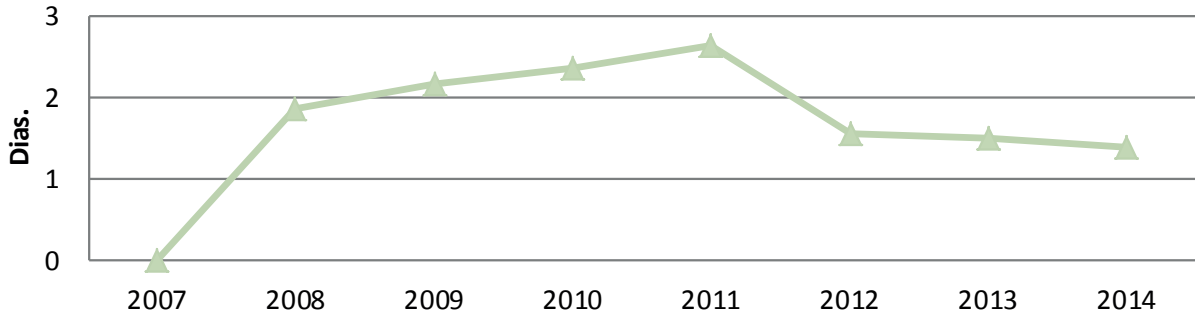
- Consulta de medicina general
- Servicio de quirófanos ambulatorio en: ortopedia, cirugía general, urología; Otorrinolaringología (ORL) y ginecología.
- Hospitalización obstétrica de baja complejidad.
- Programa de Riesgo Cardiovascular.
- Programas de promoción y prevención en Salud.
- Programas de interés en salud pública.
- Odontología general.
- Servicio de urgencias (24 horas).

- Transporte asistencial básico (servicio de ambulancia).
- Hospitalización domiciliaria.
- Consulta de enfermería.
- Consulta de psicología .
- Colonoscopia y endoscopia.
- Optometría y óptica.
- Nutrición y dietética.
- Rehabilitación: terapia física, terapia respiratoria y del lenguaje.
- Programa de rehabilitación pulmonar.
- Laboratorio clínico de baja y mediana complejidad.
- Imagenología con equipos de alta tecnología ( Rayos X y Ultrasonido).
- Servicio farmacéutico.
- Vacunación PAI y no PAI.
- Consulta médica especializada: cirugía general, dermatología, ginecobstetricia, medicina interna, otorrinolaringología, pediatría, psiquiatría, urología, ortopedia, oftalmología, reumatología, neumología y neurología.
- Servicio de electrodiagnóstico: EEG, con telemetría, polisomnografía, EMG, velocidades de conducción nerviosa.

## 11. INDICADORES

### 11.1. INDICADORES DE CALIDAD

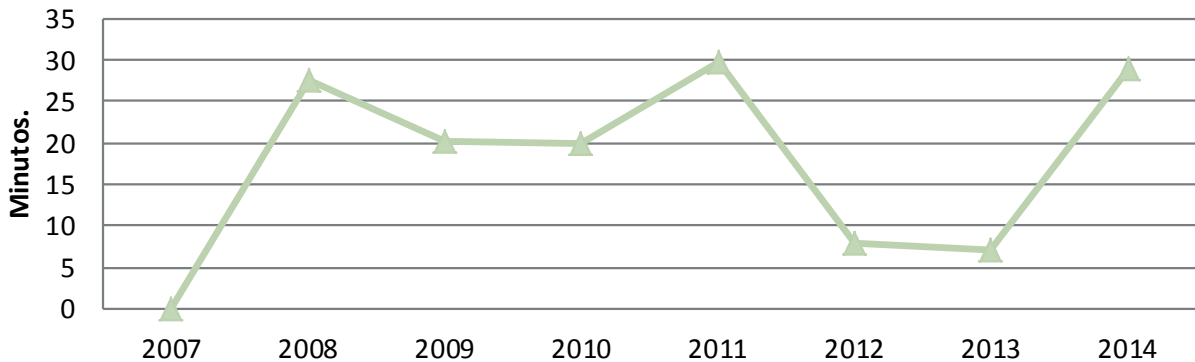
Gráfico 14. Comportamiento de la oportunidad en la asignación de cita médica general.  
ESE Envigado. 2007-2014



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria (SIHO). Minsalud.

En el Gráfico 14 se observa que la oportunidad en la asignación de cita con médico general, está por debajo del indicador nacional, y estable en tres últimos años, con mejora de 24 horas del 2011 al 2012. Sugiere accesibilidad y calidad en la prestación del servicio básico de medicina general.

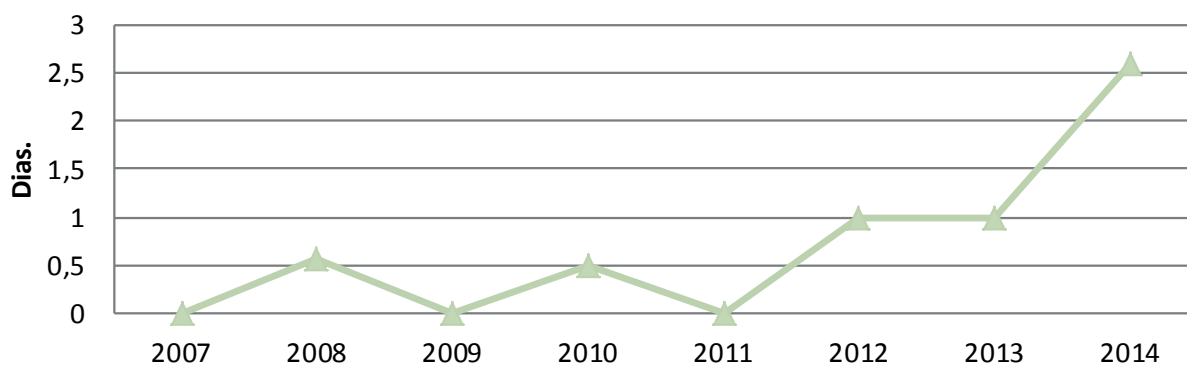
Gráfico 15. Comportamiento de la oportunidad en la consulta de urgencias.  
ESE Envigado. 2007-2014



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria (SIHO). Minsalud.

En el Gráfico 15 se observa que la oportunidad en la consulta médica de urgencias, ha tenido un comportamiento irregular en el período evaluado, sin superar los 30 minutos. Presentó un aumento importante en el último año, desde ocho minutos en el 2013, hasta 29 minutos en el 2014.

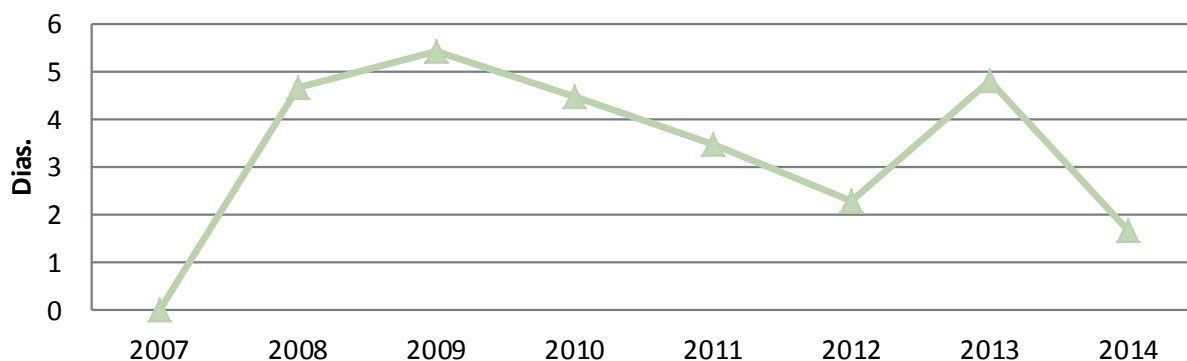
**Gráfico 16. Comportamiento de la oportunidad en la atención de servicios de imagenología. ESE Envigado. 2007-2014**



**Fuente:** Elaboración propia con datos del Sistema de Información de Hospitales Público. Minsalud.

En el Gráfico 16 se observa que la oportunidad en la atención en los servicios de imagenología, se elevó significativamente en el último año, duplicándose el tiempo requerido, después de haber presentado valores estables y bajo en los años previos, incluso con atención inmediata en el servicio.

**Gráfico 17. Comportamiento de la oportunidad en la asignación de cita odontológica. ESE Envigado. 2007-2014**

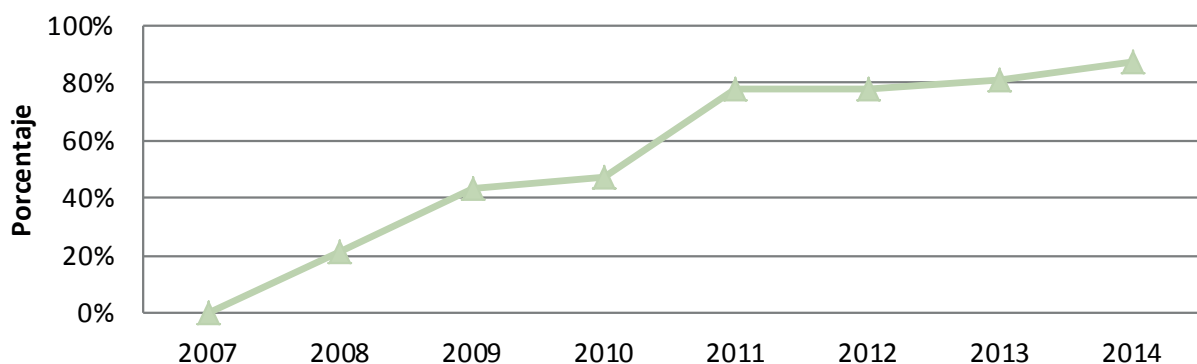


**Fuente:** Elaboración propia con datos del Sistema de Información de Hospitales Público. Minsalud.

En el Gráfico 17 se observa que la oportunidad en la asignación de la cita odontológica ha mejorado progresivamente en el período evaluado, a pesar de un alza transitoria en el 2013, con valores que se encuentran por debajo del estándar nacional.



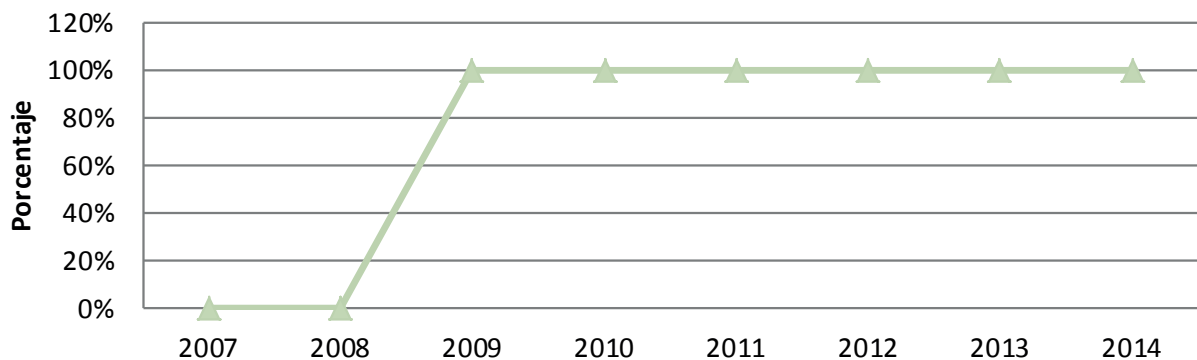
**Gráfico 18. Comportamiento de la proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada. ESE Envigado. 2007-2014**



**Fuente:** Elaboración propia con datos del Sistema de Información de Hospitales Público. Minsalud.

En el Gráfico 18 se observa que la proporción de pacientes con hipertensión controlada, viene creciendo desde el inicio del período evaluado, estabilizándose desde el año 2011, incluso por encima del 80% en el último año, un logro importante en el mejoramiento de la calidad de la atención de pacientes hipertensos.

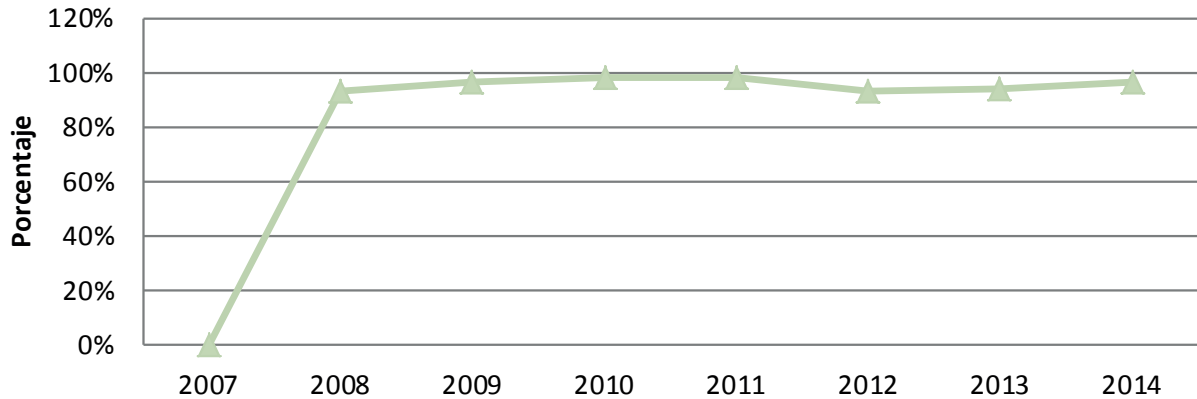
**Gráfico 19. Comportamiento de la proporción de vigilancia de eventos adversos. ESE Envigado. 2007-2014**



**Fuente:** Elaboración propia con datos del Sistema de Información de Hospitales Público. Minsalud.

En el Gráfico 19 se observa que la proporción de vigilancia de eventos adversos en los últimos seis años es del 100%, excelente indicador de calidad de la atención y seguridad del paciente.

**Gráfico 20. Comportamiento de la tasa de satisfacción global.  
ESE Envigado. 2007-2014**

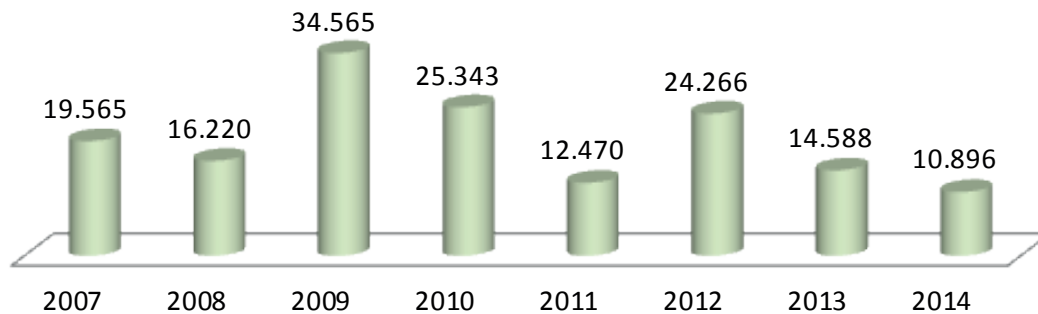


**Fuente:** Elaboración propia con datos del Sistema de Información de Hospitales Público. Minsalud.

En el Gráfico 20 se observa que los pacientes tienen excelente concepto de los servicios prestados en la institución, confirmado por valores altos y estables durante todo el período evaluado.

## 11.2. INDICADORES DE PRODUCCIÓN

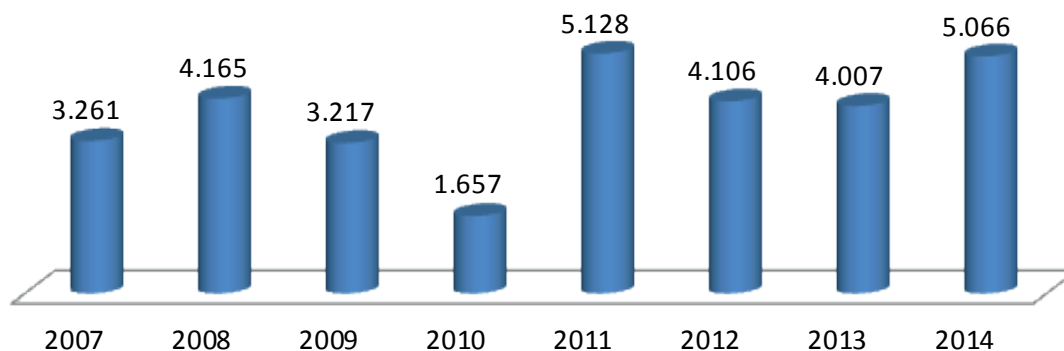
**Gráfico 21. Comportamiento de los biológicos PAI aplicados. ESE Envigado. 2007-2014**



**Fuente:** Elaboración propia con datos del Sistema de Información de Hospitales Público. Minsalud.

En el Gráfico 21 se observa que el número de biológicos aplicados se ha reducido en los últimos dos años, pero mucho más significativamente si se compara con el año 2009; una reducción a la tercera parte.

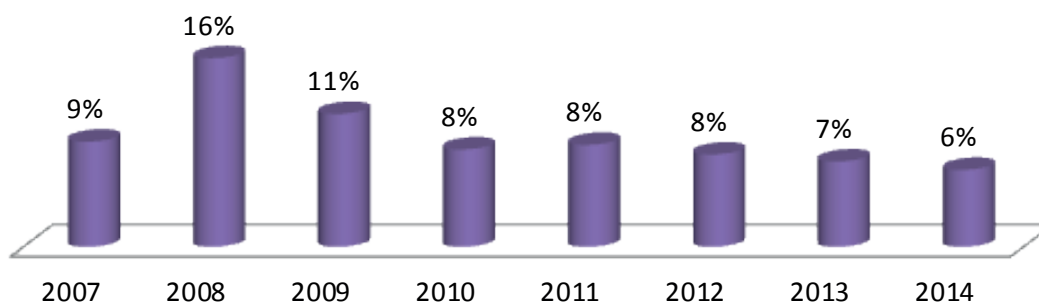
**Gráfico 22. Comportamiento de las consultas de enfermería. ESE Envigado. 2007-2014**



**Fuente:** Elaboración propia con datos del Sistema de Información de Hospitales Público. Minsalud.

En el Gráfico 22 se observa que el total de controles de enfermería, tuvo un incremento muy importante en el año 2011, y desde entonces, se ha mantenido estable, indicando un incremento en las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

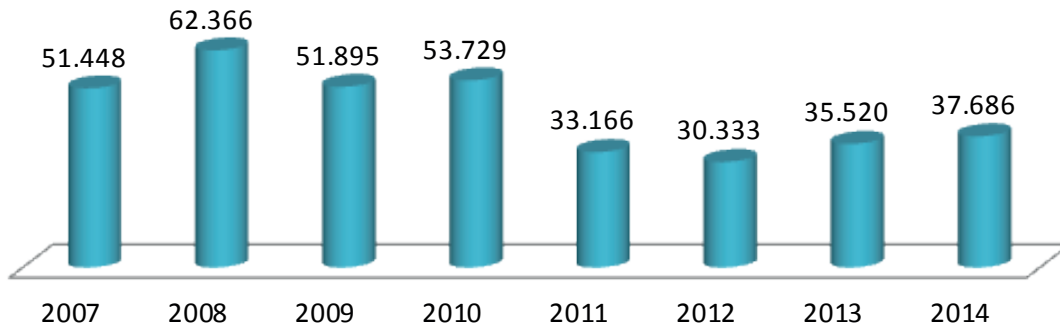
**Gráfico 23. Comportamiento de la cobertura estimada con citología. ESE Envigado. 2007-2014**



**Fuente:** Elaboración propia con datos del Sistema de Información de Hospitales Público. Minsalud.

En el Gráfico 23 se observa que la cobertura estimada de citologías en los dos últimos años está en promedio en el 7.5%. Es posible que este porcentaje tan bajo esté asociado, entre otras razones, a la cantidad y tipos de contratos que tiene la institución.

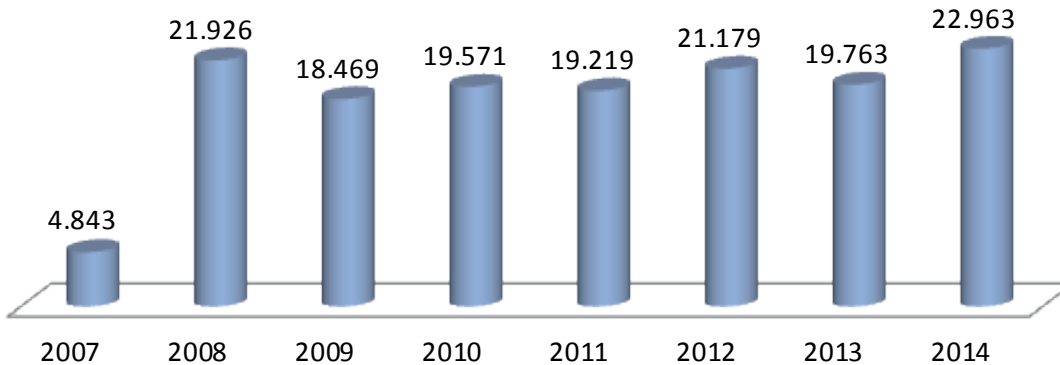
**Gráfico 24. Comportamiento del total de consultas de medicina general.  
ESE Envigado. 2007-2014**



**Fuente:** Elaboración propia con datos del Sistema de Información de Hospitales Público. Minsalud.

En el Gráfico 24 se observa que la consulta por médico general, tuvo un importante descenso en el 2011, y desde entonces, se mantiene en valores estables; pero si se compara con los valores del año 2008, hay un descenso del 40%, situación que implica una reducción importante de la capacidad resolutoria de la institución en el período evaluado.

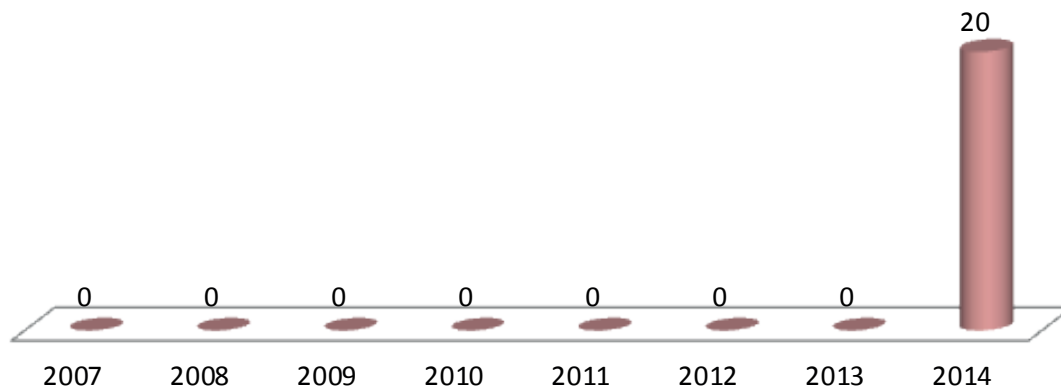
**Gráfico 25. Comportamiento del total de consultas de urgencias.  
ESE Envigado. 2007-2014**



**Fuente:** Elaboración propia con datos del Sistema de Información de Hospitales Público. Minsalud.

En el Gráfico 25 se observa que el número total de consultas médicas de urgencias, se mantiene prácticamente estable desde el año 2008, con algunos descensos leves. La reducción de la consulta externa, no está entonces explicada, por el incremento de las consultas de urgencias.

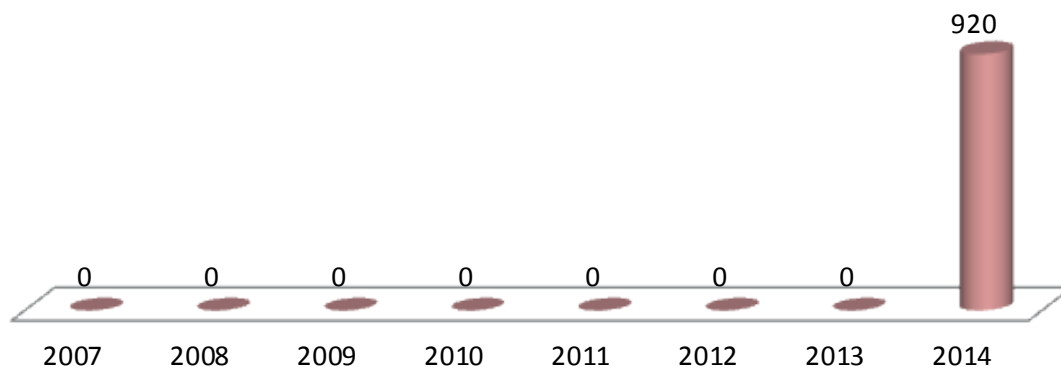
**Gráfico 26. Comportamiento del total de partos vaginales.  
ESE Envigado. 2007-2014**



**Fuente:** Elaboración propia con datos del Sistema de Información de Hospitales Público. Minsalud.

En el Gráfico 26, se observa que en el año 2014, se inició la atención del parto en la ESE, alcanzando una cifra baja, explicable por presentarse a partir del segundo semestre y por la contratación, lo mismo que por el bajo conocimiento de la comunidad de este nuevo servicio.

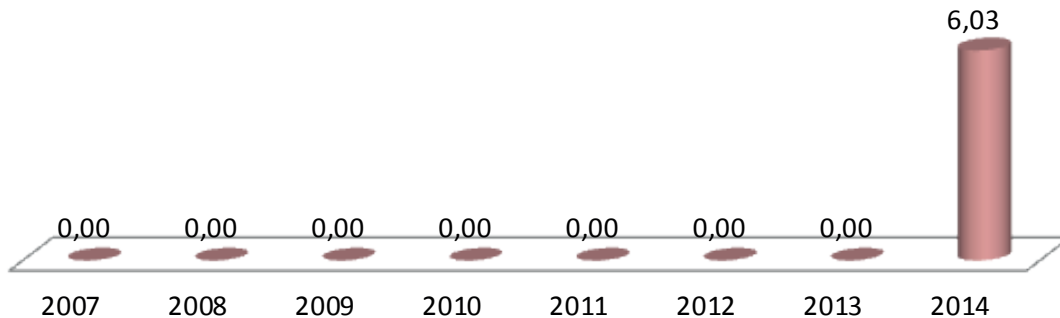
**Gráfico 27. Comportamiento del egreso hospitalario. ESE Envigado. 2007-2014**



**Fuente:** Elaboración propia con datos del Sistema de Información de Hospitales Público. Minsalud.

En el Gráfico 27 se observa que se inicia el servicio de atención hospitalaria en la ESE en el año 2014, con un promedio de 2,5 egresos por día.

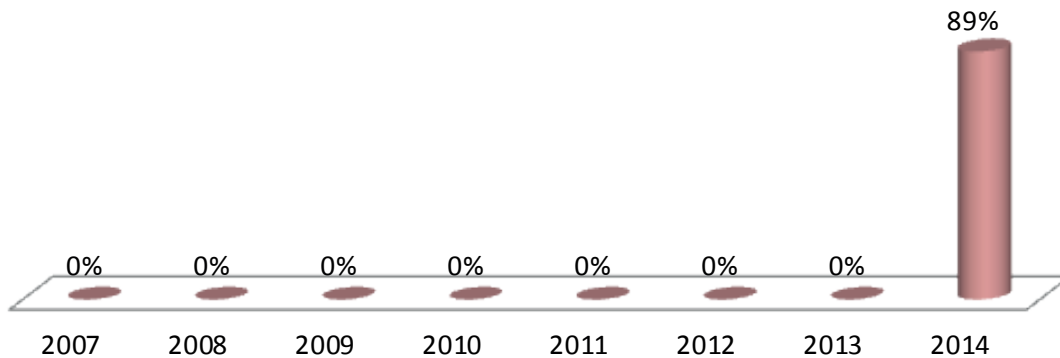
Gráfico 28. Comportamiento del promedio días de estancia. ESE Envigado. 2007-2014



**Fuente:** Elaboración propia con datos del Sistema de Información de Hospitales Público. Minsalud.

En el Gráfico 28 se observa que se presentó un alto promedio de días estancia, durante el primer año de la atención hospitalaria.

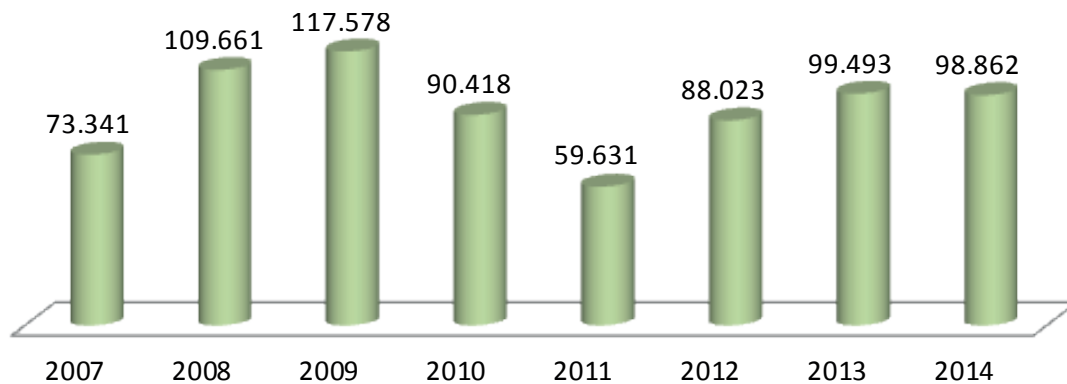
Gráfico 29. Comportamiento del porcentaje ocupacional. ESE Envigado. 2007-2014



**Fuente:** Elaboración propia con datos del Sistema de Información de Hospitales Público. Minsalud.

En el Gráfico 29 se observa que el porcentaje ocupacional de la ESE fue del 89% en el primer año de actividades del servicio, el más alto en la Red Metropolitana de Salud.

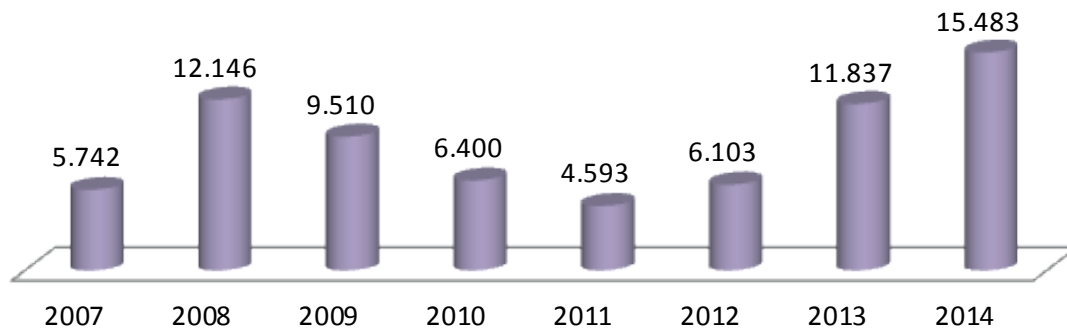
**Gráfico 28. Comportamiento del promedio días de estancia. ESE Envigado. 2007-2014**



**Fuente:** Elaboración propia con datos del Sistema de Información de Hospitales Público. Minsalud.

En el Gráfico 28 se observa que se presentó un alto promedio de días estancia, durante el primer año de la atención hospitalaria.

**Gráfico 29. Comportamiento del porcentaje ocupacional. ESE Envigado. 2007-2014**

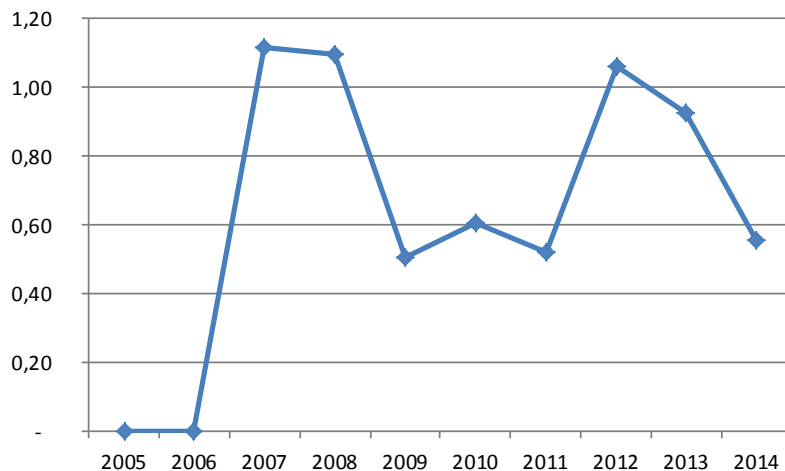


**Fuente:** Elaboración propia con datos del Sistema de Información de Hospitales Público. Minsalud.

En el Gráfico 29 se observa que el porcentaje ocupacional de la ESE fue del 89% en el primer año de actividades del servicio, el más alto en la Red Metropolitana de Salud.

### 11.3. INDICADORES FINANCIEROS

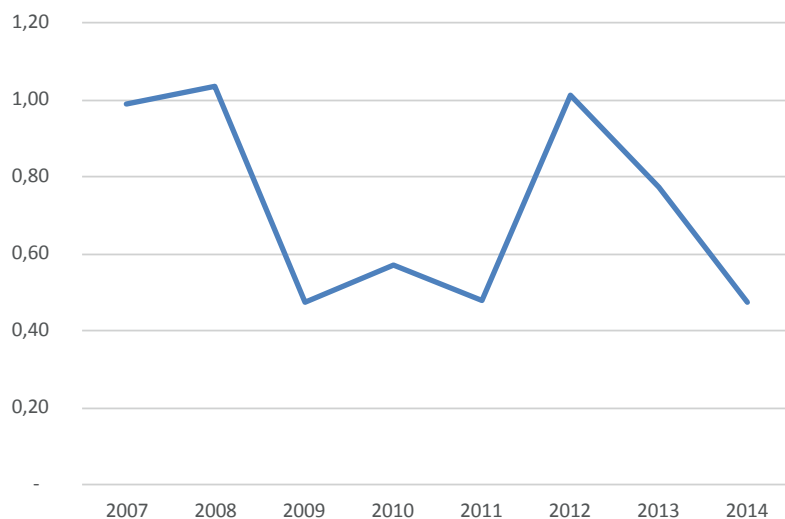
Gráfico 32. Comportamiento del índice de liquidez. ESE Envigado. 2007-2014



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información de Hospitales Público. Minsalud.

En el Gráfico 32 se observa que el índice de liquidez, tuvo un descenso importante desde el año 2012, al pasar de 1.10 a 0.70; es decir, que se tenían un peso y diez centavos para cubrir cada peso adeudado y hoy se cuenta con cincuenta centavos para cada peso adeudado. Esta situación refleja una baja liquidez, con riesgo financiero alto, para la institución.

Gráfico 33. Comportamiento de la prueba ácida. ESE Envigado. 2007-2014

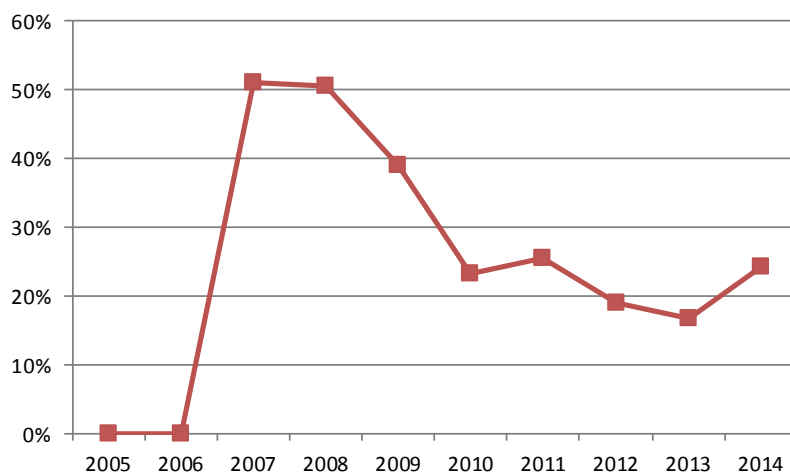


Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información de Hospitales Público. Minsalud.

En el Gráfico 33 se observa un comportamiento similar entre el índice de liquidez y la prueba ácida, lo que significa un manejo riesgoso de los inventarios en los dos últimos años.



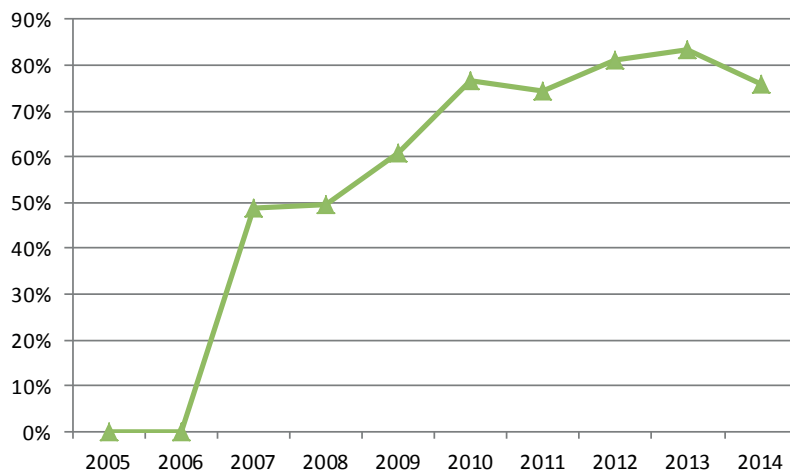
**Gráfico 34. Comportamiento del índice de endeudamiento. ESE Envigado. 2007-2014**



**Fuente:** Elaboración propia con datos del Sistema de Información de Hospitales Público. Minsalud.

En el Gráfico 34 se observa que el nivel de endeudamiento se viene reduciendo desde el 2008, al pasar del 50% para ese año, a 17% para el 2013, con nuevo aumento para el 2014, cuando alcanza el 24%; es decir, que el 24% de la empresa, está en manos de terceros.

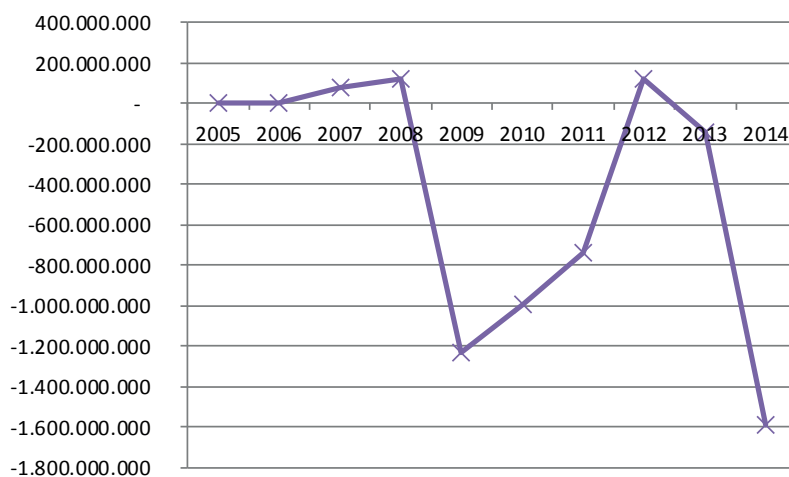
**Gráfico 35. Comportamiento del índice de propiedad. ESE Envigado. 2007-2014**



**Fuente:** Elaboración propia con datos del Sistema de Información de Hospitales Público. Minsalud.

En el Gráfico 35 se observa que el índice de propiedad, presenta recuperación sostenida y progresiva desde el 2007, con una ligera disminución en el último año. Quiere decir esto, que la empresa, en su mayor parte, está en manos de sus propietarios.

Gráfico 36. Comportamiento del capital de trabajo. ESE Envigado. 2007-2014



**Fuente:** Elaboración propia con datos del Sistema de Información de Hospitales Público. Minsalud.

En el Gráfico 36 se observa que el capital de trabajo, presentó una recuperación muy importante para el año 2009, desde cuando desciende progresivamente. Quiere decir esto, que durante los últimos tres años, la empresa no contó con los recursos básicos de operación.

## 12. CONCLUSIONES

- El municipio de Envigado cuenta con la dependencia Secretaría de Salud, para cumplir las competencias del sector salud; adicionalmente, las relacionadas al componente de seguridad alimentaria, tiene una estructura completa y acorde para el cumplimiento de las competencias misionales. Es la Secretaría del Valle de Aburrá, con menor porcentaje de recurso humano contratado, bajo la modalidad de prestación de servicios.
- Disminución de los grupos poblacionales menores de 14 años, como consecuencia de la disminución de la fecundidad, en la mayoría de grupos de mujeres en edad fértil y un incremento sostenido en la población mayor de 60 años. Situación que refleja la transición demográfica que están pasando todas las poblaciones a nivel mundial.
- La cobertura del SGSSS en el municipio es alta, superior al 90%. Presenta coberturas altas en el régimen contributivo, cercanas al 70%. Es el municipio del Valle de Aburrá donde la población no asegurada objeto de subsidio y la del régimen subsidiado, son bajas.
- En cuanto al perfil epidemiológico del municipio, en el tema de morbilidad, los principales motivos de consulta para la población, son: la hipertensión arterial, la caries y el dolor abdominal. Sin embargo, se encuentra un porcentaje importante de signos y síntomas mal definidos, como causa de consulta, siendo esto un indicador de calidad, que es necesario mejorar, en la atención médica y en los sistemas de información.
- Se observa un aumento en la frecuencia de consultas por enfermedades crónicas no transmisibles (HTA, EPOC), asociado al incremento de la expectativa de vida y la transición demográfica. De igual manera, en el perfil de mortalidad, predominan las muertes por enfermedades isquémicas del corazón, las muertes por causas externas, entre ellas, las agresiones y sus secuelas y las muertes por enfermedades del sistema respiratorio.
- En la plataforma estratégica del Hospital, no se evidencia, formalmente, el modelo de atención, elemento requerido en el Sistema Obligatorio de Calidad.
- Existe un número importante de funcionarios, contratados a través de terceros, que realizan actividades misionales en la organización.

- La prestación de servicios de salud está centrada, principalmente, en la atención de la población afiliada al régimen subsidiado y a la población pobre no cubierta con subsidios a la demanda (vinculados); es decir, que su mercado corresponde, aproximadamente, al 40% de la población total del municipio.
- El portafolio de servicios, corresponde al modelo clásico de instituciones de baja complejidad en Colombia, dominan las actividades intramurales con limitaciones en los modelos extramurales, especialmente, los relacionados con promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Los indicadores de calidad establecidos en las normas, se cumplen adecuadamente, y en términos generales, se puede decir que los servicios de salud prestados en la institución, cumplen los criterios de calidad y seguridad del paciente.
- En términos generales, se observa una reducción en la producción y en el uso de la capacidad instalada del hospital en los últimos años. Se destaca el inicio de la atención hospitalaria y atención del parto a partir del año 2014.
- Se presenta un deterioro de los principales indicadores financieros de la institución, especialmente, el índice de endeudamiento y el capital de trabajo, esta situación conllevó a clasificarla en: Riesgo Medio, de acuerdo con la Resolución 2509 de 2012.

## 13. RECOMENDACIONES

- Continuar fortaleciendo las estrategias de articulación e integración del sector salud en el territorio para involucrar a todos los actores especialmente las EPS, IPS, y profesionales de la salud, con el fin de ejercer la rectoría de salud. Fortalecer el componente de asistencia técnica desde la Secretaria hacia los actores.
- Formular planes y programas en salud orientados, a dar respuesta a los cambios demográficos y del perfil de morbilidad del municipio para impactar positivamente la calidad de vida y la salud de la población.
- Continuar desarrollando acciones que permitan mejorar la integralidad de los sistemas de información de la ESE y la Secretaria de Salud, que permitan disponer de datos oportunos y confiables para la toma de decisiones.
- Fortalecer la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) según la reglamentación de la ley 1438 de 2011, para acercar las acciones de salud a la comunidad, con énfasis en promoción y prevención y facilitar la participación social, ajustado a los requerimientos actuales de la comunidad y de la prestación de servicios de salud, al perfil de morbilidad de la población y a la transición demográfica; con el propósito de que sea una estrategia que articule los actores y desarrolle el trabajo de cada una de las líneas priorizadas para hacer una adecuada gestión del riesgo en salud y de esta manera mejorar los indicadores.
- Se recomienda ajustar la plataforma estratégica a los lineamientos del Sistema Obligatorio de Calidad.
- Se deben buscar alternativas para garantizar la vinculación de las personas que realizan actividades misionales en la organización y evitar las demandas o litigios laborales.
- Se deben buscar alternativas para mejorar el uso de la capacidad instalada y ajustar el portafolio de servicios a la realidad del mercado, alianzas o trabajo en red con otras instituciones de salud pueden ser una buena alternativa.
- Se espera que el “Plan de Ajuste Fiscal y Financiero”, presentado ante el Departamento y la Nación, mejoren los actuales indicadores financieros. Implementar algunas de las propuestas anteriores puedan ayudar a cumplir con el ajuste financiero.

## **CAPÍTULO 2 DOCUMENTACIÓN**

La documentación describe el desarrollo de la experiencia de la estrategia de la Atención Primaria en Salud en el Municipio de Envigado y puede dar cuenta solo de una mirada institucional. Esta documentación fue una construcción conjunta entre los profesionales, técnicos y auxiliares de la Secretaria de Salud y la Empresa Social del Estado Santa Gertrudis del municipio.

## INTRODUCCIÓN

La estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), según la OMS, OPS & UNICEF (1978) con la Conferencia de Alma Ata, es la forma de alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos. Convencido de ello, el municipio de Envigado en el año 2005 inicia la implementación de esta estrategia, a través del macro proyecto: Municipio Saludable por la Paz, desde entonces han existido modificaciones en sus enfoques y metodologías.

En este sentido, el enfoque de la estrategia: APS, en el municipio de Envigado para la vigencia, han sido los entornos saludables, con una filosofía que pretende personas sanas o saludables, que habitan en ambientes sanos o saludables y que practiquen costumbres sanas o saludables; lo cual, se logra no solamente desde la gestión del Estado; se requiere además, participación de la comunidad y en especial, de todos y cada uno de los integrantes del núcleo esencial del municipio: la familia (Secretaría de Salud de Envigado, 2005).

Se presenta en este compendio un panorama del desarrollo de la estrategia de APS en el municipio de Envigado, los antecedentes, los mecanismos para su ejecución y los retos para años posteriores; esto es, el desarrollo actual de los programas que componen la estrategia de entornos saludables, a través de flujogramas de proceso, descripción precisa de las actividades, momentos de participación de las diferentes disciplinas, proceso de articulación en el municipio en el marco de la estrategia APS, aspectos positivos y oportunidades de mejora en el contexto actual, entre otros aspectos.

## 1. JUSTIFICACIÓN

La declaración de Alma Ata define la APS, como: el primer nivel de atención integral e integrada que incluye elementos de participación comunitaria, coordinación intersectorial y confianza en diversos trabajadores de la salud y profesionales tradicionales. La declaración enunció varios principios, incluyendo la necesidad de dirigirse a determinantes más amplios de salud; accesibilidad universal y cobertura basada en la necesidad; participación individual, comunitaria y autocuidado; acción intersectorial para la salud; tecnología adecuada y costo efectivo en relación a la disponibilidad de recursos (OMS, et al., 1978).

Según la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia en los lineamientos de APS para el departamento de Antioquia, señala que:

El modelo de atención primaria en salud —APS—, desde el enfoque de desarrollo humano... busca fortalecer en las familias del departamento procesos saludables, para que la vida del ser humano se dignifique en términos de oportunidades para el desarrollo social armónico. La familia es el centro del modelo, ésta se concibe como el escenario ideal de interrelación, donde el ser humano teje los lazos afectivos, cognitivos y de desarrollo, es la generadora de potencialidades que nutren la compleja dimensión de la vida, condición para lograr seres libres, autónomos, solidarios, justos y finalmente, respetuosos de sí y de los otros; como medio para garantizar el derecho a la salud, el acceso oportuno a los servicios de salud y sociales, en la búsqueda de la equidad y justicia social (2010, p. 47).

Teniendo en cuenta estas definiciones y además, de que es responsabilidad de las entidades territoriales: “la formulación, ejecución y evaluación de planes, programas y proyectos en salud, en armonía con las políticas y disposiciones del orden nacional y departamental” (Ley 715, 2001), se precisa afianzar la estrategia de APS como parte del fortalecimiento de los procesos del ente territorial, y aún más importante, analizar el impacto, en las familias y la comunidad, de esta estrategia; por ejemplo, en el logro del mejoramiento de la calidad de vida.

En el ámbito local, en el año 2007, el municipio de Envigado presentó el macro proyecto “Envigado, Municipio Saludable por la Paz”, (Secretaría de Salud de Envigado, 2005), como estrategia central e integradora de los programas de Salud Pública, se fundamenta en la estrategia de Entornos



Saludables, que se compone de: Escuelas Saludables, Barrios Saludables, Empresas Saludables y Familias Saludables (Secretaría de Salud de Envigado, 2005). Este antecedente de desarrollo de la Atención Primaria en Salud, fue registrado y publicado en el año 2007, enfatizando en el desarrollo del programa de Familia Saludable y mencionando, someramente, el desarrollo de los otros programas saludables. 8 años después, requiere actualizarse y mejorar su contenido, de manera que permita tener una herramienta, para el sobresaliente desarrollo de la estrategia, para la inducción del equipo básico de APS, para la planificación, para la muestra a la comunidad, para la divulgación de experiencias y para mejorar los procesos respectivos, con base en la evaluación y análisis que la construcción de este documento permite.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. OBJETIVO GENERAL

Presentar la experiencia del municipio de Envigado en el desarrollo de la estrategia Atención Primaria en Salud (APS), con Enfoque de Entornos Saludables, como estrategia central e integradora de los programas de Salud Pública.

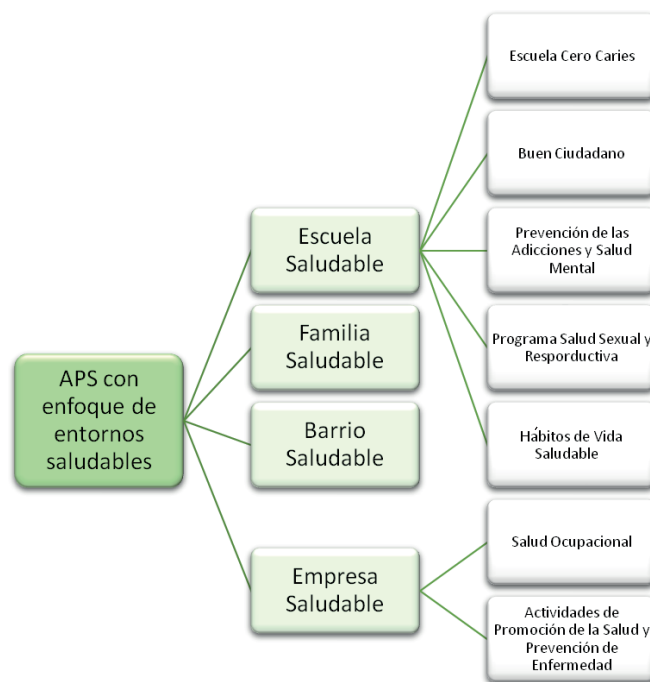
### 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar un recuento histórico del desarrollo de la estrategia: Municipio Saludable por la Paz, hasta la Atención Primaria en Salud, con enfoque de entornos saludables.
- Construir los procedimientos de los programas que conforman la estrategia APS en el municipio.
- Evaluar el desarrollo de los programas que componen la estrategia APS, con el fin de recopilar herramientas para el mejoramiento de la misma.
- Evidenciar la articulación de la estrategia APS con otros sectores y estimular la participación comunitaria en la consolidación y generación de acciones de atención primaria.

### 3. METODOLOGÍA

La metodología que se presenta a continuación, tiene dos fases bien definidas; la primera donde se recupera y actualiza el registro ya construido de la experiencia de APS en Envigado, lo cual reposa en la cartilla: “Envigado, Municipio Saludable por la Paz, Programa de Familias. Vivienda Saludable” (Secretaría de Salud de Envigado, 2005) y la segunda fase, es el momento de recolección de información nueva que tenga relación con la ejecución de programas, actividades y demás elementos necesarios para desarrollar la estrategia APS. En este sentido, es importante mencionar que la estrategia de Atención Primaria en Salud, con enfoque de Entornos Saludables, se basa en cuatro proyectos; el primero es: la Escuela Saludable, el segundo: Familia Saludable, el tercero es: Barrio Saludable y por último, se encuentra: Empresa Saludable. Ver figura 1.

**Figura 1. Esquema programas y subprogramas de APS Entornos Saludables. Envigado, 2014.**



### 3.1. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO

La Secretaría de Salud de Envigado en el año 2007, publicó una cartilla que registra la experiencia de: Municipio Saludable por la Paz; estrategia que adoptó, para retomar la Atención Primaria en Salud; dicha cartilla fue un reflejo de los programas que se desarrollaban en su momento y que contribuían a los entornos saludables; en ésta se hizo mayor énfasis, en la ejecución de uno de los proyectos que componían la estrategia, esto es: Familia Saludable. Retomando este ejercicio, se realiza una revisión de su contenido y se valida con el equipo APS y funcionarios encargados del funcionamiento de Familia Saludable; de esta forma, se eliminan aspectos que no corresponden o que no son vigentes y se anexan los nuevos procedimientos que se desarrollan en el marco de la estrategia APS. Así entonces, se logra actualizar los siguientes componentes de la estrategia APS:

- a. Antecedes de la estrategia en el municipio de Envigado.
- b. Programa Familia Saludable: proceso operativo, flujograma de atención por el equipo de trabajo.

### 3.2. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN NUEVA DEL FUNCIONAMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE LA ESTRATEGIA.

En esta fase se documenta el desarrollo de tres programas, a saber: Escuela Saludable, Barrio Saludable y Empresa Saludable. Se presentan a continuación las herramientas utilizadas en cada una de ellas.

#### 3.2.1. Escuela Saludable y Barrio Saludable

La recolección de información sobre el desarrollo de estos programas, se realizó teniendo en cuenta que, para Escuela Saludable, se deben definir todos los subprogramas, esto es, Escuela Cero Caries, Buen Ciudadano, Programa de Salud Sexual y Reproductiva y Escuela Saludable propiamente. Se desarrolló a través de los siguientes mecanismos:

- La primera herramienta, fue la entrevista a una persona del equipo de APS que ejecuta las acciones de Escuela Saludable y Barrio Saludable, y otra entrevista a una persona de la Secretaría de Salud de Envigado, que por su antigüedad y cargo, conoce el desarrollo de estos programas desde sus inicios. En el caso de Buen Ciudadano y Escuela Cero Caries, quienes documentaron el proceso de las mismas, fue el equipo ejecutor del subprograma, dado su experiencia como operadores del mismo.
- La segunda herramienta, consistió en buscar documentación y registros que existieran sobre el desarrollo de los programas, como: fichas, formatos, guías, sistemas de información.
- La tercera herramienta, fue la realización de un grupo focal con todo el equipo básico de APS, que perpetra cada subprograma y que permitiera analizar la ejecución del mismo, los aspectos positivos y las oportunidades de mejora. En el caso de Buen Ciudadano y Escuela Cero Caries, la evaluación del programa, se efectuó a través de entrevista al personal que desarrolla los subprogramas mencionados.
- Finalmente, se da el proceso de consolidación de la información antes recolectada, la cual consiste en el registro de un procedimiento paso a paso del funcionamiento de cada subprograma, de la realización

de un flujograma que permita observar a grandes rasgos los aspectos operativos respectivos y por último, el registro de las fortalezas y oportunidades de mejora.

### **3.2.2. Empresa Saludable:**

Esta se desarrolla en dos partes; la primera está compuesta por una fase de verificación de condiciones de salud ocupacional y la segunda, es la intervención con actividades específicas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. La documentación de este programa se hizo así:

- En la primera parte del programa: “Empresa Saludable”, se le pidió al encargado del proceso, documentar el desarrollo del mismo, utilizando tres mecanismos: primero, la construcción de un flujograma de ejecución desde la programación hasta el seguimiento; segundo, la construcción de un procedimiento que diera cuenta, paso a paso, del desarrollo del mismo, y el tercer mecanismo, fue facilitar los documentos, fichas, formatos, entre otros, utilizados en el proceso del subprograma. Además, se pidió que como operador del subprograma desde hace varios años, documentara los aspectos positivos y oportunidades de mejora respectivos.
- Posterior a la presentación de la documentación del programa por parte del encargado del proceso, se revisa y se consolida.
- La segunda parte de: Empresa, es el desarrollo de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; en esta se realizó entrevista a una persona del equipo básico de APS que lo ejecuta; posteriormente, mediante grupo focal, se evaluó el desarrollo del programa con todos los equipos básicos de APS, con el fin de detectar aspectos positivos y oportunidades de mejora; además, de afianzar la documentación del proceso del mismo.

### **3.2.3. Sistema de información**

Una de las partes de la ejecución del programa de Familia Saludable, es el sistema de información para consolidar la ficha de familia; en este sentido y para plasmar el funcionamiento del software Gestión de Atención Primaria en Salud (GAPS) se utilizan los siguientes mecanismos:

- Entrevista al Ingeniero de Sistemas, que ha manejado GAPS desde que se creó.
- Revisión de documentos afines, como manual de funcionamiento de GAPS, entre otros.

### 3.3 CONSOLIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN

En esta etapa, se consolida la información recolectada, construyendo el documento final que abarca el desarrollo de todos los programas, los antecedentes de la estrategia y evaluación de la misma, plasmado en aspectos positivos y oportunidades de mejora. Esta fase de consolidación, estuvo a cargo del líder de APS de la Secretaría de Salud, valiéndose de la información suministrada, de la información existente, de la experiencia que ha tenido en todos los programas y subprogramas de APS. Además y posterior a recopilar toda la información, se realiza análisis y priorización de la misma, utilizando criterios como: simplicidad, evitando información que tenga utilidad administrativa, dejando aquella que pueda ser de interés para la comunidad y para el equipo APS.

Después de la etapa de consolidación, se realiza revisión del documento para afinar aspectos gramáticos, aplicación de normas APA y verificación de referencias bibliográficas; finalmente, el documento es revisado por, la Secretaria Ejecutiva de la Secretaría de Salud, para comprobar aspectos ortográficos, de puntuación, gramática y utilización de parámetros institucionales respectivos. Este documento es enviado al personal del Área Metropolitana, Red Metropolitana de Salud, encargados de la asesoría y asistencia técnica para la construcción del documento y la sistematización de APS.

## 4. CONTEXTO

Nota: el siguiente diagnóstico político administrativo, fue tomado del diagnóstico del Plan de Ordenamiento Territorial 2010 del Departamento Administrativo de Planeación del municipio de Envigado. (Departamento Administrativo de Planeación, 2010).

### 4.1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA

Envigado está situado al Sudeste de la capital del Departamento de Antioquia (Parte meridional del Valle de Aburrá, el cual está ubicado en la parte noroccidental de la Cordillera Central de los Andes Colombianos), sobre un plano medianamente elevado del resto del Valle de Aburrá. Sus coordenadas son: 6° 10' 19" Latitud Norte y 75° 35' 09" al Oeste, del Meridiano de Greenwich.

Dista 10 Kilómetros del centro de Medellín y 545 Km. De la capital de la República; se encuentra en un rango latitudinal entre los 1.530 y los 2.880 msnm; las características climáticas se hallan controladas, básicamente, por su altura sobre el nivel del mar y por la dirección de los vientos predominantes. Su temperatura promedio varía desde 22°C en la cabecera municipal, hasta los 18°C en la parte alta y tiene una humedad relativa del 70%.

### 4.2. EXTENSIÓN

El municipio de Envigado cuenta con un área aproximada de 7821.3 hectáreas, de las cuales 6596.3 hectáreas corresponden al área rural, en la que se concentra apenas un 4.3% de la población (8.843 habitantes) y 1.225 hectáreas al área urbana, donde se concentra el 95.7% (188.997 habitantes). De la superficie total que corresponde al Valle de Aburrá (1152 km<sup>2</sup>), Envigado ocupa el 4,3% y el séptimo lugar en área, entre los diez municipios que lo conforman.

El territorio municipal de Envigado se divide en Suelo Urbano, Suelo Rural y Suelo de Expansión, según Acuerdo 015 de 2000, mediante el cual se adoptó el Plan de Ordenamiento Territorial para el municipio de Envigado.

### 4.3. POBLACIÓN DE ENVIGADO

El municipio está conformado, al año 2013, por 212.283 habitantes, de los cuales 204.239 pertenecen a la zona urbana y 7.884 a la zona rural. Está compuesto por 13 zonas de planificación, 39 barrios y 6 veredas. Ver tabla 1 y figura 1.

Tabla 1. Población de Envigado, 2013.

Zona	Código	Nombre Oficial	Población
<b>ZONA URBANA</b>			
1	009	Las Vegas (Z.I.)	77
2	024	El Portal	4.521
	025	San Marcos	4.805
	037	Jardines	1.193
	038	Villa Grande	4.771
	036	Pontevedra	2.771
	039	Bosques de Zúñiga	1.076
	Total		19.137
3	035	Las Orquídeas	4.592
	034	Alto de Misael	2.298
	029	Las Flores	4.944
	030	Uribe Ángel	7.148
	019	La Sebastiana	7.269
	Total		26.251
4	033	Zúñiga	4.928
	031	El Esmeraldal	1.141
	032	Loma del Atravesado	2.088
	Total		8.157
5	017	El Chocho	830
	018	La Inmaculada	2.172
	016	La Pradera	6.491
	015	Loma de las Brujas	1.940
	Total		11.433
6	001	El Chinguí	2.293
	002	El Salado	4.684
	003	La Mina	6.954
	004	San Rafael	8.764
	014	San José	12.890
	Total		35.585
7	005	Las Antillas	1.059
	006	El Trianón	7.064
	007	Loma del Barro	11.028
	013	El Dorado	16.911
	011	La Paz	8.798
	Total		44.860
8	008	Las Casitas	1.130
	010	Primavera	1.432
	012	Milán Vallejuelos	10.085
	023	Alcalá	9.455
	Total		22.102

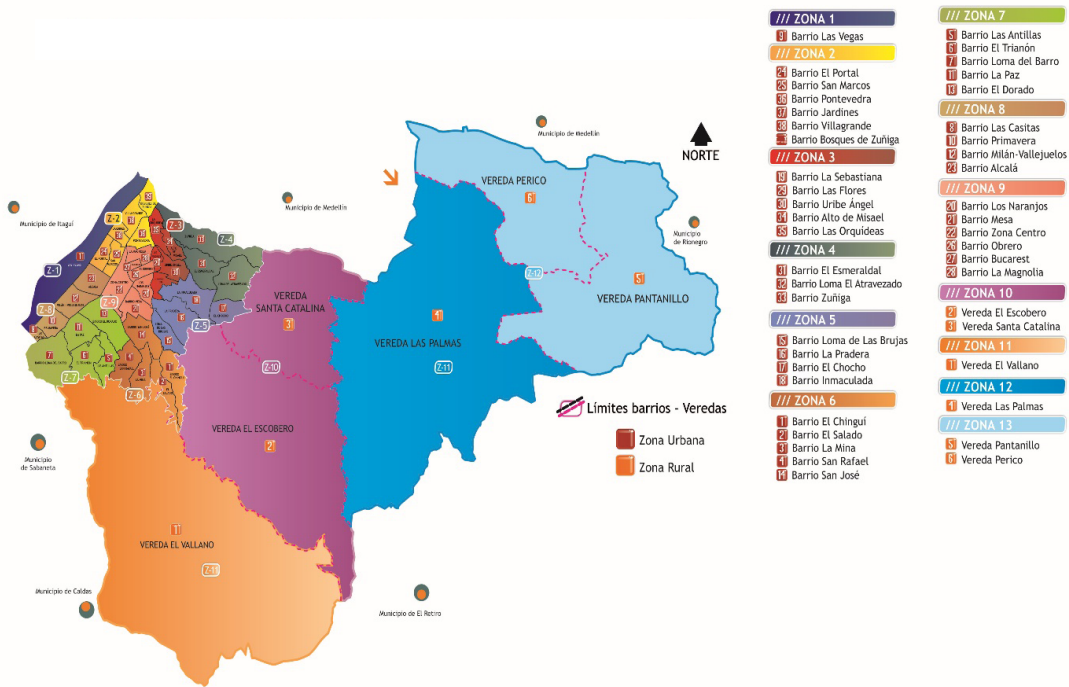


Zona	Código	Nombre Oficial	Población
<b>ZONA URBANA</b>			
9	021	Barrio Mesa	10.028
	022	Zona Centro	4.792
	020	Los Naranjos	6.323
	026	Obrero	6.564
	027	Bucarest	2.457
	028	La Magnolia	6.633
	Total		36.797
Total Zona Urbana			204.399
<b>ZONA RURAL</b>			
10	03	Vereda Santa Catalina	601
	02	Vereda El Escobero	1.221
	Total		1.822
11	01	Vereda El Vallano	1.711
12	04	Vereda Las Palmas	3.040
13	05	Vereda Pantanillo	877
	06	Vereda Perico	434
	Total		1.311
Total Zona Rural			7.884
Total General			212.283

Z.I: Zona Industrial

**Fuente:** Secretaría de Salud de Envigado, Dirección de Estadísticas e Información. (2014)

Figura 2. Mapa zonas de planificación. Municipio de Envigado, 2013.



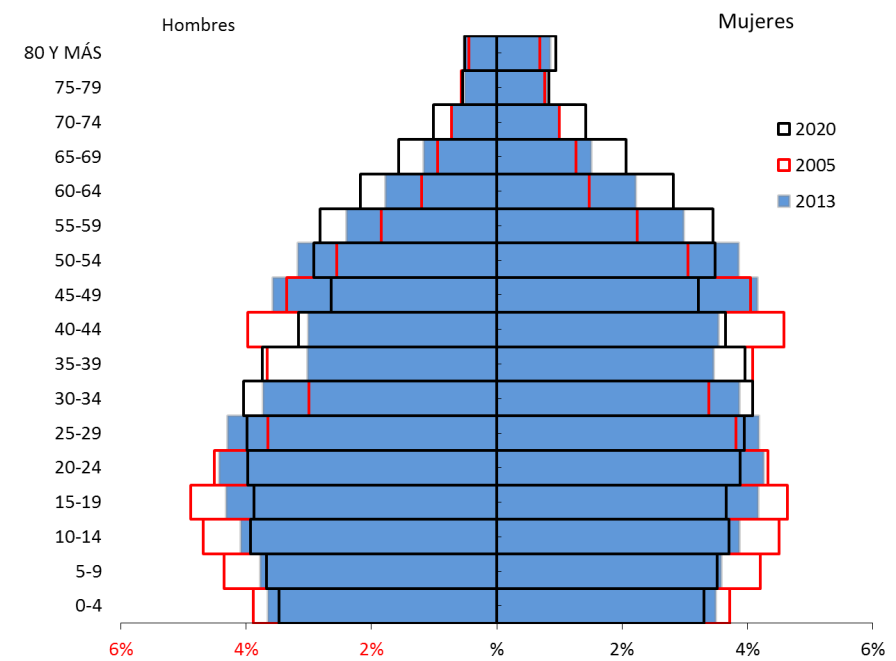
Fuente: Secretaría de Salud de Envigado, Dirección de Estadísticas e Información, (2014)

#### 4.4. ESTRUCTURA POBLACIONAL POR EDAD, SEXO Y ÁREA. PIRÁMIDE POBLACIONAL DEL ÁREA DE INFLUENCIA.

En la Figura 3 (pirámide poblacional), se aprecia la composición de la población de Envigado, por grupos de edades simples y comparativo, entre los años 2005, 2013 y proyección a 2020; por lo general, las cohortes o generaciones se representan en forma de barras horizontales que parten del mismo eje, punto cero, ubicando a las mujeres hacia el lado derecho y hombres hacia el izquierdo. (Secretaría de Salud de Envigado, 2012).

Es de resaltar, que en la gráfica predomina más la forma "rectangular" que la triangular, ésta última muy presente en regiones en desarrollo, cuya tasa de natalidad es alta y por ende, los segmentos de la base son más amplios que los restantes. La forma rectangular puede ser atribuible al envejecimiento de la población y los métodos de planificación utilizados. (Secretaría de Salud de Envigado, 2012).

**Figura 3. Pirámide poblacional de Envigado, 2005, 2013, 2020.**



**Fuente:** Proyección de población DANE 2005, 2013 y 2020, según Censo de población 2005.

La tabla siguiente (2), muestra el estado de los diferentes objetivos de desarrollo del milenio; estos indicadores son trazadores y dejan ver parte del desarrollo en una población.

El objetivo 1 (erradicar la pobreza extrema y el hambre), mostró para el año 2013, avance positivo en cuanto al porcentaje de personas en pobreza, porcentaje de desnutrición global y el porcentaje de niños con bajo peso al nacer; en el objetivo 2 (lograr la educación primaria universal), no se observó disminución en sus indicadores con respecto al año 2012; en el objetivo 3 (promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer), disminuyó para el 2013 la proporción de mujeres valoradas por violencia de pareja y la tasa de informes periciales sexológicos en mujeres; para el objetivo 4 (reducir la mortalidad infantil), la tasa de mortalidad en menores de cinco años y en menores de un año, se redujo con respecto al año inmediatamente anterior; se observó además que la cobertura con DPT en menores de un año y la cobertura de vacunación con triple viral en menores de un año, disminuyó para el 2013; en cuanto al objetivo 5 (mejorar la salud sexual y reproductiva), es importante mencionar, que la tasa por edad de mortalidad asociada a cáncer de cuello uterino, se redujo de 4,0 por cada 100 mil mujeres en el 2012, a 1,7 por cada 100 mil mujeres en el 2013. (Secretaría de Salud de Envigado, 2013).

El objetivo 6 (combatir el VIH/SIDA, malaria, dengue y otras enfermedades transmisibles), mostró importante disminución en cuanto a la tasa de mortalidad asociada a VIH/SIDA, pasando de 2,4 por cada 100 mil habitantes en el año 2012, a 0,5 por cada 100 mil habitantes en el 2013; para este objetivo, es importante mencionar también, que la tasa de incidencia de tuberculosis y la tasa de

mortalidad por tuberculosis, mostraron aumento para el año 2013; para el objetivo 7, (garantizar la sostenibilidad ambiental), no se observó avance positivo para el año 2013, con respecto al año inmediatamente anterior. (Secretaría de Salud de Envigado, 2013).

Como generalidades de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), resaltan positivamente, todos aquellos relacionados con salud materno infantil, erradicación de la pobreza extrema y el hambre y lograr educación primaria universal; debido al trabajo desde la prevención de morbilidades de la gestación por medio de la atención prenatal, las estrategias de red de lactancia materna, Atención Integral Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) y APS, entre otras. La infraestructura, la oferta educativa y las vías de acceso, permiten la alta cobertura en educación, que articulados con los comedores escolares, garantizan un bienestar en el estudiante; esto también contribuye con la reducción del hambre y la pobreza, al darle a niños y jóvenes, cualificación en el ámbito laboral.

Las estrategias adelantadas por el Programa de Salud Sexual y Reproductiva, dan como resultados: bajas tasas de embarazo en adolescentes, minimizando con esto riesgos de tipo biológico y psicológico, tanto de las madres como de los recién nacidos; que adicionado a la educación para la prevención del VIH/Sida, el cáncer de cuello uterino, el cáncer de mama y el cáncer de próstata, impactan en los resultados positivos de estos indicadores. El porcentaje de coberturas útiles en vacunación, sigue siendo el indicador con mayores dificultades registradas en el sistema de información del municipio; debido a que los biológicos aplicados por fuera del ente territorial, no son reportados a la base de datos municipal. Una fortaleza identificada, son los indicadores cuantificados para enfermedades transmisibles, debido en parte al cubrimiento municipal de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), y la oferta de servicios públicos domiciliarios que permiten una baja transmisión. (Secretaría de Salud de Envigado, 2013).

**Tabla 2: Indicadores básicos para monitoreo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Envigado, 2013.**

INDICADORES BÁSICOS Y COMPLEMENTARIOS	ENVIGADO		COLOMBIA (2010 - 2011) (1)	
	2012	2013	Resultado	Meta a 2015
	Resultado			
<b>INDICADORES ODM 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre</b>				
Población bajo línea internacional de pobreza extrema (porcentaje) ingreso menor a 1 USD/día [sin información de 7 países]	No aplica	No aplica	16,4	8,8
Porcentaje de personas en pobreza <sup>2</sup>	3	2,7	45,5	28,5
Porcentaje de personas con ingreso inferior a USD 1.25 diarios	Sin dato	Sin dato	6,5	1,5
Prevalencia (porcentaje) de desnutrición global (bajo peso/edad -5 años) <sup>3</sup>	3,7*	3,0*	3,4	2,6
Prevalencia (porcentaje) de desnutrición crónica (talla baja/edad - 5 años) <sup>3</sup>	8,2*	10,0*	13,2	8
Porcentaje de población total en subnutrición (nivel mínimo de consumo de energía alimentaria).	Sin dato	Sin dato	13,0	7,5
Niños con bajo peso al nacer (2.500 g) (porcentaje, mantener 10) <sup>4</sup>	10,5	9,7	9,0	10,0

INDICADORES BÁSICOS Y COMPLEMENTARIOS	ENVIGADO		COLOMBIA (2010 - 2011) (1)	
	2012	2013		
	Resultado		Resultado	Meta a 2015
<b>INDICADORES ODM 2: Lograr la educación primaria universal</b>				
Tasa (porcentaje) de alfabetismo <sup>2</sup>	98,7	97,9	97,9	93,4
Años promedio de estudio <sup>2</sup>	10,9	12,0	9,2	10,6
<b>INDICADORES ODM 3: Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer</b>				
Porcentaje de mujeres alguna vez unidas según rango de edad, que han experimentado alguna violencia física por parte del esposo o compañero.	Sin dato**	Sin dato**	36,6	Línea Base y reducir
Porcentaje de mujeres según rango de edad, que han experimentado alguna violencia física por una persona diferente al esposo o compañero.	Sin dato**	Sin dato**	13,5	Línea Base y reducir
Porcentaje de mujeres según rango de edad, que han sido forzadas físicamente por el esposo, compañero u otra persona a tener relaciones o actos sexuales.	Sin dato**	Sin dato**	10,6	Línea Base y reducir
Proporción de mujeres valoradas por violencia de pareja (por 100.000 mujeres) <sup>5</sup>	127,0	100,0	222,1	Línea Base y reducir
Tasa de informes periciales sexológicos en mujeres <sup>5</sup>	45,0	39,1	73,4	Línea Base y reducir
<b>INDICADORES ODM 4: Reducir la mortalidad infantil</b>				
Tasa de mortalidad en menores de 5 años (por 1.000 nacidos vivos) <sup>6</sup>	8,6	5,4	24,9	19,0
Tasa de mortalidad en menores de 1 año (por 1.000 nacidos vivos) <sup>6</sup>	7,9	5,4	20,6	16,7
Cobertura (porcentaje) con DPT en menores de 1 año <sup>7</sup>	82,9** *	76,0** *	92,2	95
Cobertura (porcentaje) de vacunación con triple viral en niños y niñas de 1 año <sup>7</sup>	83,1** *	81,1** *	95,2	95
<b>INDICADORES DE ODM 5: Mejorar la salud sexual y reproductiva</b>				
Razón de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos) <sup>8</sup>	0,0	0,0	72,8	45
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales <sup>4</sup>	97,7	97,7	83,6	90
Porcentaje de atención institucional del parto <sup>4</sup>	100	100,0	98,4	95
Porcentaje de atención institucional del parto por personal calificado <sup>4</sup>	100	100,0	98,4	95
Prevalencia (por 100) de uso de métodos modernos de anticoncepción entre las mujeres adolescentes (15 a 19 años)	Sin dato	Sin dato	55	65
Prevalencia (por 100) de uso de métodos modernos de anticoncepción en las mujeres actualmente unidas y no unidas sexualmente activas.	Sin dato	Sin dato	68,2	75
Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que han sido madres o están en embarazo <sup>6</sup>	10,7	9,4	20,5	15
Tasa ajustada por edad de mortalidad asociada a cáncer de cuello uterino (por 100.000 mujeres) <sup>9</sup>	4,0	1,7	8,8	6,8

**Fuente:** Secretaría de Salud de Envigado, Dirección de Estadísticas e Información, (2014)

INDICADORES BÁSICOS Y COMPLEMENTARIOS	ENVIGADO		COLOMBIA (2010 - 2011) (1)	
	2012	2013		
	Resultado		Resultado	Meta a 2015
<b>INDICADORES ODM 6: Combatir el VIH/SIDA, malaria, dengue y otras enfermedades transmisibles</b>				
Prevalencia (por 100) de VIH/SIDA en población de 15 a 49 años de edad (2008 Colombia) <sup>8</sup>	0,02	0,02	0,59	1,00
Tasa de mortalidad (por 100.000 hab.) asociada a VIH/SIDA <sup>9</sup>	2,4	0,5	5,4	2,37
Porcentaje de transmisión materno -infantil del VIH <sup>9</sup>	0,0	0,0	5,8	2
Cobertura (por 100) de tratamiento antirretroviral <sup>9</sup>	100,0	100,0	71	92
Mortalidad por malaria (casos) <sup>9</sup>	0,0	0,0	54	34
Mortalidad por dengue (casos) <sup>9</sup>	0,0	0,0	75	47
Letalidad por dengue (por 100) <sup>9</sup>	0,0	0,0	1,6	2
Tasa de Incidencia de tuberculosis, (2009 Colombia) (100.000 hab.) <sup>8</sup>	17,9	19,3	25,2	24,9
Tasa de mortalidad por tuberculosis todas las formas (no secuelas, por 100.000 personas) <sup>9</sup>	0,0	0,5	2,4	0,9
<b>INDICADORES ODM 7: Garantizar la sostenibilidad ambiental</b>				
Proporción (porcentaje) de la población con acceso a métodos de abastecimiento de agua adecuados. Resto <sup>10</sup>	100	99,4	58,3	78,2
Proporción (porcentaje) de la población con acceso a métodos de saneamientos adecuados. Cabecera <sup>10</sup>	100	98,7	90,6	96,9
Proporción (porcentaje) de la población con acceso a métodos de saneamiento adecuados. Resto <sup>10</sup>	100	55,5	14,9	72,4
Proporción (porcentaje) de hogares que habitan en asentamientos precarios a 2020 <sup>10</sup>	1,1	2,7	15,2	4,0
<p>Fuentes:</p> <p>1 Indicadores básicos Situación de Salud en Colombia 2011. Ministerio de Salud y de la Protección Social.</p> <p>2 Encuesta de Calidad de Vida del Municipio de Envigado. Año 2013.</p> <p>3 Vigilancia de la Oficina de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la SS de Envigado. Año 2013.</p> <p>4 Base de datos de nacimientos preliminar construida por el DANE y la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia con aportes de la SS de Envigado 2013.</p> <p>5 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, según lugar de ocurrencia. Año 2013.</p> <p>6 Base de datos de nacimientos y defunciones preliminares construidas por el DANE y la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia con aportes de la SS de Envigado 2013.</p> <p>7 Informes mensuales de vacunación de 15 IPS notificadoras - Software PAISOFT y aportes de otros municipios según PAISOFT departamental. Según las metas asignadas por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).</p> <p>8 Base de datos SIVIGILA de la Dirección de Vigilancia Epidemiológica de la SS de Envigado. Año 2013.</p> <p>9 Base de datos de defunciones preliminar construidas por el DANE y la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia con aportes de la SS de Envigado 2013.</p> <p>10 Base de datos SISB EN. Envigado. Año 2012 y Encuesta de Calidad de Vida del Municipio de Envigado. Año 2013.</p> <p>Notas aclaratorias:</p> <p>- A partir de la segunda fuente citada se hace referencia a los indicadores para el municipio de Envigado durante el año 2013.</p> <p>* Sólo se mide en menores de 5 años del Programa MANA de la SS de Envigado, además la medición de peso y la talla es un tamizaje anual.</p> <p>** No ha sido posible el cálculo de estos indicadores debido a que la Base de Datos SIVIGILA no contiene la variable que especifique el tipo de agresor.</p> <p>*** A partir del año 2012, el denominador de población para el cálculo de indicadores en vacunación, cambió de acuerdo a la Circular 039 del 30 de octubre de 2013 (poblaciones programáticas), emanada por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>				

**Fuente:** Secretaría de Salud de Envigado, Dirección de Estadísticas e Información, (2014)

## 4.5. NIVEL EDUCATIVO POR ÁREAS

El nivel de formación de la población que reside en Envigado, está básicamente concentrado en la media técnica, con una participación del 72%, teniendo en cuenta también, la importante participación de los estudios tecnológicos, universitarios y de posgrado con un 21%.

Por áreas, es notoria la diferencia existente para los estudios de primaria en el área rural y los universitarios en el área urbana; situación que puede dar cuenta de la cercanía a los centros de formación superior en lo urbano y al interés generado en adelantar dichos estudios, entre otros, por las personas que allí residen. Tan sólo un 3.5% de las personas no tiene ningún nivel educativo, lo que está relacionado con el nivel de analfabetismo cercano al 2% y da cuenta del buen nivel de formación de capital humano y los altos estándares en materia de educación. (Departamento Administrativo de Planeación, 2010).

## 4.6. POBLACIÓN RÉGIMEN CONTRIBUTIVO, SUBSIDIADO Y POBLACIÓN POBRE SIN SUBSIDIO, SEGÚN EDAD Y SEXO

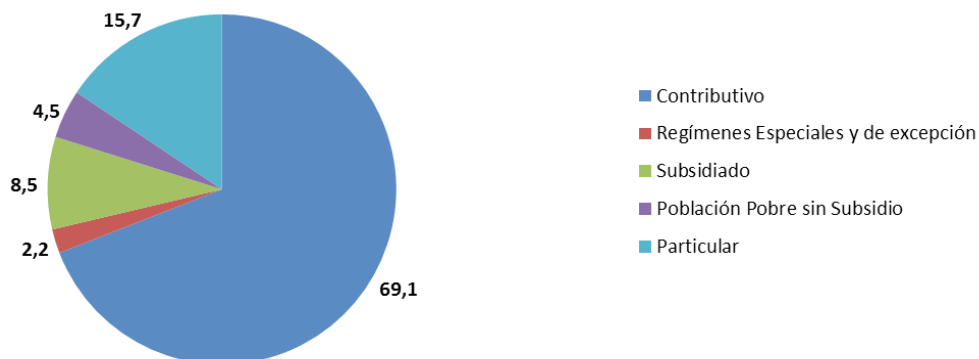
En la figura 4 y tabla 3, se aprecia cómo predominan en Envigado las personas afiliadas al régimen contributivo, con pertenencia a una Entidad Promotora de Salud –EPS–, con un 65,2%, seguido de los afiliados al régimen subsidiado con un 8.7%. En este mismo sentido, es de advertir que cerca de un 22,9% de la población no está afiliada a ningún régimen de salud. Así mismo, el porcentaje de cobertura de población asegurada al SGSSS es de 79,9; mientras que el porcentaje de población sin aseguramiento es del 20,1%. (Secretaría de Salud de Envigado, 2014).

**Tabla 3. Estructura de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Envigado. Año 2013.**

Regimen de afiliación	Numero de afiliados activos	Proporción
Contributivo	146.661	69,1
Regimenes especiales y de excepción	4.730	2,2
Subsidiado	18.120	8,5
Población Pobre sin Subsidio (Vinculado )	9.531	4,5
Particular	33.241	15,7

**Fuente:** Secretaría de Salud de Envigado, Dirección de Estadísticas e Información, (2014)

**Figura 4. Estructura de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud. Envigado. Y consultas con aseguradoras. Año 2013**



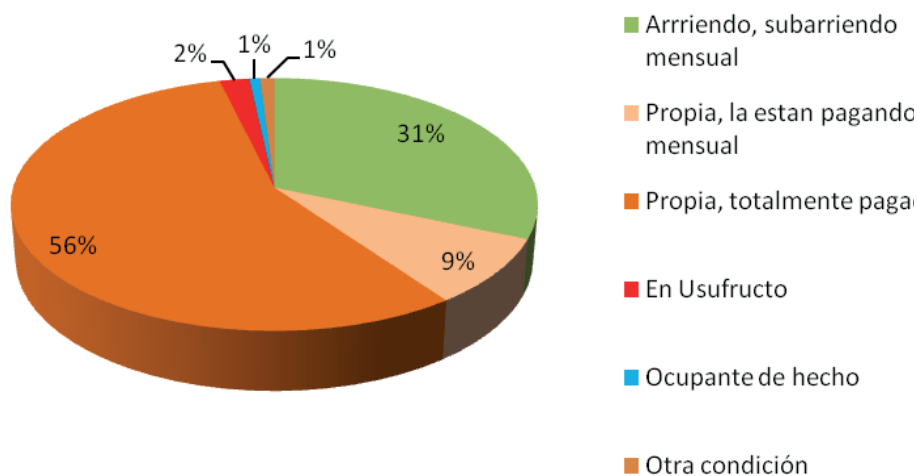
**Fuente:** Estructura de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud. Envigado. Año 2013.

#### 4.7. VIVIENDA

El acceso y disponibilidad de vivienda, es uno de los anhelos más importantes del hogar. A nivel municipal, el 65% de hogares cuentan con vivienda propia, arrendada el 31% y alrededor del 4% en otras formas de tenencia; distribución que determina que existe un 35% de hogares que no cuentan con vivienda propia. (Departamento Administrativo de Planeación, 2010).

En la siguiente figura (5), se muestran los resultados de la encuesta de calidad de vida 2009, sobre la forma de tenencia de la vivienda en Envigado.

**Figura 5. Modo de ocupación de la vivienda. Envigado 2009.**



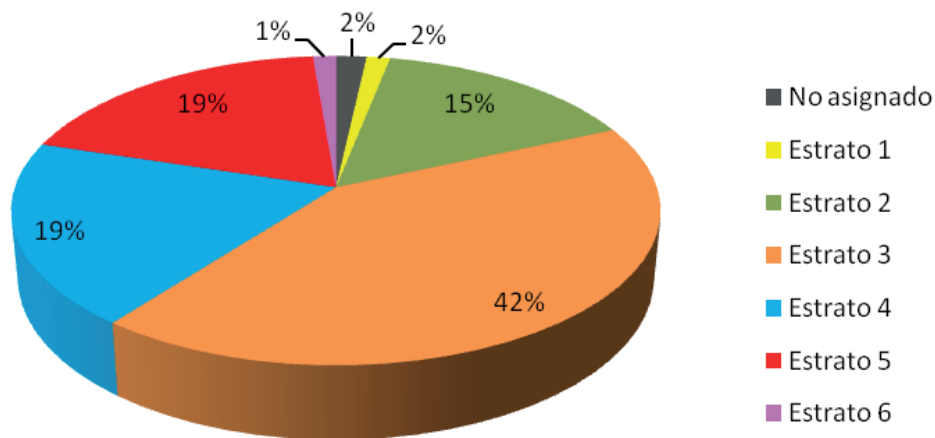
**Fuente:** Oficina Asesora de Planeación. Encuesta de Calidad de Vida 2009.



## 4.8. ESTRATIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA

En materia de estratificación socioeconómica, se aprecia (Figura 6) que el estrato predominante es el tres (3), con un 42% de participación en la estructura, seguido por los estratos cuatro (4) y cinco (5), con un 19% de participación cada uno. Lo anterior, reflejo de condiciones medio-altas para las viviendas del municipio y el entorno donde se ubican. El restante 20%, está representado por los otros tres estratos (1, 2 y 6) y por algunas viviendas del sector rural, que a la fecha, no figuran con estrato dentro de la base catastral, así sea que tengan un estrato asignado para efectos de facturación y cobro de los servicios públicos domiciliarios. (Departamento Administrativo de Planeación, 2010).

**Figura 6. Estratificación Socioeconómica 2009.**



**Fuente:** Oficina Asesora de Planeación. Base de Datos Catastral. 2010.

## 5. MARCO NORMATIVO

Se presenta a continuación la base normativa que se ha tenido en cuenta en el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Salud, en el municipio de Envigado.

- **Ley 1438 de 2011:** por medio de la cual, se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se dictan otras disposiciones; tiene como objeto el fortalecimiento del SGSSS, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud, que en el marco de la estrategia APS, permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad, para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos, sean los residentes en el país.

- Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera. (Ley 1438, 2011).

- **Decreto 2737 de 1989:** por el cual se expide el Código del Menor; tiene como objeto consagrar los derechos fundamentales del menor, determinar los principios rectores que orientan las normas de protección al menor, tanto para prevenir situaciones irregulares como para corregirlas; definir las situaciones irregulares bajo las cuales pueda encontrarse el menor, origen, características y consecuencias de cada una de tales situaciones; determinar las medidas que deben adoptarse con el fin de proteger al menor que se encuentre en situación irregular; señalar la competencia y los procedimientos para garantizar los derechos del menor y establecer y reestructurar los servicios encargados de proteger al menor que se encuentre en situación irregular, sin perjuicio de las normas orgánicas y de funcionamiento, que regulan el sistema nacional de bienestar familiar. (Decreto 2737, 1989).

- **Ley 10 de 1990:** por la cual se organiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. En el Capítulo II: "ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD", Artículo 4, se entiende que el Sistema de Salud, comprende los procesos de: fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación; que en él intervienen diversos factores, tales como: los de orden biológico, ambiental, de comportamiento y de atención, propiamente dicha, y que de él forman parte tanto el conjunto de entidades públicas y privadas del sector salud, como también, en lo pertinente, las entidades de otros sectores que inciden en los factores de riesgo para la salud. En el Artículo 12 define dentro de las funciones de las Direcciones Locales del Sistema de Salud, estimular la atención preventiva, familiar, extra-hospitalaria y el control del medio ambiente y, controlar, en coordinación con las entidades del sector o de otros sectores que incidan en la salud, los factores de riesgo referentes al estado de salud-enfermedad de la población. (Ley 10, 1990).

• **CONPES 2793:** POLITICA NACIONAL DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ, tiene como objeto Incidir de manera activa, a nivel intersectorial y territorial, sobre las condiciones de desarrollo social, económico y cultural de los individuos, la familia y la sociedad, como medio para propiciar que los viejos de hoy y del futuro, alcancen una vejez digna, saludable e integrada; dentro del marco de la promoción, prevención y restitución de los derechos humanos y crear condiciones para el envejecimiento de la población, entendido como el derecho de toda la población a una vida digna, larga y saludable, reconociendo la trascendencia de la corresponsabilidad individual, familiar y social, en este proceso. (CONPES 2793, 2007).

• **Decreto 1757 de 1994:** por el cual se organiza y se establecen modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 4 del Decreto-Ley 1298 de 1994 en el Capítulo I, Artículo 2, define las formas de participación en salud:

- La Participación Social: es el proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, basada en los principios constitucionales de solidaridad, equidad y universalidad en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social. La participación social comprende la participación ciudadana y comunitaria, así:

- La Participación Ciudadana: es el ejercicio de los deberes y derechos del individuo, para propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y aportar a la planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud.

- La Participación Comunitaria: es el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud.

- La participación en las Instituciones del SGSSS, es la interacción de los usuarios con los servidores públicos y privados para la gestión, evaluación y mejoramiento en la prestación del servicio público de salud. (Decreto 1757, 1994).

• **Acuerdo 117 de 1998 CNSSS:** por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública. En el Artículo 3 se define el objeto de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento como la Protección Específica, la Detección Temprana y la Atención de las Enfermedades, objeto de erradicación, eliminación y control. (Acuerdo 117, 1998).

• **Resolución 412 de 2000:** mediante la presente resolución se adoptan las normas técnicas de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública, a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado. Igualmente, se establecen los lineamientos para la programación, evaluación y seguimiento de las actividades establecidas en las normas técnicas que deben desarrollar estas entidades. (Resolución 412, 2000).

- **Ley 715 de 2001:** por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias, de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política de 1991 y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. En el CAPÍTULO II COMPETENCIAS DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES EN EL SECTOR SALUD Artículo 44, se definen las competencias de los municipios: dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el ámbito de su jurisdicción; con relación a las funciones de Salud Pública, se encuentra adoptar, implementar y adaptar las políticas y planes en salud pública, de conformidad con las disposiciones del orden nacional y departamental, así como formular, ejecutar y evaluar el Plan de Atención Básica municipal, establecer la situación de salud en el municipio y propender por el mejoramiento de las condiciones determinantes de dicha situación. De igual forma, promoverá la coordinación, cooperación e integración funcional de los diferentes sectores para la formulación y ejecución de los planes, programas y proyectos en salud pública, en su ámbito territorial.

- En el CAPÍTULO III DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS PARA SALUD Artículo 47, “Destino de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud” define: los recursos del Sistema General en Participaciones en Salud, se destinarán a financiar los gastos de salud, entre otros, las acciones de salud pública, definidos como prioritarios para el país por el Ministerio de Salud. (Ley 715, 2001).

- **Ley 1098 de 2006:** por la cual se expide el Código de la Infancia y Adolescencia; tiene por finalidad garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes, su pleno y armonioso desarrollo, para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. Prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna. Tiene como objeto establecer normas sustantivas y procesales para la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes, garantizar el ejercicio de sus derechos y libertades consagrados en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos, en la Constitución Política y en las leyes, así como su restablecimiento. Dicha garantía y protección será obligación de la familia, la sociedad y el Estado. (Ley 1098, 2006).

- **CONPES 109 de 2007:** política Pública Nacional de Primera Infancia, “Colombia por primera infancia”. Tiene como objetivo, promover el desarrollo integral de los niños y niñas desde la gestación hasta los 6 años de edad, respondiendo a sus necesidades y características específicas, y contribuyendo así, al logro de la equidad e inclusión social en Colombia. Dentro de la línea estrategia Nro. 2 “Mejorar la supervivencia y la salud de los niños y niñas de 0 a 6 años y de las madres gestantes y en periodo de lactancia”, propone, entre otros: coordinar intersectorial e interinstitucionalmente, la implementación de las estrategias dirigidas a promover la salud y estilos de vida saludables para la primera infancia en la familia, y al mantenimiento y mejoramiento de las condiciones de salud y del entorno (escuela, instituciones, parques, vecindario) en que se desarrollan los niños y niñas de 0 a 6 años. (CONPES 109, 2007).

- **CONPES 140 de 2011:** modificación a CONPES Social 91 del 14 de julio de 2005: Metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2015. La modificación al documento CONPES Social 91 de 2005, tiene el propósito de formalizar por parte del CONPES Social, conforme a lo previsto en la Declaración del Milenio, los compromisos del Gobierno; los cuales, derivan de la

actualización, (para algunos indicadores), de sus líneas de base y las metas correspondientes. Acorde con la Declaración del Milenio y los acuerdos adicionales de los países, en la Cumbre del Milenio, y de la manera en que se efectuó en el CONPES Social 91, el país adopta los indicadores y metas pertinentes de la manera más adecuada a sus condiciones particulares, manteniendo los retos en materia de reducción, a los cuales se comprometió. Lo anterior, por cuanto para varios de los indicadores y metas universales inicialmente suscritas, el país había superado los retos previstos y por tanto, se adaptan a las condiciones particulares y los énfasis de las políticas públicas en curso o por desarrollar. (CONPES 140, 2011).

- **CONPES 147 de 2011:** establece los lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años; la estrategia se enmarca en los principios señalados en la Constitución Política; en las diferentes normas relacionadas con la niñez, la infancia y la adolescencia, especialmente la Ley 1098 de 2006; en el desarrollo de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) y en la protección y garantía de los derechos de todos los niños, niñas, adolescentes y jóvenes desde los 6 hasta los 19 años, incluyendo aquellos que se encuentran en embarazo o que ya son madres o padres. Los lineamientos tienen como finalidad, orientar el diseño de una estrategia que haga énfasis en los proyectos de vida de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes desde los 6 hasta los 19 años, la permanencia escolar y la culminación del ciclo educativo, y el logro de familias funcionales, trascendiendo los enfoques biológicos y de riesgo, planteados hasta el momento, en algunas instituciones y proyectos, y reconociendo las diferencias culturales, regionales y poblacionales. (CONPES 147, 2011).

- **Ley 1616 de 2013:** por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. Tiene como objetivo garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental de la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes; mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud. De igual forma, se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derecho, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital. (Ley 1616, 2013).

- **Decreto municipal 234 (6 de agosto de 2014):** “por medio del cual se implementa la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) con enfoque de Entornos Saludables para la vigencia del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se delegan funciones” En el Artículo 1° se adopta el programa denominado: “ENTORNOS SALUDABLES PARA LA VIDA”, como estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) con enfoque de Entornos Saludables, como principal componente para el desarrollo, en el municipio de Envigado, del Plan Decenal de Salud Pública 2012-202; consistente en cuatro (4) grandes proyectos: Familias Saludables, Escuelas Saludables, Barrios Saludables y Empresas saludables (Decreto municipal 234, 2014).

- Acuerdo 024 mayo 31 de 2012, aprueba el Plan de Desarrollo 2012 – 2015 “Envigado, Una Oportunidad para Todos”. Bajo los principios de equidad en las oportunidades y promoción de las

capacidades, enfoque de derechos para la inclusión y la civilidad, la zona como unidad básica de planeación y el espacio público como generador de calidad de vida, innovación, ciencia y tecnología para el desarrollo socioeconómico, transparencia y cero corrupción, la administración pública de cara al ciudadano y fortalecimiento del capital humano, social y de la participación ciudadana en el desarrollo local. Se formula el Plan de Desarrollo municipal, el cual contiene 5 líneas estratégicas, la primera de ellas, llamada: Desarrollo Humano Integral, en la cual se incluyen las acciones de la Secretaría de Salud. Dentro de ellas se encuentra el programa: “La Salud Pública, un compromiso de todos” y en este mismo, el subprograma: “Promoción de Entornos Saludables para la Vida”; en ella se especifican las acciones y metas para los programas de Atención Primaria en Salud con enfoque de entornos saludables (Acuerdo 024, 2012).

## 6. ESTRATEGIA EN EL TERRITORIO

### 6.1. DEFINICIÓN

El municipio de Envigado adopta la estrategia de Atención Primaria en Salud desde el año 2005 y para esta ocasión y aún vigente, entiende esta estrategia como la definió la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, de septiembre de 1978, así:

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, 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 autorresponsabilidad y autodeterminación. 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. (OMS, et al., 1978).

Según lo dicho, la forma como el municipio de Envigado acerca la comunidad al sistema de salud, es a través, y más preponderantemente, de la orientación de servicios. Es decir, el énfasis de la APS en el territorio, es lograr contribuir a los entornos saludables, a través de la educación para la salud y de la orientación de servicios a los programas y acciones de la administración municipal y a los programas de detección temprana y protección específica, que deben garantizar las aseguradoras en salud; logrando así, apoyar el esfuerzo del municipio en el abordaje de los determinantes sociales en salud.

Otro de los elementos fundamentales de esta estrategia, es el enfoque de entornos saludables, la cual, de acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), busca: *"generar espacios y ambientes saludables que permitan que las condiciones de vida y el estado de salud de las personas, sean más favorables en términos de oportunidades, para el desarrollo individual y colectivo de los diversos grupos que integran la sociedad."* Para este fin, se adopta el desarrollo de entornos saludables desde cuatro ejes que abordan el entorno de las comunidades, esto es, la escuela, la familia, el barrio y la empresa.

## 6.2. ALCANCE

El municipio de Envigado a través de la gestión de la Secretaría de Salud, busca generar una cultura preventiva y no curativa, contribuir a que las comunidades mejoren sus procesos de autocuidado y gestionen su salud, demanden los servicios de detección temprana y protección específica, que sus conductas estén direccionadas a la conservación de su salud, contribuyendo así a la generación de entornos saludables.

## 6.3. RECTORÍA Y PLANEACIÓN

El desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Salud con enfoque de entornos saludables, se viene desarrollando de forma continua, y se consigna cada cuatrenio, en el Plan de Desarrollo Municipal, en el momento insertado en la Línea estratégica 1. Desarrollo Humano Integral, componente 1.2 Salud para Todos, Programa Salud Pública, Subprograma Promoción de Entornos Saludables para la Vida. Se ejecuta por medio de un proceso contractual con la ESE. Santa Gertrudis, la cual ofrece servicios de primer nivel, ésta desarrolla los programas siguiendo los lineamientos dados por la Secretaría de Salud (Hector, L., 2012).

Además, en el desarrollo de la estrategia hay una articulación con todas las dependencias de la Administración Municipal, esto es, Secretaría de Desarrollo Económico, Medio Ambiente, Bienestar Social y Desarrollo Comunitario, Educación, Equidad de Género, Gobierno y Obras Públicas. También la articulación, se da con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que están en el territorio y Aseguradoras respectivas y con las veedurías ciudadanas y los COPACOS. Este proceso de articulación, se fundamenta en la orientación de servicios que se realiza con las comunidades.

## 6.4. ENFOQUES

El enfoque que desarrolla el municipio para la Atención Primaria en Salud, es: Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, ya que el énfasis, es la orientación de servicios y el fortalecimiento en la educación en salud; además, de propender por el empoderamiento de la comunidad en el cuidado de su salud. Para empoderar a las familias en el cuidado de su salud, se dan herramientas informativas para que estos mismos gestionen su salud, tanto en la demanda de servicios de salud que requieran y subsidios municipales, como en el fortalecimiento de sus habilidades para prácticas de hábitos de vida saludable. Los servicios de salud en el territorio, están relativamente cerca, las instituciones e instancias municipales tienen una oferta amplia de servicios para su población; es por ello, que el énfasis es la educación en salud y la orientación de servicios, disminuyendo gradualmente los procesos de atención en los hogares y comunidades.

## 6.5. ESTRUCTURA PARA EL FUNCIONAMIENTO

El equipo básico de APS debe desarrollar las actividades que a continuación se mencionan y adecuarlos respecto al programa que se esté desplegando. Este listado se retoma de la cartilla: “Manual del Promotor de Salud” de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia –Salud Contigo– y de las funciones del equipo básico de APS contenidas en la Ley 1438 de 2011.



El equipo básico está conformado por una auxiliar de enfermería y una higienista oral, quienes conjuntamente realizan la visita a la familia; además, se cuenta con enfermera profesional, psicólogos, tecnóloga de alimentos y auxiliares administrativos; los cuales apoyan las actividades de Barrio, Empresa y Escuela Saludable.

### 6.5.1. Funciones generales

Las funciones generales las desarrolla todo el equipo básico de APS, su distribución y ejecución depende de las necesidades específicas que se presenten en la planeación de las actividades. Todo el equipo recibe capacitación relacionada con la ejecución de las actividades que se mencionan a continuación:

- Participar en la elaboración del diagnóstico situacional de su área de influencia.
- Identificar y describir los comportamientos personales, familiares y comunitarios que influyen en la salud y calidad de vida, tales como: las condiciones de trabajo, alimentación, ejercicio, higiene, estrés, el uso del cigarrillo y alcohol, así como el abuso físico o mental de las familias del municipio.
- Responder a las necesidades sentidas e identificadas de las familias, planeando, elaborando y evaluando planes de acción concertados con las familias y las comunidades.
- Realizar educación para la salud y desarrollar conocimientos, comportamientos de salud y habilidades de autocuidado con cada una de las familias asignadas.
- Informar a la población sobre factores protectores y de riesgo, y movilizarla alrededor de las medidas de control.
- Promover la utilización oportuna de los servicios de salud con equidad y calidad.
- Canalizar a los diferentes programas de detección temprana y protección específica (control prenatal, crecimiento y desarrollo, hipertensión, diabetes, entre otros).
- Canalizar a los servicios de salud y/o a otros programas sociales que sean requeridos (medicina general, psicología, nutrición, odontología, rutas de atención a víctimas de conflicto armado, seguridad alimentaria, Registraduría, Personería, educación, entre otros).
- Promocionar la participación social en los diferentes espacios y mecanismos (CTSSS, veedurías, comités de salud, redes sociales).
- Difundir las políticas públicas de: discapacidad, infancia y adolescencia, obesidad, cáncer infantil, estilos de vida saludable y las relacionadas con promoción de la salud y prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles, entre otras.
- Motivar la afiliación a los diferentes regímenes de seguridad social, según las condiciones específicas de cada individuo y/o familia.

- Promover la salud integral en los niños, niñas y adolescentes, adultos, mujeres y población de la tercera edad.
- Realizar cronograma mensual de actividades y elaborar informes mensuales que den cuenta de la gestión realizada dentro del área de cobertura asignada.
- Promover los deberes y derechos en salud.

### **6.5.2. Funciones Enfermera**

- Planear y evaluar la metodología de trabajo para los talleres y demás actividades educativas de salud sexual, teniendo en cuenta comunicación asertiva, lúdica, juego, generación de reflexión y movilización.
- Realizar talleres y demás actividades educativas del subprograma: Salud Sexual y Reproductiva, promoviendo los derechos sexuales y reproductivos y brindando herramientas a los adolescentes y jóvenes para la garantía de los mismos.
- Aplicar pre y postes para evaluar los resultados de los talleres de salud sexual.
- Apoyar las actividades de Barrios, Empresa, Escuela, en la educación para la salud, enfatizando en los estilos de vida saludable, la salud sexual y demás temas que surjan de las necesidades de las comunidades.
- Brindar información adecuada a la población sobre las medidas de diagnóstico, prevención y control.

### **6.5.3. Funciones Auxiliar de Enfermería**

- Realizar la valoración y el seguimiento de las necesidades y capacidades de las familias, por medio de la visita familiar; analizar los procesos de riesgo y protección, haciendo una priorización para la intervención.
- Identificar el riesgo y el estado sanitario en lo relacionado con: agua para consumo humano, desechos sólidos, líquidos, alimentos y ambientes intra y extra domiciliarios.
- Promover las condiciones sanitarias del ambiente y la vacunación antirrábica en perros y gatos.
- Desestimular la exposición al tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas y el autoconsumo de medicamentos.
- Mantener actualizado el plan de acción familiar, incluidos los nuevos acuerdos para aquellas actividades que no fue posible realizarlas por las familias.
- Hallar y reportar los eventos de salud pública de notificación obligatoria.
- Encontrar los signos patognomónicos de las enfermedades crónicas no transmisibles, como: diabetes, cardiovasculares, respiratorias crónicas de vías inferiores y cáncer.

- Ejecutar la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios (tos con flema y expectoración con más de 15 días) y remitir para su diagnóstico, tratamiento y seguimiento respectivo.
- Perpetrar la investigación activa de sintomáticos de piel (persona con cualquier tipo de lesión o manchas en la piel, no dolorosa o pérdida de la sensibilidad) y remitir para su diagnóstico, tratamiento y seguimiento respectivo.
- Efectuar la indagación de casos sospechosos de: sarampión, rubeola, síndrome de rubeola congénita, tétano neonatal y parálisis flácida.
- Promover la adherencia a los tratamientos en los pacientes enfermos de tuberculosis y de lepra para el logro de la curación.
- Hacer la valoración del esquema de vacunación del programa ampliado de inmunizaciones.
- Cumplir la búsqueda de susceptibles para la vacunación en niños y niñas de 0 a 5 años, y remitirlos al servicio de vacunación.
- Realizar la búsqueda de susceptibles para la vacunación en mujeres en edad fértil y gestantes de 10 a 49 años y enviarlas al servicio de vacunación.
- Orientar y remitir a las adolescentes para recibir la vacuna de VPH, según los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Revisar, orientar y actualizar el carné de vacunas del grupo familiar existente en la vivienda.

#### **6.5.4. Funciones Higienista Oral**

- Promover la salud bucal en todos los integrantes de la familia, en el espacio de la Empresa, la Escuela y el Barrio. Estimular que se visite al Odontólogo una vez al año, como mínimo.
- Identificar las redes prestadoras de servicio de salud en el contexto local y regional.
- Diligenciar la ficha familiar en el sistema GAPS, utilizando para ello el móvil respectivo.
- Imprimir y entregar compromisos a las familias de acuerdo a la valoración inicial.
- En el programa Escuela Saludable, subprograma Escuela Cero Caries: desarrollar las actividades de valoración del niño para la identificación de caries y respectiva remisión al asegurador. Además de ofrecer la educación relacionada con los hábitos de higiene dental.

### 6.5.5. Funciones Psicóloga

- Promover la salud mental en los diferentes espacios de los programas, esto es: Familia, cuando se requiera, Barrio, Escuela y Empresa.
- Promover la participación comunitaria a través del centro de escucha.
- Realizar actividades de educación para la salud, con las diferentes poblaciones que se intervienen en Escuela Saludable, así:

*- Desarrollar el programa Buen Ciudadano, promoviendo la conservación de los valores y haciendo partícipe a los docentes y padres de familia en las actividades determinadas para el desarrollo del programa.*

*- Participar en el desarrollo del programa Salud Sexual y Reproductiva, fortaleciendo en los adolescentes y jóvenes, las habilidades para la vida, el proyecto de vida y demás, que intervengan directa o indirectamente en la salud sexual de los mismos.*

### 6.5.6. Funciones Tecnóloga de Alimentos

- Promover una alimentación saludable de acuerdo al contexto, así como la adecuada conservación, almacenamiento y manipulación de los alimentos.
- Suscitar ambientes y estilos de vida saludable en el individuo, la familia y la comunidad (prácticas de la actividad física, cultural, patrones y hábitos alimentarios sanos).
- Participar en el desarrollo de la Escuela Saludable, promoviendo la nutrición saludable.

Además de las funciones generales que se mencionaron anteriormente, el personal del equipo básico, deberá asistir a la Secretaría de Salud, a un proceso de capacitación antes y durante la ejecución de las actividades, esto con el fin de garantizar el conocimiento necesario en:

- Manejo del Software GAPS, utilizado para el desarrollo del componente de Familia Saludable.
- Normatividad nacional en salud, de los programas de detección temprana y protección específica, Resolución 412 del 2000 y sus modificaciones.
- Conocimiento de los programas y subsidios que tiene la Administración Municipal.
- Capacitación al personal que conforma el equipo base de APS, en protocolos diseñados para la búsqueda activa de pacientes con problemas que afectan la salud mental y son identificados en terreno, así como también, el protocolo de vigilancia epidemiológica, para detectar sintomáticos respiratorios de tuberculosis.
- Capacitación a los grupos del equipo básico de APS que realiza visitas a las familias en las prácticas de cuidado familiar del AIEPI comunitario.

- Necesidades de capacitación que se detecten de acuerdo al diagnóstico de las familias visitadas y al seguimiento del equipo básico de los programas.

## 6.6. CRITERIOS DE SELECCIÓN

La Secretaría de Salud, definió para el desarrollo de los programas que conforman la APS con enfoque de entornos saludables, una serie de requisitos, así:

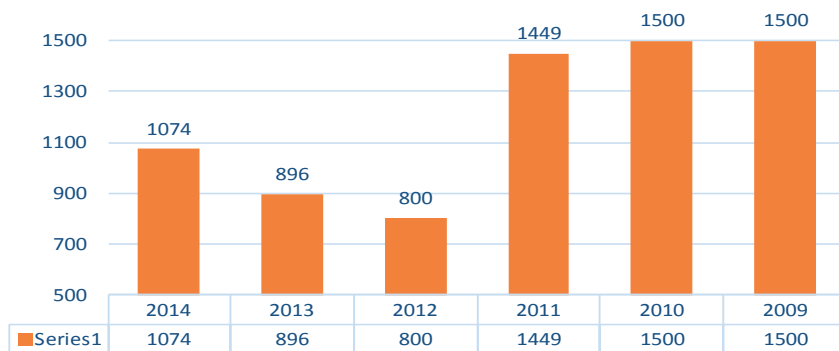
Regularmente se estructuran 3 equipos básicos de APS, los cuales realizan las visitas familiares, estos están conformados por una auxiliar de enfermería y una higienista oral. También, dentro del equipo básico APS, hay otro personal que desarrolla las actividades de los programas de Empresa, Barrio y Escuela, así entonces, está: la enfermera profesional, higienista oral, auxiliar de enfermería, psicóloga, tecnóloga de alimentos. El personal profesional y/o auxiliar, debe acreditar ser egresado de una institución reconocida y certificada por el Ministerio de Educación Nacional.

Como personal de apoyo de los equipos de APS, se cuenta con auxiliares administrativas y socióloga. También para el desarrollo de Empresa Saludable en su componente de Salud Ocupacional, se utiliza el recurso de profesionales en Salud Ocupacional.

## 6.7. COBERTURA

Se presentan a continuación el número de familias visitadas desde el año 2009 hasta el 2013; estas visitas incluyen: primeras, segundas, terceras y hasta cuatro visitas por familia. En la figura 7 se observa que el número de visitas por año ha sido de distribución heterogénea, siendo el valor mínimo 800 y el máximo 1500; este comportamiento se debe a periodos en los que la Gobernación de Antioquia ha cofinanciado al municipio para APS y también a la disminución paulatina de los recursos para salud pública. Durante este período se han realizado un total de 7.219 visitas; sin embargo, es importante aclarar que este número, no corresponde a familias intervenidas, ya que cada familia puede ser visitada una, dos, tres y hasta cuatro veces.

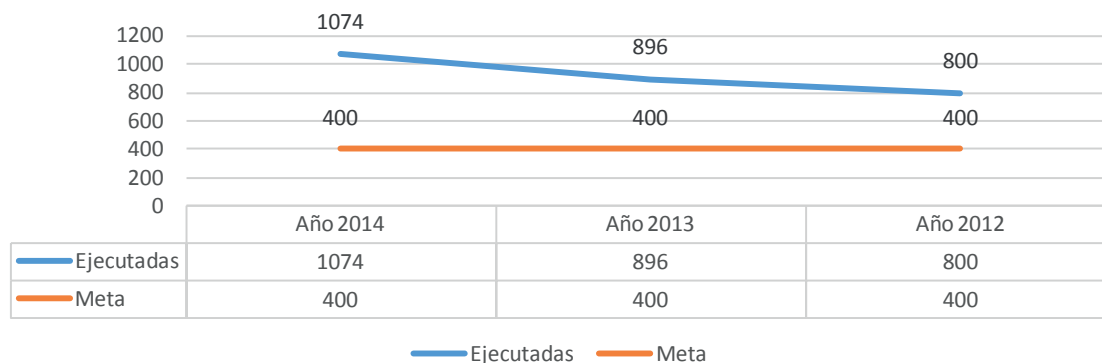
**Figura 7. Número de visitas familiares por año. Envigado, 2009-2014**



**Fuente:** Secretaría de Salud. Envigado

En la siguiente figura 8, se evidencia la relación del número de visitas familiares durante los años que han transcurrido del actual Plan de Desarrollo municipal; el número de visitas familiares efectuadas por año, superan la meta propuesta en el Plan de Desarrollo: “Una Oportunidad para Todos”; en los tres años se han perpetrado 2770. (Secretaría de Salud, 2014).

**Figura 8. Número de visitas familiares realizadas durante el Plan de Desarrollo vigente. Envigado, 2012 – 2014.**



**Fuente:** Secretaría de Salud. Envigado

En la siguiente tabla (4), se presenta un conteo de las instituciones, barrios, empresas y familias, que se han beneficiado de la estrategia de Atención Primaria en Salud con enfoque de entornos saludables que desarrolla el municipio, así entonces, en Escuela Saludable (que incluye todos los subprogramas como: Buen Ciudadano, Programa Salud Sexual y Reproductiva, Prevención de las Adicciones, Escuela Cero Caries) cada año se han beneficiado casi todas las instituciones educativas del sector público y se incluyen algunas del sector privado, también se benefician los hogares infantiles, sumando un total de: 514 intervenciones.

Para el caso de: “Barrio Saludable”, el número priorizado y realizado es muy similar año tras año, aunque el número de barrios son 39 y veredas 5, algunos de los barrios escogidos por año, se repiten, debido a la vulnerabilidad y condiciones presentadas.

Desde el programa: “Empresa Saludable” se han priorizado las empresas que se reportan desde la Secretaría de Desarrollo Económico y Cámara de Industria y Comercio Aburrá Sur y aquellas que solicitan y quieren recibir el beneficio. Por último, para el programa: “Familia Saludable”, el total de visitas familiares para los años 2010 a 2014, suman: 5719.

**Tabla 4. Número de Instituciones, familias, barrios y Empresas intervenidas por APS. Envigado, 2010 – 2014**

Programa	2010	2011	2012	2013	2014	Totales
Escuela Saludable (Incluye Instituciones Educativas y Hogares Infantiles)	292	79	50	48	45	514
Barrio Saludable	10	10	11	10	13	54
Empresa Saludable	25	25	21	20	17	108
Familia Saludable	1500	1449	800	896	1074	5719

**Fuente:** Secretaría de Salud. Envigado

## 6.8. POBLACIÓN OBJETO

La estrategia Municipio Saludable por la Paz; actualmente, APS, se empieza a implementar en Envigado desde el año 2005, y hoy todavía sigue vigente; su objetivo es promover condiciones para tener personas sanas o saludables, que habiten ambientes sanos o saludables y que practiquen costumbres sanas o saludables, que contribuyan a la disminución paulatina de la pobreza y a mejorar los entornos en los que se habita. Una de las formas de operar, es a través de la articulación con otros sectores, que puedan contribuir al mejoramiento de los determinantes de la salud; es decir, que contemple la posibilidad real de satisfacer en forma conjunta, las necesidades sociales, para propiciar Entornos Saludables.

Para el año 2006, se realizó un compromiso municipal para la vinculación de todos los sectores en esta estrategia; éste apunta a que las familias beneficiarias de diferentes subsidios de cada una de las Secretarías del municipio, serán remitidas, oportunamente, a la Secretaría de Salud, para que previamente a la recepción del subsidio, sean visitadas por el Programa Familia Saludable, el cual hace parte de la estrategia Municipio Saludable por la Paz. Esta estrategia de articulación aún sigue vigente, de forma que la población que recibe los beneficios de subsidios del municipio, es parte de la población que es atendida por los programas de APS. Además, las familias pueden ser remitidas de otras dependencias de la Administración Municipal, para casos o necesidades específicas; así mismo, la Secretaría de Salud determina realizar visitas familiares, según situaciones especiales, incluyendo los beneficiarios de sus programas.

## 6.9. ÁMBITOS DE ACCIÓN

El municipio de Envigado lleva a cabo innumerables y distintas actividades de protección social, dependientes de diferentes Secretarías, principalmente de salud y bienestar social, que promueven la conversión del municipio en un entorno saludable y en paz.

La APS con enfoque de Entornos Saludables, se compone entonces, de los siguientes programas:

### **6.9.1. Programa de Escuelas Saludables**

La estrategia “Escuela Saludable” integra las políticas de Promoción y Prevención en el ámbito escolar, por medio de la intervención de profesionales en diferentes áreas de la salud y empoderando a la institución educativa en mantener ambientes saludables. (Secretaría de Salud, 2005).

Tiene como concepto principal, la educación para la salud de los niños y jóvenes y de su entorno familiar, enseñándoles a adquirir hábitos saludables; así mismo, la conservación de su entorno escolar, no solamente desde el espacio físico, sino en lo que se refiere al clima o ambiente de convivencia y por supuesto, a la posibilidad de que los niños puedan acceder a los servicios de salud y alimentación o nutrientes adecuados. (Secretaría de Salud, 2005).

Otros actores importantes en el desarrollo del programa, son las Secretarías de Tránsito y Transporte, Secretaría de Gobierno, Secretaría de Bienestar Social y Secretaría de Obras Públicas; las cuales brindan apoyo y fortalecen el programa, otorgando educación en temas como: Seguridad Vial, Deberes y Derechos, Prevención de Violencia Intrafamiliar y Desarrollo del Sentido de Pertenencia. (Secretaría de Salud, 2005)

La ejecución de Escuela Saludable se basa en el desarrollo de 5 subprogramas, los cuales son: Buen Ciudadano, Salud Sexual y Reproductiva, Preventivo de las Adicciones y Salud Mental, Escuela Cero Caries y finalmente, Escuela Saludable, propiamente.

### **6.9.2. Programa de Barrios Saludables**

El Barrio Saludable, busca a través del fortalecimiento de los enfoques de promoción de la salud en la ciudad y prevención de la enfermedad, aportar en el mejoramiento de las condiciones del barrio y su población, que puedan afectar su proceso salud-enfermedad. Su énfasis es la educación para la salud, el tamizaje y empoderamiento del barrio en la gestión de su salud.

Para su desarrollo, el equipo de profesionales de diferentes áreas, se desplaza a los barrios del municipio para realizar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad: tamizajes visuales, auditivos, talleres, educación en salud oral, tamizaje de presión arterial, entre otros. (Secretaría de Salud, 2005).

### **6.9.3. Familia Saludable**

La salud de la familia, no es solamente la suma de la salud de cada uno de sus miembros, sino que tiene que ver con algo mucho más profundo, como es la integración de sus componentes con el concepto de bienestar familiar e individual; para lo cual, su núcleo familiar debe estar sano en todas sus dimensiones: vivir en un hogar con las mínimas condiciones de habitabilidad, en un barrio armónico, en un entorno saludable. (Secretaría de Salud, 2005).

Familia Saludable es un programa de prevención y atención a la familia, que busca la mejora y mantenimiento de las condiciones necesarias para vivir, con elementos de prevención, atención,



educación, capacitación, evaluación de riesgo y prevención de conflictos. (Secretaría de Salud, 2005). Para ello, un equipo de profesionales desarrolla un programa de intervención familiar, por medio de las visitas a las viviendas, efectúan la intervención con los integrantes de la familia, diligencian una ficha de factores protectores y de riesgo en salud e informan a los integrantes de la familia en hábitos de vida saludable (Secretaría de Salud, 2005).

#### **6.9.4. Empresa Saludable**

El programa Empresa Saludable tiene como objetivo, el afianzamiento de habilidades para mejorar o mantener los espacios laborales saludables, a través del fomento de la salud laboral y de hábitos de vida saludables; lo anterior, entendiendo que es un espacio donde las personas invierten un porcentaje importante de tiempo y que allí también, se afecta el proceso de salud-enfermedad de las comunidades.

Para su ejecución, el programa tiene varios profesionales en el área de Salud Ocupacional, en ingeniería industrial; los cuales aplican una ficha diseñada para determinar las condiciones de salud y trabajo en el marco del sistema general de riesgos profesionales, y posteriormente, con personal de enfermería, auxiliar de enfermería, higienista oral, psicología y tecnóloga de alimentos; quienes ejecutan la intervención con las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

#### **6.10. PRIORIDADES**

El Plan de Desarrollo 2012-2015, “Envigado, Una Oportunidad para Todos”; apunta a un modelo de desarrollo local, integral y sostenible, en el cual el territorio se constituye en una unidad de gobierno donde se ejecutan las políticas locales, teniendo en consideración los lineamientos y estrategias de desarrollo del ámbito regional y nacional, a través de acciones concretas que responden a las necesidades de las comunidades, propendiendo por la ampliación de las oportunidades y las capacidades de cada individuo.

Este Plan de Desarrollo, está basado en los principios de equidad en las oportunidades y promoción de las capacidades; el enfoque de derechos para la inclusión y la civilidad; la zona como unidad básica de planeación y el espacio público como generador de calidad de vida, innovación, ciencia y tecnología; la administración pública de cara al ciudadano y el fortalecimiento del capital humano, social y de la participación ciudadana en el desarrollo local.

Una de las líneas estratégicas del Plan de Desarrollo, es el Desarrollo Humano Integral; al cual contribuyen los sectores: Educación, Bienestar Social e Inclusión para la Población Vulnerable, Equidad, Deporte y Recreación, Actividad Física y Educación Física para todos, Cultura y Esparcimiento Ciudadano, y finalmente, el sector Salud. Este último en el programa: 1.2.3. Salud Pública, un compromiso de todos; en el subprograma promoción de entornos saludables para la vida; allí se encuentran las siguientes actividades consignadas, para desarrollar la APS con enfoque de Entornos Saludables.

- Intervención de las familias con el programa: Familia Saludable, a través de visita inicial y de seguimiento.

- Vinculación de los establecimientos educativos de básica primaria, los centros de desarrollo infantil temprano y los hogares infantiles, al programa: Escuela Saludable.

- Intervención de barrios, con el programa de: Barrio Saludable.
- Intervenciones de empresa, con el Programa: Empresa Saludable.
- Intervención en establecimientos educativos oficiales de básica primaria, con el programa: Escuela Cero Caries.

## 6.11. COMPONENTES Y DESCRIPCIÓN

Se desarrolla en el siguiente apartado, la ejecución de cada programa que compone la estrategia de Atención Primaria en Salud con enfoque de Entornos Saludables, los cuales son en primera instancia: Escuela Saludable, que además se compone de cinco subprogramas: Buen Ciudadano, Escuela Cero Caries, Subprograma de Salud Sexual y Reproductiva, Subprograma de Salud Mental y Adicciones y propiamente, Escuela Saludable; el segundo es: Empresa Saludable, la cual también tiene dos subprogramas, Empresa con énfasis en promoción de la salud y prevención de la enfermedad y Empresa con énfasis en Salud Ocupacional. El tercer programa es: Barrio Saludable y por último: Familia Saludable.

### 6.11.1. Escuela Saludable

La Escuela Saludable, como se ha mencionado en apartes anteriores, busca apoyar el entorno escolar para que sea saludable; para ello, el municipio se propone abordarla a partir de varias acciones que incluyen: el fortalecimiento de los valores en los niños a través del Buen Ciudadano; la disminución de incidencia de caries, con Escuela Cero Caries; el fomento de los derechos sexuales y reproductivos para una vida sexual sana, a través del Subprograma: Salud Sexual y Reproductiva; la promoción de los hábitos de vida saludable, con el Subprograma: Escuela Saludable y la prevención de las adicciones, a través del Subprograma de: Salud Mental y Adicciones. Así entonces, se presenta cada uno de los subprogramas, de Escuela Saludable:

#### Subprograma Buen Ciudadano

El subprograma del Buen Ciudadano es una propuesta pedagógica que surge como estrategia innovadora, para prevenir las problemáticas que se presentan en los procesos de socialización de los niños, con impacto directo en su calidad de vida y la de sus familiares. Por ejemplo, la "violencia" que se presenta en el aula de clase y en otros espacios de interacción, como el "recreo".

Esta problemática se hace evidente en la agresividad que muestran los niños y las niñas en sus relaciones; la causa central de ésta y sus diversas manifestaciones, es el vacío e inconsistencia en la formación de valores; una de las habilidades que deben desarrollarse a través de esta problemática, es una comunicación efectiva y afectiva.

A partir de la educación ciudadana y la formación en valores, se le apuesta a mejorar las relaciones de convivencia social, se logra empoderar a los niños y las niñas en habilidades, conocimientos, manejo de relaciones humanas y sociales; así como en las oportunidades que necesitan para ser efectivos

constructores de paz, desde una adecuada formación en valores; tales como, los que trabaja el subprograma del Buen Ciudadano: respeto, escucha, aprender, tolerancia, autoestima, convivencia, ser ciudadano, responsabilidad, ecología y urbanidad.

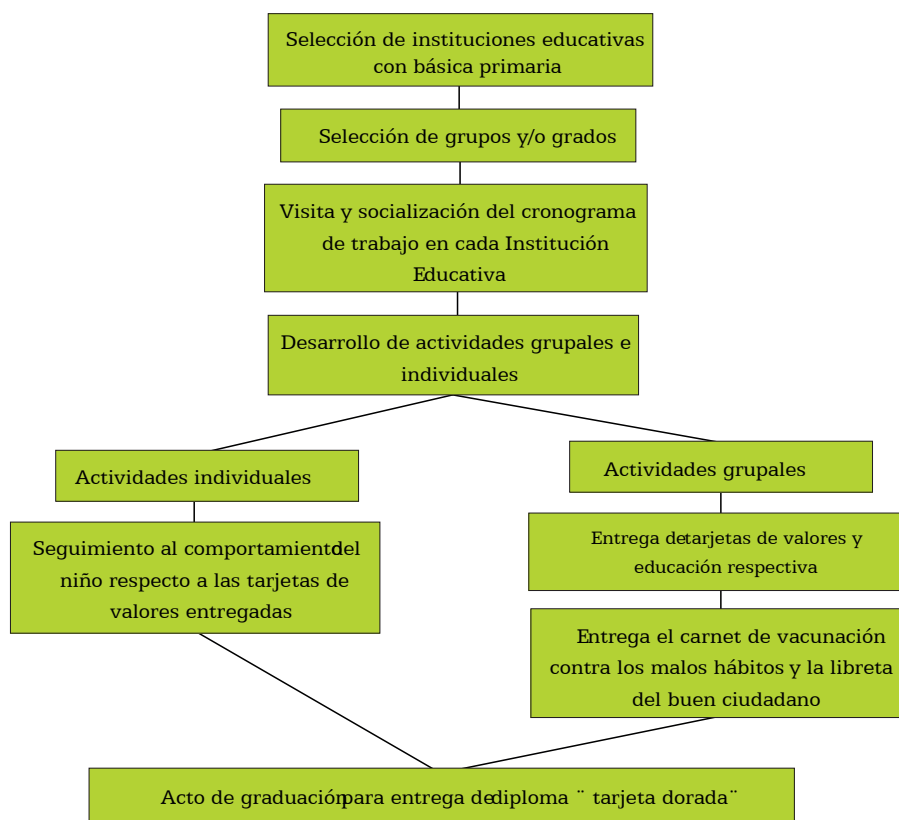
De esta manera, se promueve la reflexión hacia un cambio actitudinal, tanto de los educadores como de la comunidad educativa; que reestructure y resignifique la forma de educar en la norma y los valores, para ir transformando el modo en que la sociedad piensa, acerca de la violencia en las aulas.

Es por esto que el subprograma del Buen Ciudadano, trabaja con los niños y las niñas desde el grado de transición hasta quinto de primaria; para fomentar, además, la integración grupal, el conocimiento de las personas a través del juego y actividades participativas, de una forma lúdica-recreativa, como: talleres de expresión artística, sopa de letras, creación de cuentos, collage y juegos de mesa, entre otros.

La dinámica de trabajo del subprograma del Buen Ciudadano tiene varios momentos, así:

- 1.** El profesional y/o facilitador se desplaza a cada institución educativa para informar a los docentes en qué fecha se da inicio al subprograma, concertar horarios y solicitar base de datos del número de alumnos por grupo y grado; lo anterior, para rotular el material de trabajo.
- 2.** El primer taller del subprograma se da con una presentación del mismo en el aula de clase, donde se socializan objetivos y metodología del programa; para este segundo momento, se utilizan 3 rompecabezas del subprograma del Buen Ciudadano (ver anexo 1), la actividad se realiza por grupos, buscando evaluar atención, concentración y la forma de interactuar de los niños y las niñas en actividades grupales. Se les hace entrega de las tarjetas de valores (10) (ver anexo 2) y su respectiva explicación de la dinámica de trabajo de las mismas; parte fundamental del programa del Buen Ciudadano.
- 3.** En un tercer momento se evalúa cómo va la dinámica de trabajo con las tarjetas de valores y se les hace entrega del carné de vacunación contra los malos hábitos (agresividad, intolerancia, irresponsabilidad, irrespeto) (ver anexo 3) y la libreta del Buen Ciudadano, donde se consignan todas las actividades realizadas.
- 4.** Se efectúan entre 7 y 8 talleres por grado, tanto grupales como individuales, la presencia del docente es vital en todo el proceso, para que conozca la dinámica de trabajo del subprograma, ya que no sólo se trata de trabajarlo cuando el profesional y/o facilitador realiza cada actividad, sino que se haga transversal en cada materia o clase del grado.
- 5.** El seguimiento y control se hace por medio de formatos de evaluación y desempeño de los programas extramurales, tanto para los niños y las niñas, como para los docentes (ver anexo 4).
- 6.** Al finalizar el año, el subprograma del Buen Ciudadano ejecuta un acto de graduación, donde se otorga a los alumnos el diploma "Tarjeta Dorada" que los acredita como Buenos Ciudadanos. (ver anexo 5).

Figura 9. Flujograma subprograma Buen Ciudadano. Envigado, 2014



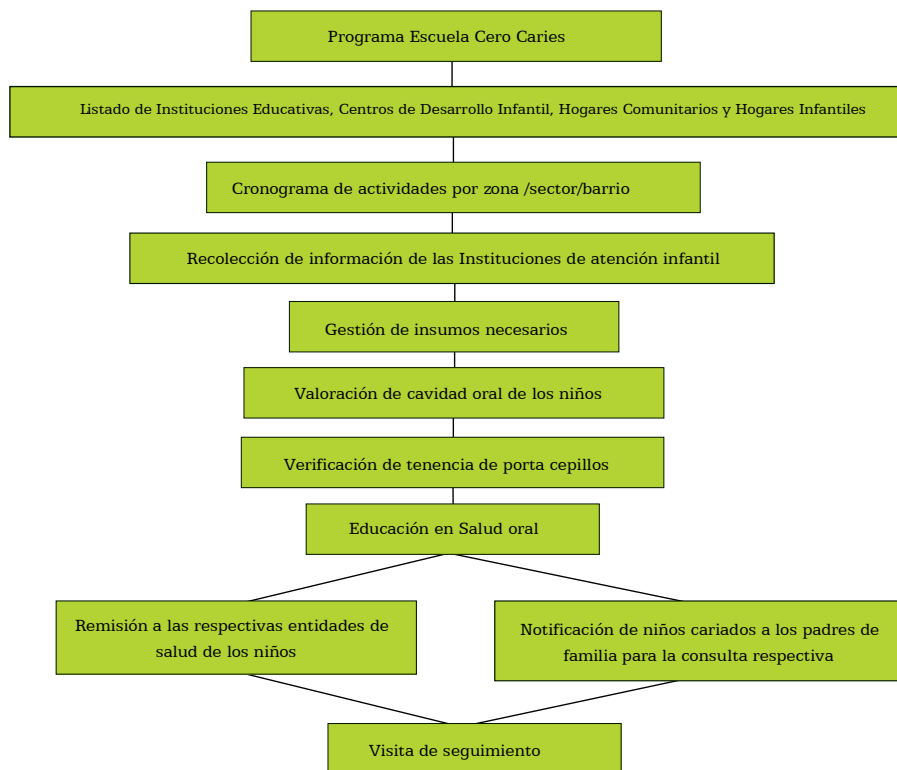
Fuente: Secretaría de Salud. Envigado

## Subprograma Escuela Cero Caries

El programa Cero Caries tiene como objetivo, mejorar la salud bucal de niños que están en instituciones de atención a la infancia, a través del diagnóstico de caries y la consecuente remisión a las respectivas EPS para la atención; al final, se certifican en Libres de Caries aquellas instituciones en las que mínimo un 90% de los niños no tienen caries. Este programa es desarrollado por una higienista oral y auxiliar administrativa, se hace en básica primaria de las instituciones educativas públicas, también en los hogares comunitarios y centros de desarrollo infantil (CDI) del municipio, se enfoca en la población infantil y busca determinar factores protectores y de riesgo de la caries, para que a través de la articulación con EPS e IPS, se alcance la rehabilitación de niños y niñas que lo requieran. La metodología de desarrollo del programa, está enfocada en la valoración de niños y niñas y en enseñar pautas para tener una buena higiene oral. A continuación, se muestran las diferentes etapas del desarrollo del programa:

- Etapa de articulación y programación: a través del comité de proyectos transversales, liderado por la Secretaría de Educación, se aprueba la implementación del Programa Cero Caries; posteriormente, la Secretaría de Salud, contacta, solicita y acuerda los espacios a las diferentes instituciones educativas, hogares infantiles, hogares comunitarios y centros de desarrollo infantil.
- Etapa de valoración: el equipo conformado por la higienista oral y el auxiliar administrativo, se dirige a las instituciones programadas, con el fin de realizar valoración de estos; además, se evalúan factores protectores o de riesgo, como: la frecuencia del cepillado, uso de seda dental y asistencia en los últimos 6 meses a odontología. Los hallazgos son registrados en un formato que contiene variables de identificación del menor y acudientes, datos para ser contactados y resultados de la valoración.
- Etapa de compromisos con los padres y docentes: el equipo operador del programa, reporta a los niños que presentaron caries al docente y/o responsable de la institución, quien informará a los padres y/o acudientes del menor, el resultado de la valoración; esto con el fin de generar el compromiso de solicitar en su prestador de servicios de salud, la rehabilitación necesaria. La información dada se efectúa por medio de un formato, donde se especifican las recomendaciones a seguir.
- Etapa de sistematización: la información recolectada en cada una de las instituciones, se ingresa al aplicativo de remisiones, que permite consolidar y generar reportes por asegurador (EPS).
- Etapa de remisión a las IPS, EPS: se envía mediante correo electrónico a la EPS y/o IPS, la información de los niños que al ser valorados tenían caries; éstas realizan demanda inducida con el fin de asignarles cita odontológica. Al mes siguiente, la IPS y/o EPS, reportan a la Secretaría de Salud el informe de la gestión, que hicieron con las remisiones, previamente enviadas.
- Los niños que al ser valorados se encuentran con caries rampante, caries del biberón o alguna enfermedad bucal que afecta notablemente su estado de salud, se remiten de manera prioritaria a las IPS y/o EPS.
- Etapa de consolidación y análisis de información: la información reportada por las IPS y/o EPS se ingresa al aplicativo de remisiones; posteriormente, se generan informes por institución intervenida, para analizar la efectividad de atención, la cual deberá alcanzar como mínimo, el 90% de menores sin caries, para certificarse como Institución Libre de Caries.
- Etapa de certificación: con el fin de motivar a los docentes, responsables de la institución, padres y/o acudientes, para continuar en el proceso del cuidado de la higiene oral del menor, se ejecuta la certificación de Instituciones, como: "Cero Caries", la cual se consigue logrando como mínimo, el 90% de menores sin caries. Dicha certificación se hace mediante un evento público, donde se invitan a la Primera Dama, el Secretario de Salud, Secretario de Educación y Presidente del Consejo, para hacer entrega de la mención. Es importante aclarar, que dicha certificación, se renueva anualmente.

Figura 10. Flujograma subprograma Escuela Cero Caries. Envigado, 2014



Fuente: Secretaría de Salud. Envigado

## Programa Salud Sexual y Reproductiva

El subprograma de Salud Sexual y Reproductiva, tiene como fin desarrollar en niños, jóvenes y adolescentes; el reconocimiento de derechos sexuales y reproductivos y el logro efectivo de los proyectos de vida y prevención de factores de riesgo. Para ello, plantea estrategias de intervención enmarcadas en la promoción y reconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos, en la formación y atención en lo relacionado con el autocuidado, identificación de cambios, salud sexual y reproductiva, prevención del embarazo, aborto en adolescentes, planificación familiar, prevención de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA, prevención de cáncer y violencia sexual.

Está dirigido a todos los niños, jóvenes y adolescentes de las instituciones educativas del municipio y comunidades o instituciones organizadas; es ejecutado por personal de enfermería y psicología, con el apoyo de auxiliares administrativos. El abordaje temático se hace teniendo en cuenta las diferentes etapas que atraviesan el niño, el adolescente y el joven, y los cambios y necesidades propias de estos.

- En el grado tercero de primaria se desarrollan los temas de reconocimiento del cuerpo, sus partes y cuidado; también prevención del abuso sexual y cómo establecer una comunicación asertiva con las personas adultas para hablar de sexualidad.

- Para cuarto de primaria se brinda educación acerca de las diferentes partes de su cuerpo y los cuidados que deben tener; también se promueven los derechos sexuales y reproductivos y se fomenta la no discriminación.

- En el grado quinto de primaria, el tema a tratar está relacionado con los cambios anatómicos, fisiológicos y emocionales en el adolescente, y sensibilización sobre el valor del cuerpo.

- Los temas desarrollados en el grado sexto, son: derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes y jóvenes, que contribuyan al ejercicio de su sexualidad de manera responsable, libre e informada y fomento de la no discriminación; también se aborda los cambios anatómicos, fisiológicos y emocionales en el adolescente y se sensibiliza al joven acerca de los servicios de salud a los que tiene derecho, como programa Joven Sano o Servicios Amigables para adolescentes y jóvenes.

- En el grado séptimo se abordan mitos y creencias de la sexualidad en los adolescentes y jóvenes, aquí se diferencian conceptos populares vs. conceptos aprobados; se reconocen los diferentes conceptos alrededor de la diversidad sexual y se sensibilizan acerca del respeto a los demás.

- Para el grado octavo uno de los temas son planificación familiar, aquí se retoma la anticoncepción como un derecho de todas las personas, se describen los métodos anticonceptivos, uso adecuado y disponibilidad en los servicios de salud. También se aborda la identificación de las infecciones del tracto reproductor, con el fin de descartar mitos y apoyar para la consulta oportuna al médico, al reconocer los diferentes signos y síntomas de las infecciones de los genitales, además de motivar para el autocuidado.

- En el grado noveno los temas a tratar son: derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes y jóvenes, que contribuyan al ejercicio de una sexualidad responsable, libre e informada y fomentar la no discriminación y el reconocimiento de las infecciones de transmisión sexual, signos, síntomas y su prevención, mediante el uso correcto del condón y la motivación para el autocuidado.

- Para el grado décimo, los temas afrontados son: la prevención del embarazo en adolescentes y prevención del aborto. En este abordaje se incentiva a los adolescentes a tomar decisiones informadas y responsables, acerca de su salud sexual y reproductiva.

- En el grado once se desarrollan los temas de seguridad y protección contra el VIH- SIDA, además de la prevención y la detección temprana de cáncer del aparato reproductivo; a través de la socialización de los mecanismos de consulta temprana, la auto-inspección y el reconocimiento de factores de riesgo.

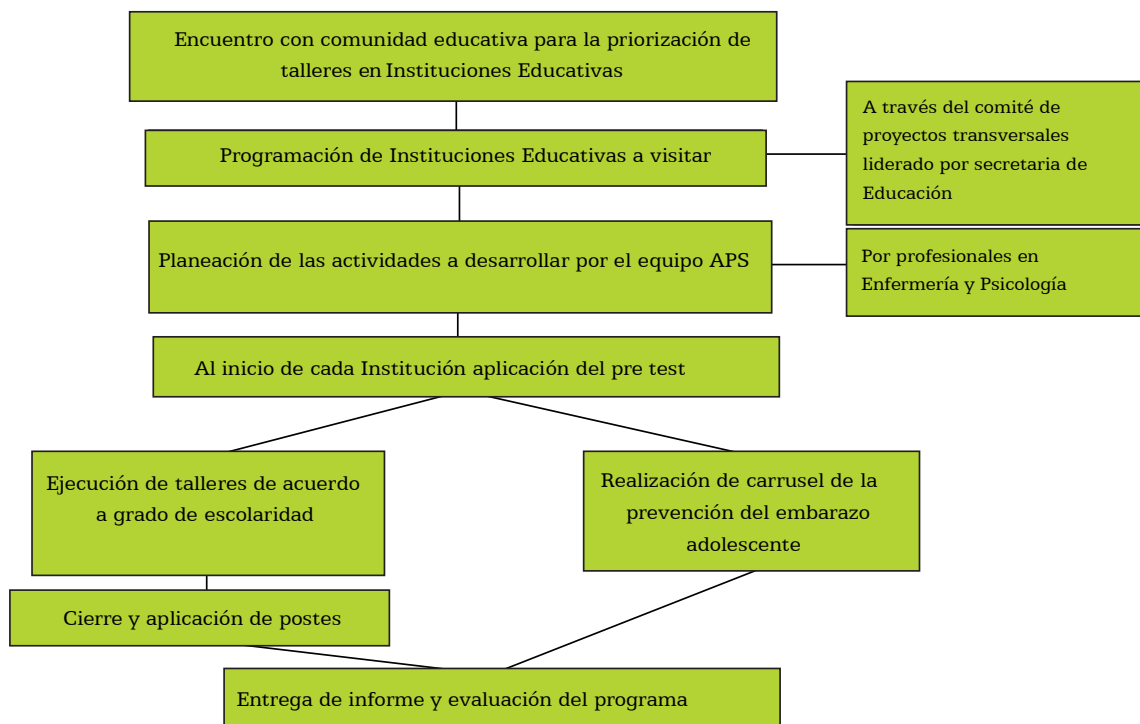
Estas actividades se realizan bajo una metodología didáctica, que permita acercamiento, sensibilización y reflexión en los niños, adolescentes y jóvenes que participan en las actividades.

A continuación se presenta el proceso operativo del subprograma: Salud Sexual y Reproductiva.

- 1.** Recepción del listado de las instituciones a intervenir; esta información es suministrada en articulación con la Secretaría de Educación.
- 2.** Reunión con los directivos de las instituciones educativas para la descripción de los objetivos del programa y concertación del cronograma para la ejecución de las actividades.
- 3.** Envío del cronograma de las actividades por institución educativa a la Secretaría de Educación para su aprobación.
- 4.** Programar las instituciones educativas según el cronograma aprobado previamente.
- 5.** Determinar las actividades a realizarse según el cronograma establecido para las instituciones educativas; la temática para el desarrollo de las mismas, están establecidas por grados.
- 6.** Programar los profesionales que ejecutarán las actividades según el cronograma aprobado.
- 7.** Planeación de la actividad por parte de los profesionales.
- 8.** Aplicación de pre test a una muestra de estudiantes, éste se realiza previo a una motivación inicial y se diligencia de forma anónima, contiene preguntas clave de cada uno de los talleres del subprograma. (Ver anexo 6)
- 9.** Ejecución de los talleres por enfermería y psicología.
- 10.** Aplicación de postes a la misma muestra de estudiantes que se le aplicó el pre test, éste se efectúa previo a una motivación inicial y se diligencia de forma anónima, contiene las mismas preguntas del pre test.
- 11.** Asegurar el diligenciamiento de las listas de asistencias por parte de los participantes, los certificados de ejecución de la actividad por el docente responsable, evaluación de la actividad y del desempeño de los profesionales por parte de los participantes en ésta y evaluación de conocimientos adquiridos.
- 12.** Consolidación de la información recolectada y generación de informe.
- 13.** Durante el año se seleccionan algunas instituciones educativas para llevar el carrusel de la prevención del embarazo adolescente, en el cual los adolescentes y jóvenes recrean las peripecias de un embarazo a temprana edad; es dirigido por personal de todas las disciplinas del equipo básico de APS.



Figura 11. Flujograma subprograma Salud Sexual y Reproductiva. Envigado, 2014



Fuente: Secretaría de Salud. Envigado

## Hábitos de vida saludable

El subprograma Hábitos de Vida Saludable, tiene como objetivo que niños, adolescentes y jóvenes, adquieran hábitos de vida saludables, que conserven el entorno escolar, que incluye no sólo el espacio físico de la institución, sino también el clima y ambiente de convivencia, a través de la educación en salud.

Este subprograma, se desarrolla desde 3 temáticas que pretenden mejorar los hábitos de vida de esta población, las cuales son: el fomento del autocuidado, la promoción de la salud bucal y el fomento de hábitos de vida saludables. Está dirigido a todos los niños y niñas de los grados transición hasta quinto de primaria, de las instituciones educativas públicas del municipio; las actividades del subprograma son desarrolladas por auxiliar de enfermería, higienista oral, tecnóloga en alimentos y auxiliar administrativa.

A continuación se mencionan los talleres desarrollados en este subprograma:

- Autocuidado: esta actividad tiene como objetivo la prevención de enfermedades y el reconocimiento de las prácticas cotidianas que ayudan a proteger la salud de los niños, como: el baño, alimentación saludable, realización de ejercicio, recreación, higiene bucal, sueño, descanso y lavado de manos. Estas se realizan con metodologías didácticas que permitan mejor sensibilización y reflexión de los niños y niñas.

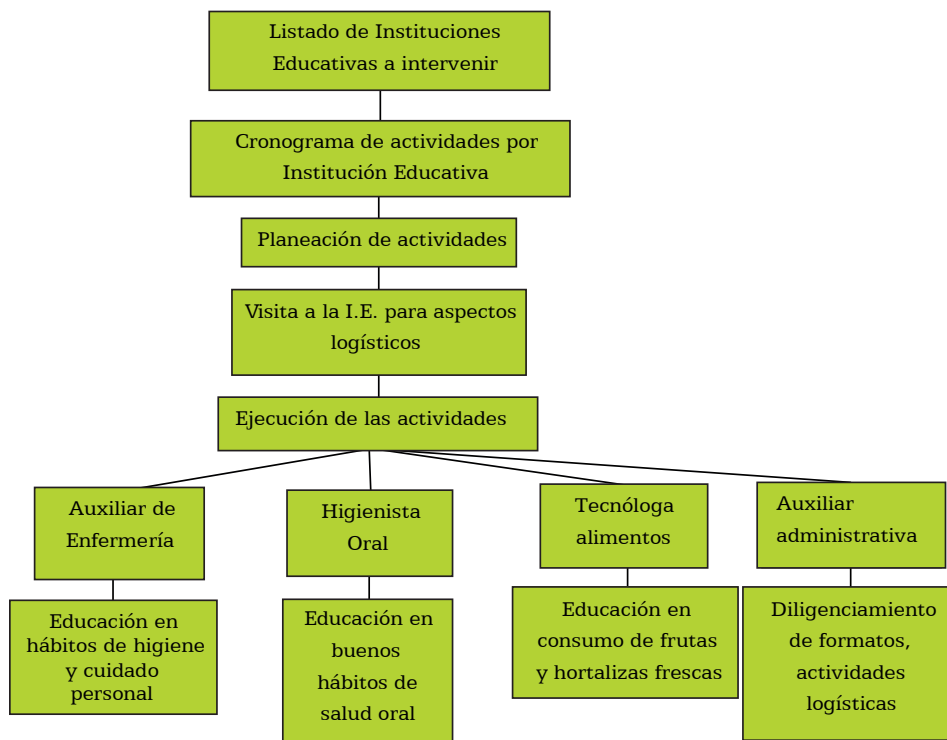
- Salud Oral: tiene como objetivo promover la salud buco-dental, a través de la sensibilización y educación en buenos hábitos de salud oral, como el uso de los elementos de higiene oral (cepillo de dientes, crema dental y seda dental), importancia del cepillado mínimo 3 veces al día; además de educar a los niños, docentes y padres de familia, en la importancia de visitar al odontólogo dos veces al año y evitar hábitos alimenticios que pueden ser factor de riesgo para la aparición de caries.

- Consumo de frutas y hortalizas frescas: se desarrolla con la estrategia 5 al día. Las actividades efectuadas van encaminadas a fomentar el consumo de frutas y hortalizas frescas en la población en edad escolar, que asiste a las instituciones educativas del municipio de Envigado, identificar la importancia del consumo de frutas y verduras frescas, la lonchera saludable, y motivar a los niños en edad escolar, a consumir por lo menos, 5 porciones de verduras y/o frutas al día.

Se evidencia a continuación el proceso operativo del subprograma de Hábitos de Vida Saludable:

- 1.** Recepción del listado de las instituciones a intervenir; esta información es suministrada en articulación con la Secretaría de Educación.
- 2.** Reunión con los directivos de las instituciones educativas para la descripción de los objetivos del programa, concertación del cronograma para la ejecución de las actividades.
- 3.** Envío del cronograma de las actividades por institución educativa a la Secretaría de Educación, para su aprobación.
- 4.** Programar las instituciones educativas según el cronograma aprobado previamente por Educación.
- 5.** Determinar las actividades a ejecutar según el cronograma establecido para las instituciones educativas.
- 6.** Programar los profesionales que desarrollarán las actividades según el cronograma aprobado para las instituciones educativas.
- 7.** Planeación de la actividad por parte de los profesionales.
- 8.** Ejecución de las actividades planeadas (ver anexo 7).
- 9.** Consolidación, informe y evaluación del programa

Figura 12. Flujograma subprograma Hábitos de Vida Saludables. Envigado, 2014



Fuente: Secretaría de Salud. Envigado

## Subprograma de Salud Mental y Adicciones

Su misión es generar una cultura de la prevención en salud mental y adicciones; a través de estrategias que impacten las diferentes áreas y la responsabilidad individual, familiar y social, desde el fortalecimiento y apropiación de los factores de protección y la minimización del impacto de los factores de riesgo. Dirigida a los grupos organizados, población con enfoque diferencial, priorizando grupos poblacionales vulnerables, para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes del municipio de Envigado.

El objetivo general es brindar herramientas formativas que orienten a la población hacia la construcción de una cultura de la prevención y la práctica de hábitos de vida saludables, generando respuestas autónomas y responsables frente a la construcción y desarrollo del proyecto de vida.

La metodología de las capacitaciones es el taller - reflexivo, con actividades lúdicas según los niveles educativos. El lema del Programa de Prevención en el trabajo con niños y jóvenes es: "Aprender Jugando".

## Áreas de intervención

**Vacaciones Preventivas** en los meses de junio y diciembre, se realiza una semana de actividades variadas, aprovechando las vacaciones escolares. Las poblaciones son seleccionadas de acuerdo con su vulnerabilidad y necesidad de información. Los menores aprenden aspectos fundamentales de la prevención en temas de Salud Mental y Adicciones. Estas actividades se hacen utilizando metodología lúdica, con un trasfondo educativo/formativo, con contenidos centrados en el autocuidado y la importancia de los hábitos de vida saludables como factores protectores. Una de las metas fundamentales del programa, es incrementar año tras año el número de beneficiarios en cada uno de los grupos poblacionales que interviene el Programa de Prevención en Salud Mental del Municipio de Envigado.

**Comunitaria:** Atención a los grupos organizados del municipio de Envigado con temáticas relacionadas con la prevención de adicciones y la promoción del cuidado en la Salud mental, con especial énfasis en la importancia de practicar hábitos de vida saludables. Se realizan encuentros con temas de: tabaquismo, el rol de cada uno en la prevención, prevención del suicidio (señales de alarma), acompañamiento a personas y familias donde se presentaron eventos de suicidio y con intento de suicidio, y promoción de hábitos de vida saludables, entre otros. La metodología utilizada es taller reflexivo, con actividades lúdicas donde los participantes no solo comparten sus vivencias, sino que ayudan a la construcción de las temáticas.

**Sensibilización tabaquismo:** Se visitan los establecimientos comerciales del Municipio de Envigado, para brindar información con relación a la ley 1335 de 2009 (Ley antitabaco). Haciendo énfasis en el cumplimiento de las responsabilidades, pero especialmente al compromiso social de la protección a los menores de edad y población no fumadora.

**Educativa con Padres de Familia y Docentes.** Se realizan talleres tendientes a sensibilizar a los padres o acudientes sobre la necesidad de adquirir conocimientos en relación a la problemática, tanto de Salud Mental como de Adicciones y del papel fundamental que pueden tomar en las acciones preventivas o de manejo de las situaciones complejas frente a estos temas. Igualmente, con el personal docente se hacen encuentros con la finalidad que se adquieran algunas herramientas importantes en el manejo de las problemáticas adictivas y de salud mental en el ámbito escolar, al igual que la posibilidad de pensar en el rol que como educadores desempeñan.

**Educativa para los niños, adolescentes y jóvenes.** Los niños, niñas y preadolescentes, hacen parte importante de las poblaciones consideradas de alta vulnerabilidad con relación a las problemáticas en Salud Mental y las Adicciones, de acuerdo a los factores de riesgo, de ahí la urgencia de implementar estrategias que apunten a la atenuación y/o disminución de dichos riesgos, teniendo presente un diseño coherente de las mismas, donde la lúdica, la creatividad y el respeto por los procesos de desarrollo de los menores, sean la directriz a lo largo de cada uno de los encuentros. Para estos grupos de edad en grados de primaria, se realizan talleres donde se busca fortalecer en los menores las habilidades para la vida: Autoconocimiento, control de emociones, comunicación y violencia en el aula (acoso escolar) (Ver tabla 5).

Con el objetivo de dar continuidad a los talleres preventivos en el área de adicciones, en las Instituciones Educativas que se han perpetrado el programa, al año siguiente se llevan a cabo Los Carruseles preventivos, en los cuales se busca reafirmar los elementos conceptuales más relevantes trabajados con los menores en los encuentros anteriores

**Tabla 5. Descripción de los encuentros para los grados de básica primaria del subprograma Preventivo de Salud Mental y Adicciones. Envigado, 2014.**

Tema	Duración Máxima	Objetivo
Autoconocimiento	1:20 horas	Entregar a los niños y niñas, las herramientas claves del autoconocimiento como un factor primordial en el autocuidado y reconocimiento de su cuerpo y su ser.
Control de emociones		Posibilitar en los niños y adolescentes el reconocimiento y manejo adecuado de las emociones, como elemento fundamental en la interrelación humana y en especial, en los ámbitos familiar y escolar.
Comunicación		Promover en los estudiantes la reflexión en torno a elementos comunicativos que se dan cotidianamente, y rescatar la importancia de mejorarlos de acuerdo a la edad de los niños.
Violencia en las aulas		Brindar herramientas a los niños para el manejo adecuado de los conflictos al interior del aula y de respeto por sí mismo y por el otro.

**Fuente:** Secretaría de Salud. Envigado

Así mismo, en los grupos de secundaria para los grados 6°, 7° y 8° se llevan a cabo 4 módulos, donde se abordan temáticas relacionadas con las habilidades, algunos aspectos del tema de las adicciones y el proyecto de vida (Ver tabla 6).

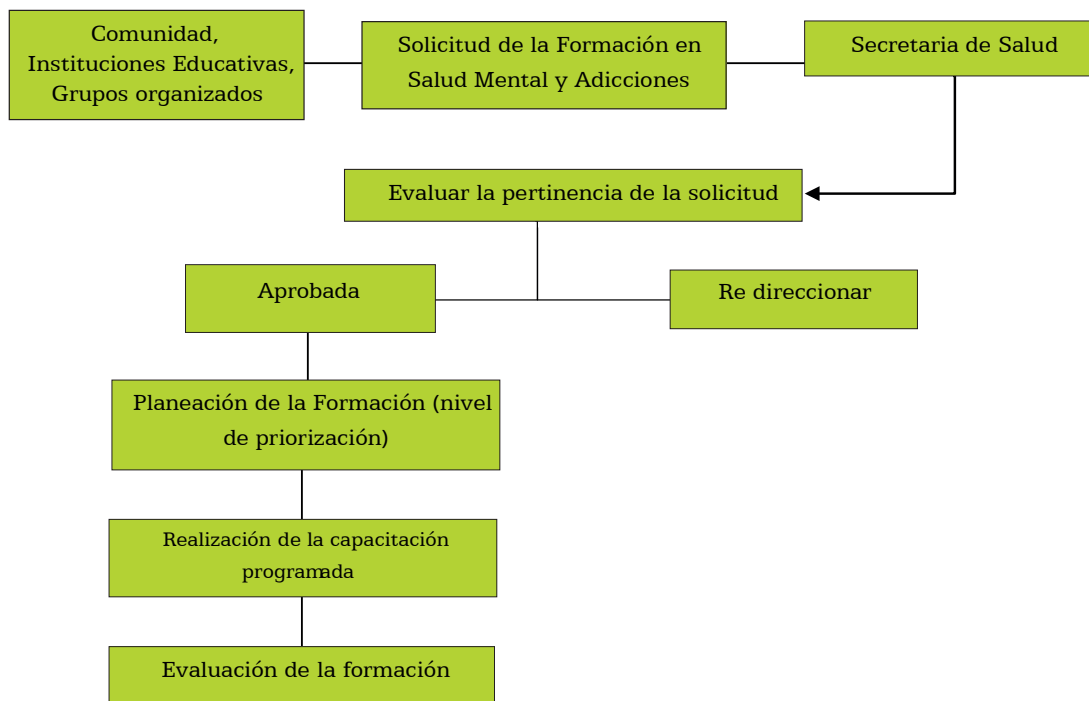
**Tabla 6. Descripción de los encuentros para los grados 6° a 8° de bachillerato del Subprograma Preventivo de Salud Mental y Adicciones. Envigado, 2014**

Tema	Duración Máxima	Objetivo
Autoconocimiento	2 horas	Posibilitar un espacio de reflexión y encuentro, profundizando en el auto conocimiento.
Toma de decisiones		Promover actitudes reflexivas en los adolescentes, que los lleven a analizar consecuencias antes de tomar una decisión.
Mitos y realidades de las adicciones		Generar espacios de reflexión en torno a la desmitificación de las falsas creencias del consumo de sustancias psicoactivas y sus consecuencias.
Proyecto de vida		Propiciar un espacio de reflexión, donde los participantes puedan identificar sus fortalezas y debilidades, y las amenazas y oportunidades frente a su proyecto de vida.

**Fuente:** Secretaría de Salud. Envigado

Con los grados 9°, 10° y 11° se realizan las jornadas preventivas que tienen como objetivo, promover en los adolescentes y jóvenes un espacio de reflexión desde la vivencia en 4 bases: **1. Desafíos**; En esta base los alumnos deben enfrentarse al reto de armar y/o descifrar unos desafíos. **2. Daños físicos**; en esta base, se abordan los diferentes daños físicos que causa el consumo de drogas. **3. El reflejo de la realidad**; con la proyección de un video de 8 minutos, los alumnos pueden evidenciar desde los propios protagonistas, las vivencias a las cuales se pueden ver abocados si deciden emprender un consumo de SPA. **4. Simulacro de los sentidos**; en esta base se les permite a los alumnos experimentar una serie de pasos en relación a los sentidos y los procesos de toma de decisiones. **5. Socialización**; con esta actividad se realiza el cierre, espacio donde los estudiantes expresan sus vivencias y logran hacer un análisis entorno a la relación de cada una de las bases con las causas y consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas y las adicciones en general.

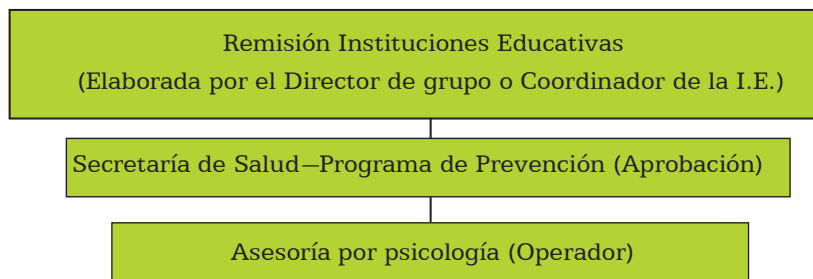
Figura 13. Flujograma de la formación en Salud Mental y Adicciones. Envigado, 2014



Fuente: Secretaría de Salud. Envigado

**Remisiones.** Una de las etapas del subprograma preventivo de las Adicciones y Salud Mental son las remisiones, la cual consiste en direccionar los usuarios que reportan de las diferentes Instituciones Educativas que presentan problemáticas con consumos experimentales o de alto riesgo, para recibir asesorías psicológicas.

**Figura 14. Ruta de atención a remisiones de I.E. Envigado, 2014**



**Fuente:** Secretaría de Salud. Envigado

### 6.11.2. Familia Saludable

Busca que la familia se desarrolle en un entorno sano, está directamente vinculado con aquellas familias que han solicitado algún tipo de subsidio municipal o pertenecen a algún programa del municipio, ya sea en forma individual o familiar, independientemente de la Secretaría a la cual lo ha solicitado (Obras Públicas, Bienestar Social, Comisaría de Familia, Secretaría de Gobierno, Centro de Salud Mental, Gerontología, Programa Cardiovascular, entre otros) o el tipo de subsidio requerido; o remitidas por algunas de las Secretarías. (Secretaría de Salud, 2005).

En este programa un equipo integrado por una Auxiliar de Enfermería e Higienista Oral realizan la visita y aplican una ficha familiar, la cual tiene distintos componentes, a saber: Un análisis de su ambiente familiar, de las condiciones del hogar y una revisión de los aspectos individuales y por ciclos vitales; todo realizado en forma presencial en la vivienda de las familias.

Lo anterior se hace con el fin de identificar los factores protectores y de riesgo que puedan afectar el proceso salud - enfermedad, posterior a los cuales el equipo básico realiza la respectiva educación y la remisión de acuerdo a las necesidades encontradas. A partir de los hallazgos en la familia, también se generan compromisos para que los individuos autogestionen su salud.

La ejecución de este programa se desarrolla de la siguiente forma:

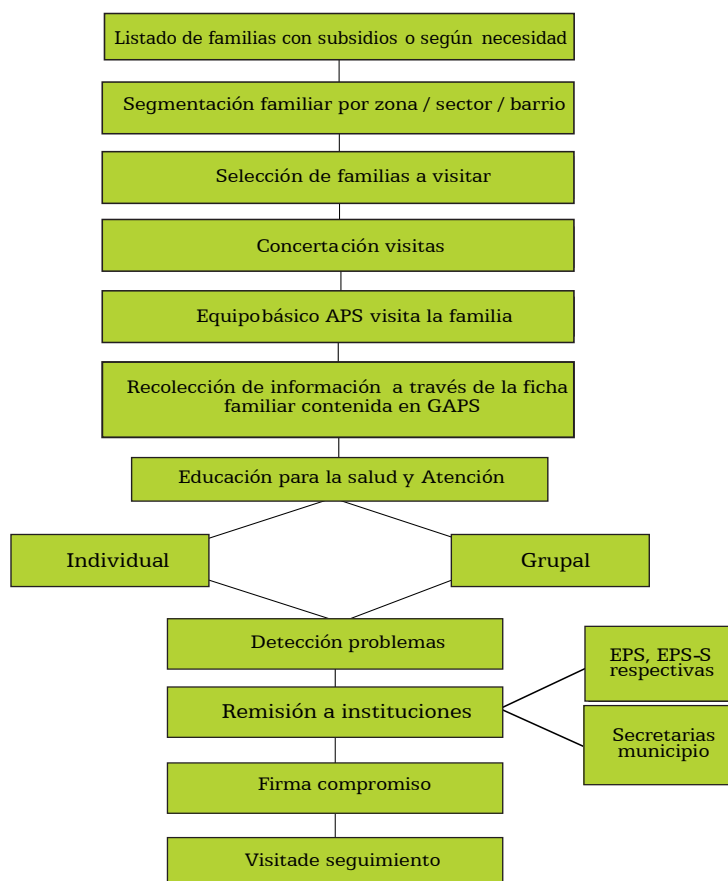
- Se procede a solicitar un listado de las familias que pertenecen a algún programa del municipio y que hayan requerido algún subsidio.
- Se segmentan las familias por zona, sector o barrio.
- Se seleccionan las familias a visitar, de acuerdo a la segmentación anterior.

- Se las contacta telefónicamente para explicarles el motivo de la visita y para coordinar el horario de realización de la visita correspondiente.
- El equipo de trabajo efectúa la visita al hogar. Se identifica la cabeza de la familia y el número de familias por vivienda.
- Se les solicita datos del SISBEN y los documentos de identidad.
- Se toma la información de cada uno de los entrevistados, para que no existan inconsistencias, se corrobora con los documentos de identificación.
- Se procede a diligenciar la Tarjeta Familiar (ver anexo 6) a través del móvil, de acuerdo a la información que se recolecta en el lugar, tomando en cuenta los aspectos físicos de la vivienda, situación de la familia y su entorno.
- Se atiende en forma individual a cada miembro de la familia, haciendo los respectivos exámenes físicos que puedan llevarse a cabo en el lugar.
- El proceso se inicia con intervención de la Enfermera y luego la Higienista Oral.
- Se identifican factores de riesgo y situaciones de conflicto presentes en el hogar. Luego se realiza una asesoría promoviendo la armonía, prevención de violencia intrafamiliar y brindando pautas de crianza; con el fin de que la familia mejore sus condiciones de vida, y en caso necesario, acepte ayuda profesional. Así mismo, se hacen remisiones a las diferentes Secretarías, como: Obras Públicas, Bienestar Social, Gobierno, Centro de Salud Mental, Educación y Medio Ambiente, logrando así una atención integral.
- Otras actividades realizadas durante la visita son toma de presión arterial, revisión del carné de vacunación, de órdenes de medicamentos y toma correcta. Así mismo, se brinda asesoramiento respecto a la citología cérvicovaginal, autoexamen mamario, examen de próstata y planificación familiar.
- De detectarse situaciones que así lo requieran, se procede a hacer remisiones a los programas de detección temprana y protección específica de las Instituciones de Salud (EPS, IPS, EPSS).

Por otra parte, en el municipio se ha generado concientización de la integración de programas, donde cada secretaría, socialmente sensibilizada, busca vincular sus propios subsidios, al concepto de la Familia Saludable. La articulación más notable es a través de las remisiones que se ejecutan a los diferentes programas y subsidios de las Secretarías de la Administración municipal y las IPS – EPS.



Figura 15. Flujograma de atención Familia Saludable. Envigado, 2014



Fuente: Secretaría de Salud. Envigado

### 6.11.3. Barrio Saludable

El programa Barrio Saludable pretende fortalecer los enfoques de promoción de la salud en la ciudad, haciendo uso de la participación comunitaria en las fases de planificación y evaluación, la formación del consenso y las alianzas con instituciones y organizaciones dentro del sector de la salud y/o con otros sectores, conformando proyectos conjuntos.

Algunas de las actividades que se realizan dentro de este programa, incluyen la reunión con los líderes de cada barrio, detectando las necesidades colectivas y/o individuales de alto riesgo para la comunidad, además de la remisión por parte de algunas de las Secretarías, de individuos o grupos de riesgo que han sido detectados por éstas.

Se ejecutan asesorías, charlas grupales, evaluaciones de salud y la inscripción a distintos programas que desarrolla el Municipio. Se intenta dar respuesta, en la brevedad posible, a situaciones o requerimientos que se han detectado, solucionando las necesidades planteadas.

El desarrollo del programa también obedece a solicitudes de la comunidad y del Comité de Participación Comunitaria (COPACO), como respuesta a las necesidades colectivas de los barrios que afectan la salud del individuo y su entorno.

Una vez se determina el barrio a efectuar, se inspecciona la zona para determinar el sitio que cumpla con las condiciones requeridas, que sea de fácil acceso para la población. Luego se procede a difundir esta actividad para convocar a la población, con el apoyo de los líderes comunitarios, el párroco en las misas, fijando afiches en lugares visibles, perifoneo, en las visitas a las familias del Programa Familias Saludables y distribuyendo volantes en los Centros de Salud del sector a intervenir.

El equipo de trabajo del programa Barrios Saludables monta la logística a desarrollar, teniendo presente la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, educación y asesorías en temas de salud y su relación con el entorno.

Para esto se organiza un carrusel con diferentes bases, por donde las personas de la comunidad van rotando; las actividades que se abordan son: salud oral, salud cardiovascular, salud nutricional, salud auditiva, salud sexual y reproductiva, salud del hombre y la mujer, salud mental, sensibilización para la atención integral al adulto mayor, salud visual, vacunación; además miembros del COPACO y líderes comunitarios hacen presencia con entidades que se unen al programa Barrios Saludables con sus productos, recetas y degustaciones; otras promocionando el cuidado personal y presentaciones lúdicas por parte de alguna institución cultural. En la figura 19 se presenta el esquema de carrusel, el cual es aplicable para las actividades de Barrio y Empresa (Ver figura 19).

Figura 16. Flujoograma atención Barrio Saludable. Envigado, 2014



Fuente: Secretaría de Salud. Envigado

### 6.11.2. Empresa Saludable

El programa de Empresa Saludable se desarrolla a través de dos componentes: el primero hace énfasis en la Salud Ocupacional, con una metodología de desarrollo para el sector formal y otra para el informal; y el segundo componente son las actividades de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. A continuación se describen cada uno de estos.

#### Componente Salud Ocupacional de Empresa Saludable

Se presenta ahora el procedimiento de las actividades de Empresa Saludable en el Sector Formal:

- Se consultan las bases de datos suministradas por las Secretaría de Desarrollo Económico, Secretaría de Hacienda y Cámara de Comercio Aburrá Sur.
- Se envía la carta de diagnóstico al Gerente, Administrador o encargado de Seguridad y Salud en el trabajo, indicando el objetivo de la visita, la fecha, la hora y los nombres de las personas autorizadas por parte de la Secretaría de Salud.
- Se desplaza el equipo a la dirección indicada y se diligencia la encuesta de "Condiciones Generales de Seguridad y Salud en el Trabajo, Sistema General de Riesgos Laborales".

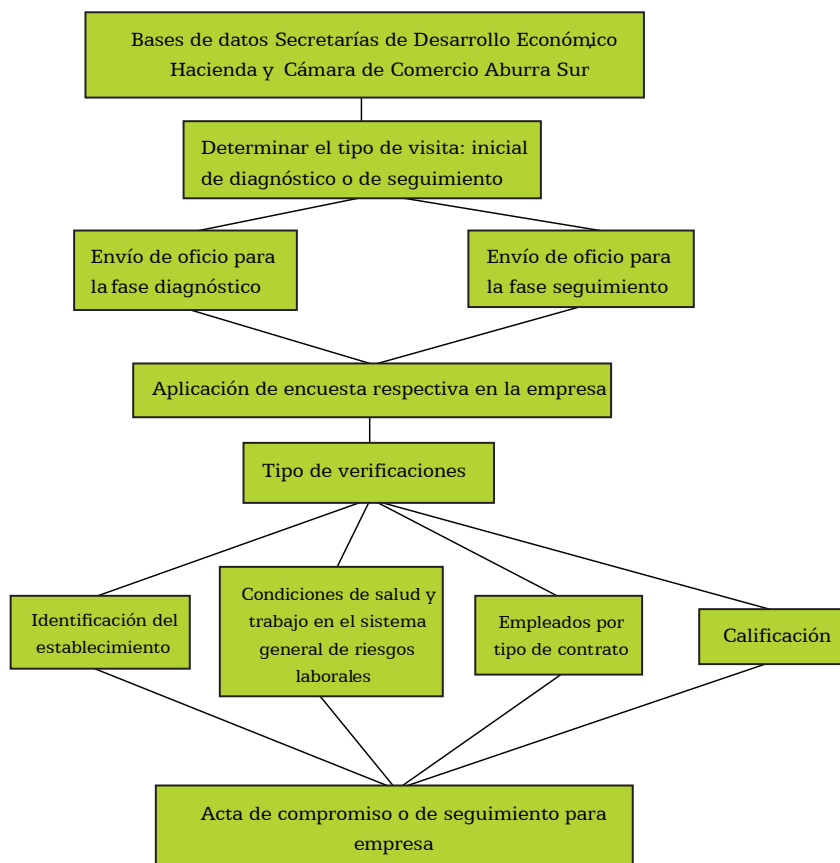
- Se revisan las evidencias escritas o magnéticas de las actividades desarrolladas por la empresa o con acompañamiento de la Administradora de Riesgos Laborales (ARL), dejando constancia de los hallazgos y/o requerimientos, se totaliza el puntaje y se da una calificación, se diligencia el acta de compromiso y se solicita copia del último pago de la Seguridad Social (salud, pensiones y riesgos profesionales).
- Se saca copia de la encuesta y del acta de compromiso, el original para la base de datos y la copia para la persona que atendió la visita.
- Al cabo de seis meses aproximadamente, se envía la carta de seguimiento dirigida a la persona que atendió la visita de diagnóstico, indicando la fecha y la hora de la visita de seguimiento.
- Se revisa el cumplimiento de los compromisos de la visita de diagnóstico y se totaliza el puntaje para ver los planes de mejora, se diligencia el acta de seguimiento y se vuelve a solicitar copia del último pago de la Seguridad Social.
- Se saca copia de la encuesta con las modificaciones y del acta de seguimiento, el original para la base de datos y la copia para la persona que atendió la visita.
- La base de datos de las empresas visitadas se reporta al Comunicador Social de la Secretaría de Salud de Envigado para las capacitaciones de relaciones interpersonales, y al equipo que realiza el componente de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, para la programación de las jornadas de salud.
- Se invita a los encargados de seguridad y salud en el trabajo a las capacitaciones de obligaciones y responsabilidades en el sistema de riesgos laborales y actualización de la normatividad de seguridad y salud en el trabajo.
- También se invita a las ARL, Gerentes, Administradores y encargados de Seguridad y Salud en el Trabajo, al cumplimiento de las actividades del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

Se presenta a continuación el procedimiento de las actividades de Empresa Saludable en el Sector Informal:

- Se consulta la base de datos de la Secretaría de Desarrollo Económico.
- Se envía carta al coordinador o líder del Grupo Organizado de Trabajo Informal (GOTI), del sector del comercio informal o agricultura informal.
- Se diligencia la encuesta de condiciones de salud y trabajo del sector del comercio informal a las personas que venden algún tipo de producto o la encuesta nacional de condiciones de salud y trabajo del sector informal de la agricultura a las personas que laboran con el Agro.
- Se hacen recomendaciones sobre los riesgos en los puestos de trabajo, con el fin de prevenir los factores de riesgo inherentes a su labor.

- Se invita a capacitaciones sobre autocuidado en el manejo de cargas, el uso de los elementos de protección individual y en el manejo de elementos corto punzantes.
- La base de datos de las GOTIS se comparte con el Comunicador Social de la Secretaría de Salud de Envigado para las capacitaciones de relaciones interpersonales, y al equipo que realiza las actividades de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad para la programación de las jornadas de salud.
- Se invita a los coordinadores y líderes de los Grupos Organizados de Trabajo Informal (GOTIS), para el cumplimiento de las actividades del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

**Figura 17. Flujoograma atención Empresa Saludable. Envigado, 2014**



**Fuente:** Secretaría de Salud. Envigado

## Componente Promoción y Prevención Programa de Empresa Saludable

Un punto importante en la actualidad, es la necesidad de convertir cada una de las empresas en organizaciones saludables; una de la claves para hacerlo con éxito es la adopción de nuevos modelos de gestión de los recursos humanos, en el que variables nuevas, tales como un ambiente laboral

agradable, la cultura de la prevención en salud de sus trabajadores, entre otros, hagan parte de un plan integral de intervención para sus empleados.

Es importante no perder de vista que las personas son el capital más importante de una empresa, éstas son un valioso activo que hace posible que una organización siga adelante, es por eso que desde la Alcaldía y la Secretaría de Salud de Envigado, quien por medio de la E.S.E Santa Gertrudis ofertan el programa de Empresa Saludable, que tiene como objetivo fortalecer la cultura del autocuidado mediante la promoción de diferentes temáticas, tales como: Salud Cardiovascular, Salud Nutricional, Salud Auditiva, Salud Oral, Salud Sexual y Reproductiva, Salud del Hombre y la Mujer, Salud Visual y Salud Mental; éstas abordadas mediante charlas educativas participativas y dictadas por personal idóneo de acuerdo a cada temática. El equipo de trabajo está compuesto por un equipo multidisciplinario que comprende: Enfermera/os, Psicóloga/os, Nutricionista, Tecnóloga en Alimentos, Higienista Oral y Optómetra.

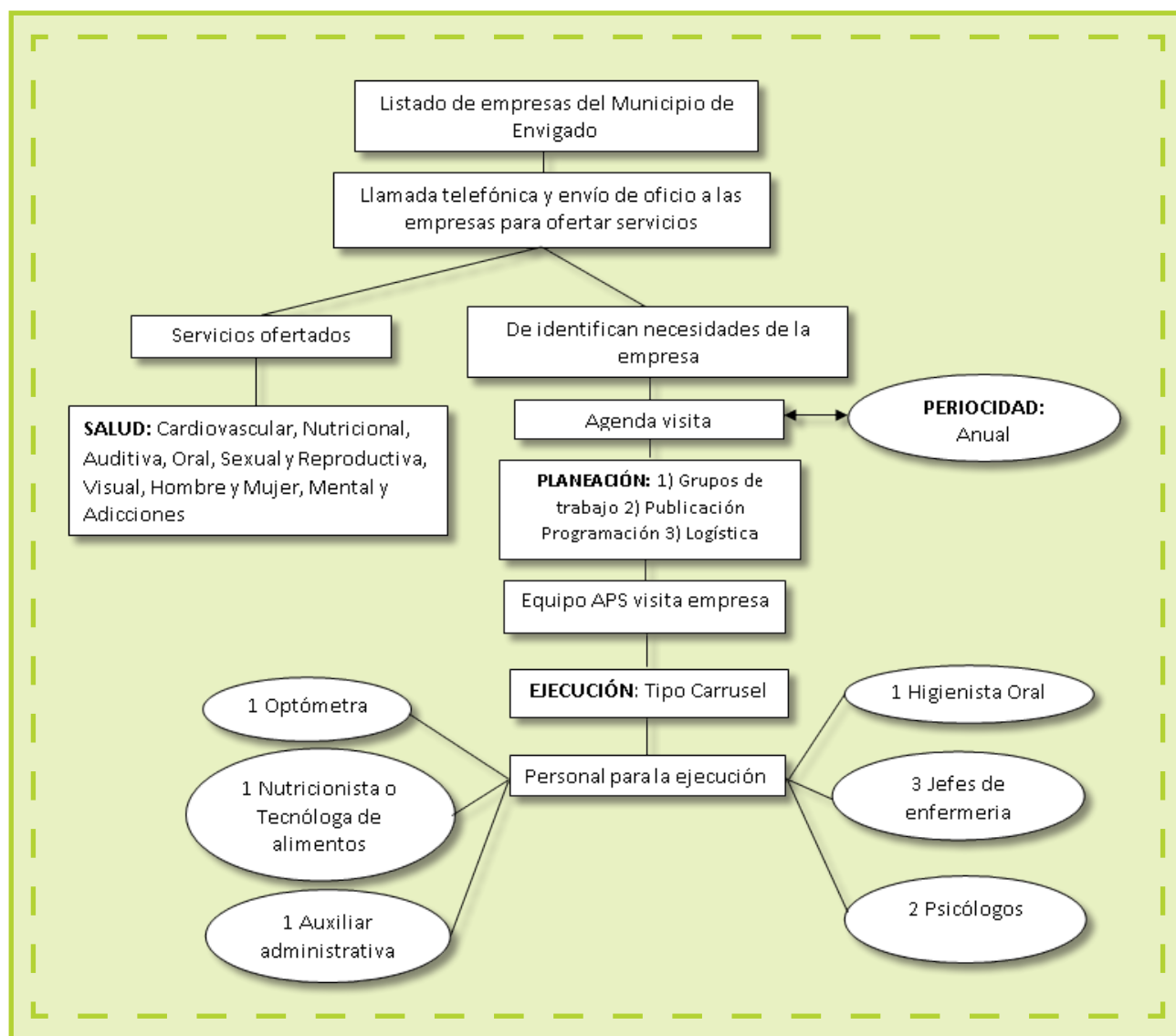
Las actividades están dirigidas a todas las empresas, tanto públicas como privadas del municipio de Envigado, éstas pueden realizarse por solicitud directa de la empresa al área de Salud Pública de la Secretaría de Salud o por medio de llamada telefónica y/o envío de oficio, de acuerdo a bases de datos manejadas por esta dependencia. Es importante tener presente, que esta intervención tiene una periodicidad anual por empresa visitada.

A continuación se evidencia el desarrollo de esta fase:

- 1.** Se procede a revisar bases de datos de empresas del municipio de Envigado, las cuales son suministradas por el área de Salud Pública de la Secretaría de Salud, específicamente por los funcionarios que desarrollan el componente de salud laboral.
- 2.** Se inicia promoción de la actividad con las diferentes empresas por medio de llamada telefónica y/o envío de oficio a cada empresa; en este oficio debe ir contenida la definición del programa de Empresa Saludable, sus objetivos, el personal a intervenir y las temáticas a abordar; siendo así se ofertarán servicios de salud: Cardiovascular, Nutricional, Auditiva, Oral, Visual, Sexual y Reproductiva, Mental y Adicciones y la salud tanto del hombre como de la mujer. Se explica la metodología de la actividad y de acuerdo a la necesidad y disponibilidad de la empresa, se programa la visita. Esta oferta de servicios por medio de llamada telefónica, la elaboración de oficio y concertación de visita se hace a través del Auxiliar Administrativo.
- 3.** Al tener la visita concertada, se procede a realizar la publicación y programación de ésta con todo el personal a cargo de la visita; de igual manera se organizan todos los materiales de logística necesarios para la ejecución de la actividad, tales como: Material educativo, mesas, sillas, carpas, equipos médicos, entre otros. Esta actividad está a cargo de un/a Auxiliar administrativo/a.
- 4.** En la fecha y hora concertada se procede a desplazarse a la empresa con todo el personal idóneo para la actividad, el cual está compuesto por: Una Optómetra, un Auxiliar Administrativo, una Nutricionista o Tecnóloga de Alimentos, dos Psicólogos, una Higienista Oral y tres Enfermeras Profesionales.
- 5.** Se inicia la actividad con metodología tipo carrusel, ubicando los profesionales a cargo de cada temática por bases.

- 6.** En la primera base se ubica a él o la Auxiliar Administrativa, la cual se encarga de realizar el registro de los participantes mediante listado de asistencia inicial.
- 7.** En la segunda base se ubica la temática de Salud Cardiovascular, liderada por Jefatura de Enfermería, en la cual se hará: Toma de peso corporal, talla, cálculo de I.M.C, toma de presión arterial. Se evaluarán factores de riesgo de acuerdo a: Perímetro abdominal, antecedentes de diabetes, dislipidemia, H.T.A. y tabaquismo.
- 8.** En la tercera base se ubica la temática de Salud Nutricional, liderada por Nutricionista o Tecnóloga en Alimentos, en la cual se ejecuta: Cálculo del I.M.C y de acuerdo a su clasificación, se brinda educación de acuerdo a horario, número de comidas, tranquilidad a la hora de comer, 2-4 porciones de verduras al día, consumo de agua y realización de actividad física.
- 9.** En la cuarta base se ubica la temática de Salud Auditiva, liderada por la Enfermera Profesional, en la cual se practica otoscopia bilateral evaluando estado de ambos oídos, y posterior a esto, se brinda educación sobre el cuidado de los mismos.
- 10.** En la quinta base se ubica la temática de Salud Oral, liderada por Higienista Oral, en la cual se perpetra educación sobre higiene dental, uso de seda dental, periodicidad de controles y se entrega cepillo de dientes.
- 11.** En la sexta base se ubica la temática de Salud Sexual y Reproductiva, liderada por Enfermera Profesional, en la cual se brinda educación sobre planificación familiar, métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual (E.T.S), y se hace promoción de los programas de joven sano, planificación familiar y servicios amigables.
- 12.** En la séptima base se ubica la temática de Salud Visual, liderada por Optómetra o Enfermera Profesional, en la cual se ejecuta toma de agudeza visual y se brinda educación. Se diligencia formato visual-enfoque diferencial.
- 13.** En la octava base se ubica la temática de Salud del Hombre y la Mujer, liderado por Enfermera Profesional, en el cual se hará la promoción del autoexamen de seno, autoexamen testicular e importancia de la realización de citología cervicovaginal.
- 14.** En la novena base se ubica temática de Salud Mental y Adicciones, liderada por Psicólogo/a en la cual se brinda educación sobre prevención y tratamiento de tabaquismo, estrés laboral y consumo de sustancias psicoactivas.
- 15.** Es importante tener en cuenta, que algunas empresas solicitan el cambio de la metodología tipo carrusel que normalmente es aplicada, y ésta es modificada de acuerdo a necesidades puntuales de la empresa sobre ciertas temáticas; en estos casos se programa charla educativa y participativa de acuerdo al tema solicitado.
- 16.** Al terminar la actividad se procederá a entregar formato de evaluación de desempeño al Gerente de la empresa visitada; de igual manera se diligencia y entrega el formato de certificado de la actividad.

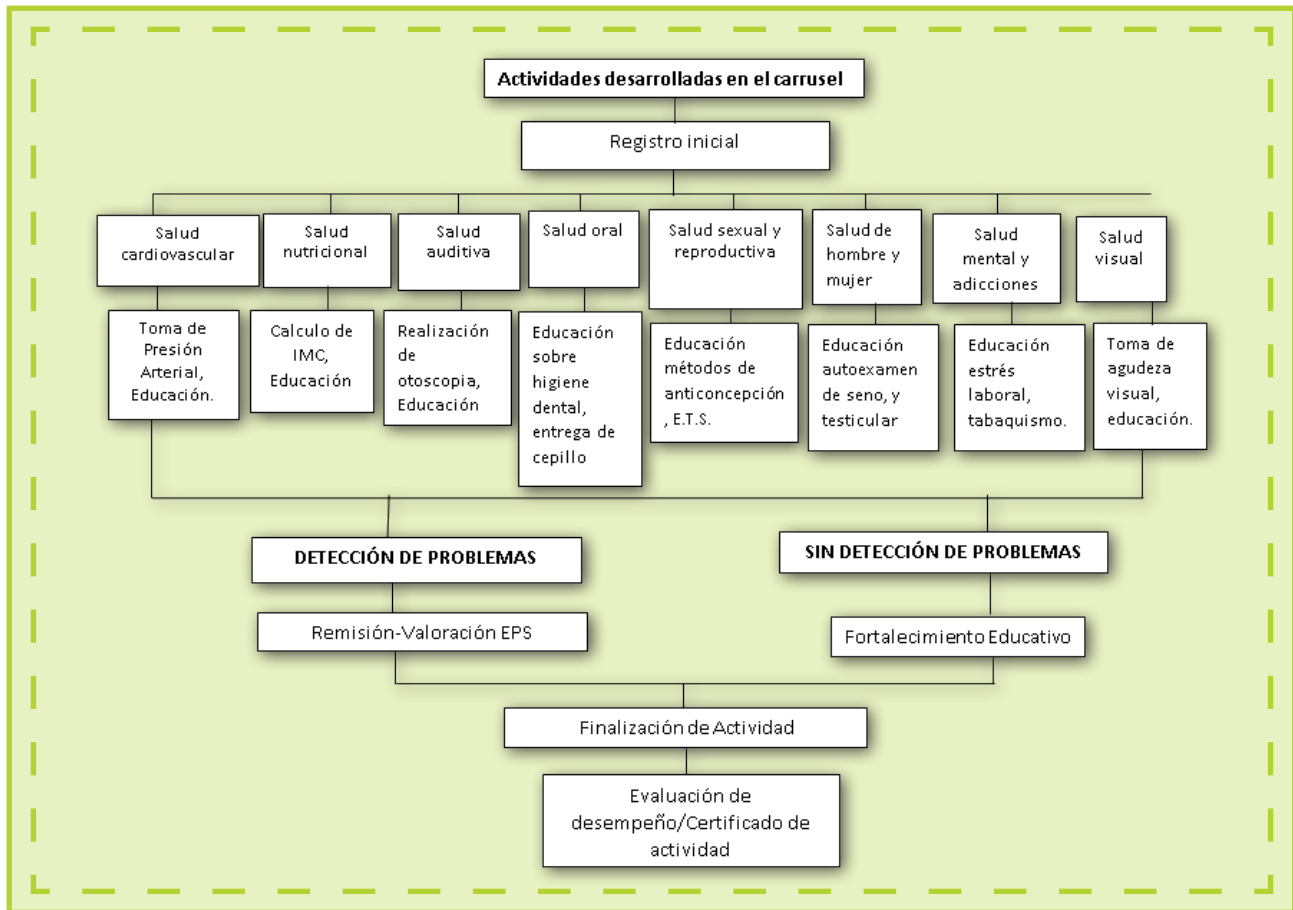
Figura 18. Flujograma atención subprograma Empresa Saludable, PYP. Envigado, 2014



Fuente: Secretaría de Salud. Envigado



Figura 19. Actividades desarrolladas en el carrusel de Empresa Saludable. Envigado, 2014



Fuente: Secretaría de Salud. Envigado

## 6.12. SISTEMA DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN –GESTIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (GAPS)

El sistema de información que utiliza el municipio de Envigado para apoyar el desarrollo de Atención Primaria en Salud, se denomina Gestión de Atención Primaria en Salud (GAPS), el cual se viene implementando desde finales del año 2010 y principios del 2011. Este es un sistema integrado para la atención primaria en salud, que se compone de módulos que permiten realizar la administración de la información generada en las diferentes actividades extramurales que se realizan en la Secretaría de Salud del Municipio de Envigado, específicamente en los programas de Entorno Saludables (familia, escuela, barrio y empresa). Además, para todos estos programas se tiene la posibilidad de efectuar una programación o agenda previa de las visitas a realizar a los diferentes actores del sistema; hacer seguimiento a las remisiones que se generen; manejar unas políticas de seguridad; consultar a nivel gerencial toda la información de alguno de los actores en cada uno de los módulos y además; se puede hacer la consulta de informes e indicadores en cada uno de los programas manejados.

GAPS permite realizar la captura de datos a través de formularios web (para las visitas manuales que se efectúen) y de terminales móviles PDA en sitio, los equipos no deben estar necesariamente en línea, sino que se cargan, posibilitando la transmisión y el almacenamiento de datos, desde y hacia un servidor central; dichos datos se intercambian bidireccionalmente con el servidor a fin de mantener la información de los actores del sistema actualizada antes y después de realizadas las diferentes visitas, tanto en el servidor como en el equipo móvil.

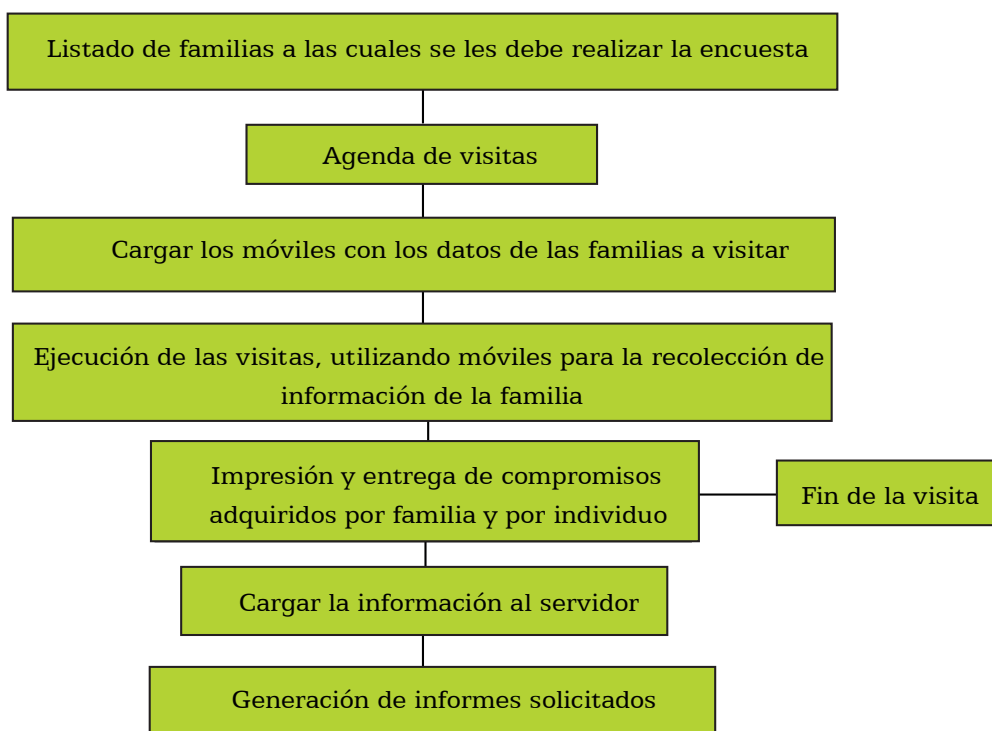
Además, este programa tiene la posibilidad de cargar o actualizar automáticamente desde el servidor todas las visitas, atenciones, resultados, remisiones y requerimientos pendientes que se le hayan encontrado a un actor en los diferentes módulos para cargarlas en el equipo móvil, de forma que al efectuar la visita se disponga de toda la información del seguimiento del mismo. Igualmente se pueden almacenar todos los aspectos de una visita y después de terminadas éstas, se pueden, automáticamente, actualizar desde el equipo móvil al servidor central. De igual manera, se tiene la posibilidad de imprimir algunos de los aspectos de los resultados de la visita, ya sean requerimientos no cumplidos, compromisos, remisiones, entre otros.

El submódulo de Familia Saludable, en el sistema GAPS almacena toda la información de la identificación y la estructura de una familia, incluyendo algunas variables socioeconómicas y de protección que determinan las carencias de la misma, igualmente se identifican todos los integrantes de ella, el estado general y de participación en los programas de salud y las actividades que se realizan a cada uno de ellos en las visitas de este programa.

Físicamente las variables a utilizar en este submódulo, están basadas en la tarjeta familiar del sistema anteriormente manejado Sistema de Información de base Comunitaria para la Atención Primaria en Salud 2006 versión actualizada (SICAPS), teniendo en cuenta los ajustes y mejoras realizadas a ella por el personal de Salud Pública y las demás Secretarías que participan del proceso.

Es importante mencionar también, que el sistema está pensado para que en algún momento se puedan medir por este mismo medio otros entornos que interesan a la Secretaría, tales como: Empresa Saludable, Programa Cardiovascular, Escuela Saludable, Barrio Saludable y acciones de Inspección, Vigilancia y Control.

Figura 20. Flujoograma funcionamiento de Sistemas de Información. Envigado, 2014



Fuente: Secretaría de Salud. Envigado

Se presentan las variables de la ficha familiar utilizada en el programa Familia Saludable y visualizado a través de GAPS.

### 1. Ubicación geográfica.

**2. Integrantes de la familia:** Se compone de los diferentes datos que identifican a cada uno de los integrantes de la familia, por ejemplo, nombres y apellidos, sexo, fecha de nacimiento, identificación, desde qué año reside en el municipio, parentesco, entre otras.

**3. Características de la vivienda:** Se compone de datos que identifican el estado de las viviendas de las familias visitadas, como: Tipo de la vivienda, tenencia, material predominante en el piso, material predominante en el techo, tipo de servicio sanitario, hacinamiento, tipo del agua de consumo, animales dentro de la vivienda, entre otros.

**4. Factores protectores de la familia:** Se identifican y clasifican todas las características de la familia, al momento de la visita. Estas variables son por ejemplo, relaciones entre la familia. Las manifestaciones de cariño forman parte de la vida familiar, familiar muerto por causas específicas, suicidio, entre otros.

**5. Aspectos de salud a nivel individual:** Estas preguntas sólo se realizan a los miembros pertenecientes a la familia que se encuentren presentes al momento de la visita y están compuestas por variables de afiliación al sistema de seguridad social en salud, factores de riesgo y protectores para la salud, participación en los programas de detección temprana y protección específica de las Instituciones de Salud, conductas para la prevención de la enfermedad y para la promoción de la salud. Estas variables se indagan por grupos de edades y con respecto al perfil epidemiológico de cada etapa y de las condiciones propias de la edad.

**6. Subsidios del municipio:** También se indaga por la participación de la familia en los subsidios que el municipio proporciona a la población vulnerable y con condiciones especiales. Además, se analiza la necesidad de que las familias reciban alguno de estos beneficios (ver anexo 8) donde encuentra ficha familiar.

### 6.13. RECURSOS (FINANCIEROS, HUMANOS Y LOGÍSTICOS)

La tabla 7 corresponde a los recursos invertidos y asignados a APS con enfoque de Entornos Saludables para los años 2012, 2013 y 2014. Este periodo corresponde al tiempo en que se ha ejecutado el 75% del Plan de Desarrollo actual "Una Oportunidad para Todos". Cada rubro incluye las actividades que se desarrollan en los programas de Escuela, Familia, Barrio y Empresa Saludable, las cuales se encuentran descritas en el ítem 6.11. La tabla 7 fue construida a partir de los datos suministrados por el Banco de Proyectos del municipio de Envigado, correspondientes a los años 2012 a 2014.

**Tabla 7. Inversión realizada en los años 2012 a 2014 para APS con enfoque de Entornos Saludables. Envigado, 2014**

AÑO	INVERSIÓN
2014	1.235.569.683
2013	1.175.343.288
2012	1.090.370.960
Total	3.501.283.931

**Fuente:** Secretaría de Salud. Envigado

En la siguiente tabla (8) se muestra el personal perteneciente al equipo básico de APS que desarrolla los cuatro programas; este número de profesionales varía levemente cada año. Las Auxiliares Administrativas desarrollan todas aquellas acciones de agenda de visitas familiares, registro de actividades y programación en las Instituciones Educativas, Hogares Infantiles, Empresas y Barrios. Las Auxiliares de Enfermería junto con las Higienistas Orales realizan las visitas familiares, además de desarrollar las actividades educativas en el barrio, la empresa y la escuela saludable, la Higienista Oral es quien desarrolla el Subprograma Escuela Cero Caries. La Enfermera aunque apoya las actividades de Barrio y Empresa, se desempeña con más fuerza en el Subprograma de Salud Sexual y Reproductiva, perteneciente a Escuela Saludable. La Tecnóloga de Alimentos se desempeña en la Escuela Saludable promoviendo la estrategia "5 al día" y proporcionando educación en los diferentes espacios de Barrio y Empresa Saludable. Finalmente, los psicólogos se desempeñan en los Subprogramas de Salud Sexual

y Reproductiva, Prevención de las Adicciones y Salud Mental, Buen Ciudadano y apoyan actividades de Empresa, Barrio y Familia.

**Tabla 8. Descripción del personal del equipo básico de APS con enfoque de Entornos Saludables. Envigado, 2014**

Perfil/ Profesión	Número de Funcionarios por Perfil
Auxiliar Administrativa	5
Auxiliar de Enfermería	5
Enfermera	4
Higienista Oral	6
Psicóloga	11
Tecnóloga de Alimentos	1

**Fuente:** Secretaría de Salud. Envigado

## 6.14 INDICADORES

Las remisiones bajo la estrategia de Atención primaria en Salud y para el municipio de Envigado, son resultado de la demanda de servicios que realiza el equipo básico de APS cuyo operador es la ESE Santa Gertrudis, se reportan quincenalmente a la Secretaría de Salud y ésta es responsable de reportarle a cada una de las IPS correspondiente al asegurador de la persona remitida; este reporte se hace mensualmente, y las IPS deben reportar igualmente de forma mensual la gestión realizada con la población remitida.

A continuación se presenta un esquema de las remisiones efectuadas durante el año 2013. El total de remisiones perpetradas en el 2013 fueron 3613, las cuales se distribuyen en los diferentes programas. Estas remisiones durante dicho año, tuvieron un comportamiento heterogéneo entre los programas, así, quien más tuvo participación en las remisiones durante el año fue Odontología; lo anterior debido al desarrollo del programa Escuela Cero Caries, la cual asiste a todas las Instituciones Educativas con básica primaria y valora y remite a todos los niños cariadados, sin embargo, el número de remisiones a otros programas también es significativa, por ejemplo, después de Odontología, la Citología y el programa de joven sano es a donde más remiten desde todos los programas (Familia Saludable, Escuela Saludable, Barrio Saludable y Empresa Saludable). De manera que el porcentaje de efectividad de las remisiones se tiene definido como la proporción de usuarios a los que les fue asignada la cita o se reportan como atendidos con respecto al total de remisiones, así entonces, el porcentaje de efectividad global de las mismas para el año 2013 fue de 41%.

**Tabla 9. Porcentaje de remisiones efectivas a través de la estrategia APS con enfoque de Entornos Saludables por servicios. Envigado, 2014**

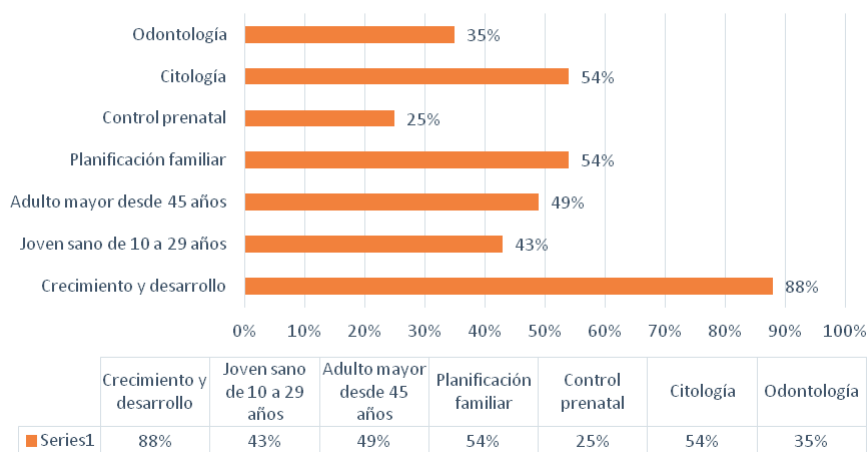
Nº	PROGRAMA	ENTORNO SALUDABLE APS 2013				
		Pendientes de respuesta	Remisiones efectivas	Remisiones no efectivas	Total remitidos	Efectividad de las remisiones
1	Crecimiento y Desarrollo	17	153	4	174	88%
2	Joven sano de 10 a 29 años	136	143	57	336	43%
3	Adulto mayor desde 45 años	79	109	35	223	49%
4	Planificación Familiar	15	29	10	54	54%
5	Control Prenatal	9	3	0	12	25%
6	Citología	109	208	71	388	54%
7	Odontología	1198	845	382	2426	35%
	<b>TOTAL REMISIONES</b>	1563	1490	559	<b>3613</b>	41%

**Fuente:** Secretaría de Salud. Envigado

El programa que mayor efectividad tuvo durante este año fue el programa Crecimiento y Desarrollo, seguido del programa de Planificación Familiar y Citología; el programa de menor efectividad es Odontología; este último relacionado directamente con el número de remisiones, el cual es el más alto de todas las remisiones a los otros programas, representando un 67% del total de ellas (ver figura 21).

En el indicador de efectividad de las remisiones se empieza a hacer seguimiento desde el año 2013; al analizar los resultados se encuentra que este indicador se ve afectado porque algunas Instituciones de Salud no realizan el reporte de la gestión de las remisiones y en este sentido, no es posible alimentar el indicador, además se debe mejorar en la calidad del dato, que permita encontrar al usuario efectivamente. Para esto la Secretaría de Salud firmó un pacto con las IPS y EPS que atienden usuarios en Envigado, para fortalecer el proceso de atención efectiva de las remisiones.

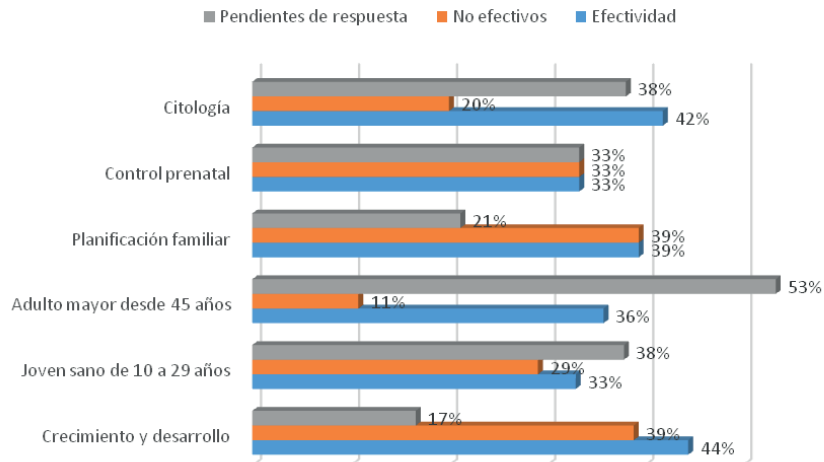
**Figura 21. Efectividad de las remisiones de APS durante el año 2013. Envigado, 2014**



**Fuente:** Secretaría de Salud. Envigado

En la figura 22 se muestra la efectividad de las remisiones efectuadas durante el año 2014. Entiéndase por efectividad, aquellas remisiones que fueron atendidas en términos de atención o asignación de citas, más las no efectivas son todas aquellas remisiones en las que el usuario no se pudo contactar, por un proceso de transición en la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, porque el usuario no desea la atención, entre otras; también existe un número de remisiones de las que no se tiene respuesta por parte de las aseguradoras a través de sus IPS, por tanto, es incierto si se atendieron o no. Así entonces, la mayor efectividad en las remisiones fue en su orden a: Crecimiento y Desarrollo (44%), Citología (42%), Programa Planificación Familiar (39%); los que menos fueron atendidos, sin tener diferencias muy significativas, fueron: Control Prenatal (33%) y programa Joven Sano (33%). Por otra parte, con relación a los que no fueron efectivos, del total de remisiones, la mayor proporción la tiene el programa Crecimiento y Desarrollo y Planificación Familiar, lo que traduce que la efectividad e ineffectividad de las remisiones está por igual en estos dos programas. Por último, el grupo de remisiones que más falta de respuesta tiene es el programa de Adulto Mayor o Adulto Sano (53%), seguido de Citología (38%) y Joven Sano (38%).

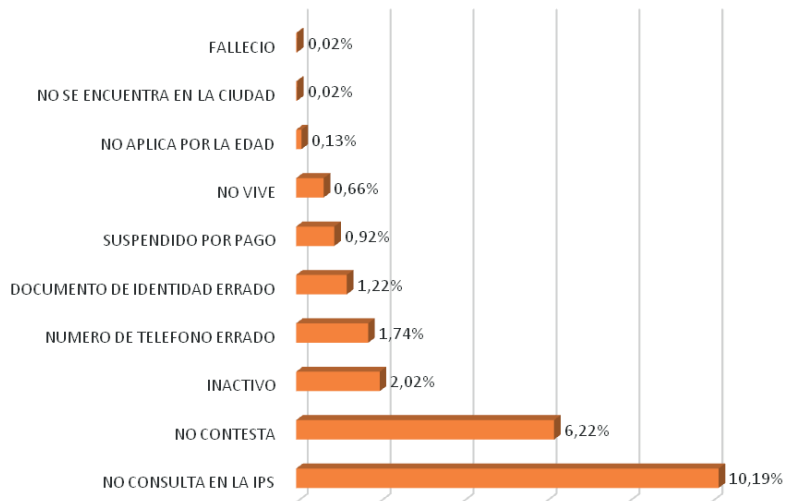
**Figura 22. Comparación de la efectividad de las remisiones realizadas durante el año 2014. Envigado, 2014**



Fuente: Secretaría de Salud. Envigado

Como se menciona anteriormente, del total de remisiones (4658), para el 55% (2566) se tuvo alguna respuesta de parte de la IPS, pero también hubo un 45% (2096) que no se ha tenido respuesta. De esta forma, en la figura 4 se muestra, de las remisiones que se obtuvo respuesta, las diferentes situaciones que se presentaron ante la gestión que la IPS realizó. De éstas el 10% no consulta en una IPS de Envigado, es decir, es complejo saber, para los afiliados que consultan en una IPS fuera de Envigado, la gestión que ha hecho dicha IPS, ya que no se encuentra en jurisdicción del municipio; el 6,22% no contestan el teléfono, el 2,02% aparece inactivo, el 1,74% era un número de teléfono errado, entre otras situaciones que se han presentado y que se especifican en la figura 23.

**Figura 23. Proporción de respuestas de las IPS ante las remisiones reportadas por la Secretaría de Salud durante el año 2014. Envigado, 2014.**



Fuente: Secretaría de Salud. Envigado



Así entonces y con relación a la presentación de los datos anteriores, se concluye que aunque el promedio de efectividad de las remisiones es cercano al que tienen otros municipios aledaños, es importante continuar afianzando la gestión para la atención de las mismas; con esto se puede acercar mucho más al objetivo al que se quiere llegar con ASP en Envigado, que es lograr comunidades más saludables.

Existe un alto porcentaje de remisiones sin respuesta, lo cual es responsabilidad de las Aseguradoras y las IPS que tienen contratadas para la atención de su población afiliada. Con esto es necesario un mayor compromiso de parte de las mismas en el reporte respectivo.

Mejorar la calidad del dato, también es otra de las tareas, dado que se evidencia un porcentaje de ineffectividad debido a teléfono errado, número de documento de identidad errado o el asegurador no corresponde.

## 7. RESULTADOS O LOGROS

El liderazgo directo por parte de los distintos Alcaldes, la cultura organizacional municipal de dedicación y la continuidad bajo distintas Administraciones municipales, han sido la clave del éxito de la estrategia. Esto ha permitido integrar las dimensiones técnicas y políticas y llegar a compromisos con diferentes actores públicos y privados.

Esto ha resultado en varios logros, producto del esfuerzo y continuidad de la estrategia de APS en el territorio.

“La continuidad de los distintos programas, especialmente el detallado en este caso... a través de las distintas gestiones municipales y su proyección a futuro, donde hay un pacto no escrito entre los distintos Alcaldes y postulantes a favor del continuismo programático y su constante mejoramiento” (Secretaría de Salud de Envigado, 2007).

### 7.1. OPORTUNIDADES DE MEJORA: LO QUE PIENSA EL EQUIPO DE APS ENTORNOS SALUDABLES

A través de un ejercicio de evaluación y seguimiento a la ejecución de los programas que componen la estrategia de APS en el territorio, y a raíz de un grupo focal realizado con el equipo básico de APS para evaluar la ejecución de los programas durante el año 2014, se obtuvo las siguientes apreciaciones:

- El grupo que ejecuta los programas percibe que para algunas actividades el personal es insuficiente; lo anterior está relacionado con la extensión del territorio, el número de familias, de instituciones y población, pero también responde a que grandes poblaciones requieren una gran inversión para aumentar las coberturas, sin embargo, el municipio continúa haciendo esfuerzos para fortalecer año tras año el proceso de APS para su población.
- Con respecto a la Escuela Saludable, es necesario fortalecer la participación de los padres de familia y docentes en los programas, pues son éstos quienes acompañan permanentemente los procesos de aprendizaje de los niños, adolescentes y jóvenes. Ello aumentaría la probabilidad de mejorar los hábitos de vida saludable de estos actores beneficiados con los diferentes programas. Por ejemplo, en el programa Cero Caries los padres deben mejorar el compromiso de llevar a los niños con caries, de forma oportuna al Odontólogo.

- Hace falta construir una línea base sobre Salud Mental para el municipio de Envigado, que permita direccionar mejor las intervenciones.
- Es menester la cualificación del personal encargado de ejecutar las acciones de prevención, tanto en la parte motivacional como en la formación frente a los diversos temas que se abordan.
- El Subprograma preventivo de las adicciones, en la actualidad, se visualiza en el municipio como único responsable de las actividades relacionadas con la prevención de las adicciones; situación que genera sobrecarga de trabajo e impide la articulación necesaria y suficiente, para un adecuado proceso y abordaje integral frente a la problemática.
- Es necesario vigorizar la divulgación de las acciones que se desarrollan en la estrategia APS con enfoque de Entornos Saludables, entre los habitantes del municipio.
- Algunas veces las Entidades de Salud tienen dificultad para atender las remisiones realizadas, lo que indica una posible disminución de la credibilidad de las familias y demás usuarios en los programas de APS.
- Es necesario articularse con líderes comunitarios, juntas de acción comunal para la planeación, diagnóstico y ejecución de los Barrios Saludables. Una oportunidad sería el Centro de Escucha (Estrategia que consiste en la escucha de necesidades de las comunidades a través de una persona representante de la Secretaría de Salud que es reconocido, acompaña constantemente a la comunidad y canaliza las necesidades encontradas a las entidades respectivas, en el momento se desarrolla en un barrio).
- Es necesario enriquecer la articulación con otros actores y sectores sociales, esto, con el fin de aportar en la gestión del Barrio Saludable, no sólo desde el sector salud sino desde el resto de instituciones e instancias.
- Desde el programa de Empresa Saludable se evidencia desconocimiento en la normatividad y poca capacitación a los Coordinadores de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- En la micro y pequeña empresa hay un gran desconocimiento de las obligaciones y responsabilidades frente al Sistema General de Riesgos Laborales, a pesar de tener al personal afiliado a una Administradora de Riesgos Laborales.
- En la micro y pequeña empresa se evidencia un deficiente acompañamiento por parte de las Administradoras de Riesgos Laborales, limitándose en algunos casos a un acompañamiento anual, a la entrega de archivos virtuales con "tareas" que la empresa no va a estar en capacidad de realizar, por desconocimientos técnicos para la aplicación de herramientas que requieren un asesoramiento técnico in situ.

## 7.2. FORTALEZAS: LO QUE PIENSA EL EQUIPO DE APS ENTORNOS SALUDABLES

- Los diferentes subprogramas de Escuela Saludable son reconocidos y posicionados dentro de las Instituciones Educativas Públicas y Privadas y Hogares Infantiles del municipio, debido a la calidad en las acciones, a la continuidad y a los años que lleva ejecutándose este programa.
- Aumento paulatino para algunos subprogramas, de las coberturas a la población, cubriendo población que antes no se beneficiaba, aumentó el número de Instituciones y hogares infantiles con Escuela Saludable.
- Metodologías didácticas, lúdicas y pedagógicas que ayudan a mejorar la trasmisión de conocimientos y en algunos casos, de hábitos dentro de las escuelas, por ejemplo, la Tarjeta de Valores de Buen Ciudadano ayuda a que éstos se conviertan en hábitos dentro del entorno escolar.
- La interdisciplinariedad del equipo permite una visión holística de los problemas de las familias.
- Las familias cuentan con una gran red de apoyo por parte del Municipio, para ayudar a solucionar diversos aspectos que puedan afectar su proceso salud-enfermedad, esto es, abordando los diferentes determinantes estructurales de la salud.
- El equipo de Familia Saludable es conocido por la comunidad y reciben la aceptación y confianza de los miembros de las familias.
- La utilización en la visita familiar, del programa GAPS, tiene la ventaja de que se puede tener información electrónica en el mismo lugar de los hechos, además que se pueden generar informes desde la WEB.

## 8. CONCLUSIONES

- La APS en el territorio, han tenido resultados favorables en el empoderamiento de las comunidades para la gestión de su salud, les permite, a través de la educación y de la oferta de servicios, tener herramientas para procesos de autocuidado.
- La permanencia en el municipio de la APS con enfoque de entornos saludables, ha concedido un reconocimiento y posicionamiento en la comunidad envigadeña.
- Las principales oportunidades de mejora están orientadas a afianzar la evaluación continua, a fortalecer la participación comunitaria y mejorar los mecanismos de articulación entre todos los sectores y actores sociales del municipio, para lograr contribuir a los entornos saludables.

## 9. RECOMENDACIONES

- Continuar con la realización del estado del arte y la articulación con los sistemas de información, para permitir construir el indicador de Familias Saludables y georreferenciarlos respectivamente.
- Desde el proceso de mejoramiento de la estrategia de APS, aún faltan muchos pasos por dar, por ejemplo, el seguimiento continuo a indicadores de resultado y de impacto, el acompañamiento asiduo al equipo básico de APS y la participación comunitaria en la ejecución de los programas. Cumplir con estos procesos, permitirá también mostrar de forma más clara la eficiencia de los programas.
- Por otra parte, la actualización del documento de APS, se debe hacer en menor intervalo de tiempo; dado que ésta es una herramienta poderosa no sólo para mostrar y socializar la estrategia, sino para comparar y evidenciar los avances en el tiempo.

## 10. GLOSARIO DE TÉRMINOS

**Aplicativo de remisiones:** Este es un aplicativo que se utiliza en la Secretaría de Salud de Envigado para recopilar información de las remisiones que llegan de los diferentes programas de APS, y para generar de manera ágil la remisión de las mismas a la entidad respectiva, ya sea, IPS, EPS, Secretaría del Municipio.

**Equipo Básico APS:** El equipo básico APS con Enfoque de Entornos Saludables, es aquel que realiza todas las acciones de los diferentes programas que componen la estrategia en el territorio, el número y los equipos varios de acuerdo a las metas programadas para el año; están conformados por Enfermeras, Psicólogos, Auxiliares de Enfermería, Higienista Oral, Tecnóloga de Alimentos, Salud Ocupacional y Auxiliares Administrativos.

**GAPS:** Gestión de Atención Primaria en Salud, es un sistema integrado para atención primaria en salud, que se compone de módulos para la administración de la información generada en las diferentes actividades extramurales que se realizan en la Secretaría de Salud del Municipio de Envigado, específicamente en los programas de Entornos Saludables (familia, escuela...). Además, para todos estos programas tienen la posibilidad de efectuar una programación o agenda de visitas a los diferentes actores del sistema, realizar seguimiento a las remisiones que se hagan, manejo de seguridad, consultar a nivel gerencial toda la información de alguno de los actores en cada uno de los módulos y además, se puede perpetrar la consulta de informes e indicadores en cada uno de los módulos.

### LISTADO DE ANEXOS

1. **Anexo 1:** Rompecabezas programa Buen Ciudadano.
2. **Anexo 2:** Tarjetas de valores programa Buen Ciudadano.
3. **Anexo 3:** Carné de vacunación contra los malos hábitos y libreta del Buen Ciudadano.
4. **Anexo 4:** Formatos de evaluación extramural Programa Buen Ciudadano.
5. **Anexo 5:** Tarjeta dorada programa Buen Ciudadano.
6. **Anexo 6:** Pres y postest aclarando mi sexualidad para los grados 6° a 11°, aplicados en las Instituciones Educativas del municipio de Envigado, año 2014.
7. **Anexo 7:** Variables utilizadas en la ficha familiar de GAPS.

### ANEXO 1. ROMPECABEZAS PROGRAMA BUEN CIUDADANO






## ANEXO 2: TARJETAS DE VALORES PROGRAMA BUEN CIUDADANO



## ANEXO 3. CARNÉ DE VACUNACIÓN CONTRA LOS MALOS HÁBITOS Y LIBRETA DEL BUEN CIUDADANO.



## ANEXO 4: FORMATOS DE EVALUACIÓN EXTRAMURAL PROGRAMA BUEN CIUDADANO

	<b>EVALUACION DE DESEMPEÑO PROGRAMAS EXTRAMURALES NIÑOS Y NIÑAS</b>	Código: FC-F-015
		Versión: 000
		Página 1 de 1

Fecha: \_\_\_\_\_

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA \_\_\_\_ BUEN CIUDADANO \_\_\_\_

PREVENCIÓN ADICCIONES \_\_\_\_ ESCUELA SALUDABLE \_\_\_\_ OTRO \_\_\_\_

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: \_\_\_\_\_

GRADO/GRUPO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD (TEMÁTICA): \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROFESIONAL: \_\_\_\_\_

El profesional fue puntual y organizado?



4.  Excelente

3.  Buena

2.  Regular

1.  Deficiente

Cómo te pareció la actividad realizada?



4.  Excelente

3.  Buena

2.  Regular

1.  Deficiente

Entendiste el taller que se trabajó?



4.  Mucho

3.  Regular

2.  Poco

1.  Nada

## ANEXO 5: TARJETA DORADA PROGRAMA BUEN CIUDADANO



Amiguito(a)  
\_\_\_\_\_

Alcaldía Municipal  
de Envigado



Recibes esta "Tarjeta de Oro" como  
reconocimiento al esfuerzo por Aprender, Cuidar y Practicar los  
Valores que nos hacen "Buenos Ciudadanos". A partir de hoy,  
tienes el compromiso de enseñar a los demás con tu ejemplo.

Programa para  
la Educación Ciudadana  
y Hábitos de Vida Saludable

Secretaría de Salud  
Envigado



# ANEXO 6: PRES Y POSTEST ACLARANDO MI SEXUALIDAD PARA LOS GRADOS 6° A 11°, APLICADOS EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO, AÑO 2014.

 <p style="font-size: small;">"Camino a la excelencia en salud"</p>	<p style="font-size: x-small;">SECRETARIA DE SALUD E.S.E. SANTA GERTRUDIS ENTORNO SALUDABLE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA ACLARANDO MI SEXUALIDAD GRADO SEXTO (6°)</p>	 <p style="font-size: x-small;">Alcalde de Envigado</p>		
INSTITUCIÓN EDUCATIVA:	FECHA:	GRUPO:	EDAD:	SEXO: F ___ M ___

Responda de forma individual, consciente y escoja solo una respuesta para cada pregunta:

### TEMÁTICA 1

1. ¿Los adolescentes tienen derechos sexuales y reproductivos?      SI  NO
2. ¿Hay un programa de salud sexual y reproductivo en tu municipio?      SI  NO
3. ¿Los derechos sexuales y reproductivos hacen parte de los derechos humanos?      SI  NO

### TEMÁTICA 2

1. ¿La menstruación aparece en la adolescencia como una señal para un posible embarazo?      SI  NO
2. ¿Los cambios en la adolescencia se dan al mismo tiempo en hombres que en mujeres?      SI  NO
3. ¿La aparición de vello púbico, vello axilar y el aumento en la sudoración tiene relación con la adolescencia?      SI  NO

### TEMÁTICA 3

Encierre en un círculo la respuesta que usted considera correcta en cada una de las preguntas.

1. Cuando hablamos de reconocer la forma de enfrentar el dolor, la alegría, los conflictos, los retos, las fortalezas y las debilidades; estamos hablando de:
 

a. Control de emociones.	b. Comunicación asertiva.
c. Solución de conflictos y problemas.	d. Autoconocimiento.
e. Pensamiento crítico.	

2. Cuando asumimos las consecuencias de nuestros comportamientos, elecciones y actitudes frente a las exigencias del día a día, estamos hablando de la siguiente habilidad para la vida:
 

a. Elección de vida.	b. Decisiones adecuadas.
c. Toma de decisiones.	d. Resultados.
e. Éxito.	

3. Consideras que las drogas no hacen daño, se pueden usar y dejar cuando se desee.
 

a. De acuerdo.	b. Algunas veces.
c. Depende de la droga.	d. En desacuerdo.
e. Siempre causan daño.	

4. Alcanzar las metas y los objetivos en la vida, requiere de tener:
 

a. Hábitos de vida saludables.	b. Disciplina.
c. Claridad en lo que se quiere alcanzar.	d. Proyecto de vida.
e. Constancia.	

¿QUE TE GUSTARIA SABER SOBRE ESTOS TEMAS?

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---



## EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS GRADO SÉPTIMO

 <p style="font-size: small;">"Camino a la excelencia en salud"</p>	<p style="font-size: x-small;">SECRETARIA DE SALUD E.S.E. SANTA GERTRUDIS ENTORNO SALUDABLE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA ACLARANDO MI SEXUALIDAD GRADO SÉPTIMO (7°)</p>	 <p style="font-size: x-small;">Alcalde de Envigado</p>		
INSTITUCIÓN EDUCATIVA:	FECHA:	GRUPO:	EDAD:	SEXO: F ___ M ___

Responda de forma individual, consciente y escoja solo una respuesta para cada pregunta:

### TEMÁTICA 1

1. ¿Informarse y aprender sobre la sexualidad provoca que las personas solo piensen en tener sexo?      SI  NO
2. ¿La mujer en su primera relación sexual puede quedar embarazada?      SI  NO
3. ¿Si una mujer tiene relaciones sexuales durante la menstruación puede quedar en embarazo?      SI  NO
4. ¿La sexualidad se refiere solo a lo genital?      SI  NO

### TEMÁTICA 2

1. ¿El género define las características biológicas de ser hombre o de ser mujer?      SI  NO
2. ¿Acepto las diferencias en las preferencias sexuales?      SI  NO

### TEMÁTICA 3

Encierre en un círculo la respuesta que usted considera correcta en cada una de las preguntas.

1. Cuando hablamos de reconocer la forma de enfrentar el dolor, la alegría, los conflictos, los retos, las fortalezas y las debilidades; estamos hablando de:
 

a. Control de emociones.	b. Comunicación asertiva.
c. Solución de conflictos y problemas.	d. Autoconocimiento.
e. Pensamiento crítico.	

2. Cuando asumimos las consecuencias de nuestros comportamientos, elecciones y actitudes frente a las exigencias del día a día, estamos hablando de la siguiente habilidad para la vida:
 

a. Elección de vida.	b. Decisiones adecuadas.
c. Toma de decisiones.	d. Resultados.
e. Éxito.	

3. Consideras que las drogas no hacen daño, se pueden usar y dejar cuando se desee.
 

a. De acuerdo.	b. Algunas veces.
c. Depende de la droga.	d. En desacuerdo.
e. Siempre causan daño.	

4. Alcanzar las metas y los objetivos en la vida, requiere de tener:
 

a. Hábitos de vida saludables.	b. Disciplina.
c. Claridad en lo que se quiere alcanzar.	d. Proyecto de vida.
e. Constancia.	

¿QUE TE GUSTARIA SABER SOBRE ESTOS TEMAS?

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---



# EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS GRADO OCTAVO

 "Camino a la excelencia en salud"	SECRETARÍA DE SALUD E.S.E. SANTA GERTRUDIS ENTORNO SALUDABLE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA ACLARANDO MI SEXUALIDAD GRADO OCTAVO (8º)	 Alcaldía de Envigado
	INSTITUCIÓN EDUCATIVA: _____	

FECHA: _____	GRUPO: _____	EDAD: _____	SEXO: F. _____ M. _____
--------------	--------------	-------------	----------------------------

Responda de forma individual, consciente y escoja solo una respuesta para cada pregunta:

## TEMÁTICA 1

- ¿Los métodos anticonceptivos solo se utilizan cuando tengo una relación estable? SI  NO
- ¿La píldora de emergencia es un método de Planificación continuo? SI  NO
- ¿Los métodos anticonceptivos producen enfermedades y pueden generar infertilidad? SI  NO

## TEMÁTICA 2

- ¿Al utilizar abundante jabón en la zona íntima puedo evitar las infecciones vaginales? SI  NO
- ¿Las infecciones vaginales solo pueden ser producidas por relaciones sexuales sin protección? SI  NO

## TEMÁTICA 3

Encierre en un círculo la respuesta que usted considera correcta en cada una de las preguntas.

- Cuando hablamos de reconocer la forma de enfrentar el dolor, la alegría, los conflictos, los retos, las fortalezas y las debilidades; estamos hablando de:
  - Control de emociones.
  - Comunicación asertiva.
  - Solución de conflictos y problemas.
  - Autoconocimiento.
  - Pensamiento crítico.

- Cuando asumimos las consecuencias de nuestros comportamientos, elecciones y actitudes frente a las exigencias del día a día, estamos hablando de la siguiente habilidad para la vida:
  - Elección de vida.
  - Decisiones adecuadas.
  - Toma de decisiones.
  - Resultados.
  - Éxito.

- Consideras que las drogas no hacen daño, se pueden usar y dejar cuando se desee.
  - De acuerdo.
  - Algunas veces.
  - Depende de la droga.
  - En desacuerdo.
  - Siempre causan daño.

- Alcanzar las metas y los objetivos en la vida, requiere de tener:
  - Hábitos de vida saludables.
  - Disciplina.
  - Claridad en lo que se quiere alcanzar.
  - Proyecto de vida.
  - Constancia.

¿QUE TE GUSTARÍA SABER SOBRE ESTOS TEMAS?

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---



# EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS GRADO NOVENO

 "Camino a la excelencia en salud"	SECRETARÍA DE SALUD E.S.E. SANTA GERTRUDIS ENTORNO SALUDABLE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA ACLARANDO MI SEXUALIDAD GRADO NOVENO (9º)	 Alcaldía de Envigado
	INSTITUCIÓN EDUCATIVA: _____	

FECHA: _____	GRUPO: _____	EDAD: _____	SEXO: F. _____ M. _____
--------------	--------------	-------------	----------------------------

Responda de forma individual, consciente y escoja solo una respuesta para cada pregunta:

## TEMÁTICA 1

- ¿Los preservativos (Condomes) eliminan al 100% el riesgo de contraer una infección de transmisión sexual? SI  NO
- ¿Una persona se puede contagiar de una infección de Transmisión Sexual solo si tiene más de una pareja sexual? SI  NO
- ¿Las píldoras anticonceptivas disminuyen la probabilidad de contagiarse de una enfermedad de transmisión sexual? SI  NO
- ¿Existe cura para todas las infecciones de transmisión sexual? SI  NO

## TEMÁTICA 2

- ¿Existe un programa de Salud Sexual y Reproductiva específico para adolescentes y jóvenes en la institución de salud donde consultas? SI  NO
- ¿Es necesario ir acompañado de un adulto cuando solicito una asesoría sobre planificación familiar? SI  NO

## TEMÁTICA 3

Encierre en un círculo la respuesta que usted considera correcta en cada una de las preguntas.

- Cuando asumimos las consecuencias de nuestros comportamientos, elecciones y actitudes frente a las exigencias del día a día, estamos hablando de la siguiente habilidad para la vida:
  - Elección de vida.
  - Decisiones adecuadas.
  - Toma de decisiones.
  - Resultados.
  - Éxito.

- Consideras que las drogas no hacen daño, se pueden usar y dejar cuando se desee.
  - De acuerdo.
  - Algunas veces.
  - Depende de la droga.
  - En desacuerdo.
  - Siempre causan daño.

¿QUE TE GUSTARÍA SABER SOBRE ESTOS TEMAS?

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---



# EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS GRADO DECIMO

	SECRETARIA DE SALUD E.S.E. SANTA GERTRUDIS ENTORNO SALUDABLE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA ACLARANDO MI SEXUALIDAD GRADO DECIMO (10º)			
	INSTITUCIÓN EDUCATIVA:	FECHA:	GRUPO:	

Responda de forma individual, consciente y escoja solo una respuesta para cada pregunta:

## TEMÁTICA 1

- ¿Un embarazo no deseado tiene como consecuencia el cambio de planes en el proyecto de vida? SI  NO
- ¿El embarazo es responsabilidad de la mujer? SI  NO
- ¿Un hijo a temprana edad le brinda autonomía e independencia a los jóvenes y realma la virilidad? SI  NO

## TEMÁTICA 2

- ¿El aborto puede generar consecuencias en la salud inclusive llevar a la muerte? SI  NO
- ¿Es más fácil realizarse un aborto que utilizar los Métodos anticonceptivos? SI  NO

## TEMÁTICA 3

Encierre en un círculo la respuesta que usted considera correcta en cada una de las preguntas.

- Quando asumimos las consecuencias de nuestros comportamientos, elecciones y actitudes frente a las exigencias del día a día, estamos hablando de la siguiente habilidad para la vida:
  - Elección de vida.
  - Decisiones adecuadas.
  - Toma de decisiones.
  - Resultados.
  - Éxito.

- Consideras que las drogas no hacen daño, se pueden usar y dejar cuando se desea.
  - De acuerdo.
  - Algunas veces.
  - Depende de la droga.
  - En desacuerdo.
  - Siempre causan daño.

¿QUE TE GUSTARIA SABER SOBRE ESTOS TEMAS?

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---



# EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS GRADO ONCE

	SECRETARIA DE SALUD E.S.E. SANTA GERTRUDIS ENTORNO SALUDABLE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA ACLARANDO MI SEXUALIDAD GRADO ONCE (11º)			
	INSTITUCIÓN EDUCATIVA:	FECHA:	GRUPO:	

Responda de forma individual, consciente y escoja solo una respuesta para cada pregunta:

## TEMÁTICA 1

- ¿Es cierto que tener relaciones sexuales orales con una persona que tiene VIH - SIDA, puede contagiarme? SI  NO
- ¿Tengo derecho a realizarme una prueba de VIH-SIDA cuando lo solicite en la institución de salud en la cual consulto? SI  NO
- ¿El VIH-SIDA solo se adquiere cuando se tiene una relación sexual sin preservativo? SI  NO
- ¿El VIH-SIDA se transmite por un beso? SI  NO

## TEMÁTICA 2

- ¿Las mujeres deben aprender a examinarse las mamas ellas solas una vez por mes frente a un espejo? SI  NO
- ¿El autoexamen de testículo solo lo realiza el medico a los hombres cada año? SI  NO

## TEMÁTICA 3

Encierre en un círculo la respuesta que usted considera correcta en cada una de las preguntas.

- Quando asumimos las consecuencias de nuestros comportamientos, elecciones y actitudes frente a las exigencias del día a día, estamos hablando de la siguiente habilidad para la vida:
  - Elección de vida.
  - Decisiones adecuadas.
  - Toma de decisiones.
  - Resultados.
  - Éxito.

- Consideras que las drogas no hacen daño, se pueden usar y dejar cuando se desea.
  - De acuerdo.
  - Algunas veces.
  - Depende de la droga.
  - En desacuerdo.
  - Siempre causan daño.

¿QUE TE GUSTARIA SABER SOBRE ESTOS TEMAS?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## ANEXO 7: VARIABLES UTILIZADAS EN LA FICHA FAMILIAR DE GAPS

PROGRAMA ENTORNO SALUDABLE - FAMILIA SALUDABLE														
FAMILIA														
1. Barrio o vereda.				2. Número de visitas.			1	2	3	3. Apellidos de la familia.				
4. ¿La familia se encuentra sisbenizada?				Si	No	5. Puntaje del sisben.			6. Número de ficha del sisben.					
7. Dirección.				8. Teléfono.			9. Teléfono fijo 2.							
10. Teléfono celular.				11. Tipo de Familia.			a. Uniparentera	b. Nuclear	c. Extensa	d. Simultánea o recompuesta				
e. Monoparenteral/jefatura femenina				f. Monoparenteral/jefatura masculina			g. Pareja sola	h. Pareja gay	307. La persona que motivó la visita se encuentra presente?					
							Si	No						
INTEGRANTES DE LA FAMILIA														
#	12. Nombre 1.	13. Nombre 2.	14. Apellido 1.	15. Apellido 2.	16. Sexo	17. Fecha de Nacimiento.	18. Edad.							
A														
B														
C														
D														
E														
F														
G														
H														
I														
a. CC - b. CE - c. PA - d. AS - e. MS - f. RC - g. TI		a. Jefe de familia - b. Cónyuge o compañera (o) - c. Hijo (a) - d. Padres - e. Suegros - f. Hermanos g. Tíos h. Primos - i. Nietos (as) - j. Otros miembros no parientes - k. Sobrinos (as) - l. Yernos/Nueras - m. Cuñados (as) - n. Abuelos			a. Fallecimiento - b. Ya no forma parte del núcleo familiar - c. Hace parte de la familia pero no se encuentra			a. Contributivo - b. subsidiado - c. pobre sin subsidio - d. Particular - e. Otro			a. Cotizante - b. Beneficiario - c. Adicional			
#	19. Tipo de D.	20. Número de Identificación	21. año desde que reside en el Municipio.	22. Parentesco (con el jefe de familia).	23. P/A	24. Motivo de ausencia	25. Regimen de afiliación al RISS?	26. A cual EPS esta afiliado?	27. Tipo de afiliado					
A														
B														
C														
D														
E														
F														
G														

ASPECTOS GENERALES DE LA VIVIENDA													
28. Tipo de vivienda.		a. Casa	b. Apartamento	c. Cuarto (s)	d. Improvisada	29. Tenencia.		a. Propia	b. En arriendo	c. Otra			
¿Cuál?		30. # de patios en la vivienda?			31. # de habitaciones en la vivienda?		32. Material predominante en el piso?						a. Tierra
b. Cemento		c. Ladrillo	d. Madera burda/tabla/tablon	e. Baldosa	f. Tapete	33. Material predominante en el techo?		a. Cartón/lata/sacos/e					
b. Paja/palma		c. Losa/plancha	d. Zinc	e. Teja de barr	34. Material predominante en las paredes?		a. Zinc/tela/cartón/plásticos/desechos						
b. Madera burda		c. Bahareque	d. Adobe	e. Material prefabricado	35. El servicio sanitario que utiliza es?		a. Inodoro conectado a pozo sépt						
b. Letrina		c. Inodoro conectado a alcantarillado	d. No tiene servicio sanitario		36. Material predominante en la cocina?		a. Cocina integral						
b. Cocina no construida en material		c. Cocina construida en material sin enchapa		d. Cocina construida en material enchapada		e. No tiene cocina							
ASPECTOS GENERALES DE LA VIVIENDA													
37. ¿Hay cocina en el dormitorio?		Si	No	38. ¿En la vivienda hay hacinamiento?		Si	No	39. ¿Hay humo dentro de la vivienda?		Si	No		
40. ¿De donde se toma el agua para el consumo humano?		a. Acueducto	b. Río	c. Manantial	d. Lluvia	e. Pila/Pozo/tanque	f. Otra						
¿Nombre del acueducto?		41. ¿Le realiza algún tipo de tratamiento casero al agua?			a. Sin tratamiento		b. Hervida						
c. Filtrada	d. Clorada	42. ¿Dentro de la vivienda existen reservorios de agua?		Si	No	43. ¿Hay una adecuada iluminación?		Si	No				
44. ¿Cuál es el tipo de alumbrado?		a. Vela	b. Eléctric	c. Kerosene/petróleo/gasolina/batería	45. ¿Hay una adecuada ventilación?		Si	No					
46. ¿Cuál es la disposición final que le da a las basuras?		a. Recogida por el carro de la basura	b. Tirada	c. Quemada	d. Enterrada	e. Otros							
47. ¿Realizan el procedimiento de reciclaje?		Si	No	48. ¿Qué hace usualmente con el reciclaje o a quien se lo entrega?		a. Enviase	b. Preambienta						
c. Reciclador informal		d. Lo vende	e. Otro		49. ¿Tiene dentro de la vivienda alguna actividad productiva?		Si	No					
50. ¿Qué tipo de actividad productiva tiene dentro de la vivienda?		a. Textiles (modistería / zapatería)		b. Alimentos	c. Papelería	d. Centros de estética							
e. Empresa de alimentos que distribuya producto		f. Chanceros		g. Almacenes-misceláneas y videos		h. Venta de minutos		i. Venta por catálogo					
j. Tiendas/graneros/licorerías		k. otros		51. Roedores en la vivienda?		Si	No	52. ¿Hay una adecuada asepsia dentro de la vivienda?		Si	No		
53. Remisión Obras Públicas.		Si	No	54. Motivos de Remisión.		a. Mal estado de la cocina	b. Mal estado del paredes	c. Mal estado del sanitario					
d. Mal estado del techo		e. Mal estado del piso		55. ¿Tiene animales dentro de la vivienda?		Si	No						
TIPOS DE FAUNA													
#	56. Silvestre (a. Loro - b. Tortugas - c. Micos - d. Serpiente - e. Iguanas - f. Pájaros - g. Ardilla)	57. Domestica (a. Perro - b. Gallinas - c. Vacas - d. Gato - e. Marranos - f. Pisco o pavo - g. Pollo - h. Caballos - i. Peces - j. Hámster)	58. Tenencia del animal (a. Buena - b. Mala)	59. # de animales	60. # de Vacunados								
A													
B													
C													
D													

FACTORES PROTECTORES DE LA FAMILIA												
61. Las relaciones entre los integrantes de la familia son:			a. Buenas	b. Regulares	c. Malas	62. Las muestras de cariño son parte de la vida familiar?			Si	No		
63. ¿Algún miembro de la familia ha muerto de las siguientes enfermedades? (enfermedades del corazón, cáncer de mama, cáncer de cuello uterino (cervix), cáncer de próstata, otros tipos de cáncer, enfermedad diabética, enfermedades cardiovasculares)									Si	No		
66. ¿Qué evento traumático ha ocurrido en último año, que haya afectado el núcleo familiar?			a. Cambio de domicilio			b. Pérdida de un ser querido						
c. Secuestro o desaparición de un miembro familiar			d. Encarcelamiento de un miembro de la familia			e. Situación de calle de algún miembro de la familia						
f. Pérdida de empleo			g. Separación de la pareja			h. Evento catastrófico			i. Accidente incapacitante			
j. Embarazo no deseado			k. Desplazamiento forzoso			l. Ninguno			67. En el núcleo familiar, ¿han tenido casos de suicidio?			
									Si			No
71. ¿Algún integrante de la familia asiste a actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad?			Si			No						
72. ¿Cuál es el motivo de la no asistencia a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad?			a. Desconocimiento			b. Falta de tiempo						
c. Factor económico			d. No le ve la importancia			308. La familia es población víctima del conflicto armado?			Si		No	

FACTORES PROTECTORES CAUSAS DE MUERTE				FACTORES PROTECTORES CASOS DE SUICIDIO			
#	64. Causa de muerte (a. enfermedades del corazón - b. cáncer de mama - c. cáncer de cuello uterino (cervix) - d. cáncer de próstata - e. otros tipos de cáncer - f. enfermedad diabética - g. enfermedades cardiovasculares)	65. Parentesco (a. Abuelos - b. Padres - c. Hijos - d. Hermanos)	68. Parentesco (a. Abuelos - b. Padres - c. Hijos - d. Hermanos - e. Siblings - f. Tíos - g. Primos)	69. Hace cuanto tiempo	70. Unidad (días, mes, años)		
A							
B							
C							
D							

ASPECTOS DE SALUD A NIVEL INDIVIDUAL											
a. Infantil abandonada - b. Indígena - c. Desplazamiento forzado - d. Indígena - e. Desempleado - f. Regresado - g. Niños/as familiares de los madres comunitarias - h. Porzonas de la tercera edad con protección de ancianos - i. Rural migratorio - j. Ror (Gaitano)			a. Básica primaria - b. Básica secundaria - c. Media académica - d. Media técnica - e. Técnico profesional - f. Tecnología - g. Educación especial - h. Profesional - i. Especialización - j. Maestría - k. Doctorado - l. Hogar comunitario ICBF - m. Guardería - n. No aplica por edad (menor de 5 años) - o. No sabe leer ni escribir - r. Nunca fue a la escuela pero sabe leer y escribir			a. Idiomas - b. Joyería - c. Culinaria - d. Modistería - e. Electrónica - f. Sistemas - g. Agricultura - h. Preuniversitario - i. Ninguno			a. No le interesa continuar el programa de estudios - b. No tiene recursos para pagar - c. No tiene tiempo - d. No ha pasado el examen de ingreso - e. No puede porque trabaja - f. No encontró cupo - g. No tiene la edad necesaria		
a. Inglés - b. Francés - c. Portugués - d. Italiano - e. Alemán - f. Mandarín - g. Otro			a. Trabajo formal - b. Buscando trabajo - c. Estudiando - d. Sin ocupación - e. Oficios del hogar - f. Trabajador independiente - g. Jubilado / pensionado - h. Trabajo informal - i. No aplica por la edad								
#	73. Certificado de población especial (S/N)	74. Tipo de población especial	75. Se encuentra estudiando (S/N)	76. Estudio y Grado en que se encuentra y/o aprobado?	77. Cursos de educación no formal realizados o que está realizando?	78. Motivo para no estar estudiando?	79. ¿Le gustaría estudiar? (S/N)	80. ¿Usted domina otros idiomas diferentes al español? (S/N)	81. ¿Cuáles es su ocupación principal?	82. Nombre de la ocupación	
A											
B											
C											
D											
E											
F											
G											
H											
I											

a. Materiales - b. Discapacidad - c. Familias en acción nutricional - d. Educación - e. Incentivo a la excelencia académica - f. Protección social adulto mayor - g. Salud - h. Seguridad alimentaria - i. Transporte estudiantil - j. Familias en acción escolar - k. Familias en acción especial - l. Vivienda de interés social - m. Plan lotes y terrazas - n. Madres comunitarias - o. Tercera edad										
#	83. ¿Usted ha recibido alguno de estos subsidios por parte de la administración?	84. Años en que recibió los subsidios	85. Tiene actualmente los subsidios? (S/N)	86. ¿Usted consume tabaco cigarrillo? (S/N)	87. ¿Quiéiera recibir ayuda para modificar el hábito? (S/N)	88. ¿Usted presenta dificultad para controlar el consumo de bebidas alcohólicas? (S/N)	89. ¿Quiéiera recibir ayuda para modificar el hábito? (S/N)	90. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? (S/N)	91. ¿Quiéiera recibir ayuda para modificar el hábito? (S/N)	
A										
B										
C										
D										
E										
F										
G										
H										
I										

ASPECTOS DE SALUD A NIVEL INDIVIDUAL - GRUPO POBLACIONAL DE 0 A MENOR DE 10 AÑOS												
a. Un mes - b. Dos meses - c. Tres meses - d. Cuatro meses - e. Cinco meses - f. Seis meses - g. Mas de seis meses - h. Sin lactancia exclusiva					a. 1 vez en el día - b. 2 veces en el día - c. 3 veces en el día - d. Mas de 3 veces en el día - e. No lo hace o utiliza							
#	101. ¿Se encuentra en embarazo? (S/N) (de 8 a 60 años)	102. ¿Se encuentra en el programa de crecimiento y desarrollo? (S/N)	103. Lactancia exclusiva (6 meses a 2 años)	104. ¿Peso al nacer (kg)?	105. ¿Talla al nacer (cm)?	106. ¿Peso actual (kg)?	107. ¿Talla actual (cm)?	108. Visual	109. Auditiva	110. Caries? 111. cálculos?	112. se cepilla los dientes (a partir de 1 año)	113. uso de seda dental (a partir de 2 años)
1												
2												
3												
4												
5												

ASPECTOS DE SALUD A NIVEL INDIVIDUAL - GRUPO POBLACIONAL DE 10 A MENOR DE 30 AÑOS																			
a. Coito interrumpido - b. Implante subdermico - c. Anticonceptivo de emergencia - d. Dispositivo intrauterino - e. Rítmo - f. Inyectable - pílora - g. Diafragma y espermiocida - h. Ligadura de trompas																			
a. Desconocimiento - b. No le parece importante - c. No tiene recursos - d. No sabe a dónde acudir - e. Las tres citologías anteriores han sido normales - i. Parches - j. Condón - k. Vasectomía - l. Foliclórico																			
a. Normal - b. Anormal - c. Anormal en tratamiento f. Descuido - g. Pudor y temor																			
C	#	153. Antecedentes algícos al desparasitante?	154. ¿Se desparasita en la visita?	155. ¿Realiza alguna actividad física? (S/N)	156. ¿La persona se realiza el auto examen de seno al menos una vez en el mes? (S/N)	157. ¿La persona se realiza el auto examen de testículos al menos una vez en el mes? (S/N)	158. ¿Usted ha iniciado su vida sexual activa? (S/N)	159. Se ha realizado la citología en el último año? (S/N)	160. Resultado citología.	161. Motivo para no realizarse la citología?	162. ¿En la actualidad se encuentra planificando? (S/N)	163. Método de planificación utilizado.	164. Activo en el programa de planificación familiar? (S/N)						
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
GRUPO POBLACIONAL DE 10 A MENOR DE 30 AÑOS							GRUPO POBLACIONAL DE 30 A MENOR DE 45 AÑOS												
b. Creencias religiosas y/o culturales - b. Poliolecciones sexuales ocasionales - c. Oposición de familiar o compañero (s) - d. Deja la responsabilidad a su pareja - e. Sin compañero (s) - f. Temor a doctor accidentado - g. No ha tomado la decisión - h. Gusto - i. Desconocimiento - j. Están o intentan - k. NA por la edad							a. Parto normal - b. Instrumentado - c. Cesárea												
a. Normal - b. Anormal - c. Anormal en tratamiento							a. Normal - b. Anormal - c. Anormal en tratamiento												
C	#	165. ¿Desea asistir a una sesión sobre planificación familiar? (S/N)	166. Motivo por el cual no planifica.	167. ¿Número de hijos nacidos vivos?	168. ¿Ha tenido hijos en el último trimestre? (S/N)	169. ¿Tipo de parto?	170. ¿El parto fue atendido en una institución de salud? (S/N)	C	#	171. ¿Se encuentra en embarazo? (S/N)	172. ¿Peso actual (Kgs)?	173. ¿Talla actual (Cm)?	Presión arterial			177. En la revisión visual, se identifica algún problema (S/N)			
1													174. Sistólica	175. Diastólica	176. Resultado				
2																			
3																			
4																			
5																			
ASPECTOS DE SALUD A NIVEL INDIVIDUAL - GRUPO POBLACIONAL DE 30 A MENOR DE 45 AÑOS																			
a. Total Bimaxilar - b. Monomaxilar superior - c. Monomaxilar inferior - d. Ninguna																			
a. 1 vez en el día - b. 2 veces en el día - c. 3 veces en el día - d. Mas de 3 veces en el día - e. No lo hace o utiliza																			
a. VIH - b. Hepatitis B - c. Hepatitis C - d. TBC - e. Tumor (Neoplasias) Pulmonar - f. Tumor (Neoplasias) Intestinal - g. Tumor (Neoplasias) Mama - h. Tumor (Neoplasias) Utero - i. Tumor (Neoplasias) Próstata - j. Trastorno de ansiedad - k. Diabetes Mellitus - l. Desnutrición - m. Obesidad - n. Trastornos mentales Fármaco dependencia - ñ. Trastornos mentales Depresión - o. Trastornos mentales Trastorno Afectivo Bipolar - p. Trastornos mentales Esquizofrenia - q. HTA - r. Enfermedad Insuficiencia del corazón - s. Enfermedad Cardiovascular - t. Insuficiencia cardiaca - u. Epoca - v. Arma - w. Artrosis - x. Osteoporosis - y. Fibromialgias - z. Insuficiencia renal crónica - aa. Glomerulonefritis - ab. Síndrome nefrotico - ac. Ninguna																			
C	#	178. En la revisión oclétrica, se identifica algún problema (S/N)	179. ¿Edentul o total? (S/N)	180. Tipo de prótesis?	181. ¿Estado de la prótesis? (S/N/NA)	En la revisión se observa (S/N)		¿Cuántas veces en el día?		182. Caries?	183. Cálculos?	184. se cepilla los dientes	185. utiliza la seda dental	186. ¿Ha asistido a consulta odontológica en los últimos 6 meses? (S/N)	Vacunación (S/N) (H de 0 a 14 años y M de 0 a 60 años)	187. ¿Tiene carné?	188. esquema completo	189. ¿Cuál(es) de las siguientes enfermedades crónicas le han sido diagnosticadas?	190. Enfermedades controladas (S/N)
1																			
2																			
3																			
4																			



# CAPÍTULO 3 SISTEMATIZACIÓN



## 1. PRESENTACIÓN

La sistematización de la estrategia Atención Primaria en Salud (APS) en el municipio, ha sido propuesta en el marco de la estrategia de la Red Metropolitana de Salud como una apuesta del Área Metropolitana del Valle de Aburrá en alianza con la Institución Universitaria ESUMER, el Municipio de Envigado y la E.S.E. Hospital Santa Gertrudis; cuyo propósito es constituir un ejercicio de gestión del conocimiento que posibilite reflexionar sobre la práctica de atención primaria y reconocer elementos de análisis significativos en pro del enriquecimiento de la estrategia..

En el caso del municipio de Envigado, la estrategia de APS, ha sido una apuesta institucional por avanzar en entornos más saludables de las familias del municipio, desde un enfoque de promoción y prevención, donde los aspectos de universalidad, transversalidad, intersectorialidad e integralidad, son principios centrales para la búsqueda del empoderamiento en asuntos de la salud por parte de los actores involucrados, y de esta manera lograr identificar sus propios riesgos y gestionar de manera permanente una mayor salud para sí mismos, su familia y otros sujetos que los rodean.

Para el desarrollo de este ejercicio, ha sido importante el trabajo realizado previamente por el municipio en el proceso de documentación; el cual ha permitido aportar a la construcción del modelo en escena; igualmente, ha contado con el aporte de actores importantes como las familias, las comunidades y el equipo técnico y administrativo.

La presente sistematización ha trabajado en tres vías: en un primer momento, en la construcción del modelo propuesto, el cual contiene las visiones y lineamientos de diferentes entidades, que en el área de la salud y en el modelo de APS, han brindado las herramientas, que ha retomado o no, el municipio de Sabaneta.

En un segundo momento, se construye el modelo propuesto y se genera el modelo en escena; insumos que permiten hacer un comparativo para destacar las brechas entre un ejercicio y el otro, entendidas éstas como aquellos elementos diferenciadores, ya sea faltantes o que suman a la construcción de las características específicas, sobre cómo se desarrolla la estrategia en el municipio; en un tercer momento, se presentan los hallazgos finales, los cuales dan cuenta de los elementos más significativos y hallazgos centrales, encontrados en la ejecución de la estrategia APS.

Se espera con este documento motivar la discusión, la reflexión y el análisis de la estrategia de APS en el municipio, la articulación y la integración de los diferentes actores involucrados en el proceso y la construcción de pilares para el mejoramiento de la estrategia en su conjunto.

## 2. METODOLOGÍA: SOBRE LA DOCUMENTACIÓN Y LA SISTEMATIZACIÓN

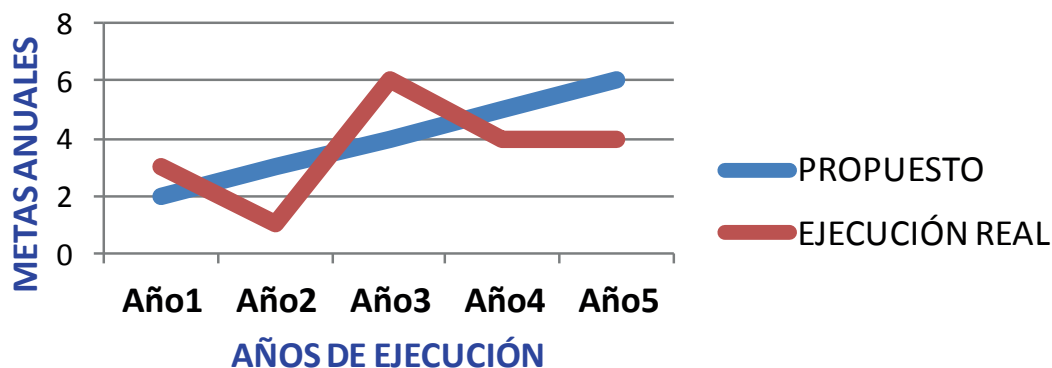
El desarrollo de una estrategia normalmente tiene dos miradas: la que se realiza a partir de los ideales del desarrollo de la estrategia, (la cual normalmente viene dada por las orientaciones de los actores e instituciones proponentes), y la otra mirada, desde los actores que la ejecutan, llevan a cabo y se benefician de la misma.

Estas dos miradas, normalmente, no se corresponden de manera paralela, existe una discontinuidad entre las mismas, en tanto la ejecución corresponde a un contexto que requiere adaptaciones, unos actores que normalmente se encuentran en conflicto y un grupo de instituciones con intereses, que se juegan por estos, en un proceso de implementación.

En la gráfica a continuación se ilustra la manera en cómo, normalmente, se desarrollan las dos visiones de una estrategia, en términos de las metas que se espera se cumplan en los años de ejecución de la misma; la línea azul, corresponde a la visión que tienen los planeadores y proponentes de la estrategia, la cual es de carácter lineal y creciente en la mayoría de los casos; y la línea roja, corresponde a la visión que tienen los actores ejecutores y beneficiarios de la estrategia, la cual corresponde a una visión cíclica y con crisis en años de ejecución del proceso.

Por lo anterior, es que en los últimos años se ha vuelto necesario documentar y sistematizar las experiencias sociales y las vivencias comunitarias con una clara necesidad de comprender lo acontecido y darle sentido al desarrollo de la experiencia; así mismo; en términos de generar a través del proceso de investigación, conocimiento colectivo y útil para la gestión del cambio requerido en un proceso.

Grafico N°1: Visiones de Desarrollo de la Estrategia



Fuente: Elaboración Propia

En un ejercicio por conocer los antecedentes de la sistematización en América Latina, Oscar Jara Holliday (2012) ubica los primeros ejercicios de sistematización en la década de 1970; en el interés de la región por construir una interpretación propia de sus procesos de cambio social y como posibilidad de construir teorías alternativas de las brindadas por los países desarrollados; es por tanto, en este contexto de profundos cambios sociales, políticos e ideológicos, que nace la sistematización como una posibilidad de reconceptualizar la realidad latinoamericana y dar claves hacia las necesidades de cambio.

Es en el contexto anterior, en donde se da inicio y primeros desarrollos de la práctica de sistematización, en gran parte articulada al desarrollo del profesional de trabajo social y al desarrollo de la educación popular, en la cual se hace un énfasis en dos premisas fundamentales: una primera, como posibilidad de superar la separación entre práctica y teoría y una segunda, como el cometido de recuperar la reflexión sobre la experiencia.

Desde miradas más recientes, hemos de entender la sistematización como:

Una modalidad de conocimiento de carácter colectivo sobre unas prácticas de intervención y acción social, que a partir del reconocimiento e interpretación crítica de los sentidos y lógicas que la constituyen, busca cualificarla y contribuir a la teorización del campo temático en el que se inscribe" (Torres, 1998 pág. 3).

En el marco de lo anterior, nos enfocaremos en la sistematización de la práctica social o más conocida en la metodología de la investigación como: la sistematización social de experiencias, en tanto la metodología facilita el proceso de construcción de conocimiento y dado su enfoque participativo, lo construye de manera colectiva con los actores involucrados en el proceso.

El centro de investigaciones de Esumer, ha desarrollado una serie de sistematizaciones sociales, empresariales y territoriales, por lo que ha constituido un modelo de sistematización de experiencias, el cual será retomado para la presente sistematización, en tanto permite de manera crítica, realizar un análisis de los momentos centrales del proyecto, como son:

- **Modelo propuesto:**

Precisión conceptual, con el objetivo de hallar elementos transversales en el análisis

- **Modelo en escena:**

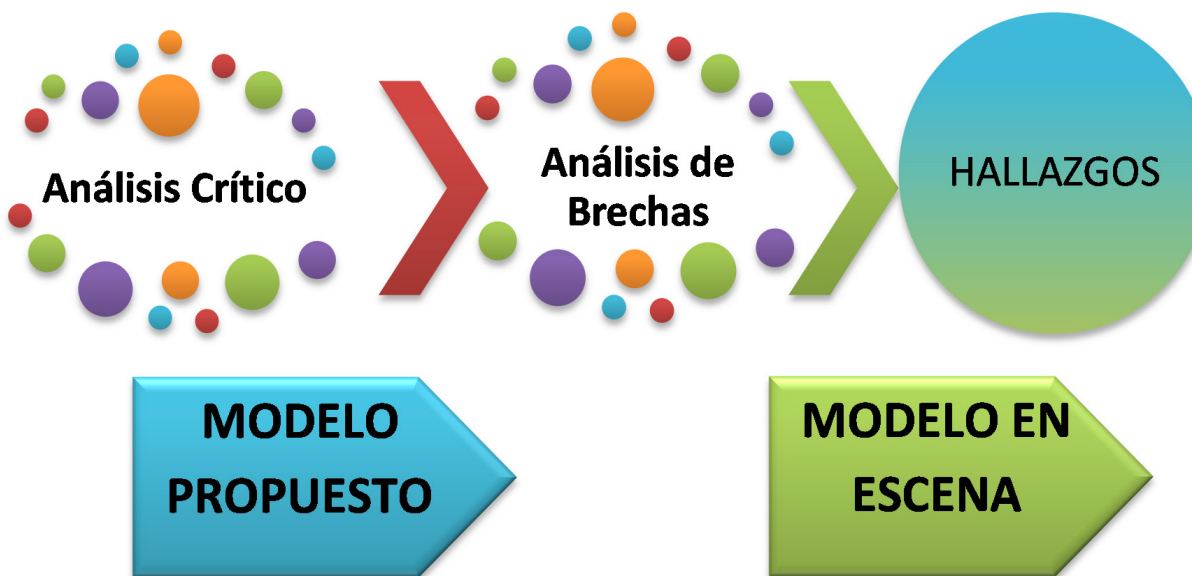
- Análisis crítico que permite contrastar la conceptualización con el contexto del programa
- Análisis de brechas desde lo conceptualizado o los propósitos del programa con los componentes y la ejecución dada en el proceso.

- **Modelo a proponer:**

Modelación a partir de las conveniencias, contingencias, aciertos, hallazgos, y aprendizajes de los dos modelos anteriores.

Sin embargo, y dado el alcance de la presente sistematización, se tomaron los dos primeros modelos: (propuesta y en escena), para hacer el ejercicio de sistematización, como se describe en el Figura 1, allí se muestra cómo se realizó un primer **Análisis Crítico de la Información** general, hallada en los lineamientos de la estrategia de APS; lo que permitió esbozar el **modelo propuesto**, a partir de esta información y realizar, igualmente, un análisis crítico de lo encontrado en la realidad, entendida ésta, como la mirada desde los actores ejecutores y la información encontrada de la experiencia; con lo anterior, se construyó el modelo en escena, a partir de allí, se realizó un **análisis de brechas** de lo encontrado entre un modelo y el otro, lo que permite dar cuenta, finalmente, de los principales hallazgos de la sistematización.

Figura 1: Modelo De Sistematización



Fuente: Elaboración propia

Es importante mencionar que la sistematización estuvo enriquecida, inicialmente, con el proceso de documentación del desarrollo de la estrategia, el cual es un ejercicio desarrollado por el equipo de trabajo del municipio; es por esto, que se hará una distinción entre el proceso de documentación y sistematización.

Para hacer la distinción entre sistematización y documentación, partamos por comprender qué definiciones se tienen de la documentación, desde diferentes autores o referentes:

Según la Real Academia de la Lengua Española, se entiende el proceso de documentación como:

*"1. Acción y efecto de documentar. 2. Documento o conjunto de documentos, preferentemente de carácter oficial, que sirven para la identificación personal o para documentar o acreditar algo"*  
Desde un enfoque investigativo, el IRC, define la documentación como:

*"...una herramienta que ayuda al personal y a los actores del proyecto a rastrear cuidadosamente eventos significativos en sus intervenciones. Permite la reflexión y el análisis de dichos eventos con la finalidad de entender mejor qué es lo que está sucediendo, cómo está sucediendo y por qué está sucediendo" (Ton Schouten, 2007)*

En el caso de la presente investigación, entenderemos la documentación de experiencias, como un ejercicio de recolección, consolidación y análisis de información pertinente; el cual pretende dar cuenta del desarrollo de la cotidianidad de un proyecto, programa, ejercicio o estrategia social; en la documentación, la información es ordenada, organizada y articulada de manera que permita dar cuenta de los elementos significativos de la experiencia y que contribuyan a la gestión de conocimiento institucional.

En el cuadro a continuación, se presentan las principales diferencias entre un ejercicio de documentación y sistematización:

**Cuadro N°1: Diferencias entre Sistematización y Documentación**

DOCUMENTACIÓN	SISTEMATIZACIÓN	DIFERENCIAS
La documentación da cuenta fiel del desarrollo de la experiencia	La documentación apoya la interpretación del desarrollo de la experiencia	La interpretación de la experiencia
Da cuenta del modelo en escena	Da cuenta del modelo propuesto, en escena y modelo a proponer	Incluye un ámbito más amplio de lo analizado
Los datos estadísticos son importantes	Los datos estadísticos son fundamentales	Los datos estadísticos
La visión de los diferentes actores es opcional, puede dar cuenta solo de una mirada institucional	La visión de los diferentes actores es necesaria para dar cuenta de las diferentes miradas	El papel de los actores

DOCUMENTACIÓN	SISTEMATIZACIÓN	DIFERENCIAS
Describe lo ejecutado, da cuenta de una parte del ciclo	Implica un proceso de retroalimentación entre lo planeado y lo ejecutado del ciclo de la experiencia	La retroalimentación del ciclo
Es un apoyo a la gestión colectiva del conocimiento	Se convierte en una herramienta de gestión colectiva de conocimiento	Gestión colectiva del conocimiento

**Fuente:** Elaboración propia

Es por lo anterior, que la presente sistematización pretende apoyarse en un primer momento del proceso de documentación; lo cual permita hacer el análisis y la interpretación de la experiencia, que se presentará de forma organizada alrededor de los propósitos de la APS.



## 3. OBJETIVOS

### 3.1. General:

Comprender la estrategia de la Atención Primaria en Salud Renovada (APSR) en el municipio de Envigado, a partir de la experiencia de los actores, poniendo en contraste el modelo propuesto y ejecutado, para brindar orientaciones que sirvan de insumo en la construcción de acciones para su fortalecimiento, en el Área Metropolitana.

### 3.2. Específicos:

- Identificar los elementos de ejecución de la APSR del municipio de Sabaneta, mediante un proceso de documentación de los procesos y estructuras de intervención
- Reconocer los aspectos centrales de la experiencia de los actores participantes de la ejecución de la APSR en cada municipio.
- Identificar los elementos que acercan y alejan el desarrollo de la APS en el municipios de Sabaneta, respecto a lo propuesto en la normatividad Internacional y Nacional.

## 4. MODELO PROPUESTO - ANALISIS CRÍTICO DE LOS COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA

Desde los lineamientos de orden Internacional y de las entidades directoras de la estrategia de Atención Primaria Salud, esta es normalmente entendida desde cuatro miradas: 1. Asistencia sanitaria esencial, 2. Conjunto de valores, principios y enfoques, 3. Mecanismo mediante el cual los países y las áreas proveen mejor salud a las poblaciones y las personas, 4. Estrategia para la organización y la gestión del sistema de salud. Para esta investigación, se asumirá la APS, como una estrategia en la que se integran estas miradas, se complementan y el conjunto de las mismas, son una descripción de lo que se ha pretendido desarrollar a nivel mundial.

A partir de este enunciado, entender APS como una estrategia, implica comprenderla como un “todo” y como “parte”; desde un todo la estrategia se concibe como un conjunto de procesos en pro de la gestión de un cambio social, no es simplemente una acción significativa o innovadora, la estrategia es entendida en el sentido de finalidad.

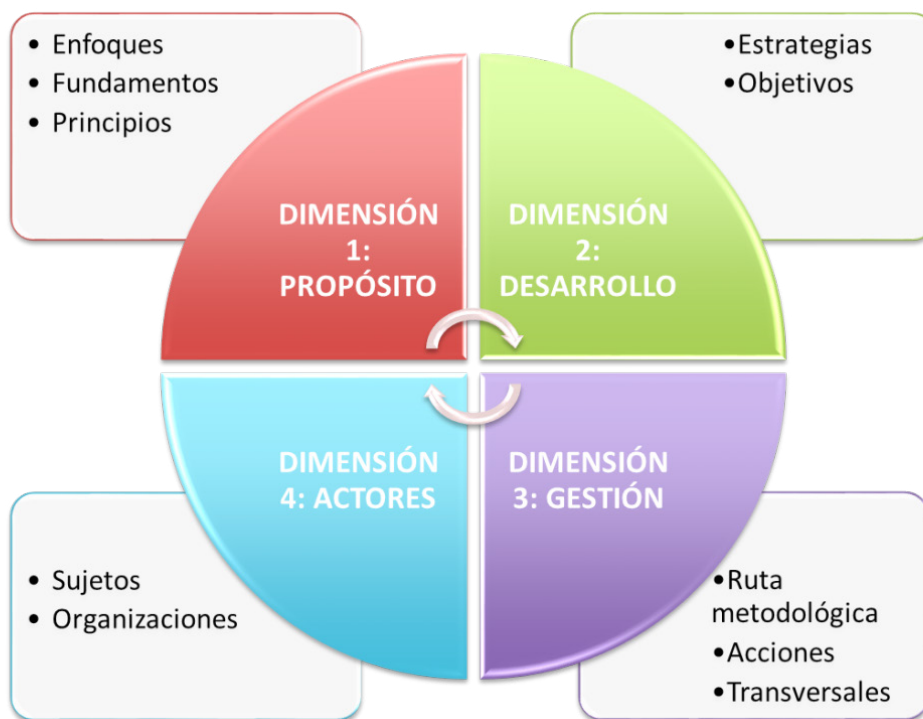
Comprender la APS como una parte, ha llevado a que la estrategia sea abordada desde cuatro dimensiones conceptuales, las cuales permitirán disgregarla (sin perder el fin de la misma), por lo cual, tienen un fin teórico y un fin práctico. Estas cuatro dimensiones, como se ilustra en la figura siguiente, son:

- Dimensión de Propósito
- Dimensión de Desarrollo
- Dimensión de Gestión
- Dimensión de Actores

Estas dimensiones y sus respectivas categorías parten de los referentes internacionales, nacionales y locales para la creación y desarrollo de la estrategia APS definidos por:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS); los cuales reorientaron la estrategia establecida APS hacia la APSR. En cuanto a los referentes nacionales, se tuvo en cuenta lo estipulado en la Ley 100 de 1993, al igual que el Decreto 3039 de 2007, por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 y la Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Finalmente, a nivel local, se tuvo en cuenta los lineamientos de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (SSSPSA).

**Figura 2: Estrategia de Atención Primaria En Salud- APS**



**Fuente:** Elaboración propia

Figura 3: Modelo Propuesto APS: Dimensiones, Categorías y Subcategorías



Fuente: Elaboración propia

**IPS:** Institución Prestadora de Salud.

**ESE:** Empresa Social del Estado.

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud.

**AMVA:** Área Metropolitana del Valle de Aburrá.

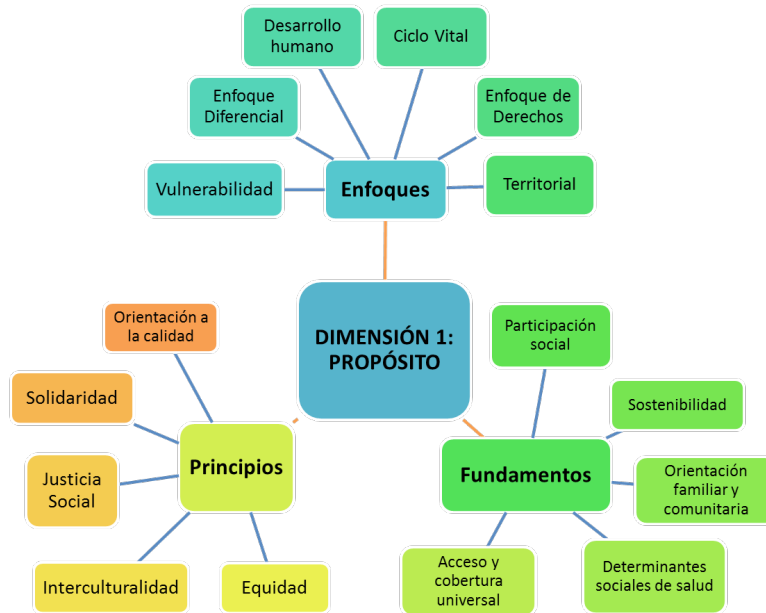
**MINSALUD:** Ministerio de Salud y Protección Social.

**SSSPSA:** Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

#### 4.1. DIMENSIÓN 1: PROPÓSITO

Es la razón de ser de la estrategia APSR y, como tal, el fin para el cual fue creada. Permite establecer la orientación misional y el alcance sobre el que se proyecta su implementación. En esta dimensión, se determinan los enfoques, principios y fundamentos bajo los cuales se desarrolla la estrategia y sobre los que se dará cuenta del impacto generado con su implementación.

Figura 4: Dimensión 1: Propósito



Fuente: Elaboración propia

#### 4.1.1. Enfoques

El análisis de la estrategia APS en los municipios del Valle de Aburrá, parte de un Enfoque de Desarrollo Humano, esta forma de ver el desarrollo se centra en ampliar las opciones que tienen las personas para llevar la vida que valoran; es decir, en aumentar el conjunto de cosas que las personas pueden ser y hacer en sus vidas. Así el desarrollo es mucho más que el crecimiento económico, este es solo un medio para expandir las opciones de la gente (PNUD, 2014).

Bajo este enfoque es importante garantizar el ambiente necesario para que las personas y los grupos humanos puedan desarrollar sus potencialidades y así llevar una vida creativa y productiva conforme con sus necesidades e intereses; donde a las personas se les potencia la capacidad que tienen de transformar su entorno, en aquello que ellas consideran necesario para alcanzar un mayor desarrollo; a partir de la garantía de sus derechos; así como, en ejercicio de sus deberes; lo cual implica que las personas son “agentes” y no “pacientes” de los procesos de desarrollo. Es decir, que el individuo no es considerado como un ente pasivo que recibe ayuda, sino como un motor de generación y cambio de desarrollo y justicia social.

Un segundo elemento del enfoque de la estrategia APS y que va en vía del desarrollo humano, es priorizar los recursos hacia aquellas comunidades donde existen Poblaciones Vulnerables, las cuales por sus condiciones, requieren mayores esfuerzos de las instancias y organizaciones públicas, privadas y sociales/comunitarias, para garantizar el acceso a sus derechos, particularmente el de la salud.

Así mismo, se plantea el Enfoque Diferencial, el cual posee un doble significado: es a la vez un método de análisis y una guía para la acción. En el primer caso, emplea una lectura de la realidad que pretende hacer visibles las formas de discriminación contra aquellos grupos o pobladores considerados diferentes, por una mayoría o por un grupo hegemónico. En el segundo caso, toma en cuenta dicho análisis para brindar adecuada atención y protección de los derechos de la población, (Naciones Unidas, 2014) garantizando el derecho a la salud, cuando las necesidades de la población así lo requieran.

No obstante, en la aplicación de la estrategia APS, también se tienen en cuenta otros dos elementos fundamentales, como son: el Ciclo Vital y el Enfoque Territorial.

El Ciclo Vital, permite atender a la población según el momento de vida en el cual se encuentre, dado que las necesidades de atención en salud para un niño, son diferentes a las de un adulto o un adulto mayor; por ello es importante tener en cuenta estas diferencias, al momento de atender los determinantes de salud de la población acorde a su ciclo.

Enfoque Territorial, convierte al territorio en un ente vivo, producto de las interacciones sociales, económicas, políticas y culturales; donde el desarrollo parte de un proceso endógeno, cuyos ejes centrales son la movilización del potencial de desarrollo del territorio y la capacidad de la comunidad de liderar los procesos; el fortalecimiento del capital social (organizaciones de base), es fundamental para el logro de los objetivos que se traza la estrategia APS

#### 4.1.2. Fundamentos

La participación social se concibe como eje transversal, fundamentado en nociones del Estado de Derecho, consagrado a partir de la Constitución Política de Colombia de 1991; donde la participación ciudadana y el derecho a la salud como derecho fundamental, son requisitos para lograr el desarrollo humano integral; es así, como las comunidades, las organizaciones sociales y otras formas de organización (públicas, privadas, mixtas y sociales/comunitarias de hecho y derecho), aportan en la identificación e intervención de la situación de salud, ya sea en procesos de planeación o en la promoción y consolidación de factores protectores de esta; y como menciona la OPS: "convierte a los individuos en socios activos en la toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, en la definición de las prioridades y en la garantía de la rendición de cuentas" (OPS, 2007).

La orientación familiar y comunitaria, como lo menciona la OPS:

Supone que un sistema de salud basado en la APS no descansa exclusivamente en una perspectiva individual o clínica. Por el contrario, emplea la perspectiva de la salud pública al hacer uso de la información familiar y comunitaria para identificar riesgos y decidir el orden de prioridad de las intervenciones. Se considera que la familia y la comunidad son los ejes principales de la planificación y la intervención del sistema (OPS, 2007).

El Acceso y la Cobertura Universal, involucran a la totalidad de los pobladores del municipio; implica facilitar la provisión de servicios de salud, cuando las necesidades de la población así lo requieran, sin importar sus condiciones de ciclo vital, estrato socioeconómico, lugar de residencia (urbano-rural), entre otros. Para lo cual, es fundamental abordar cuáles son los Determinantes Sociales de la Salud, donde ellos no sólo obedecen, únicamente, a aspectos relacionados con la salud, sino que también:

Son las circunstancias (y entornos) en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.” (OMS, 1978).

Así mismo, como la salud en Colombia es considerada un derecho fundamental, requiere que el sistema sea también Sostenible, para lo cual es indispensable una planificación estratégica que establezca los recursos: (materiales, humanos, financieros, de conocimiento, etc.), necesarios para llevar a cabo la estrategia; igualmente, que las acciones a realizar en el territorio, que permitan la maximización de los recursos junto con los beneficios en materia de salud obtenidos por esta inversión. Así mismo, la estrategia APS requiere del compromiso político de largo aliento, no sólo por parte de los gobernantes, sino también por parte del mismo Estado, que permitan el adecuado financiamiento de la estrategia en el mediano y largo plazo, para de esta forma, garantizar el derecho a la salud a la población.

### 4.1.3. Principios

La orientación a la calidad se convierte en un principio rector de la estrategia APS y su aplicación en el territorio; implica la utilización de métodos de mejora continua y gestión de la calidad en todos los niveles de aplicación de la estrategia; es así como: la planificación estratégica, la investigación operativa, la evaluación del desempeño, la eficiencia, la efectividad y la seguridad de las intervenciones preventivas y curativas, son necesarias para asignar los recursos de manera adecuada, fundamentales en todo el proceso, para responder a las necesidades actuales y futuras de la población en materia de salud.

Por otro lado, es importante como principio de la APS: la Interculturalidad; la cual permite reconocer la identidad y la autodeterminación de los pueblos con sus propios sistemas de salud; debido a sus consideraciones de carácter étnico, identidad sexual y de género, entre otros; para que de esta forma, pueda existir complementariedad entre la estrategia APS y dichos sistemas; lo anterior, implica elementos de igualdad y equidad entre los diferentes grupos poblacionales, que permiten el relacionamiento y convivencia armónica de todos los individuos en un territorio.

Esto supone que la estrategia APS está basada en el principio de: Equidad, el cual permite direccionar la estrategia a las personas y poblaciones más vulnerable, contribuyendo así al cierre de brechas de desigualdad existente en la región; especialmente, en el acceso a los factores de salud, siempre bajo esquemas de Justicia Social, que implica que las políticas públicas realizadas por los entes nacionales, departamental y local, se encuentren enfocadas a toda la población, especialmente, a los más vulnerables; mediante el diseño de políticas públicas concretas que permitan satisfacer las necesidades de las personas desfavorecidas; implicando la asignación de metas y recursos para cumplirlas, incorporando a la sociedad, para la planificación y el control del sistema de salud, que se traduzcan en acciones concretas, para la mejora en los determinantes sociales de la salud.

Por último, se proyecta una estrategia APS basada en el principio de Solidaridad, que implica el fomento de la partición comunitaria, donde todos los miembros de la sociedad trabajen por el derecho a la salud; ello hace que esta estrategia sea integradora en todos los estamentos, de manera intersectorial e interinstitucional; en ese sentido, la acción colectiva de la sociedad, genera sinergias positivas para la sostenibilidad del sistema y con ello, genera soluciones más eficientes y eficaces a las necesidades que enfrenta la población.

## 4.2. DIMENSIÓN 2: DESARROLLO

La dimensión Desarrollo está relacionada con los asuntos que refieren a las decisiones centrales de un proceso organizativo, por tanto, refiere a los elementos contenidos en los objetivos y las estrategias de desarrollo.

Según Tejada:

*Existen diferentes formas de establecer un modelo de gestión, lo genérico es que la definición del Plan de Desarrollo y su direccionamiento estratégico requiere para su operativización, de un modelo que permita desarrollar y medir día a día, la manera como se acumula, en función de la sostenibilidad y el desarrollo del territorio. Es la plataforma básica del territorio, la manera como esta se orienta y se relaciona con el medio externo, como también, la especificación interna de personas, acciones y recursos. El equilibrio requiere que las acciones materialicen la estrategia. Puede afirmarse que el Modelo de gestión, es la instrumentalización y detalle del plan de desarrollo local. (2011, 18).*

**Figura 5: Dimensión 2: Desarrollo**



**Fuente:** Elaboración propia

En esta dimensión, se establecen dos categorías centrales: objetivos, y estrategias/programas; las cuales contienen once (11) subcategorías, generando las pautas para la toma de decisiones centrales del proceso organizativo de la estrategia APS desarrollada en el territorio. A continuación, se hará referencia a cada una de estas categorías y las subcategorías que la componen.



### 4.2.1. Objetivos

La estrategia APS tiene como objetivo: dar respuestas a las necesidades de salud de la población, lo cual implica que los sistemas de salud, deben desarrollarse de tal manera que puedan atender de forma integral a la población, tanto desde lo "objetivo" (que se encuentra establecido por expertos y la normatividad dada dentro del mismo sistema, entre otros aspectos que lo definen); como desde lo "subjetivo", es decir, dado por el sujeto, ya sea de forma individual o colectiva (la comunidad), quienes demandan las actuaciones o necesidades puntuales de la población. En tal sentido, la estrategia APS debe ser estructurada de forma que permita la atención de tales necesidades, de manera integral, para lo que debe basarse en los diagnósticos poblacionales del territorio, como insumo del diseño y la ejecución de la estrategia, teniendo en cuenta los factores diferenciadores en cada individuo, familia y comunidad donde se desarrolle la estrategia.

Así mismo, se establece el Énfasis en Promoción y Prevención, lo que es visto más allá de las actividades clínicas, esto es, el empoderamiento del individuo y la comunidad, para hacerse cargo de su propia salud; es decir, que las personas también sean parte de la estrategia APS activamente, donde ellos posean las herramientas necesarias para afectar de forma positiva los determinantes de la salud.

### 4.2.2. Estrategias/Programas

Lo anterior implica la educación para la salud, dado que juega un papel preponderante en el accionar de la estrategia; ello conlleva una actuación más global, que tenga en cuenta otros escenarios como: el trabajo, la escuela y la comunidad, que sea sensibilizada y capacitada en los temas asociados al mantenimiento de la salud, igualmente implican un trabajo mancomunado para mejorar las condiciones en diferentes ámbitos, como: el laboral, ambiental y socioeconómico.

Pero además, requiere "Compromiso Político" de todos los actores que hacen parte del sistema, como un acuerdo de voluntades entre los sujetos e instituciones, dado que no sólo les garantiza los recursos físicos y financieros para su puesta en marcha, sino además, el acuerdo de voluntades de parte de los entes territoriales en pro de la estrategia; permitiendo una Atención Integral e Integrada, que conlleva a que el paquete de servicios disponibles, debe ser el adecuado para atender las necesidades de salud de las personas en el territorio; derivando que la estrategia APS debe contemplar varias actividades como: programas P y P, autocuidado, saneamiento básico, políticas públicas en salud, planeación, entre otros. Como señala la OMS/OPS: "*La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la prevención, la atención primaria, secundaria, terciaria y paliativa*" (OMS/OPS, 2007: 26).

Lo anterior exige del sistema una coordinación entre los actores que llevan a cabo la estrategia: (públicos, privados y comunitarios).

La atención integrada requiere el desarrollo de redes de servicios y de proveedores, sistemas de información y gestión apropiado, incentivo, políticas y procedimientos, así como la capacitación de los proveedores de salud, personal de apoyo y de los administradores (OMS/OPS, 2007:26).

La estrategia APS requiere también de prácticas de Organización y Gestión Óptimas, que permitan la innovación para mejorar constantemente la provisión de atención de forma que sea segura, cumpla las normas de calidad, ofrezca lugares de trabajo satisfactorios para los trabajadores de la salud y dé respuesta a las necesidades de los ciudadanos. Las buenas prácticas de gestión incluyen entre otras: la planificación estratégica, la investigación operativa y la evaluación del desempeño. (OPS, 2007).

Este proceso se lleva a cabo, de manera más eficiente y eficaz, mediante la realización de alianzas institucionales, de orden público (entre las mismas entidades que componen los gobiernos locales y regionales), privado y comunitario; aprovechando de esta forma las capacidades y fortalezas individuales de las instituciones, para ponerlas al servicio de la estrategia APS, dado que es el espacio lógico y apropiado para la colaboración, la inversión y la acción en pro del bienestar de la población.

La estrategia requiere de Acciones Intersectoriales, entendidas como las acciones emprendidas para abordar los principales determinantes de la salud:

Creando sinergias entre el sector de la salud y otros sectores y actores, como las escuelas, los lugares de trabajo, los programas de desarrollo económico y urbano, la mercadotecnia y el desarrollo agrarios, y la provisión de agua y saneamiento, entre otros. (OPS/OMS, 2007:28).

Es así como la atención en salud, no es sólo cuestión de los profesionales del área de la salud; sino de un equipo Interdisciplinario, quien atiende los factores de riesgo asociados directamente a la salud, además de otros componentes, como por ejemplo: la planeación y el desarrollo, lo educativo, la cultura, la recreación, etc.; es decir, acciones conjuntas en pro del logro de mejores niveles de salud en el territorio.

Para la materialización de un proceso con estos atributos, se necesita del Trabajo en Red de todos los actores que se encuentran dentro y fuera del sistema de salud; lo cual reduce los problemas de fragmentación existentes dentro de este sistema, asociados principalmente, a mayores costos económicos y sociales, poca eficiencia y efectividad del sistema de salud, la duplicidad de esfuerzos y con ello, el desperdicio de recursos humanos, financieros y tecnológicos, entre otros; que restringen la efectividad de la aplicación de la estrategia APS.

En este mismo marco, la Comunicación para el Desarrollo como un eje vertebral, permite no sólo un mejor diálogo entre los diversos actores, (que realizan o son beneficiarios de la aplicación de la ella); sino además, la misma construcción y puesta en marcha de la estrategia APS, pues permite identificar cuáles son las necesidades reales en salud de la población, así como, todo el proceso de evaluación y control de la misma. Igualmente, una adecuada estrategia de comunicación, facilita el trabajo en equipo, la constitución de redes de los diferentes servicios que componen el sistema de salud, entre otros beneficios.

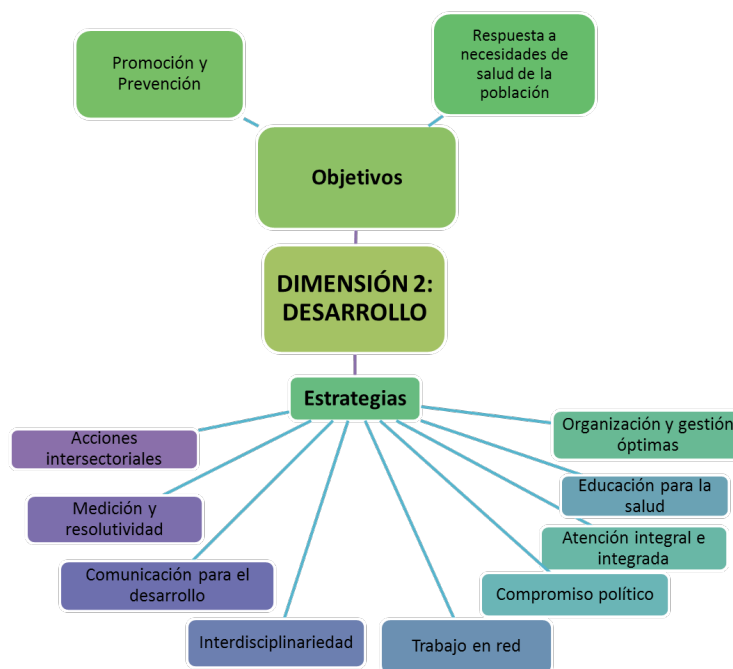
La Medición y Resolutividad de la estrategia APS, son fundamentales como mecanismo de planeación de la estrategia, pues va más allá de las cifras y datos de personal atendido, dando cuenta de lo efectiva y eficaz que es la aplicación de la estrategia en el territorio.

### 4.3. DIMENSIÓN 3: GESTIÓN

La dimensión de gestión, se refiere a la aplicación de la estrategia en el territorio; es decir, se opera lo planificado para lo que se define la ruta metodológica, las acciones y los componentes o elementos transversales. Además de la ejecución de la estrategia, este proceso implica una revisión consciente y continúa de la puesta en marcha de ésta, verificando el cumplimiento de los objetivos planteados.

Es importante tener en cuenta que si bien esta dimensión plantea el paso a paso a seguir, existen en la ejecución de la estrategia, problemáticas y circunstancias coyunturales que requieren ajustes; dado que se pueden dar en la ruta metodológica o en las acciones, que pueden convertirse en cambios circunstanciales o permanentes en la aplicación de la estrategia, por parte de los encargados de llevarla a cabo, sean del orden directivo u operativo.

Figura 6: Dimensión 3: Gestión



Fuente: Elaboración propia

#### 4.3.1. Ruta Metodológica

La Ruta Metodológica da cuenta del camino común recomendado por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y la SSSPSA, encontrando como primer momento: **el Aprestamiento**, entendido este como los momentos iniciales a la ejecución de la propuesta y que implica realizar un proceso de análisis de los recursos que se tienen en el territorio para llevarla a cabo y la voluntad política o institucional

por parte de las autoridades presentes en el territorio; además, implica la concertación con los actores e instituciones claves presentes en el municipio a favor de disponer los recursos, tanto financieros, físicos, humanos y comunicacionales, para la ejecución de la propuesta.

Luego de ello, se encuentra el momento: **Diagnóstico**, el cual refiere el reconocimiento en el municipio de los factores que directa e indirectamente, están relacionados con las condiciones de salud, así como de los asuntos potenciadores de la salud. De igual forma, da cuenta del conocimiento familiar, a través de herramientas como: la historia familiar, la información estadística que tienen las entidades a través de sus programas, los proyectos y/o servicios, etc.

Seguidamente, se da un momento denominado: **Priorización de las Necesidades**, en el cual la estrategia debe dar cuenta de la selección de las áreas de cobertura, esto es, si se enfatiza en territorios rurales y/o urbanos; así mismo, se selecciona la totalidad de las familias o se priorizaran de acuerdo a diferentes criterios preestablecidos. La priorización de las necesidades, igualmente, da cuenta de la forma en que se incluirán las familias y/o hogares, los ámbitos o entornos de trabajo y la forma en cómo se ejecutará la estrategia.

Con relación al momento denominado: **Generación de Acuerdos**, se tiene que este corresponde a la validación de la información con familias, comunidades y actores organizacionales y políticos, donde se procede a ratificar las apuestas de la estrategia de acuerdo al diagnóstico realizado y la priorización de necesidades. Este momento, sirve como un proceso comunicativo y así mismo, de corrección de los asuntos definidos previamente, siendo un momento de articulación con los espacios de participación local, presentes en cada municipio.

En el momento: **Acercamiento de las Ofertas de Protección y Salud**, se han logrado acuerdos con los actores y entidades del territorio, se inicia una etapa de gestión de lo previamente planeado; en esta etapa de gestión, es importante resaltar el trabajo que realiza el equipo de APS, el cual tiene bajo su responsabilidad, la atención bajo los lineamientos y acuerdos previamente establecidos, en lo que refiere a la oferta de protección y salud; en los documentos presentados, se define como uno de los momentos fundamentales, el poder llevar a las familias, comunidades, ciudadanos y otros entornos de trabajo, los diferentes programas, proyectos y servicios, definidos para mejorar los condicionantes de salud y los sociales, tanto los prestados por el equipo base de APS, (normalmente articulados a las ESE e IPS); como a los prestados en el territorio por el ente municipal, departamental y nacional, en lo que se refiere a lo público; así como entidades privadas o del tercer sector, que coadyuven al mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes.

**La Demanda Inducida**, se presenta como otro momento de la ruta metodológica; en tanto ésta requiere que las familias se articulen a otras rutas establecidas por el sistema de salud, presentes en el territorio, y no sólo sea a través de la visita, y en términos de jornadas especiales; sino que las comunidades, familias y sus integrantes, puedan llegar a las rutas establecidas, por el sistema de salud y otros sistemas de apoyo.

**La prestación de los servicios**, corresponde concretamente, a los servicios de salud o sociales, prestados por los equipos en campo, que llevan a la resolutivez de una necesidad o problemática encontrada

en el territorio. Estos últimos tres momentos reseñados, se desarrollan a través de diferentes acciones estratégicas, como pueden ser: visitas familiares, brigadas de salud, encuentros formativos, visitas a lugares de estudio o trabajo entre otros.

Finalmente, se encuentra en el marco de la ruta metodológica, **la evaluación**; la cual, debe servir para la retroalimentación del ciclo completo de gestión. Esta evaluación, según es definida por los diferentes lineamientos, debe dar cuenta de la ejecución de la estrategia, desde los actores que participan en ella, tanto de los sujetos del acompañamiento, como de los operadores de la misma.

### 4.3.2. Acciones

Las acciones que desarrolla la estrategia APS, están en gran medida determinadas por el alcance de los Objetivos del Milenio, así como por los organismos supranacionales y nacionales competentes en materia de salud, como son: la OMS, OPS, Ministerio de Salud, SSSPSA y los mismos municipios. Estas acciones son las siguientes:

- **Educación y Prevención en Salud:** consiste en dar al individuo y las comunidades, las capacidades necesarias para su autocuidado.
- **Alimentación y Nutrición Adecuada:** permiten al individuo, el desarrollo apropiado de sus actividades físicas y mentales diarias, para un adecuado estado de salud, así como una alimentación y nutrición correcta, que redundará en la disminución de los factores de riesgo en salud.
- **Agua Potable y Saneamiento Básico:** es uno de los factores clave para la prevención y protección de la salud, en razón que evita la aparición de enfermedades endémicas, como: la diarrea y el paludismo, procurando la conservación de la salud pública en el territorio.
- **Asistencia Materno-Infantil:** como expresión máxima de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, aún constituye un grave tema de salud pública; la cual a través de intervenciones apropiadas y eficaces, en torno a una maternidad sin riesgo y nacimientos seguros, puede no sólo reducir la mortalidad y morbilidad, sino que se contribuye en la mejor condición de salud, calidad de vida y equidad.
- **Planificación Familiar:** entendida esta como el proceso de planeación de la familia, que permite a todos los miembros, tener las condiciones sociales, psicológicas y económicas, para asumir una paternidad y maternidad responsable.
- **Inmunización de las Principales Enfermedades Infecciosas:** la aplicación del 100% de la población en el esquema de vacunación, permite no sólo resguardar la salud del individuo de aquellas enfermedades prevenibles, sino también, la conservación de la salud pública a nivel familiar y comunitario.
- **Prevención y Lucha: Enfermedades Endémicas Locales:** las enfermedades endémicas, son aquellas enfermedades infecciosas que afectan, de forma permanente o en determinados períodos, una región, y que persiste durante un tiempo determinado, afectando un número importante de personas.

- **Tratamiento Apropriado:** el proporcionar un tratamiento adecuado, no sólo garantiza la mejora a las necesidades de salud del individuo y la comunidad; sino además, la óptima utilización de los recursos del sistema de salud. Este debe ser enfocado al cuidado de la enfermedad, pero muy especialmente, a la realización de otras acciones de promoción y prevención en salud, realizando intervenciones acorde a las necesidades de la población.

- **Suministro de Medicamentos Esenciales:** se refiere a la entrega efectiva de los medicamentos, en el momento oportuno, para el tratamiento de la enfermedad; así como, a que sean de calidad y adecuados para ello.

### 4.3.3. Transversales

Los transversales son aquellos elementos del modelo que sirven de apoyo a la gestión de la estrategia, la presencia de estos ayuda a que la realización de la misma, se dé acorde a las necesidades de los entornos y la población; así mismo, a que la ejecución de la estrategia, sea más eficiente y efectiva.

Uno de los elementos transversales es: Normas, Guías y Procesos; las cuales ayudan a realizar una gestión acorde a la planeación realizada y bajo los lineamientos y directrices definidas previamente. En ellas, se intentan estandarizar los procesos definidos como esenciales, en la aplicación de la estrategia APS en el territorio.

Un segundo elemento es: la Gestión de la Información, el cual constituye un apoyo para la toma de decisiones y la definición de nuevas acciones, de acuerdo a lo diagnosticado y a las necesidades encontradas en el territorio. Una adecuada gestión de la información, implica un manejo sistémico de ésta, teniendo que adecuados sistemas de información y una comunicación asertiva de los datos obtenidos, sirven de insumo para la gestión del conocimiento, en el marco de la ejecución de la APS.

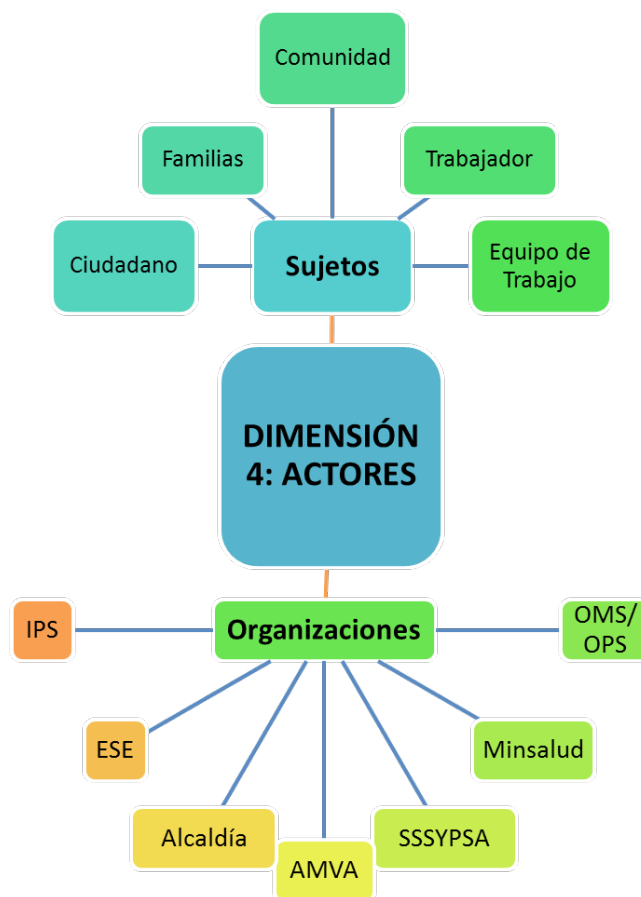
## 4.4. DIMENSIÓN 4: ACTORES

Los actores se pueden clasificar en: Sujetos e Instituciones; donde los sujetos son partícipes “activos o pasivos” de la estrategia, ya sea como ejecutores de la misma, beneficiarios o intermediarios. Aquí cada uno de ellos, posee diversas expectativas, que generan lazos entre conceptos, actores sociales, discursos y prácticas alrededor de esta, pero también, “rompimiento” de esos mismos aspectos.

Cabe señalar que los sujetos no son actores aislados, sino que están articulados a una institucionalidad como: la familia, escuela o la comunidad, que desde su postura política, socioeconómica y cultural, posibilitan el mayor o menor éxito de la estrategia.

Así mismo, la existencia de entidades de carácter público, privadas y mixtas, que son las encargadas de la planificación y ejecución de la estrategia, hacen que se contrapongan sus propios intereses, por el beneficio de la misma (lo ideal). Sin embargo, la lucha por “el poder”, hace que el proceso de negociación sea constante, para viabilizar las acciones a seguir, en pro del cumplimiento de los objetivos trazados.

Figura 7: Dimensión 4: Actores



Fuente: Elaboración propia

**IPS:** Institución Prestadora de Salud.

**ESE:** Empresa Social del Estado.

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud.

**AMVA:** Área Metropolitana del Valle de Aburrá.

**MINSALUD:** Ministerio de Salud y Protección Social.

**SSSPSA:** Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

#### 4.4.1. Sujetos

En la categoría: Sujetos, se agrupan dos tipos; en primer lugar se encuentran los beneficiarios de la estrategia APS, que tienen un papel activo en ella, pues son los que informan cuáles son sus principales problemáticas en salud, siendo facilitadores en la aplicación de ésta, dado que transmiten los conocimientos y multiplican las acciones que realiza la estrategia, participando en los procesos de negociación, para que esta sea desarrollada en su territorio, en razón que son ellos quienes conocen los diversos actores y organizaciones que interactúan en él. Particularmente, se reconocen cuatro tipos de sujeto a quien va dirigida la estrategia APS:

- **Ciudadano:** todas las personas sujetas a derecho, pero también a deberes; partícipes activos de la apuesta de la estrategia, y quienes deben ejercer mayor control sobre su propia salud, siendo esenciales para abordar la raíz de los determinantes sociales de la salud.
- **Familia:** como núcleo central de la sociedad, es esencial para la identificación de los riesgos y la planificación y la intervención del sistema, dado que ellos tienen la capacidad de transmitir los conocimientos y realizar las acciones concretas para transformar sus estilos de vida, en pro de mejores niveles de salud.
- **Comunidad:** es la llamada a convertirse en socia activa en la determinación de prioridades, la gestión, la evaluación y la regulación del sector de la salud.
- **Trabajador:** aquella persona que realiza cualquier actividad económica, sea en las áreas formales o informales de la economía, para de esta forma, derivar su sustento y el de su familia.

De otro lado, se tiene a las personas que realizan el proceso de intervención (aplican la estrategia) en el territorio y son los denominados: Equipos de Trabajo; conformados por un equipo multidisciplinario, acorde a las necesidades del territorio donde se llevará a cabo la estrategia.

#### 4.4.2. Organizaciones

Para definir las organizaciones representativas del proceso de APS, se indagó por aquellas que generaban influencia en las orientaciones del Modelo, tanto en el nivel Internacional, Nacional, Departamental y Subregional; de esta manera, se encontró que alguna de ellas daban orientaciones de propósito, otras de orden metodológico y finalmente, otras en términos de acciones operativas, metas e indicadores.

Inicialmente, se debe nombrar en el orden internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS), entidad de orden internacional adscrita a la Organización de Naciones Unidas (ONU); organización que nació en el año de 1948 y se responsabiliza de: “El Liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política, basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales”

Es la OMS la que en el año de 1978 hace la declaración de la APS en Alma-Ata; busca promover la Salud Pública y declarar la salud, como un objetivo social sumamente importante; declaración que



al día de hoy, sigue teniendo vigencia en términos de que 35 años después, de haber sucedido la declaración, muchos de los propósitos siguen sin cumplirse, aunque han habido avances parciales en algunos temas.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), funciona como oficina regional para los países de América de la OMS; sin embargo, su creación es anterior a esta; la OPS fue creada en 1902, esta organización tiene como misión: "Liderar esfuerzos colaborativos estratégicos entre los Estados Miembros y otros aliados, para promover la equidad en salud, combatir la enfermedad, y mejorar la calidad y prolongar la duración de la vida de los pueblos de las Américas"

Igualmente, esta entidad de orden internacional, es uno de los referentes institucionales más importantes de la APS para Colombia, esta entidad ha promovido procesos de formación importantes a autoridades y personal de la salud, en los temas referidos a la APS, de manera física, pero sobre todo, de manera virtual.

Uno de los aportes más significativos que ha tenido la OPS con la estrategia de APS, es su postura clara, frente a la necesidad de renovar la estrategia de APS en el Mundo; en general, por los nuevos desafíos y cambios que ha tenido el mundo desde la declaración de 1978 a estos días, sobresale de esta manera, la Declaración Regional-en Montevideo- sobre las Nuevas Orientaciones de la Atención Primaria de Salud del año 2005.

En Colombia, la autoridad Nacional en los temas de Salud, es el Ministerio de Salud y Protección Social, con funciones específicas en los temas de Política Pública en materia de Salud, Salud Pública, y Promoción Social en Salud, bajo el Decreto 4107 de 2011. Esta entidad que ha sufrido varias transformaciones en los últimos años, debido a la unión del Ministerio del Trabajo y luego, separación del mismo, es hoy quien se responsabiliza de todos los temas de Salud Pública de interés nacional.

En relación a APS en Colombia, la normatividad vigente ha venido configurando una serie de disposiciones que ha llevado a un terreno propicio para el desarrollo de esta estrategia; sin embargo, podemos nombrar como una de las más significativas, la ley 1438 de 2011; por medio de la cual, se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, donde se destaca el título 2 de esta ley en los temas relacionados con Salud Pública, Promoción y Prevención y APS.

Así mismo, a nivel nacional, se contempla también el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, cuyos objetivos son: alcanzar mayor equidad en salud, mejorar las condiciones de vida y salud de la población y cero tolerancia con la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad evitables, en la cual la estrategia APS, juega un papel determinante, como una de las estrategias para el alcance de dichos objetivos.

Debido a esto, el Ministerio es el garante de la ejecución de la normatividad nacional y por tanto, un actor fundamental en las disposiciones y orientaciones que tiene la estrategia de APS en el territorio Nacional.

En el Nivel Departamental, se tiene como un actor central: la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (SSSPSA); entidad adscrita a la Gobernación de Antioquia, creada en el 2008 por el Decreto Departamental 2575; entidad que se encarga de definir las metas e indicadores departamentales

en los asuntos relacionados con la Salud de los antioqueños, esta entidad en la actualidad y como orientación del Plan de Desarrollo: “Antioquia la Más Educada” 2012 – 2015; tiene dentro de la línea Estratégica 4: Inclusión Social, cinco (5) componentes; en donde el primero se denomina Condiciones Básicas de Bienestar, el cual refiere a la salud como uno de los elementos más importantes en el desarrollo de la población, de esta manera, este componente desarrolla tres programas, siendo el primero: “Antioquia Sana”, programa que tiene como marco de referencia todo lo relacionado con la APSR.

En un marco más local, se encuentran tres actores clave: Alcaldías, Empresas Sociales de Estado ESE y las IPS; estos son quienes, finalmente, ejecutan la estrategia en territorio. Así, las Alcaldías y sus dependencias, encargadas del tema de Salud, juegan un papel importante, ya que son las que tienen bajo su responsabilidad, la ejecución del Plan de Desarrollo Municipal, siendo que para los municipios del Valle de Aburrá, el tema de salud, es parte constitutiva y fundamental del desarrollo de los componentes sociales y mejoramiento de las condiciones de vida.

Por su parte, la ESE: “constituyen una categoría especial de entidad pública, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas o reorganizadas por ley o por las Asambleas Departamentales o Concejos Municipales” (Decreto 1876 de 1994).

En la ESE, los equipos de promotores responsables del acompañamiento familiar, son los ejecutores de la estrategia en términos del manejo de la información, desarrollo de las actividades y seguimiento de las mismas.

## 5. ANÁLISIS DEL MUNICIPIO

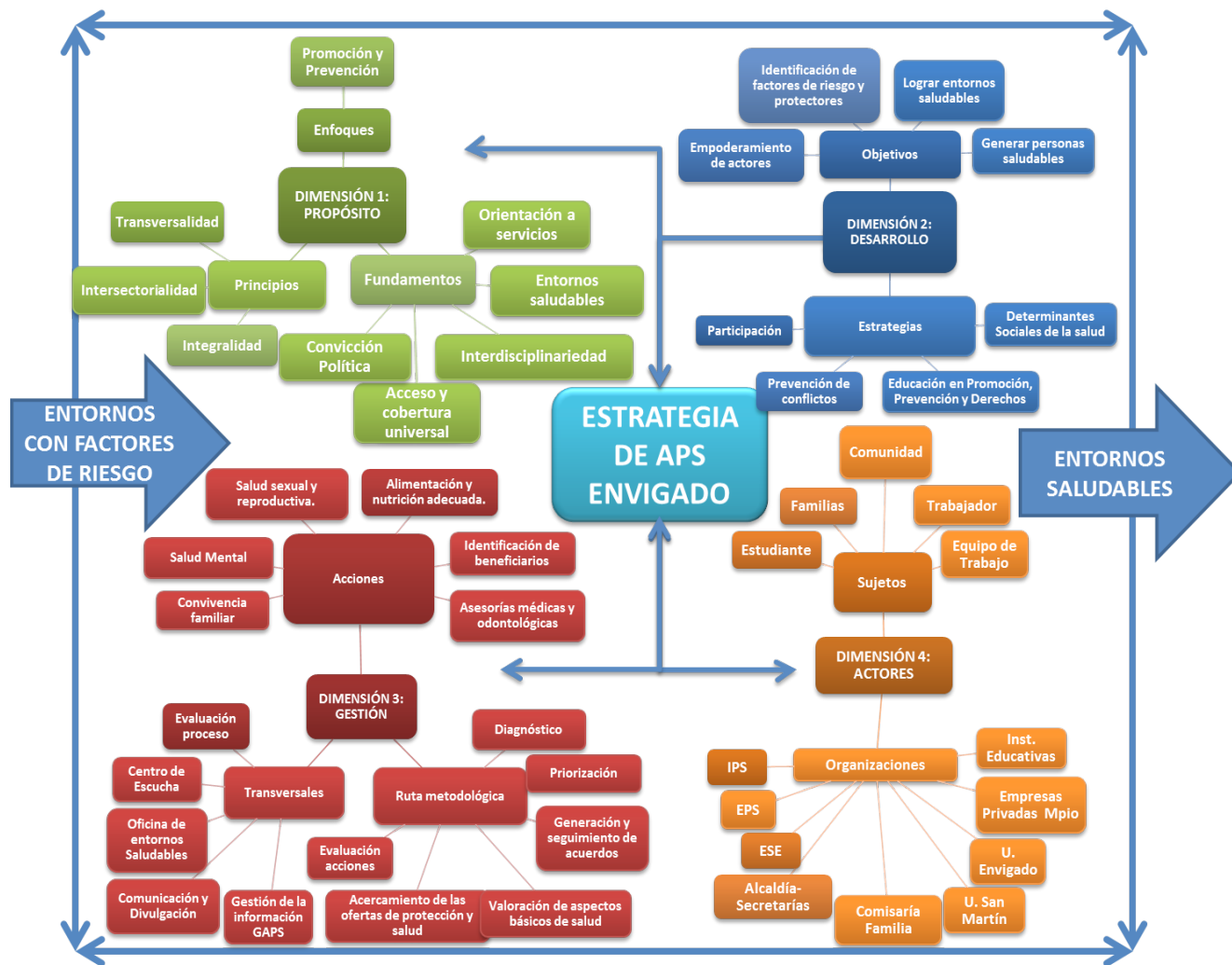
En el municipio de Envigado; ubicado en el sur del Área Metropolitana, en límites con el municipio de Medellín, la Atención Primaria en Salud APS presenta antecedentes desde el año 2005, a través de un programa denominado “un municipio saludable por la paz”, donde se trabajaba “Familia saludable”; con lo cual se entiende que la estrategia se ha venido desarrollando durante 10 años consecutivos, lo que ha permitido su reconocimiento en la comunidad. Este proceso siempre ha contado con un equipo interdisciplinario el cual viene siendo contratado por medio de la E.S.E. Santa Gertrudis desde el año 2010.

En particular Familia Saludable fue el programa bandera, aunque desde los inicios también se hicieron barrio y escuela saludable; que se fundamentaba en cuatro proyectos esenciales, con la filosofía de conseguir entornos saludables: familia saludable (que incluye el individuo), la escuela saludable, el barrio saludable y la empresa saludable. Se tenía la claridad que era necesario tener en cuenta todos los entornos en los que se desarrollan las personas, para poder contribuir a que sean saludables, toda vez que si sólo se enfoca un entorno, se dejan de lado esos factores externos que intervienen en las condiciones de vida de la población.

Desde su inicio, se han venido cualificando las acciones y ampliando la cobertura de atención; consolidando un modelo de implementación que hoy es la carta de navegación de la municipalidad en esta materia, identificado en el presente documento a partir de cuatro dimensiones: Propósito, Desarrollo, Acciones y Sujetos.

## 5.1. DESCRIPCIÓN MODELO EN ESCENA DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO

Figura 8: Modelo en escena del municipio de envigado

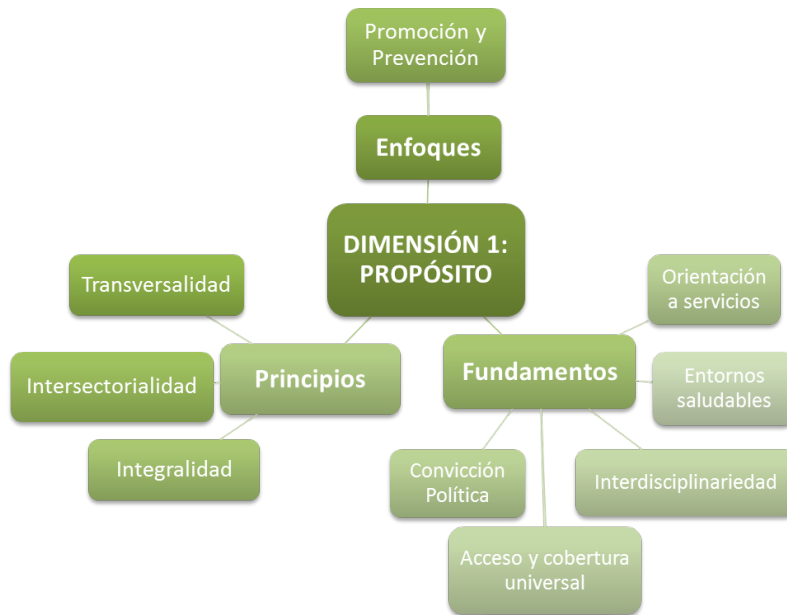


Fuente: Elaboración propia

### 5.1.1. Dimensión de Propósito

La Atención Primaria en Salud APS en el municipio de Envigado, es concebida como un proceso de acompañamiento e intervención en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que procura la articulación de diferentes sectores que van en busca de tener un individuo saludable, empoderándolo de su propia salud y permitiéndole acceder de una manera cercana a los servicios que se ofrecen en sus entornos; rescatando la intersectorialidad; de manera que no le corresponda solamente al sector salud, sino a los diferentes sectores que contribuyen a la generación de condiciones que impactan la vida de las personas, favoreciendo ambientes de bienestar.

Figura 9: Dimensión 1 - Propósito



Fuente: Elaboración propia

La APS es una estrategia que pretende involucrar todas las actividades para mejorar la calidad de vida, a través de un estilo de vida saludable, no sólo del individuo sino de la familia entera; que involucra los diferentes entornos en los que viven, previniendo los aspectos relacionados con morbilidad y mortalidad de las comunidades. Se trata de una estrategia que involucra a la población desde su vivienda, con los recursos que se tienen disponibles y desde los conocimientos básicos que se tienen y puedan fortalecer para determinar cómo se puede aportar a la salud propia y a la salud de los que están alrededor: familia, colegio, barrio, comunidad.

#### 5.1.1.1. Enfoques

En el trabajo por lograr esta transformación, en la primera dimensión del modelo, denominada "Propósito" que contiene los enfoques, principios y fundamentos; se encuentra que en Envigado se orienta la estrategia a partir de un enfoque, correspondiente a la **promoción de salud y la prevención de la enfermedad**. Se entiende la APS como una estrategia que debe lograr en las personas, en cada uno de sus entornos, empoderamiento frente a su responsabilidad, en el cuidado de la salud; para lo cual se les presenta información asociada a la oferta de salud de las instituciones del municipio, que tienen la particularidad de estar cercanas a la población; lo cual facilita su acceso. Además de ello se realizan actividades educativas en salud, donde se entrega a las personas y sus familias contenidos asociados a las prácticas saludables, para que sean puesta en marcha con los recursos inmediatos disponibles; procurando, bajo este enfoque, ir reduciendo paulatinamente la atención en los hogares y las comunidades, es decir, bajo este enfoque se busca el acercamiento de las personas a las instituciones prestadoras de servicios de salud del municipio.

En síntesis, la estrategia APS tiene una prioridad para impactar los determinantes sociales de salud, definidos como: aspectos de la vivienda, aspectos económicos y aspectos educativos, en donde la promoción y prevención en la persona sana se busca más que intervención asistencial y/o clínica al enfermo; por lo que se procura potenciar los factores protectores.

### 5.1.1.2. Principios Generales

Correspondientemente, los principios generales que dan cuerpo a estos enfoques de la estrategia APS son: **La transversalidad**, entiende la salud como un aspecto que está presente en todos los ámbitos de la vida de las personas; por lo cual su tratamiento debe lograrse de manera sistémica, en donde todos los sistemas de la vida humana están interrelacionados de manera sinérgica, cumpliendo roles de determinación multidireccional. Bajo este principio se proyecta la APS como una forma de intervenir los diferentes ámbitos de la vida de la población, mediante acciones que lleven a su empoderamiento para el autocuidado, y que puedan ver la salud como un conjunto de prácticas que aparecen como fragmentadas en la vida cotidiana.

De manera articulada se tiene el principio de la **Intersectorialidad**, a partir del cual, con fundamento en el anterior, se define la salud como un aspecto de la vida que no está asociado solo a la institucionalidad, las prácticas y los conocimientos específicos en materia de salud, sino como un ámbito que tiene relación directa con el trabajo, la economía, la educación, la vida social y vecinal; por lo cual es necesario tejer redes intersectoriales para lograr que el tratamiento de la salud, tanto por la institucionalidad como los mismos beneficiarios, aporte a una intervención intersectorial de las condiciones favorables y a una vida saludable de la población envigadeña.

Finalmente la **Integralidad** es un principio que en la esencia de la APS presenta una orientación que busca superar la atención asistencial, en las instituciones o en los hogares; puesto no se entiende la salud como un asunto referido exclusivamente al campo de la enfermedad, sino como una condición en la que debe darse ausencia de ésta, pero por evitar que surja y no por el resultado de procesos curativos, sin excluir estos últimos. De esta forma, se procura una intervención educativa e informativa en los diferentes aspectos relacionados con la salud, procurando la instalación de los conocimientos básicos necesarios para orientar prácticas saludables y acceso a los sistemas de salud.

### 5.1.1.3. Fundamentos

Como fundamentos de la estrategia APS se tienen: la convicción política, orientación a servicios, entornos saludables, la interdisciplinariedad, el acceso y la cobertura universal. La convicción política, ha sido un fundamento esencial para lograr la puesta en marcha y continuidad del proceso desde sus primeros ejercicios hasta la actualidad, casi diez años después, esta continuidad ha generado credibilidad de la estrategia en las comunidades, siendo esta credibilidad el dispositivo central para la construcción de confianza entre la Administración y las familias; factor determinante de los resultados satisfactorios que ha arrojado la implementación de la estrategia en el Municipio. Esta convicción política ha trascendido la destinación de recursos a través de programas del Gobierno, a un nivel institucional con la expedición del Decreto municipal 234 (6 de agosto de 2014): "Por medio del cual se implementa la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), con enfoque de Entornos Saludables para

la vigencia del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021”, proyectando la continuidad de estrategias sobre próximas administraciones, lo que se torna en una base fundamental, en la garantía de la ASP en el municipio.

**Los Entornos saludables** son una convicción que se han mantenido en la orientación institucional para el desarrollo de procesos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; así, esta orientación ha sido la consideración que se mantiene y se convierte en un antecedente y una de las bases más fuertes para la ejecución de la APS en el municipio de Envigado. Este fundamento reconoce que existen unos determinantes sociales de salud; los cuales son comprendidos y aplicados en los entornos en los cuales se dan las condiciones de vida de las personas, correspondiéndose con una idea sistémica de la salud, superando la que corresponde sólo a la atención médica, o dicho de otra manera, de la asistencia de la enfermedad como paradigma hegemónico en la materia. Los entornos definidos por las entidades que orientan la APS en el municipio son: la familia, la escuela, el barrio y la empresa; cubriendo con ello diferentes escenarios de interacción en los cuales se presentan múltiples prácticas que afectan directamente la salud; concibiendo que la intervención de un solo entorno no es suficiente para transformar los patrones comportamentales en las personas.

**La Interdisciplinariedad**, donde alineados con la idea que la salud no es sólo un asunto de lo que compete a lo estrictamente médico; es una base fundamental de la estrategia para comprender que al interior de lo médico existe una rama amplia de disciplinas especializadas que deben lograr interactuar sobre la base de las situaciones registradas en cada caso particular; pero además que la salud está más allá de este aspecto y que involucra situaciones psicosociales diversas, así como económicas, de infraestructura, culturales, políticas, entre otras; que afectan los entornos en los que se desarrollan las actividades cotidianas de la vida de las personas, lo cual invoca a lograr un reconocimiento de las diferentes disciplinas de las ciencias de la salud, así como de las ciencias sociales, entre otras; que mediante su articulación sobre un mismo objetivo logran mayores avances en la transformación multidimensional de las condiciones de salud y las prácticas que la favorecen.

**Acceso y cobertura universal** es un fundamento que se presenta como pilar de la estrategia; en razón que no se enfoca en aspectos específicos de la población con vulnerabilidad económica, sino que procura que el proceso pueda llegar a población para superar sus condiciones de pobreza y mejoramiento de la calidad de las condiciones de salud, integrando personas de diferentes grupos generacionales y poblacionales; debido a que las prácticas desfavorables a la salud se dan en cualquier condición, haciendo vulnerable a todos los individuos que no logren adoptar prácticas de autocuidado; de aquí que comprender la APS a partir de una idea de acceso universal le ha permitido a la municipalidad hacer presencia en las comunidades no sólo por focalización con base a las bases de datos de subsidios, sino también por demanda de la estrategia, dada su importancia para transformar las condiciones de vida de los habitantes.

Finalmente la Orientación a servicios es un fundamento que permite comprender la orientación de la APS hacia el acercamiento de la oferta de las instituciones de salud a la comunidad, para que ésta acuda a los mismos de manera informada; dado que una fortaleza en el Municipio es que los servicios son accesibles y cercanos, con lo cual se busca reducir la atención en hogares, pues la base para la APS en este aspecto es que pueda fortalecer los procesos educativos y de prevención y promoción a través de

los diferentes entornos definidos, más que la atención; y más bien lograr que la población se movilice e integre a los sistemas institucionales de salud, como principal mecanismo de garantía de derechos.

### 5.1.2. Dimensión de Desarrollo

Para la puesta en marcha de la estrategia APS en el municipio de Envigado se reconocen objetivos y estrategias que dan la orientación de su alcance en el territorio, y permiten reconocer los resultados esperados para la municipalidad con su implementación en el corto y el largo plazo; además se convierten en los factores de decisión de los aspectos operativos para su implementación.

Los objetivos de la estrategia APS en el municipio de Envigado son cuatro: Empoderamiento de actores, Identificación de factores de riesgo y protectores, Lograr entornos saludables y Generar personas saludables.

**Figura 10: Dimensión 2 – Desarrollo**



**Fuente:** Elaboración propia

#### 5.1.2.1. Objetivos

Un primer objetivo está orientado al **empoderamiento de actores**, a través de la educación en salud y en derechos de salud; partiendo del hecho que debe instalarse, esto es, entregarse y que se apropie, la información como un pilar para la transformación de comportamientos que vulneran las personas, en razón que el desconocimiento es generador en muchas ocasiones de omisiones o acciones equivocadas.

En segundo lugar, la estrategia propende por la **identificación de factores de riesgo** y factores protectores, siendo un propósito central. Dado que parte del hecho de que la salud no se trata sólo de



la atención de la enfermedad, sino que está condicionada por factores físicos, sociales y culturales, que ponen en riesgo de enfermedad a los individuos y sus familias; teniendo factores biológicos como es la exposición a múltiples virus y bacterias; y factores sociales y culturales que evidencian comportamientos que pueden conducir a la enfermedad, y que a su vez facilitan la transmisión de enfermedades y la ocurrencia de accidentes. Por tanto, el reconocimiento de las causas de la enfermedad, así como de los factores que pueden proteger a las personas de ésta, es un punto de partida fundamental para trazar las acciones estratégicas que permitan impactar desde diferentes ámbitos; derivando en la mitigación de todas las condiciones identificadas que vulneran y ponen en riesgo a la población.

En articulación con este objetivo se tiene un tercero, sobre **lograr entornos saludables**; dirigido sobre los cuatro entornos definidos; familia, escuela, barrio y empresa; en donde sea posible, mediante la gestión de los factores de riesgo y potenciación de los protectores; introducir, desarrollar y mantener buenas prácticas en salud en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana como son; los biológicos, comportamentales, de infraestructura, psicosociales, etc., de esta manera pueda lograrse una familia en la que el cuidado del individuo se compromete con sí mismo y con los demás; reconociendo los recursos propios con los que se hace posible tener mejores prácticas de salud, teniendo de igual forma un ambiente escolar de convivencia y puesta en marcha de prácticas favorables a la buena salud, además de lograr barrios en los cuales las relaciones de vecindad estén mediadas por comportamientos que procuran mejorar las condiciones de habitabilidad. Teniendo en último lugar entornos de trabajo que reconocen los riesgos a los que se está expuesto, logrando una cultura de la prevención que impacte el bienestar de los empleados de manera favorable a su salud.

Finalmente, derivado de los anteriores se busca que en la estrategia APS se procure **generar personas saludables**; que se caracterizan por comprometerse con prácticas de salud responsables, con conocimientos básicos en la atención de situaciones de salud que no demanden de los servicios de salud; pero que permiten prevenir y/o superar condiciones que puedan comprometer el bienestar propio o de los cercanos; personas informadas respecto a los procedimientos y protocolos para el acceso a los servicios de salud y comprometidas con la identificación y mitigación de riesgos potenciales. Pero sobre todo se caracterizan por lograr el incremento de los indicadores propios de salud, es decir, por transformar las prácticas desfavorables a un buen estado de salud, y porque aplican las recomendaciones de prevención de la enfermedad.

### 5.1.2.2. Estrategias / Programas

Para lograr con éxito estos objetivos, se vienen implementando cuatro estrategias en la ejecución de APS. Intervención en los **determinantes sociales de la salud**, entendidos como los aspectos directos e indirectos relacionados con las condiciones de salud; referidos tanto a lo biológico, como lo psicosocial y de infraestructura, entre otros aspectos que se dan en el entorno familiar, escolar, barrial (vecinal) y laboral, conduciendo al mejoramiento de la vivienda y fortaleciendo los entornos protectores. Con esta estrategia APS se busca impactar estos aspectos determinantes para procurar una población saludable que interviene en la alimentación, los hábitos saludables como la actividad física, bajo consumo de alcohol y tabaco, lavado de manos, etc.

**Educación en promoción de la salud, prevención de la enfermedad y derechos de salud**, como pilar fundamental para garantizar los principios de la APS en el municipio; esta estrategia se traza como un camino eficiente para hacer del conocimiento de las familias, las escuelas, las comunidades y las empresas; la información asociada a las condiciones de salud y las prácticas para su promoción y mantenimiento en las mejores condiciones posibles, evitando favorecer todas las situaciones que pongan en riesgo de enfermedad a uno o más integrantes de las familias y conduciendo a su empoderamiento para garantizar mayor autocuidado en las personas. Así mismo poder conocer aspectos asociados al acceso a servicios de salud, es decir, las rutas de ingreso y los protocolos de atención que deben seguirse para lograr una gestión exitosa.

**Prevención de conflictos** es una estrategia que parte del hecho de que hay unos factores que determinan la salud: 1) genético, estilo de vida, los servicios de salud y el medio ambiente; y 2) factores determinantes sociales (tener empleo, tener educación, la convivencia); de aquí que la conservación del entorno debe garantizarse desde el espacio para vivir en un hogar con las mínimas condiciones de habitabilidad, en un barrio armónico, en un entorno saludable; donde la familia saludable busca la mejora y mantenimiento de las condiciones necesarias para vivir, con elementos de prevención, atención, educación, capacitación, evaluación de riesgo y prevención de conflictos; teniendo en esto último que las relaciones de convivencia, entre las personas y de éstas con los entornos, son un factor determinante en la condición de su salud.

Finalmente se tiene para el municipio una estrategia de participación Social; como una forma en la cual la salud se eleva del individuo y la familia a un nivel comunitario-barrial; comprometiéndolos a los vecinos con el desarrollo de prácticas saludables, haciéndolos conscientes que la salud no es sólo un asunto individual, sino que cada persona es responsable de su salud y de la de los demás; de donde sea posible que la misma comunidad identifique y demande las acciones necesarias para mejorar las condiciones de salud de su entorno. Es importante registrar que siendo esta una estrategia central, es aún un camino que debe fortalecerse significativamente en el municipio y de manera continuada en el tiempo; que procure ir pasando progresivamente de una mentalidad individual a una colectiva. En particular la existencia de COPACOS (grupos de personas de la comunidad que le hacen seguimientos y veeduría a los procesos de prestación en salud y los contratos), se tornan en una garantía para mejorar las condiciones de participación en los barrios, procurando herramientas para lograr prácticas saludables, en razón de la confianza que la APS viene generando en las comunidades, registrando casos donde son éstas las que demandan la presencia de la estrategia, lo cual es un logro muy significativo.

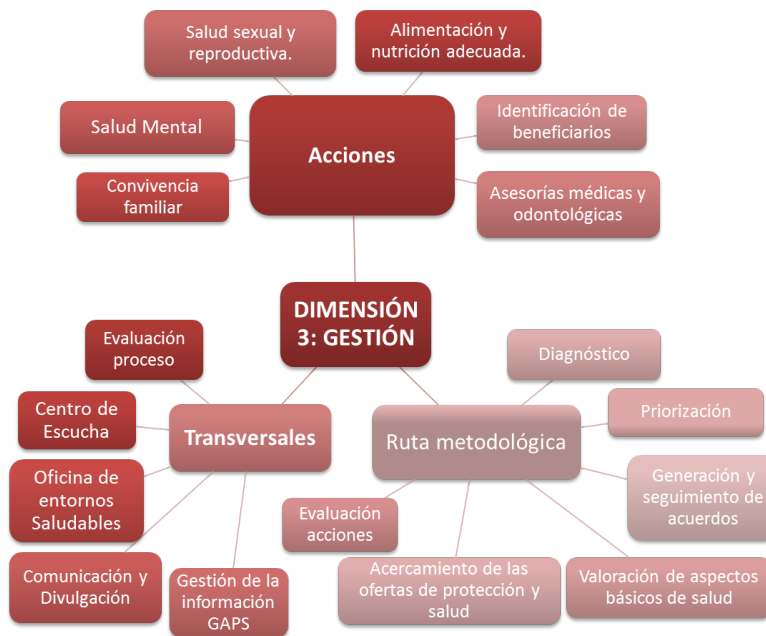
### 5.1.3. Dimensión de Gestión

Para la puesta en marcha del modelo de ejecución de la estrategia APS en el municipio de Envigado, en el marco de esta dimensión denominada "Gestión", se identifican tres aspectos estructurantes: ruta metodológica, acciones y transversales; los cuales se dan de manera articulada en el territorio y constituyen los factores visibles por las comunidades y las instituciones.

Un aspecto que de entrada es importante aclarar para el municipio de Envigado, es que en la experiencia se da una ruta metodológica de atención y acciones para el desarrollo de la APS en su totalidad, igual que ocurre con los demás municipios, pero que en cada entorno las actividades son diferentes,

teniendo que esta ruta se cumple en su totalidad en el entorno “familia saludable”, en los demás entornos (escuela, barrio y empresa), se ejecuta parcialmente; dado que el propósito no presenta los mismos alcances, así por ejemplo la manera de priorizar la atención en escuelas, empresas y barrios es diferente, no se da con el mismo criterio con que se identifican las familias; que corresponde a bases de datos disponibles en las Secretarías de la Administración Municipal.

**Figura 11: Dimensión 3 - Gestión**



**Fuente:** Elaboración propia

Por lo anterior, a continuación se presenta de manera global la ruta metodológica para el desarrollo de APS en el municipio; donde las acciones referidas dan cuenta de la comprensión operativa de todo el proceso, pero que evidencia de igual forma acciones que sólo se dan en alguno de los entornos en particular.

### 5.1.3.1. Ruta Metodológica

En primer lugar se encuentra la ruta metodológica, la cual identifica el paso a paso para la ejecución de la estrategia APS. Para el municipio de Envigado se parte de una acción de **priorización de los usuarios**, que correspondería con la identificación, la cual se da de diferentes formas en cada entorno: por una lado, para la identificación de las familias se parte de las bases de datos disponibles en las Secretarías de la Administración respecto a personas subsidiadas en algún programa, en donde se identifica la población que debe ser intervenida, derivando que hay un criterio de vulnerabilidad, no de cobertura de salud, dado que estos subsidios están dirigido a poblaciones con necesidades insatisfechas demostradas. En el caso de los barrios se desarrolla un ejercicio más participativo para su identificación, en razón que si bien la definición de la cantidad de barrios a cubrir la hace la Secretaría con base al presupuesto disponible, la intervención se concreta con los líderes en cada comunidad; definiendo conjuntamente

los espacios y las actividades a desarrollar, entre otros aspectos; que logran un acercamiento entre la Administración y la población, redundando en confianza y compromiso por parte de ésta con la transformación de sus condiciones de vida desfavorables a una buena salud.

En el caso de las escuelas la focalización corresponde más a un ejercicio de disponibilidad para cubrir las instituciones educativas del municipio; donde se acuerda con éstas los calendarios para hacer su abordaje, de donde se van identificando y agendando los planteles a visitar. Con las empresas inicialmente se focalizaban y eran visitadas por el personal de la APS en una acción de oferta, luego se empezaron a dar demandas de diferentes organizaciones del municipio; lo cual fue evidencia del reconocimiento que el programa logró en este ámbito.

Una vez son identificadas las familias, se procede a la realización de un **diagnóstico**, para lo cual es aplicada una ficha de información familiar, donde se da cuenta de aspectos biológicos, así como de aspectos sociales, culturales y económicos; siguiendo las directrices del DSSA, pero siendo diferente en su estructura y algunos contenidos. A partir de este diagnóstico se establecen los factores que deben ser trabajados con cada familia, y más específicamente con cada integrante; con lo que se genera un plan de acción del que se derivan **acuerdos** con cada familia beneficiaria, a nivel individual y colectivo. Estos acuerdos consisten en adoptar prácticas de prevención y/o cuidado de situaciones que sean favorables a la salud, haciendo a las familias responsables de su propia condición de salud; sea por la atención o por la búsqueda de los servicios institucionales necesarios para garantizarla, dado que además del diagnóstico se les socializan las **ofertas de protección y salud** por parte de las entidades del Municipio, responsables y encargadas de la atención de situaciones de enfermedad; derivándose, de acuerdo a las condiciones específicas de cada familia, un proceso de demanda inducida desde de las instituciones responsables; de acuerdo a lo encontrado por el equipo APS, que permite la resolutivez a las situaciones detectadas; teniendo que algunas de ellas no están directamente relacionadas con la salud, en el campo de lo biológico; pero que si son aspectos que pueden requerirse para la prestación de un servicio. Esta es una actividad que permite a la población acceder a diferentes tratamientos que en muchas ocasiones no se dan por desinformación, desconfianza o desmotivación de los usuarios, pero que no hacen parte del plan de seguimiento a los acuerdos con familias, dado que APS interviene específicamente desde lo educativo, orientado a la promoción y prevención.

Complementariamente a las actividades de información de ofertas educativas, se desarrollan acciones **de valoración básica de aspectos de salud**, correspondiente a presión arterial, peso, talla, edad, masa corporal; constituyendo datos que contribuyen a la definición de acuerdos que, una vez que se ha avanzado en las acciones con diferentes familias, se hace una verificación del cumplimiento de éstos, de donde se establecen los correctivos necesarios o se refuerzas los aspectos que así lo requieran.

Como actividad final de esta ruta se realizan **evaluaciones de las acciones** que dan cuenta de los resultados que se han ido obteniendo con las familias, así como de las dificultades que se han presentado, de donde se derivan las acciones necesarias para garantizar la cobertura y logro de las metas de la estrategia APS en el municipio.

En el caso de los barrios y las empresas saludables, esta ruta parte de un diagnóstico construido de manera más colectiva sobre la población, es decir, no por un ficha individual, sino por identificación de

los aspectos que son más relevantes como necesidades de una comunidad o de un grupo de trabajadores; a partir de donde se establece qué tipo de acciones son de mayor prioridad para desarrollar con dicha comunidad o grupo de empleados. En este caso el diagnóstico es más participativo en la medida en que es más concertado con líderes de barrio o empresas, respectivamente. Aquí hay una diferencia fundamental para el caso del barrio y es que con base al diagnóstico se desarrollan actividades, más no se hacen planes de seguimiento de acuerdos, como es el caso de las familias. Para las empresas sí corresponde un proceso de seguimiento a los compromisos establecidos a través de los talleres de trabajo.

En el caso de las escuelas se parte de una oferta de 5 subprogramas preestablecidos, esto es, no se construye un diagnóstico como punto de partida, sino que los temas están predefinidos y son desarrollados en cada institución educativa; los cuales se ocupan de aspectos biológicos de la salud, pero además abordan otros temas sociales y culturales, relacionados con la convivencia y el tratamiento de conflictos, entre otros aspectos. En este entorno se desarrollan las acciones educativas y se hacen compromisos con los padres y con las instituciones, acompañando de seguimientos, a través de formatos básicos definidos por el equipo APS.

### 5.1.3.2. Acciones

Para el cumplimiento de esta ruta metodológica se realizan diferentes acciones que permiten hacer el abordaje de la población beneficiaria de acuerdo a los objetivos trazados para la misma. Con base al diagnóstico inicial de las familias, comunidades o empleados, que se realiza mediante un levantamiento de la historia de la vivienda y de la familia, de la identificación de necesidades en el barrio o del grupo de empleados, que posibilita la **identificación de beneficiarios**; se definen las necesidades de atención y acompañamiento, a partir de las situaciones de mayor riesgo y factores protectores particulares; se traza un plan de atención en donde se programa **asesoría médica, odontológica y nutricional**; cubriendo aspectos biológicos básicos para la garantía de condiciones de salud idóneas a las condiciones de vida particulares de cada población. Así mismo estos aspectos de la atención van orientados a la generación de prácticas saludables de autocuidado, donde se brinda información a los usuarios respecto a las posibilidades que tienen a partir de los recursos disponibles.

En complemento de esta atención, se valoran las condiciones de los individuos y de la familia, derivando la realización de acompañamientos en **convivencia familiar**, donde el promotor considere necesario, respondiendo al criterio de afectación de la salud por la existencia de conflictos individuales o colectivos; dado que se entiende que los determinantes de la salud no corresponden solo a las condiciones biológicas, sino también a las emocionales, determinadas por aspectos de convivencia colectiva al interior de las familias y de éstas con otras; así como el trámite de situaciones individuales que requieren de la orientación y/o apoyo profesional a nivel de **salud mental**.

Finalmente, se tiene el desarrollo de acciones de educación en promoción de la **salud sexual y reproductiva**, especialmente en población adolescente, en donde se consideran aspectos básicos que ponen en riesgo la condición de las personas, como producto de comportamientos que incrementan los riesgos y descuidan los factores protectores en la materia. Estas acciones cubren temas de maternidad y paternidad, prevención de enfermedades sexuales, asesoría a nivel materno-infantil, entre otros.

### 5.1.3.3. Transversales

Estas acciones son soportadas en cinco acciones transversales; que permiten su articulación y fortalecimiento en el territorio: en primer lugar, como pilar del acompañamiento desde la identificación de beneficiarios y durante todo su acompañamiento, se tiene la **gestión de la información GAPS (gestión de atención primaria de salud)**, que en principio se desarrollaba de manera manual. Hoy se cuenta con dispositivos electrónicos para la recolección de la información de los individuos y sus respectivos grupos familiares, que a través de un aplicativo permite consolidar la información de las familias para lograr un control más efectivo, dado que la información se actualiza anualmente, permitiendo además remitir la información a diferentes organismos públicos y privados para realizar acciones pertinentes a las necesidades identificadas por el equipo APS; lo cual constituye un significativo avance en la medida en que permite posteriormente hacer seguimientos a dichas organizaciones frente a las acciones desarrolladas en cada caso, manteniendo la integralidad en la gestión de la información de las familias y los individuos. Esta acción cumple el propósito de convertir la estrategia APS en una generadora de datos para la municipalidad, de donde puede derivarse información para la construcción de estrategias de atención pertinente y relevante para la población; por lo cual se ha venido consolidando esta acción como un eje central de la APS.

Una segunda acción transversal corresponde a la de comunicación y divulgación de información; la cual cumple el propósito de apoyar la realización de las acciones de acompañamiento y educación en salud. Este proceso está constituido por diferentes estrategias directas e indirectas que acercan la información a la población beneficiaria; como son los boletines zonales, que son un aspecto a fortalecer, dado que han mostrado un aporte significativo para el desarrollo de APS. En el entorno del barrio, se hace perifoneo y cartelera, para divulgar la estrategia y las actividades que se desarrollan, informando a la población sobre la programación a realizarse. Además la difusión de actividades en el entorno del barrio se hace casa a casa; apoyándose cuando se trabaja con los diferentes grupos socioculturales para difundir la información. Los sacerdotes colaboran también con la difusión de la información de manera directa. En el entorno de la escuela se envían cartas a las distintas instituciones para informar de las actividades, y entre ellas mismas se difunden la información. En lo correspondiente a la información sobre la oferta de servicios se difunde información por medio oral (directo cara a cara) y escrito como volantes, plegables, material pedagógico, teniendo que en las visitas casa a casa se refuerza el portafolio de servicios. Esta acción es un eje que transversaliza todo el desarrollo de APS y es de gran importancia para lograr resultados efectivos; por lo que es una acción que siempre se está fortaleciendo.

Por otra parte, en complemento con las acciones anteriores, a partir del 2014 se implementa el **centro de escucha**, que tiene el propósito de recoger todas las percepciones de los diferentes actores en una comunidad, respecto a las necesidades de su barrio, lo cual suministra una gran cantidad de información que permite priorizar los temas a trabajar y que generan malestar en una comunidad, y que no necesariamente son los que se abordan de manera general en la ruta metodológica de APS. Esta acción ha permitido además que la comunidad se empodere, lo que se expresa en qué, por iniciativa propia ha venido pidiendo actividades para los diferentes grupos poblacionales, como por ejemplo la niñez.

Adicionalmente se constituyó una **oficina de entornos saludables**, encargada no solo de remitir la información a la Secretaría de Salud, sino también de asistir a los CONPES, en las reuniones de

planeación municipal, entre otros escenarios; permitiendo articular la estrategia a diferentes espacios de incidencia en el municipio.

Finalmente, se desarrolla la **evaluación del proceso**, que de igual forma es transversal a las anteriores, y que se desarrolla de manera permanente para verificar el cumplimiento de metas de la estrategia, identificar las acciones de mejoras y diseñar los correctivos necesarios. Un fundamento de esta acción es que el Municipio está certificado en calidad y evalúan sus programas con unos instrumentos asociados a esta condición; lo que fortalece significativamente la acción evaluativa de la estrategia APS.

Esta acción de evaluación del proceso se desarrolla generando datos a partir de las actividades realizadas; de donde se sacan indicadores de resultados (cuántas familias se atienden, cuántos barrios se visitan, etc.). De igual forma se evalúa al profesional en su desempeño y se recogen los aportes de la población con el propósito central de replantear los aspectos negativos y mejorarlos para una próxima actividad, para buscar que el programa funcione efectivamente. Estos aportes de la población se recogen a través de un formato aplicado a algunas familias, de acuerdo a una muestra inicial; quienes evalúan el programa.

En la escuela se hace una evaluación escrita aleatoria con estudiantes, antes y después, para evaluar el grado de conocimiento adquirido sobre las temáticas y la metodología; de igual forma se hace una evaluación con profesores y directivos a través de unos instrumentos denominados fichas evaluativas. Adicional a la evaluación escrita, en los entornos empresa, familia y escuela, se hace una evaluación por llamada telefónica de manera aleatoria.

A partir del 2014 se está haciendo seguimiento a la efectividad y a la gestión de las remisiones a través de indicadores; pues este proceso de atención por servicios de las instituciones de salud no se había contemplado como parte de la estrategia APS. Así mismo se implementaron otros instrumentos de evaluación; entre los cuales se tiene un grupo focal para detectar las dificultades y logros significativos, autoevaluación, evaluación del compañero de trabajo, evaluación del director de la estrategia, evaluación de la Secretaría de Salud. Así como instrumentos de evaluación interna de las metodologías implementadas.

Con base a lo anterior, es claro que en el municipio hay una apuesta clara por la evaluación para el mejoramiento constante de la estrategia; evidenciando que aún un aspecto para fortalecer es la generación de indicadores de impacto; es decir, poder valorar cuán saludables son las familias, para dilucidar si la intervención es efectiva y relacionar esa información con los macro indicadores de impacto que maneja el municipio; para fortalecer la evaluación y el seguimiento.

#### **5.1.4. Dimensión de Actores**

El desarrollo de la estrategia APS en el municipio de Envigado, se orienta a partir de diferentes actores, entendidos como quienes ponen en marcha, dinamizan, orientan y condicionan su realización; en otras palabras, son quienes facilitan o dificultan el logro de los propósitos de la estrategia, dado que movilizan recursos e intereses a favor o en contra de la misma. A continuación se identifican los actores reconocidos a través de dos factores o aspectos: sujetos y organizaciones.

Figura 12: Dimensión 4 - Actores



Fuente: Elaboración propia

**IPS:** Institución Prestadora de Salud.

**EPS:** Entidad Prestadora de Salud.

**ESE:** Empresa Social del Estado.

#### 5.1.4.1. Sujetos

La persona es el sujeto base de la estrategia, entendido como el individuo que detenta la condición de saludable, enfermo o potencialmente en riesgo; siendo la cara concreta de la acción, esto es, en quien finalmente se verán reflejadas las transformaciones derivadas de la puesta en marcha de la APS; ésta se evidencia para el municipio en tres roles o papeles: el integrante de la familia, el estudiante y el trabajador. La familia congrega a los individuos en relaciones de convivencia, además de las de consanguinidad; siendo el escenario primario del comportamiento del individuo, por lo cual se torna en el sujeto colectivo de interés de la APS en el municipio de Envigado; toda vez que a través de su intervención se llega al individuo, en razón que éste es responsable de su salud y a su vez de la de los demás, especialmente de los integrantes de la familia. No puede concebirse la APS desde lo individual, toda vez que la familia se muestra como la estructura básica en la que se generan riesgos, pero así mismo en la cual se hace más efectivo gestionarlos, teniendo una atención individual con compromiso en lo colectivo.



Otro sujeto está constituido por la comunidad en la cual se inscriben las familias, y a su vez los individuos; siendo un sujeto colectivo que representa las condiciones del entorno que deben ser intervenidas desde estrategias más amplias que implican la participación comunitaria como eje central de este sujeto. Este sujeto representa un nivel mayor de la intervención, así como un reto constante para la generación de confianza. Finalmente se tiene el equipo de trabajo, encargado de poner en marcha la estrategia APS, caracterizado principalmente por su continuidad en el proceso durante varias vigencias, así como por el sentido de pertenencia con la estrategia y la generación de confianza con las familias y las comunidades. Su papel central es ser el puente que acerque la salud a las personas, contribuyendo a su bienestar general y a la articulación de las organizaciones en torno a la atención de los individuos y sus familias.

#### **5.1.4.2. Organizaciones**

En un segundo lugar, se identifican las organizaciones con las cuales logra integrarse la estrategia APS, para llevar acciones que mejoren las condiciones de los individuos, las familias y sus entornos; las cuales constituyen un elemento fundamental en el logro de transformaciones proyectadas, dado que cristalizan la idea, que la salud no es sólo responsabilidad de las organizaciones directamente encargadas de su atención, sino que, la salud es producto de determinantes biológicos, físicos y sociales. Estas organizaciones corresponden a públicas y privadas, evidenciando la articulación interorganizacional que se ha ido consolidando en el municipio a un nivel en el cual logran desarrollarse acciones interinstitucionales e intersectoriales desde la Administración Municipal, en el marco de la APS, siendo éste uno de los principales avances particularmente en el Valle de Aburra. Además de las secretarías de la Alcaldía, el equipo APS ha logrado realizar acciones conjuntas con instituciones educativas, empresas privadas del municipio, Universidad de Envigado, Universidad de San Martín, Comisaria de Familia, E.S.E. Santas Gertrudis, las EPS e IPS

## 6. ANÁLISIS DE BRECHAS

El análisis de brechas permite comparar analíticamente los objetivos, propósitos y apuestas que se plantearon los formuladores, las instituciones responsables, el Área Metropolitana, y todos los demás actores que participaron en la formulación del programa y la puesta en marcha de éste; donde es central el papel de las E.S.E de cada municipio como entidad ejecutora.

Se profundizará en varios elementos entre los que se destaca; la capacidad institucional, los elementos centrales del Modelo APS y APSR, la ruta de atención, los grupos poblacionales, las líneas de acción de la intervención, la metodología del proceso de acompañamiento, la normatividad local, el papel del recurso humano; entre otros elementos hallados.

## CUADRO 6: ANÁLISIS DE BRECHAS

MODELO PROPUESTO	REFERENCIA	MODELO ACTUAL	BRECHAS	ACIERTOS
<b>DIMENSIÓN 1: PROPÓSITO</b>				
<b>ENFOQUES</b>				
Vulnerabilidad	Alcaldías		<p>*El enfoque fundamental de la estrategia está definido por la promoción de la salud y la promoción de la enfermedad, comprendiendo la APS como una estrategia especialmente educativa, superando lo meramente informativo, en donde se busca instalar los conocimientos básicos en salud para lograr transformar prácticas desfavorables a la salud en prácticas saludables; relacionados con lo biológico, lo social, lo cultural y lo económico, entre otros aspectos; con lo cual se mejoran las condiciones de vida del individuo, la familia, el barrio, la escuela y la empresa.</p> <p>*La vulnerabilidad se reconoce como una condición característica para focalizar y priorizar la población beneficiaria de APS, pero por la estructura de funcionamiento de ésta respecto a los entornos, ve la posibilidad de intervenir en poblaciones a partir de las necesidades en materia de salud.</p> <p>*El enfoque definido para el desarrollo de la estrategia ve en el individuo, la familia, la comunidad, al escuela y la empresa los escenarios fundamentales de su accionar, donde el territorio se torna en un referente de sus condiciones de vida, más no como una forma de comprender la construcción social del mismo como determinante de la salud.</p>	<p>*Para el desarrollo de la estrategia APS se reconoce la importancia de identificar las particularidades de las familias que propicien un acompañamiento que responda a las necesidades de cada una de ellas, en garantía de sus derechos individuales, enmarcados en lo colectivo.</p> <p>*Se concibe la salud como una condición asociada a múltiples factores, más allá de lo biológico, la cual se comporta dentro de un campo de riesgos que deben ser reconocidos para poder comprender las causas de la enfermedad y poder potenciar los factores protectores, permitiendo dirigir acciones para su mitigación, y en la medida de lo posible, a su eliminación; lo que conduce a mejores condiciones de vida y por tanto de salud, mostrando implícito un enfoque de desarrollo humano mediante la transformación de prácticas que impacte necesidades axiológicas y existenciales de los individuos y sus familias.</p>
Enfoque diferencial	Gobernación de Antioquia - Minsalud - Ley 1438			
Desarrollo humano	Gobernación de Antioquia			
Ciclo vital	Gobernación de Antioquia			
Enfoque de derechos	OPS			
Territorial	Minsalud - Ley 1438			
		Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad		
<b>FUNDAMENTOS</b>				
Participación social	OPS - Minsalud - Ley 1438		<p>*La participación social aparece como un aspecto mediático operativo, es decir, como un camino para lograr efectividad en APS y no como base de la estrategia; por lo cual se ha buscado fortalecer a partir de elementos relacionales y organizativos.</p> <p>*La familia y la comunidad representan una concepción de sujeto, más que una base de referencia para el desarrollo de la estrategia; es decir, se concibe como una unidad de intervención, más que como un fundamento de base que sustente la orientación de la estrategia, entendiendo comunidad en términos del barrio, la escuela y la empresa.</p> <p>*Lo político se integra a la fundamentación de la estrategia y su continuidad en el tiempo, de tal forma que la voluntad política queda expresada en la disposición de recursos y la existencia de un decreto municipal que integra APS a la agenda pública del municipio.</p>	<p>* Hay una comprensión que la salud no se remite solamente a lo biológico, sino que está relacionada con todas las circunstancias que definan las condiciones de vida de las personas, las familias, las comunidades y sus entornos, por lo que orienta las bases de su comprensión e intervención a partir de los determinantes sociales de la salud a partir de cuatro entornos: familia, barrio, escuela y empresa, con una concepción interdisciplinaria</p> <p>*El acceso y la cobertura universal es un punto de referencia, una base que orienta el programa, desde donde se comprende que la salud es un aspecto que involucra a todas las personas independiente de su condición y que por tanto debe ser lograda por cada individuo en el territorio, por lo cual, aunque se parte de un criterio básico de focalización poblacional, la estrategia se presenta abierta a la demanda de la población misma.</p>
Sostenibilidad	OPS			
Orientación familiar y comunitaria	OPS			
Determinantes sociales de la salud	Gobernación de Antioquia - Minsalud - Ley 1438, Plan Decenal de Salud Pública.			
Acceso y cobertura universal	OPS	Acceso y cobertura universal		
		Convicción Política		
		Entornos saludables		
		Interdisciplinariedad		
		Orientación a servicios		

MODELO PROPUESTO	REFERENCIA	MODELO ACTUAL	BRECHAS	ACIERTOS
<b>PRINCIPIOS</b>				
Equidad	OPS		<p>*La orientación a la calidad no se presenta como un aspecto esencial de la estrategia APS en el municipio de Envigado, sino más bien como un resultado de lo operativo, lo que puede conducir a resultados más técnicos y menos misionales en esta materia, es decir, la calidad más como un resultado que una orientación, lo cual está fundamentado también en que el municipio está certificado en calidad, y este aspecto puede evidenciarse principalmente en los procesos evaluativos implementados.</p> <p>*Se concibe la salud a partir de una comprensión transversal, esto es, que no está medida sólo por asuntos biológicos, sino que se integra a los diferentes ámbitos de la vida social, en la cual todos los sectores impactan las condiciones que la afecta favorable o desfavorablemente, por lo cual su abordaje no puede darse desde un solo ámbito, toda vez que sería un esfuerzo marginal, sino que debe garantizarse una integralidad, reconociendo la necesidad de intervenir en todos ellos, tornándose esto en un aspecto esencial para este modelo.</p>	
Interculturalidad	Minsalud - Ley 1438			
Justicia social	OPS			
Solidaridad	OPS			
Orientación a la calidad	OPS			
		Transversalidad		
		Intersectorialidad		
		Integralidad		
<b>DIMENSIÓN 2: DESARROLLO</b>				
<b>OBJETIVOS</b>				
Promoción de la salud y prevención de la enfermedad	OPS		<p>*La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se presentan como un eje misional de enfoque que soporta la orientación del acompañamiento e intervención de al APS con individuos, familias, comunidades y empresas, evidenciado la preocupación por lograr un sujeto empoderado, capaz de transformar sus condiciones de vida para favorecer prácticas saludables.</p>	<p>*Se comprende que la estrategia se dirige a un propósito que reconozca lo objetivo y lo subjetivo en el acompañamiento y tratamiento de los factores asociados a la salud, además que la APS debe lograr resultados en los comportamientos preventivos y no solo en la asistencia a la enfermedad, conduciendo a empoderar los actores como proceso garante de tales resultados.</p> <p>*Aunque se presenta de manera más desagregada, los objetivos propuestos desde la APS de Envigado evidencian una orientación hacia el propósito de dar respuesta a las necesidades de salud de la población, reconociendo en ello factores de riesgo y protectores que son particulares a cada familia y comunidad específica, y desde donde se orientan las intervenciones educativas y de atención en salud.</p>
Respuesta a necesidades de salud de la población	OPS			
		Empoderamiento de actores		
		Identificación de factores protectores y de riesgo		
		Lograr entornos saludables		
		Generar personas saludables		

MODELO PROPUESTO	REFERENCIA	MODELO ACTUAL	BRECHAS	ACIERTOS
<b>ESTRATEGIAS</b>				
Organización y gestión óptimas	OPS		<p>*La convicción política es considerada una base en la existencia de la APS en el municipio de Envigado, más allá que una forma de lograr su realización, lo que le da a este componente un sentido misional en el territorio.</p> <p>*El trabajo en red leído desde la intersectorialidad y la interdisciplinariedad son aspectos que dan lugar al propósito de la estrategia APS en el territorio, lo que indica que en comparación con un modelo propuesto, estos aspectos más de lo operativo, son leídos misionalmente; esto es, no como medios sino como fines.</p> <p>*La evaluación y seguimiento, como procesos de medición a los procesos desarrollados a la estrategia APS se conciben como una acción más operativa del proceso de gestión.</p> <p>*Participación tiene una concepción de estrategia, esto es, se lleva más a lo operativo que a lo misional-orientador, se hace una lectura como medio y no como fundamento de la APS.</p>	<p>*Se proyecta el empoderamiento de los diferentes sujetos a partir de una estrategia educativa en prácticas de salud y derechos de salud, lo que hace participe a estos de la garantía de la transformación de los hábitos comportamentales, superando la idea asistencialista propia de la enfermedad, como ámbito de comprensión de la salud.</p> <p>*Se orienta una atención en el marco de una forma de atención a la salud que supera la idea que corresponde solo a los servicios que brinda el sistema institucional de salud, sumando los determinantes sociales de la salud como aspectos que deben ser igualmente trabajados para garantizar condiciones de salud idóneas en la población, a partir de los recursos disponibles en el entorno inmediato y de la capacidad de articulación de los organismos públicos y privados en función de las necesidades de salud.</p>
Atención integral e integrada	OPS	Intervención en los determinantes sociales de la salud Prevención de conflictos		
Compromiso político	OPS			
Educación para la salud	Minsalud - Ley 1438	Educación en prevención, promoción y derechos		
Trabajo en red	Minsalud - Ley 1438			
Interdisciplinariedad	Minsalud - Ley 1438			
Comunicación en desarrollo	Minsalud - Ley 1438			
Medición y resolutivez	Minsalud - Ley 1438			
Acciones intersectoriales	OPS			
		Participación		
<b>DIMENSIÓN 3: GESTIÓN</b>				
<b>RUTA METODOLÓGICA</b>				
Aprestamiento	SSS PSA - Minsalud		<p>*El enfoque del municipio de Envigado en promoción de la salud y prevención de la enfermedad para el desarrollo de la estrategia APS hace que su operacionalización sea conducida a través de acciones que se fundamentan en la educación y el acercamiento de información de servicios, más lo procesos de demanda inducida y prestación de los servicios se queda en responsabilidad de las instituciones, por fuera de los alcances de la estrategia.</p>	<p>*Se tiene un camino claro para la puesta en marcha de la APS en el municipio, a partir de la identificación y priorización de la atención, con aplicación de criterios de focalización. Este camino se corresponde con lo establecido por los organismos y entidades responsables y autoridades en materia de salud, teniendo algunos elementos implícitos que dan cumplimiento a un acompañamiento y atención en salud a la población del municipio, abarcando un ámbito educativo que pasa por aspectos comportamentales y de valoración básica; así como de evaluación y seguimiento a los procesos desarrollados, para dar garantía a las condiciones de eficacia y eficiencia que deben cumplirse en la implementación de la APS.</p>
Diagnóstico	SSS PSA - Minsalud	Diagnóstico		
Priorización de necesidades	SSS PSA - Minsalud	Priorización		
Generación de acuerdos	SSS PSA - Minsalud	Generación y seguimiento de acuerdos		
Acercamiento de las ofertas de protección y salud	SSS PSA - Minsalud	Acercamiento de las ofertas de protección y salud		
		Valoración de aspectos básicos de salud		
Demanda inducida	SSS PSA - Minsalud			
Prestación de los servicios	SSS PSA - Minsalud			
Evaluación	SSS PSA - Minsalud	Evaluación de acciones		

MODELO PROPUESTO	REFERENCIA	MODELO ACTUAL	BRECHAS	ACIERTOS
<b>ACCIONES</b>				
Prevención y lucha	OMS - OPS - Minsalud - Gobernación		<p>*Entre los aspectos no abordados por la implementación de la estrategia se contemplan los medicamentos y agua potable y saneamiento básico. Respecto al primero se encuentra que no hay alcance directo, no obstante el acercamiento de servicios aporta a la gestión en salud ante instituciones prestadoras de servicios, contribuyendo a que se cumpla esta acción estratégica de manera indirecta. El segundo aspecto no se aborda directamente, toda vez que en la mayor parte de la población del Municipio éstos no son una situación de riesgo considerable en la población urbana y rural cercana; como ocurre de igual forma en los municipios del Valle de Aburrá y otros aledaños que reciben el servicio de las empresas estatales encargadas de la materia.</p> <p>*En particular la estrategia asume acciones de educación y gestión de la convivencia familiar y grupal, entendiendo que la salud no se reduce a lo biológico, y un ámbito de significativa influencia corresponde con las interacciones que se establecen entre individuos en el marco de la familia, la comunidad, la escuela y el trabajo; por lo cual la promoción y mantenimiento de una sana convivencia impacta de manera directa las condiciones de salud del individuo.</p>	<p>*Se implementan acciones que permiten cumplir con los propósitos de la estrategia APS de acercamiento de la salud a la comunidad, a través de estrategias de educación, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, asesoría diferentes ámbitos biológicos y sicosociales y cultura del autocuidado, entre otros aspectos, inscribiéndose en lo propuesto por el modelo establecido por las organizaciones de Salud a nivel internacional, nacional y local.</p>
Tratamiento apropiado	OPS	Asesorías médicas y odontológicas		
Asistencia materno-infantil	OMS - Gobernación de Antioquia SSS PSA - Alcaldías -			
Agua potable y saneamiento básico	OMS			
Alimentación y nutrición adecuadas	OMS - Gobernación de Antioquia SSS PSA - Alcaldías -	Alimentación y nutrición adecuada		
Educación y prevención en salud	OMS - OPS - Minsalud - Gobernación	Salud sexual y reproductiva Salud mental		
Suministro Medicamentos Esenciales	MinSalud			
		Identificación de beneficiarios Convivencia familiar		
<b>TRANSVERSALES</b>				
Normas, guías y procesos	Minsalud - Ley 1438	Evaluación de procesos	<p>*Como un mecanismo de generación de confianza y acercamiento con las comunidades, se han implementado dos acciones transversales que corresponde con la generación de puentes entre el equipo de la estrategia y la comunidad, así como con los escenarios de participación en que ésta puede hacer presencia y vincularse, lo que constituye un pilar de la gestión de la APS y un puente de confianza de la población hacia ésta, traduciéndose en credibilidad, que aporta a la eficacia de las acciones, dado el reconocimiento de la importancia de las mismas en las condiciones de vida de los individuos y las familias.</p>	<p>*Hay una correspondencia en la generación de herramientas que permiten estandarizar los procedimientos para dar cumplimiento al plan anual definido desde la Secretaría de Salud y la Dirección Local de Salud, estableciendo acciones de mejora para garantizar una adecuada gestión en cumplimiento de los propósitos de la APS en el territorio.</p> <p>*La gestión de la información es un pilar fundamental en la garantía del acompañamiento y la atención de la población, en razón que de allí se derivan los datos necesarios para identificar, focalizar, priorizar y hacer seguimiento a cada una de las familias, siendo una de las acciones que se ha logrado cualificar y sobre la cual se reconocen aún aspectos de mejora, dado que es un eje central en la concepción de la estrategia APS en el municipio.</p>
Gestión de la información	Minsalud - Ley 1438	Gestión de la información GAPS		
		Divulgación y comunicación		
		Centro de Escucha		
		Oficina de entornos saludables		

MODELO PROPUESTO	REFERENCIA	MODELO ACTUAL	BRECHAS	ACIERTOS
<b>DIMENSIÓN 4: ACTORES</b>				
<b>SUJETOS</b>				
Ciudadano	Minsalud	Individuo/Estudiante		<p>*El individuo y el grupo familiar son los sujetos centrales en la estrategia APS en el municipio de Envigado, a través de la concepción de los entornos saludables, que se identifican sobre cuatro ejes: familia, barrio, escuela y empresa. En estos sujetos se concentran las acciones de los promotores a partir del entorno inmediato de estos, quienes no solo se proyectan desde lo técnico, sino que además se acercan como apoyo de las familias en diferentes aspectos, generando confianza y credibilidad de los beneficiarios, lo que deriva en una mayor efectividad de las acciones desarrolladas dado que las familias se empoderan a partir de reconocer la importancia de los comportamientos favorables a la salud, no desde la necesidad de atender la enfermedad.</p> <p>*El ámbito de la empresa y las condiciones laborales está contemplado en la implementación estrategia APS, siendo clara su importancia en la generación de condiciones de salud óptimas en la población.</p> <p>*Se reconoce la comunidad como un sujeto central de la estrategia, visible en los ejes del barrio, escuela y empresa, donde el individuo está inmerso en una estructura social que condiciona su calidad de vida y por consiguiente su salud.</p>
Familiar	OPS/OMS/ MINSALUD/ SSS PSA/ ALCALDIAS	Familia		
Comunidad	OPS/OMS/ MINSALUD/ SSSPSA/ ALCALDIAS	Comunidad		
Trabajador	OPS	Trabajador		
Equipo de trabajo	OPS	Equipo de trabajo		
<b>INSTITUCIONES</b>				
Instituciones Prestadoras de Salud	Minsalud	IPS -EPS	<p>*La referencia a los organismos orientadores de APS a nivel internacional, nacional y local corresponde con los lineamientos políticos y normativos seguidos en la implementación de la estrategia en el territorio; más no como aliados del proceso a partir de la articulación e intercambio de información u otro tipo de recursos .</p> <p>Se integran organismos públicos y privados a la gestión que no están directamente relacionados con el sector de la salud, haciendo un aporte significativo a las condiciones que favorecen las condiciones de salud de individuos, familias y comunidades.</p>	<p>*El papel de los promotores ha sido fundamental en el acercamiento de alas ofertas de los servicios de salud a la población, lo que ha redundado en la articulación de la estrategia con organizaciones públicas y privadas de diferentes sectores, llevando a la gestión de los entornos de las familias a partir de múltiples intervenciones, así como situaciones presentadas con los individuos relacionadas con asuntos directos e indirectos a la salud, que generan condiciones para favorecerla, siendo base y garantía de una c obertura integral.</p>
Empresas Sociales del Estado	Minsalud	E.S.E. Bello Salud		
Alcaldía	Alcaldía	Alcaldía-Secretarías		
Área Metropolitana del Valle de Aburrá				
Secretaría Seccional de Salud y Protección social de Antioquia				
Ministerio de Salud	Minsalud			
OMS/OPS	OMS/OPS			
		Universidad San Martín		
		Universidad de Envigado		
		Instituciones educativas Municipio		
		Empresas privadas del municipio		
		Comisaría de Familia		

**Fuente:** Elaboración propia

## 7. HALLAZGOS GENERALES

### La promoción y prevención en salud, estandarte de la APS en Envigado

En el municipio de Envigado hay una clara concepción de la estrategia APS desde las orientaciones de la normatividad internacional y nacional; a partir de donde han orientado para el municipio una atención basada en la prevención y la promoción; por lo cual la atención directa ha sido un aspecto que se ha dejado en función de las instituciones prestadoras de los servicios de salud, considerando como un resultado esperado de la estrategia, que la población pueda asistir a estas instituciones para ir reduciendo la atención directa en los hogares; es decir, el acercamiento de la salud a través de las instituciones y no necesariamente de manera extramural, dejando a ésta última el papel de lo educativo para que redunde en el empoderamiento de la población respecto a lograr hábitos saludables, que promuevan su condición de vida con menores probabilidades de enfermar por causas que son prevenibles con comportamientos adecuados como los asociados a la alimentación, el ejercicio, el consumo de tabaco y alcohol, la sana convivencia, entre otros; haciendo uso de los recursos disponibles en el entorno inmediato.

Por lo anterior, en Envigado hay una clara concepción, y operacionalización, de la APS principalmente desde lo educativo-preventivo; en donde la resolutivez es un aspecto que compete a las instituciones, aunque se tienen mecanismos para hacer seguimiento a la atención, sin que sea parte directa del acompañamiento realizado por los promotores y profesionales de la salud involucrados en APS; constituyen este aspecto en el que más puede alejar el municipio del modelo de APS propuesto, con base a las disposiciones internacionales, nacionales y locales.

### La gestión de la información como pilar fundamental en el desarrollo de la APS

La información ha cumplido un papel fundamental en el desarrollo de la estrategia APS en Envigado; más allá que ser un sistema de datos requerido para sustentar las intervenciones, se ha convertido en un camino orientador de decisiones, el cual se ha ido cualificando, contando hoy con un componente que permite no sólo tener una organización más sistemática de la información de las familias, sino que además el sistema de información actual se convierte en un mecanismo de interacción y articulación, con diferentes organismos públicos y privados de la municipalidad, lo que lo ha vuelto referente en el territorio.



Así, se evidencia que la gestión de la información en todo su proceso de diseño; captura, administración y tabulación; ha sido una de las preocupaciones constantes del municipio; dado que los avances son significativos; llegando en la actualidad a contar con un sistema fundamentado en dispositivos electrónicos de captura de datos y aplicativos de administración, que permiten identificar cada familia intervenida con códigos únicos, que posibilitan un seguimiento integral a los procesos desatados con todos sus integrantes a través de acuerdos, incluso aunque versen sobre la atención en salud, siendo que esto no corresponde directamente a la estrategia.

Esta preocupación por la información es continua, proyectando actualmente la necesidad de llevar la información a la georreferenciación y la generación de indicadores de mayor nivel que permita poner a conversar la estrategia APS con los macroindicadores del municipio, lo que hará de este sistema de información un modelo para el Área Metropolitana y la región.

## **Convicción política e institucionalización de la APS**

Un aspecto a destacar en la experiencia del municipio de Envigado en la aplicación de la estrategia APS, es la convicción política como garante de la institucionalización de ésta, dado que no sólo se orienta desde la disponibilidad de presupuesto y recursos humanos mediante la Secretaría de Salud, sino que se ha logrado avanzar en la consolidación de una agenda pública en la materia, integrando la estrategia a través del Decreto Municipal 234 (6 de agosto de 2014): “Por medio del cual se implementa la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), con enfoque de Entornos Saludables para la vigencia del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se delegan funciones”.

De esta manera la voluntad política es una base fundamental para la continuidad de la estrategia; condición de garantía en la transformación de la cultura comportamental que favorece la salud en el territorio, lo que impacta los indicadores epidemiológicos y de salud general de las personas beneficiarias, directas e indirectas. Además, esta continuidad impacta en otros aspectos fundamentales como son la credibilidad en la estrategia, superando los miedos y prevenciones de la comunidad frente a otros programas que no logran ofertas claras; así como el papel de los promotores, dado que gracias a la continuidad en su participación logran acercarse a cada familia construyendo relaciones de confianza, posibilitando que más que técnicos puedan ser vistos como apoyos para el individuo, su familia y la comunidad; garantizando que realmente se den acompañamientos que tienen como fin último acercar la salud a las personas del Municipio, más que cumplir con atenciones puntuales.

## **Equipo de promotores, base del éxito en la estrategia APS**

El equipo de promotores, durante las diferentes vigencias administrativas, ha logrado llevar a las comunidades focalizadas la información sobre los servicios de salud; así como la información educativa y en derechos de salud; entre otros muchos elementos vinculados a las acciones definidas en los planes anuales de implementación; pero es necesario resaltar que este papel ha logrado trascender el encargo misional para el que fueron creados los cargos, llegando a un nivel de reconocimiento por parte de las familias, dado que se han tornado para las comunidades en que hacen presencia, en referentes de confianza en la Administración Municipal; lo cual tiene un efecto directo en la eficacia y eficiencia de la estrategia APS para el Municipio, integrando al perfil profesional un perfil vocacional en el cual es

necesario contar con habilidades no académicas, sino más bien de índole relacional, para lograr hacer parte del equipo APS.

Este aspecto es relevante dado que la APS partió de un escenario de desconfianza de la comunidad; teniendo en principio una baja participación y/o cumplimiento de compromisos por parte de las familias, en razón que se esperaba que fuera una intervención transitoria y poco significativa; teniendo que esta expectativa se fue transformando hasta un nivel en el cual las familias reconocen el programa como una apuesta por la calidad de vida y la salud; comprometiendo el esfuerzo necesario que implica transformar las prácticas culturales desfavorables a la salud en prácticas que no sólo cuidan la salud del individuo, sino también la de sus cercanos.

Por esto, si bien la estrategia en sí misma constituye una concepción humana e integral de la salud, es claro que el recurso humano logra traducir esta concepción en acciones; estableciendo un perfil vocacional, además del profesional, que es exigido a los promotores, siendo un aspecto que ha venido quedando registrado en los procesos evaluativos en forma directa; dado que es una variable de alto impacto en el éxito de la APS.

## **Escuela y empresa ámbitos a fortalecer**

Un factor diferenciador del municipio de Envigado corresponde a los ejes definidos para trabajar los entornos saludables, correspondientes con escuela y empresa. En estos dos ejes el municipio no solamente logra alinearse con las disposiciones internacionales en materia de sujetos que deben ser objeto de la intervención de la APS, sino que además logran ser un modelo de trabajo en el Área Metropolitana; dado que han llegado a establecer un modelo de trabajo en estos ámbitos, creando incluso escenarios propios de gestión como son el centro de escucha y la oficina de entornos saludables; productos resultantes del proceso de maduración que ha tenido la estrategia durante los 10 años en que se ha implementado, aunque teniendo claro que en principio no obedecía directamente a esta concepción.

De manera complementaria a estas acciones transversales, se ha desarrollado un sistema de información, que sirve de soporte de las mismas para su realización y mejoramiento, lo cual ha fortalecido la incidencia de la APS en estos dos entornos específicos. Además de lo anterior referido a la formalización, también es claro que frente a la experiencia empírica han logrado reconocer en estos entornos los aspectos de riesgo y protectores de la salud, así como aquellos que facilitan y/o dificultan la eficacia de la estrategia APS; en razón de la disposición de directivas y padres, en el caso de las escuelas y de las directivas y familias de los empleados en el caso de las empresas; contando hoy con un reconocimiento significativo en el municipio.

## BIBLIOGRAFÍA

- Acevedo, J. (2008). Sistematización de experiencias Proyecto: "Asociación de Medios de Comunicación Ciudadanos y Comunitarios de Medellín - la REDECOM". Medellín: FAONG
- Área Metropolitana del Valle de Aburrá. (2007). Plan Integral de Desarrollo Metropolitano –PIDM– 2008-2020 Hacia la integración regional sostenible. Medellín.
- Área Metropolitana del Valle de Aburrá. (2012). Plan de Gestión 2012- 2015: Pura Vida. Medellín. Recuperado de: [http://www.metropol.gov.co/Planeacion/DocumentosAreaPlanificada/Plan de gesti3n Pura Vida 2012-2015.pdf](http://www.metropol.gov.co/Planeacion/DocumentosAreaPlanificada/Plan%20de%20gesti3n%20Pura%20Vida%202012-2015.pdf)
- Área Metropolitana del Valle de Aburrá. (2014). Observatorio Metropolitano de Informaci3n. Recuperado de: <http://www.metropol.gov.co/observatorio/Paginas/Noticias.aspx>
- Colombia. Presidencia de la Rep3blica. Decreto 2193. Diario oficial 45604. Bogot3, D.C. 8 de julio 2004. Recuperado de < <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=14136>>
- Congreso de Colombia. (1989). Decreto 2737 de 1989 por el cual se expide el C3digo del Menor. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4829>
- Congreso de Colombia. (1990). Ley 10 de 1990. Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=3421>
- Congreso de Colombia. (1994). Por el cual se organizan y se establecen las modalidades y formas de participaci3n social en la prestaci3n de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 1 del art3culo 4 del Decreto-Ley 1298 de 1994. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=21850>
- Congreso de Colombia. (1998). Acuerdo 117 de 1998 CNSSS Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atenci3n de enfermedades de inter3s en salud p3blica. Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/ACUERDO%20117%20DE%201998.pdf>

- Congreso de Colombia. (2000). Resolución 412 de 2000. Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Recuperado de <http://www.convergenciagnoa.org/images/Documentospdf/legislacion/Resolucion%20412.pdf>
- Congreso de Colombia. (2001). Ley 715 de 2001, Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4452>
- Congreso de Colombia. (2001). Ley 715 por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Recuperado de [www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma](http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma)
- Congreso de Colombia. (2006). Ley 1098 de 2006 Código de infancia y adolescencia. Recuperado de [http://www.oei.es/quipu/colombia/codigo\\_infancia.pdf](http://www.oei.es/quipu/colombia/codigo_infancia.pdf)
- Congreso de Colombia. (2007). CONPES 109 de 2007 Política pública nacional de primera infancia. Recuperado de [http://www.mineducacion.gov.co/primerainfancia/1739/articles-177828\\_archivo\\_pdf\\_conpes109.pdf](http://www.mineducacion.gov.co/primerainfancia/1739/articles-177828_archivo_pdf_conpes109.pdf)
- Congreso de Colombia. (2007). CONPES 2793 Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007 - 2019. Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/>
- Congreso de Colombia. (2011). CONPES 140 de 2011. Modificación a CONPES Social 91 del 14 de Junio de 2005: "Metas y Estrategias de Colombia para El Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio-2015". Recuperado de: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/Bienestar/Nutricion/PNSAN/CONPES140de2011.pdf>
- Congreso de Colombia. (2011). CONPES 147 de 2011. Lineamientos para El Desarrollo de una Estrategia para La Prevención del Embarazo en La Adolescencia y La Promoción de Proyectos de Vida para Los Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes en Edades entre 6 y 19 años. Recuperado de: [http://www.mintic.gov.co/portal/604/articles-3496\\_documento.pdf](http://www.mintic.gov.co/portal/604/articles-3496_documento.pdf)
- Congreso de Colombia. (2011). Ley 1438 de 2011 Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>
- Congreso de Colombia. (2013). Ley 1616 de 2013 "Por Medio de la cual se expide La Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones". Recuperado de: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>

- Consejo de Envigado. (2012). Acuerdo 024 mayo 31 de 2012. Plan de Desarrollo 2012 – 2015 Envigado, Una Oportunidad para Todos. Envigado. Recuperado de: [http://www.envigado.gov.co/Comunicaciones/Documentos/DOC\\_NOTICIAS/2012/Junio/Plan%20de%20desarrollo/Acuerdo\\_024\\_2012.pdf](http://www.envigado.gov.co/Comunicaciones/Documentos/DOC_NOTICIAS/2012/Junio/Plan%20de%20desarrollo/Acuerdo_024_2012.pdf)
- Departamento Administrativo de Planeación Departamental. (2012). Anuario Estadístico de Antioquia -2012. Medellín. Gobernación de Antioquia.
- Dirección Seccional y Protección Social de Antioquia. (2010). Lineamientos para la promoción de la salud con-sentido humano en Antioquia. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Institución Universitaria Esumer. (2013). Propuesta técnica y económica para apoyar la conformación e implementación de la Red Metropolitana de Salud del Valle de Aburrá periodo 2013 – 2015. Medellín: Institución Universitaria Esumer.
- Jara Holliday, O. (2012). La sistematización de experiencias, práctica y teoría para otros mundos posibles. CEAL- Itermom Oxfam. San José: CEP Alforja.
- Ley 1438 de 2011: Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Congreso de Colombia. 2011.
- Ley 100 de 1993: Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 41.148. Colombia. Leyes, decretos, etc. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>
- Ministerio de Salud y Protección Social. Gobernación de Antioquia. (2013). Análisis de Situación de Salud: ASIS. Envigado. Recuperado de: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/SitePages/Busqueda.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Recuperado de: <http://prestadores.minsalud.gov.co/SIHO/>
- Municipio de Envigado. (2012) Plan de Desarrollo Municipal Envigado 2012 - 2015 “Envigado, una oportunidad para todos”. Recuperado de: <http://www.envigado.gov.co/Secretarias/OficinaAsesoradePlaneacion/Lists/Contenido%20General/nDispForm.aspx?ID=47>
- Municipio de Envigado. (2014). Decreto municipal 234. Por medio del cual se implementa la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) con enfoque de Entornos Saludables para la vigencia del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se delegan funciones. Envigado.
- Oficina Asesora de Planeación del municipio de Envigado. (2010). Diagnóstico del Plan de Ordenamiento Territorial 2010. Envigado, Colombia. Recuperado de: <http://www.envigado.gov.co/NuestraAlcaldia/Paginas/NOficinaPlaneacion.aspx>

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado de: [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)
- Organización Mundial de la Salud, UNICEF. (1978). Atención Primaria de Salud. Informe de la conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata, URSS, 6-12. Septiembre de 1978, Organización Mundial de la Salud. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C.
- Pardo, A.; Ángel, M. (2005). Análisis de datos con SPSS 13 Base. McGraw Hill. Madrid.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2014) ¿Qué es el Desarrollo Humano? Recuperado de: <http://www.pnud.org.co/sitio.shtml?apc=i1-----Gs=aGm=aGe=AGc=02008#.U1CE6PI5M1Y>
- Real Academia Española. (2014). Diccionario de la lengua española [Dictionary of the Spanish Language] (22nd ed.). Madrid.
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas. (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Recuperado de: <http://whqlibdoc.who.int>
- Organización Mundial de la Salud, Unicef, OPS, OMS. (1978). Atención Primaria de Salud. Informe de la conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata, URSS, 6-12. Septiembre de 1978. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <http://whqlibdoc.who.int>
- Secretaría de Salud de Envigado, Dirección de Estadísticas e Información. (2014). Situación de Salud 2013. Colombia. Recuperado de: <http://www.envigado.gov.co/Secretarias/SecretariadeSalud/documentos/Sistemas%20de%20Informacion/cartilla%202013/Cartilla%20Situaci%C3%B3n%20de%20Salud%202013%20publicaci%C3%B3n%202014.pdf>
- Secretaría de Salud de Envigado, Software Gestión de Atención Primaria en Salud. Envigado, 2014.
- Secretaría de Salud de Envigado. (2005). Envigado, Municipio Saludable por la Paz, Programa de Familias. Vivienda Saludable. Envigado.
- Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia –Salud Contigo- (2012). Manual del Promotor de Salud. Antioquia.  
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. (2014). Recuperado de: [www.dssa.gov.co](http://www.dssa.gov.co)

- Schoute, T. Documento informativo de alianzas de aprendizaje N°6: Documentación de procesos. IRC Centro Internacional de Agua Potable y Saneamiento. Polonia. 2007
- Subsecretaría de Salud y ESE Hospital San Vicente Paúl. (2014). Propuesta para documentación, modelo de atención primaria en salud. Barbosa.
- Tejada, G. (2011). Planeación del Desarrollo Local, una experiencia de participación ciudadana en la Comuna 6 Doce de Octubre. Medellín: Institución Universitaria Esumer y Alcaldía de Medellín.
- Torres, A. La Sistematización de Experiencias Educativas: Reflexiones sobre una práctica reciente. Universidad Pedagógica Nacional. Bogotá. 1998.

