



Red Metropolitana de Salud

Área Metropolitana del Valle de Aburrá
¡un reto...una oportunidad!

Documentación y Sistematización Estrategia Atención Primaria en Salud en el Municipio de Girardota

Red Metropolitana de Salud

Área Metropolitana del Valle de Aburrá
¡un reto...una oportunidad!





Documentación y Sistematización
Estrategia Atención Primaria en Salud
en el Municipio de Girardota

Documentación y Sistematización Estrategia Atención Primaria en Salud en el Municipio de Girardota.

Una publicación del Área Metropolitana del Valle de Aburrá, La Institución Universitaria Esumer y el Municipio de Girardota.

Carlos Mario Montoya Serna, **director Área Metropolitana del Valle de Aburrá**

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

Luis Fernando Ortiz Sánchez, **alcalde del Municipio de Girardota**

Equipo de trabajo

Profesionales, técnicos y auxiliares de la ESE Hospital San Rafael y la Secretaría de Salud del Municipio de Girardota

Profesionales de la Institución Universitaria Esumer y del Área Metropolitana del Valle de Aburrá
-Programa Red Metropolitana de Salud

Interventoría AMVA

Raúl Cano Jaramillo, Profesional Contador

Coordinación de la publicación

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

Julio de 2014, Medellín

Nota de derechos reservados

Prohibida la reproducción parcial o total de esta publicación sin autorización por escrito del Área Metropolitana del Valle de Aburrá. 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 N° 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 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 sistematizara 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 se celebra un convenio de asociación con la Institución Universitaria Esumer con el 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.

CARLOS MARIO MONTOYA SERNA
Director

ÍNDICE

Capítulo 1 Documentación	10
1. INTRODUCCIÓN	11
2. JUSTIFICACIÓN	12
3. OBJETIVOS	13
3.1. OBJETIVO GENERAL	13
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
4. METODOLOGÍA	14
5. ANTECEDENTES	15
5.1. RESEÑA HISTÓRICA DEL MUNICIPIO DE GIRARDOTA	15
5.1.1. CONTEXTO TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO	15
5.1.2. DIVISIÓN ADMINISTRATIVA	16
5.1.3. ECONOMÍA DEL MUNICIPIO	17
5.1.4. ABASTECIMIENTO DE AGUA DEL MUNICIPIO	18
5.1.5. SERVICIOS DE SALUD	18
5.1.5.1. NATALIDAD	22
5.1.5.2. MORBILIDAD	23
5.1.5.3. MORTALIDAD	26
6. MARCO NORMATIVO DE LA APS	28
6.1. A NIVEL NACIONAL	28
6.2. A NIVEL LOCAL	29
7. ESTRATEGIA DE APS DEL MUNICIPIO	32
7.1. DEFINICIÓN DE APS SEGÚN EL CONTEXTO DEL MUNICIPIO	32
7.2. OBJETIVOS	32
7.2.1. OBJETIVO GENERAL	32
7.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	32
7.2.2.1. PROMOCIÓN DE LA SALUD	32
7.2.2.2. PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	33
7.2.2.3. RECUPERACIÓN DE LA SALUD	33
7.2.2.4. EDUCACIÓN PARA LA SALUD	33
7.3. REFERENTES CONCEPTUALES DE APS	34
7.3.1. DESARROLLO HUMANO INTEGRAL E INTEGRADO (NECESIDADES Y SATISFACTORES, CAPACIDADES Y POTENCIALIDADES, SUJETOS DE DERECHO)	34
7.3.2. CONCEPTO DE SALUD	36
7.3.3. CICLO VITAL HUMANO	36
7.3.4. PROMOCIÓN DE LA SALUD	36
7.4. RECTORÍA - PLANEACIÓN	38
7.4.1. INCLUSIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL 2012 - 2015 Y EL PLAN MUNICIPAL DE SALUD CON LA ESTRATEGIA APS	39
7.5. ESTRUCTURA PARA EL FUNCIONAMIENTO	40
7.6. POBLACIÓN OBJETO	43
7.7. ÁMBITOS DE ACCIÓN	46

7.7.1. LA FAMILIA	46
7.7.2. EL HOGAR	46
7.7.3. LA ESCUELA	46
7.7.4. LA COMUNIDAD	47
7.8. LÍNEAS DE ACCIÓN	47
7.9. RUTA DE ATENCIÓN	48
7.9.1. MOMENTO DE APRESTAMIENTO	48
7.9.2. MOMENTO DE DIAGNÓSTICO	49
7.9.3. MOMENTO REFLEXIVO Y ANALÍTICO	49
7.9.4. MOMENTO DE CONCILIACIONES Y ACUERDOS	50
7.9.4.1. MOMENTO DE PLANEACIÓN Y ORGANIZACIÓN	50
7.10. EJECUCIÓN DE LA RUTA METODOLÓGICA APS	50
7.10.1. MOMENTO DE APRESTAMIENTO	50
7.10.2. MOMENTO DE DIAGNÓSTICO	52
7.10.2.1. INTERVENCIONES BRIGADAS DE APS	58
7.10.3. MOMENTO REFLEXIVO Y ANALÍTICO	60
7.10.4. MOMENTO DE PLANEACIÓN Y ORGANIZACIÓN	62
7.10.5. COMPONENTE INREA E INTERINSTITUCIONAL	64
7.10.6. COMPONENTE DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA	65
7.11. SISTEMA DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	65
7.12. RECURSOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA APS	66
7.13. INDICADORES DEL MODELO APS - MUNICIPIO DE GIRARDOTA	67
7.14. RESULTADOS ESPERADOS Y METAS A LOGRAR CON EL MODELO APS PARA EL AÑO 2013	68
8. CONCLUSIONES	69
8.1. A NIVEL DE LA ESTRATEGIA APSR	69
8.2. A NIVEL DEL DOCUMENTO APSR	69
9. ANEXOS	70
9.1. ANEXO 1: CRONOGRAMAS APS 2013	70
9.2. ANEXO 2: CRONOGRAMAS APS 2102	71
9.3. ANEXO 3: CARACTERIZACIÓN DE LAS VEREDAS	74
9.4. ANEXO 4: RECONOCIMIENTO DE LOS PROGRAMAS Y SERVICIOS DE LAS ENTIDADES DEL MUNICIPIO	76
9.5. ANEXO 5: FORMATO DE REMISIÓN A LOS SERVICIOS Y PROGRAMAS DE LAS SECRETARÍAS Y DEPENDENCIAS DEL MUNICIPIO	77
9.6. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN	79
9.7. FORMATO DE REMISIÓN A LOS SERVICIOS Y PROGRAMAS DE LA IPS DEL MUNICIPIO	81

Capítulo 2 Sistematización	83
1. PRESENTACIÓN	84
2. METODOLOGÍA SOBRE LA DOCUMENTACIÓN Y LA SISTEMATIZACIÓN	85
3. OBJETIVOS	90
3.1. OBJETIVO GENERAL	90
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	90
4. ANÁLISIS CRÍTICO DE LOS COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA	91
4.1. DIMENSIÓN DE DESARROLLO	93
4.2. DIMENSIÓN ESTRATÉGICA	93
4.3. DIMENSIÓN DE GESTIÓN	94
4.4. DIMENSIÓN DE ACTORES	95
5. MODELO PROPUESTO	96
5.1. DIMENSIÓN 1: DESARROLLO	97
5.1.1. ENFOQUE	97
5.1.2. FUNDAMENTOS	98
5.1.3. PRINCIPIOS	99
5.2. DIMENSIÓN 2: ESTRATÉGICA	100
5.2.1. OBJETIVOS	101
5.2.2. ESTRATEGIAS	101
5.2.3. ACCIONES ESTRATÉGICAS	102
5.3. DIMENSIÓN 3: GESTIÓN	103
5.3.1. RUTA METODOLÓGICA	103
5.3.2. ACTIVIDADES	105
5.3.3. TRANSVERSALES	106
5.4. DIMENSIÓN 4: ACTORES	107
5.4.1. SUJETOS	107
5.4.2. INSTITUCIONES	108
6. ANÁLISIS DEL MUNICIPIO DE GIRARDOTA	111
6.1. GENERALIDADES DEL MUNICIPIO DE GIRARDOTA	111
6.2. DESCRIPCIÓN MODELO EN ESCENA DEL MUNICIPIO DE GIRARDOTA	115
6.2.1. DIMENSIÓN 1: DESARROLLO DEL MUNICIPIO DE GIRARDOTA	115
6.2.2. DIMENSIÓN 2: MODELO ESTRATÉGICO MUNICIPIO DE GIRARDOTA	118
6.2.3. DIMENSIÓN 3: GESTIÓN MUNICIPIO DE GIRARDOTA	119
6.2.4. DIMENSIÓN 4: ACTORES - MUNICIPIO DE GIRARDOTA	122
7. ANÁLISIS DE BRECHAS	123
8. HALLAZGOS GENERALES	130
BIBLIOGRAFÍA	134

Capítulo 1

Documentación

1. INTRODUCCIÓN

En la Conferencia Internacional de la Atención Primaria en Salud – APS, realizada en Alma-Ata, URSS, (OMS/UNICEF, 1978) en su sexta declaración la definió como:

“La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puestas 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, durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad 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 en salud al lugar de residencia y trabajo y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”. p. 3

La APS como estrategia de atención sanitaria incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento y la rehabilitación; tiene como objetivos extender la cobertura de los servicios de salud, eliminar las inequidades en salud y priorizar en los grupos expuestos a riesgos y cuenta con la educación frente a diversos problemas que se encuentran en las comunidades como una de sus actividades básicas.

En la estrategia de la atención primaria en salud, participa un equipo sanitario en el cual el profesional de enfermería debe ser el protagonista, llevando a cabo acciones de educación para la salud, fomentando la participación comunitaria, realizando intervenciones en centros educativos y poniendo al alcance de todos la atención comunitaria, teniendo muy presente que el cuidado de enfermería trasciende las barreras del hospital y que se puede trabajar desde las comunidades no solo para evitar que las personas se enfermen sino, para garantizar una mejor calidad de vida.

2. JUSTIFICACIÓN

La Atención Primaria en Salud surge como la mejor alternativa para solucionar un alto porcentaje de las problemáticas que está viviendo la población del Municipio de Girardota, ya que integra todos los componentes que conllevan al pleno desarrollo del ser humano.

El Modelo de A.P.S. busca la participación activa y plena, además de la corresponsabilidad, de los profesionales de la salud, de los representantes de las entidades del Municipio, de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, de las familias y de la comunidad en general; en la búsqueda del mejoramiento de las condiciones de salud, del bienestar y de la calidad de vida de la población. Para lograr esto, es necesario e importante lograr el empoderamiento de las familias frente a sus condiciones de salud y de vulnerabilidad, en donde a través de la educación en salud se creen comportamientos que permitan fomentar y conservar la salud y el bienestar individual y colectivo.

Para esto, se tendrá como eje central la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, mediante la identificación de los factores de riesgo y el fortalecimiento de los factores protectores; en donde se brindará un acompañamiento permanente a cada individuo, a su familia y a la comunidad; a través de la estrategia Información – Educación y Comunicación (IEC).

Con el Modelo de A.P.S. se pretende intervenir los determinantes sociales de la salud, promover los factores protectores y dar una adecuada y oportuna respuesta a las necesidades de las familias y de la comunidad en general; a través de un cuidado integral e integrado de la salud en donde se incorporen los valores, principios y elementos que propone la Atención Primaria en Salud Renovada, para la construcción de comunidades más saludables y equitativas.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Recuperar y recopilar la información disponible sobre la implementación del modelo de Atención Primaria en Salud en el Municipio de Girardota.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Dar a conocer las experiencias significativas que se han obtenido a través de la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud en el área rural del Municipio.
- Brindar recomendaciones fundadas en la experiencia, para dar continuidad a la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud en el Municipio.

4. METODOLOGÍA

En un primer momento se realizó la búsqueda de la información correspondiente a la implementación de la estrategia de APS en años anteriores, pero es poca la información escrita que se logró obtener.

Durante el año 2012 se dio inicio a la implementación de la estrategia de APS de manera continua, en 14 veredas del Municipio de Girardota; durante el año 2013 se dio continuidad con la estrategia, logrando una cobertura del 100% del área rural del Municipio, es decir, en las 25 veredas. Es importante resaltar que través del contenido del documento se puede evidenciar las dificultades y los logros obtenidos.

Para el registro de la información se han utilizado diversas herramientas, tales como: la Historia Familiar, los formatos de remisión a los programas y servicios tanto de las IPS como a las dependencias del Municipio, las carpetas familiares, bases de datos en el programa de Excel y el SIMAPS (Sistema de Información del Modelo de Atención Primaria en Salud). También, para la implementación de la estrategia de APS se utilizan diversas herramientas, entre ellas están: el manual de procesos y procedimientos para APS.

Es importante resaltar que la estrategia de APS en el Municipio se encuentra articulada a la estrategia de Información – Educación y Comunicación (IEC) como herramienta fundamental para brindar educación para la salud a los individuos, familias y comunidades. Así mismo, se pretende lograr la articulación con la estrategia de Escuelas Saludables como una forma de favorecer uno de los entornos que influyen en el desarrollo del ser humano.

5. ANTECEDENTES

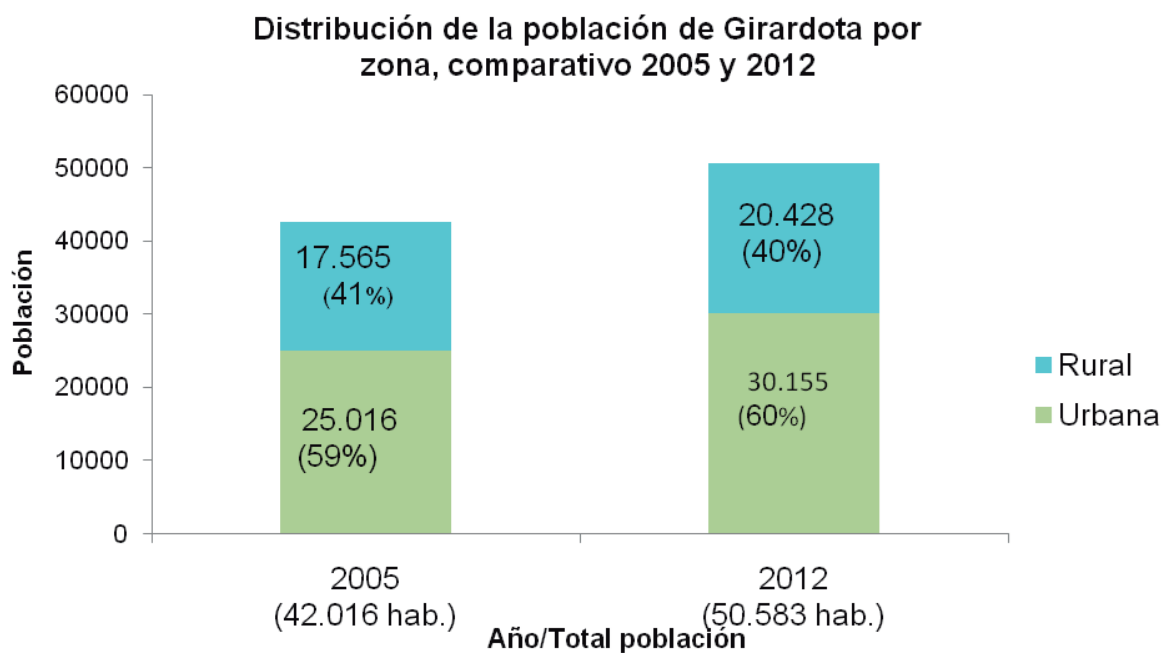
5.1. RESEÑA HISTÓRICA DEL MUNICIPIO DE GIRARDOTA

5.1.1. CONTEXTO TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO

El Municipio de Girardota se encuentra ubicado al occidente del departamento de Antioquia y al norte del Área metropolitana del Valle de Aburrá a una distancia de Medellín de 26 kilómetros, lo que se traduce a 45 minutos aproximadamente. Limita por el Norte con el Municipio de Barbosa; por el oriente con los Municipios de Guarne y San Vicente; por el Occidente con los Municipios de San Pedro y Don Matías y por el Sur con el Municipio de Copacabana.

Tiene una temperatura promedio de 22° C, una altura de 1.425 m.s.n.m. y un área total de 82 kilómetros cuadrados, de los cuales 4.0 kilómetros cuadrados pertenecen al casco urbano. En la Actualidad cuenta con una población de 45.055 habitantes aproximadamente, de donde el 48% está ubicado en la zona Rural y el 52% en la zona Urbana.

Su principal Altura es el alto de las Cruces con 2.550 msnm que comparten con el Municipio de Copacabana y los principales accidentes Geográficos son el Río Medellín, Quebrada el salado, Quebrada la Silva, Quebrada la Correa, Quebrada el Tigre, alto de la Sepultura, Cerro el Morro y Cerro el salado. El Municipio de Girardota se Comunica por Carretera con los Municipios de Copacabana y Barbosa.



Fuente: Estimación y proyecciones de Población DANE

5.1.2. DIVISIÓN ADMINISTRATIVA

El Municipio de Girardota cuenta actualmente según el PBOT con 25 veredas, 18 barrios y 5 centros poblados:

Cuadro N°1. Barrios Municipio de Girardota

Barrios

1. La Ceiba	10. Guayacanes
2. Centro	11. Juan XXIII
3. El Llano	12. Montecarlo
4. El Paraíso	13. Naranjal
5. El Salado	14. Nuevo Horizonte
6. La Ferrería 1	5. Santa Ana
7. La Florida	16. San José
8. Girardota La Nueva 1	7. Aurelio Mejía
9. Guadales	18. Palmas del Llano

Fuente: ASIS Municipal 2012

Cuadro N°2. Veredas del Municipio de Girardota

Veredas

1. El Barro	13. El Cano
2. El Palmar	14. El Paraíso
3. El Socorro	15. El Totumo
4. El Yarumo	16. Encenillos
5. Jamundí	17. Juan Cojo
6. La Mata	18. La Calera
7. Las Cuchillas	19. La Holanda
8. Mercedes Abrego	20. La Matica
9. Portachuelo	21. La Meseta
10. San Andrés	22. La Palma
11. San Diego	23. Loma de los Ochoa
12. San Esteban	24. Manga Arriba
	25. Potrerito

Fuente: ASIS Municipal 2012

Cuadro N°3. Centros Poblados del Municipio de Girardota

1. Las Cuchillas (Vereda las Cuchillas)
2. San Esteban (Vereda San Esteban)
3. La Calle (Vereda la Palma y San Andrés)
4. Jamundí (Vereda Jamundí)
5. Cabildo (Vereda San Diego)

Fuente: ASIS Municipal 2012

5.1.3. ECONOMÍA DEL MUNICIPIO

El Municipio de Girardota fue hasta hace 25 años, un territorio netamente agrícola y dedicado a la producción panelera; actualmente, cuenta con un sector industrial sólido, que le suministra aproximadamente la tercera parte de sus ingresos. El Municipio cuenta con 15 asociaciones de producción agropecuaria y agroindustrial.

En la zona rural se encuentran ubicados 30 trapiches, de los cuales 26 pertenecen a la asociación de paneleros y cultivadores de caña del Municipio; de allí expelen aromas que son cotidianos en sus alrededores y en ellos es posible conocer el proceso de elaboración de la panela.

También hay asentadas en el territorio alrededor de 20 grandes empresas, como: Yamaha, Corona, Enka de Colombia, Invesa, Pigmentos, Abracol, entre otras. Además, cuenta con 3 sucursales bancarias de los bancos de Bancolombia, Banco Agrario, y Banco de Bogotá; y cooperativas financieras como la John F Kennedy, CFA y Cootrafa.

Otra fuente de ingresos para el Municipio está representada en las fincas de veraneo y para la recreación, entre ellos se destaca el Club Limonar, las fincas de las veredas Manga Arriba, Juan Cojo, El Totumo y San Diego. Se cuenta con dos rutas turísticas y ecológicas, una localizada en

la zona oriental y otra en la zona occidental, con las cuales existe la posibilidad de conocer las diferentes veredas del Municipio. Además, el Municipio de Girardota es un centro de peregrinaje muy concurrido, debido al Santuario del Señor Caído.

Por otra parte, el comercio de Girardota se realiza principalmente con Medellín y en mínima parte con las poblaciones vecinas. Cuenta con modernos establecimientos en donde se comercializan productos de la canasta familiar.

5.1.4. ABASTECIMIENTO DE AGUA DEL MUNICIPIO

Por sus características climatológicas, el Municipio cuenta con una gran cantidad de fuentes de agua. Además presenta unas condiciones ideales ambientalmente, para la presencia constante de corrientes de agua.

El Municipio cuenta con 41 micro cuencas, de las cuales la mayoría son muy pequeñas, con áreas menores de 1 km², que por su tamaño, no se encuentran identificadas.

La principal micro cuenca del Municipio, es la micro cuenca del Salado y en otros tiempos abasteció de agua a la población. Actualmente forma una gran cascada en la parte oriental de Girardota. Una cantidad significativa de microcuencas son medianas con mayor importancia ecológica que las anteriores y abastecedoras de acueductos veredales con áreas entre 1 y 5 km² de área que abarca aproximadamente el 34.5% del área total del Municipio y se divide en 11 subcuencas: El Paraíso, Jamundí, la escuela, la Celsa, San Antonio, el Salado, la Eneita, la Calera, el Higuerón, el Tigre, la Sopera y la Ferrería.

5.1.5. SERVICIOS DE SALUD

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946), define la salud como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales.

En la Constitución Colombiana el derecho a la salud está consagrada como un servicio público, cuyos preceptos están contenidos en los artículo 44, 48, 49 y 50; entre otros preceptos constitucionales relacionados con la salud, están el artículo 11 y el artículo 13 que hacen referencia al derecho a la vida; y el artículo 366, el cual señala la solución de las necesidades insatisfechas en salud como una finalidad del Estado.

Actualmente, en el Municipio se cuenta con la siguiente Red de Prestadores de Servicios de Salud, incluyendo la red privada y los profesionales del área de la salud independientes o particulares:

Cuadro N°4. Red de IPS habilitadas en el Municipio de Girardota

Nombre o razón social	Nivel de Atención	Gerente o Coordinador	Dirección	Teléfono	Servicios habilitados
Oralmedic Servicios S.A.S	Nivel I	Andres Palacio Villegas	CRA 167 - 175	280 06 31	Vacunación Higiene oral Promoción en salud
					Rehabilitación oral Odontología general Radiología odontológica
					Periodoncia Ortodoncia Odontopediatria
					Planificación familiar Medicina general Enfermería
					Endodoncia Toma de muestras de laboratorio y citología
Promotora médica y odontológica S.A.	Nivel I	Wilfer Santiago Giraldo	CL 7 18-72	289 00 02	Enfermería
					Promoción en salud Radiología odontológica
					Odontología general Psicología Higiene oral
					Medicina general Planificación familiar Nutrición y dietética
Cooperativa de profesionales de la salud Prosalco IPS	Nivel I	Rafael Lenis	CRA 18 9 -90	289 54 27	Toma de muestras de Lab. clínico Enfermería
					Promoción en salud
					Planificación familiar Radiología odontológica
					Odontología general Medicina general Citologías cervicouterinas
ESE Hospital San Rafael Girardota	Nivel I	Margarita Maria Escudero	CRA 16 11-01	405 24 40	Promoción en salud Todos los servicios de primer nivel de atención Urgencias y hospitalización

CIS Comfama Girardota	Nivel I	Jorge Andrés Uribe	CRA 18 54-65	289 53 88	Cirugía General Dermatología Enfermería Ginecoobstetricia Medicina General Medicina interna Nutrición y dietética Odontología general Pediatría Psicología Consulta prioritaria Transporte asistencial básico Toma de radiologías odontológicas Sala procedimientos menores Vacunación Planificación familiar Promoción en salud
-----------------------	---------	--------------------	--------------	-----------	--

Cuadro N°5. Red de consultorios odontológicos y laboratorios clínicos habilitados en el Municipio de Girardota

Nombre	Dirección	Teléfono	Especialidades	Recurso humano	Total
Centro de Ortodoncia Antioquia	CRA 16 No 7-29	2894649	Ortodoncia	Ortodoncistas Auxiliar Administrativa Técnica en Salud Oral	2 1 1
Consultorio odontológico	CL 6 No.17-41 (01)	2894649	Odontología general	Higienista dental	1
Odonto Estética	CL 16 No.7-96	2800259	Odontología general Radiología odontológica	Auxiliar odontológica	1
Gabriel Jaime Vega	CL 16 No.7-14 Local 305	2894706	Odontología general Radiología odontológica	Auxiliar odontológica	1
Gloria Jaramillo	CRA 16 No.17-10	2897234	Odontología general Radiología odontológica		

Martha Álvarez	CRA 12B No.5B-83	2893119 3004251960	Odontología general	Auxiliar odontológica	1
Consultorio odontológico	CLL 7 No.17-04	2894988 2800047	Ortodoncia Radiología odontológica Odontología general Endodoncia (En trámite) Odontopediatría (En trámite habitación)	Ortodoncista Auxiliar Odontólogo Gral Odontopediatra	2 1 1 1
Laboratoria clínico Echavarría	CRA 18 No.54-56	2805388	Toma de muestras de laboratorio Toma de muestras de citología	Bacterióloga	2
Seguridad integral Girar- dota,Laboratorio clínico	CRA 16 No.5A-65	2892443	Laboratorio clínico Toma de muestras de citología	Bacterióloga Auxiliar	1 1

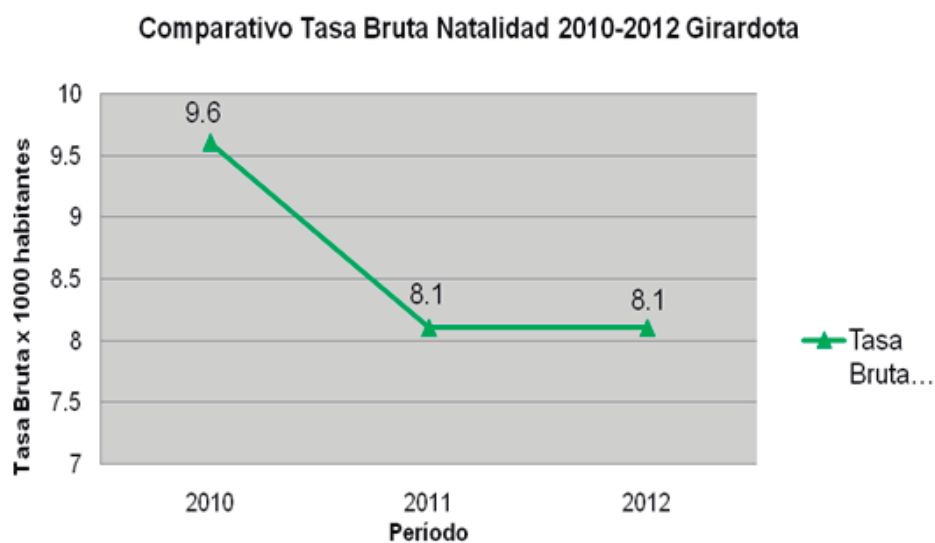
Cuadro N°6. Red de consultorios médicos particulares habilitados en el Municipio de Girardota

Nombre o razón social	Nombre del profesional	Dirección	Teléfono	Servicios habilitados
Consultorio médico	Dr. Juan Guillermo Moreno	CRA 18 No 5A-40	280 06 31 3166018732	Consulta externa ambulatoria
Consultorio médico	Dr. Guillermo Zuleta	CRA 6 No 17-41	289 00 40 3166018732	Medicina general Medicina alternativa
Consultorio médico	Dr. Nicolás Aristizábal	CRA 16 No 5A-65	289 24 43	Medicina general
Consultorio médico	Dr. César Henao	CRA 16 No 10-20	289 70 09	Consulta médica general Fonoaudiología Fisioterapia

Dentro del diagnóstico de la situación de salud del Municipio de Girardota "ASIS", es importante mencionar las cifras y los indicadores demográficos trazadores que miden la calidad de vida de la población y las condiciones de salud: Natalidad, Morbilidad y Mortalidad.

5.1.5.1. NATALIDAD

En cuanto a natalidad el Municipio pondera una tasa de 9.6 nacidos vivos por cada mil habitantes para el año 2010 y de 8.1 para el 2012, la tasa de natalidad disminuyó de un año a otro, por múltiples factores como el tema de los programas de planificación familiar y el aumento de los mortinatos involuntarios en los últimos años, además de otros factores culturales que han influido en la disminución de la natalidad en nuestra localidad.



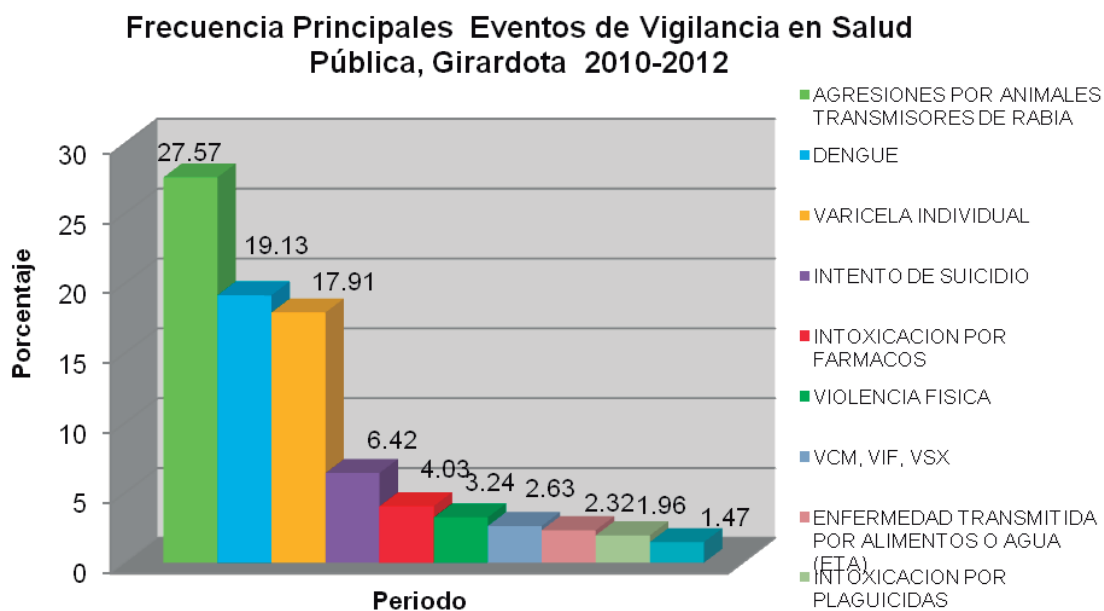
5.1.5.2. MORBILIDAD

Morbilidad por eventos de interés en Salud Pública

Se observa que dentro de los principales eventos de interés en salud pública el que prevalece es el dengue en el Municipio, fenómeno que se presenta por temporadas y con un comportamiento muy similar al del Departamento de Antioquia. Otro de los causales de morbilidad más prevalentes y notorios es la varicela, desafortunadamente la vacuna no está incluida dentro del esquema PAI contra este tipo de virus circulantes, siendo la más afectada la población infantil.

La prevalencia de los accidentes provocados por animales potencialmente transmisores del virus de la rabia es otro tema preocupante, aunque la notificación de estos eventos es alta por parte de las UPGD, en el año 2013 no se ha reportado ningún caso confirmado del virus de la rabia tanto en animales como en humanos, y a nivel del Departamento, desde hace varios años no se reporta ningún caso de virus de rabia confirmado en humanos.

Es importante mencionar que algunos casos aislados de enfermedades y patologías de tipo tropical han sido generalmente traídos o importados de otras zonas como el Urabá Antioqueño y otras zonas tropicales (malaria-leishmaniasis). Por otra parte, preocupa el tema de la salud mental, intentos de suicidio, violencia contra la mujer y violencia intrafamiliar por su alta tasa de incidencia en Girardota, resaltando que somos uno de los Municipios del Valle de Aburrá con las tasas de intentos de suicidio en jóvenes más alta.



Morbilidad general

Con relación al perfil de morbilidad del Municipio proveniente de la consulta externa, se observa que el mayor porcentaje de consultas se concentra en la población urbana, en las mujeres y en el grupo de edad de 15 a 44 años según los RIPS.

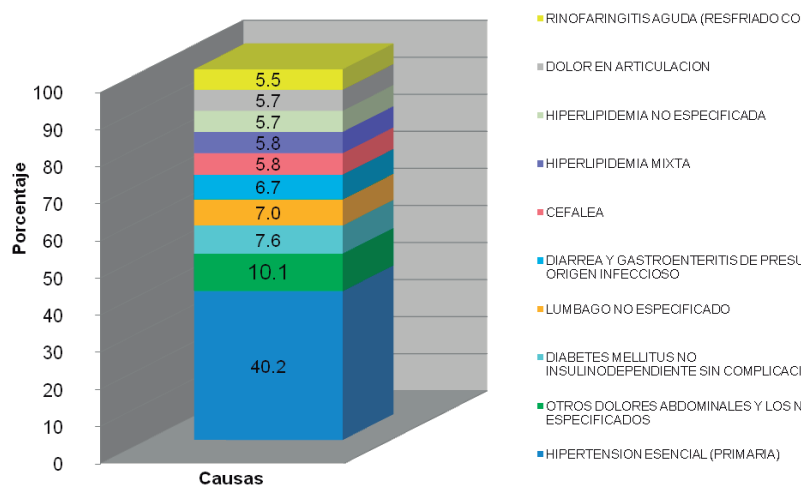
Se observa que el número de atenciones en consulta externa para los años 2010-2012 fue de 208.648, siendo los motivos de consulta más frecuentes la Hipertensión con 83.776 atenciones, representando el 40.2%, otros dolores abdominales con 21.034 atenciones, representando el 10.1% y Diabetes Mellitus Insulinodependiente con 15.906 atenciones, representando el 7.6% y los motivos de consulta menos frecuentes fueron la Hiperlipidemia con 11.897 atenciones, representando el 5.7%, Dolor en Articulación con 11.821 atenciones, representando el 5.7% y Rinofaringitis (Resfriado común) con 11.531 atenciones, representando el 5.5%.

Para los servicios de hospitalización en los años 2010-2012 se puede ver un total de 833 hospitalizaciones de los cuales los más demandados fueron las enfermedades respiratorias en general con 342 hospitalizaciones representando el 41.1%, Partos Espontáneos con 204 hospitalizaciones representando el 24.5%, Infección de Vías Urinarias con 150 atenciones representando el 18%, y las causas menos frecuentes de hospitalización fueron la celulitis en general con 80 hospitalizaciones representando el 9.6% y la Osteoartrosis con 57 hospitalizaciones representando el 6.8%.

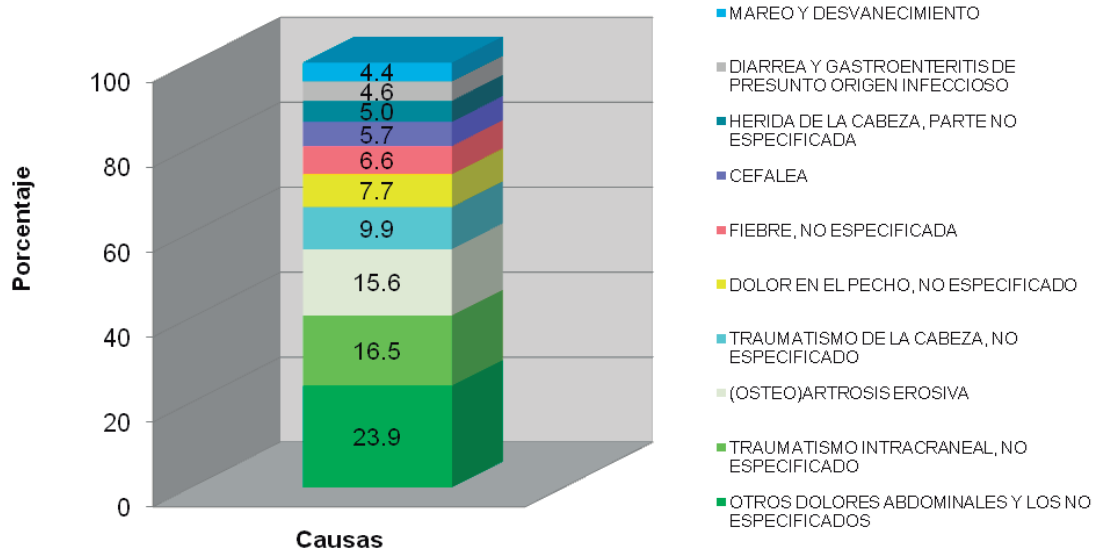
En los servicios de urgencias para los años 2010-2012 se puede evidenciar un total de 544 urgencias atendidas de las cuales las más presentadas fueron las causas externas por accidentes como traumatismos y heridas en la cabeza con 171 urgencias atendidas representando el 31.4%, otros dolores abdominales con 130 urgencias atendidas representando el 23.9% y la Osteoartrosis con 90 urgencias atendidas representando el 16.5% y las urgencias menos frecuentes fueron cefalea con 31 urgencias atendidas representando el 5.7%, diarrea y gastroenteritis con 25 urgencias atendidas representando el 4.6%, mareo y desvanecimiento con 24 urgencias atendidas representando el 4.4%.

En general el comportamiento de la morbilidad en Girardota es muy similar al perfil de morbilidad del Valle de Aburrá y del Departamento.

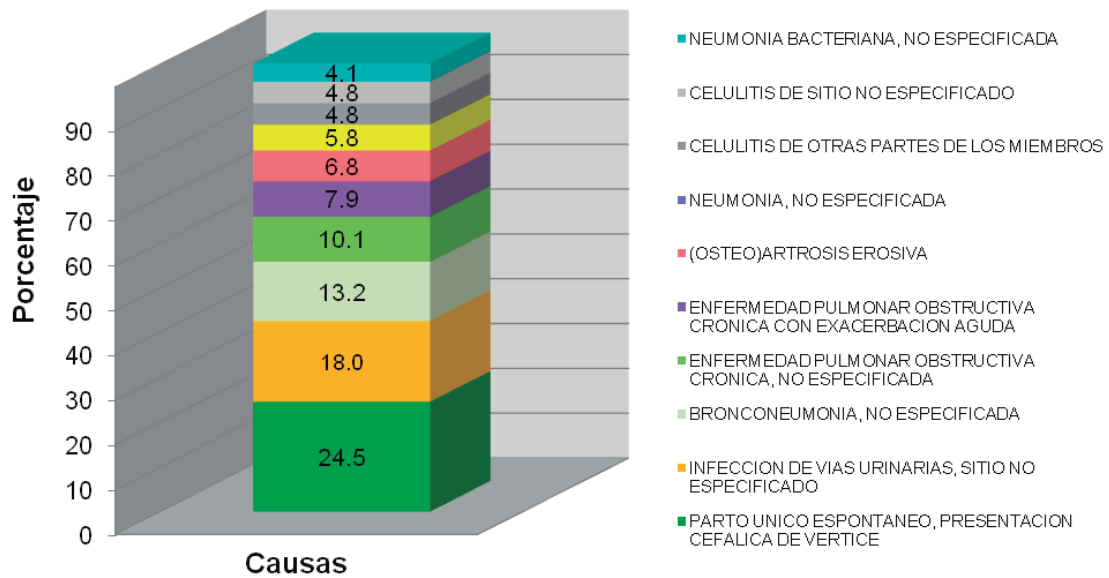
Primeras 10 Causas de Atención por Consulta Externa Consolidado 2010-2012 Girardota.



Primeras 10 Causas de Atención por Urgencias Consolidado 2010-2012 Girardota



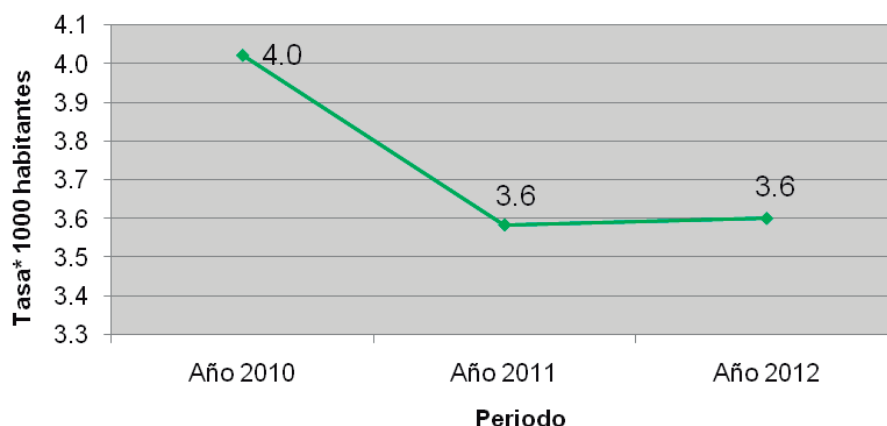
Primeras 10 Causas de Atención por Hospitalización Consolidado 2010-2012 Girardota



5.1.5.3. Mortalidad

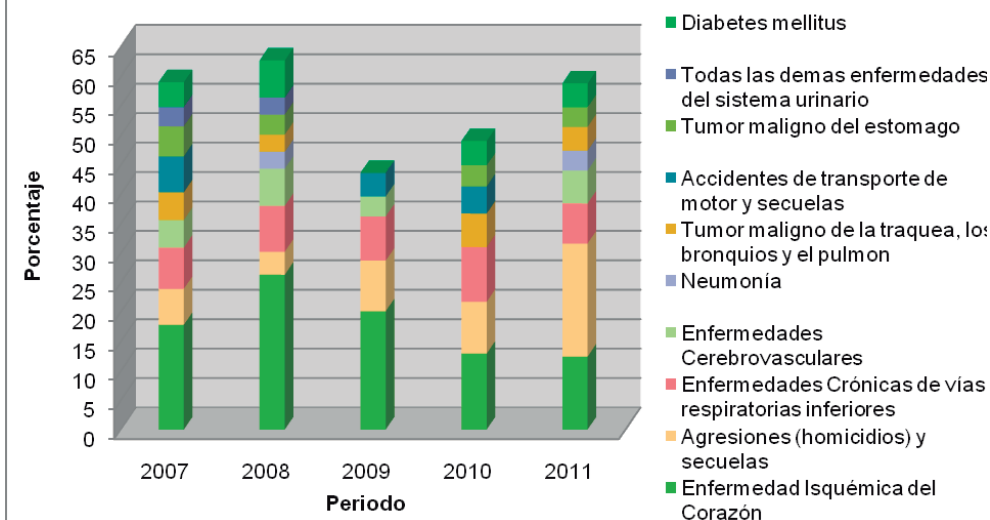
Para el año 2010, la TGM se mantuvo en el Municipio en 4 por cada mil habitantes, en los años 2011 y 2012 presentó una leve disminución y se sostuvo pero se cree que para el periodo 2013 esta tasa aumente por diversos determinantes y causales de morbi-mortalidad.

Tasa General de Mortalidad, Girardota 2010-2012

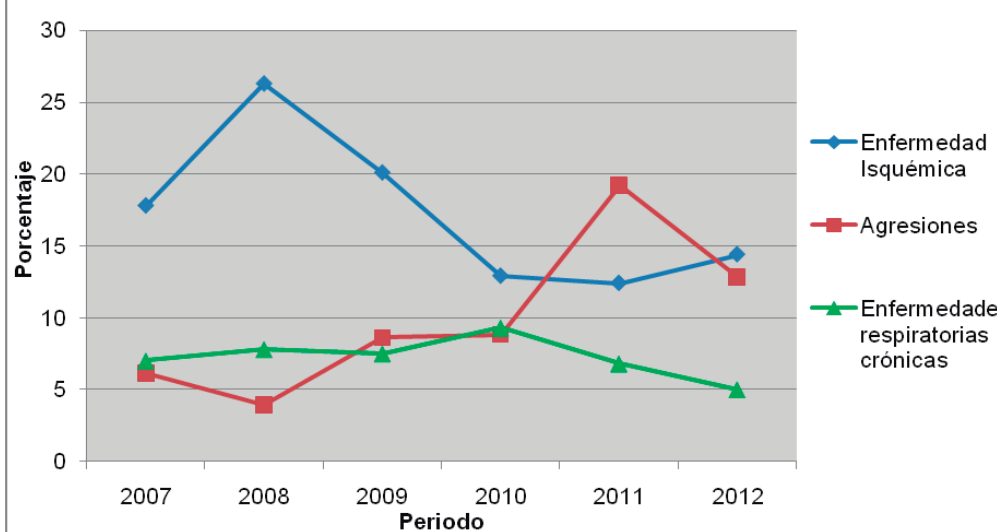


Grupos de edad	Total muertes año 2010	Proyección población según edad	Tasa mortalidad x 1000 hab	Total muertes año 2011	Proyección población según edad	Tasa mortalidad x 1000 hab	Total muertes año 2012	Proyección población según edad	Tasa mortalidad x 1000 hab
< 1 Año	4	871	4.6	3	875	3.4	3	884	3.4
1-4	0	3512	0.0	0	3550	0.0	4	3589	1.1
5-9	2	4447	0.4	0	4504	0.0	0	4555	0.0
10-14	1	4529	0.2	0	4565	0.0	2	4611	0.4
15-19	2	4749	0.4	2	4819	0.4	3	4870	0.6
20-24	6	4613	1.3	4	4721	0.8	9	4840	1.9
25-29	4	4497	0.9	16	4582	3.5	2	4663	0.4
30-34	5	4030	1.2	8	4156	1.9	12	4275	2.8
35-39	2	3366	0.6	6	3461	1.7	3	3579	0.8
40-44	3	3043	1.0	2	3102	0.6	6	3149	1.9
45-49	7	2547	2.7	5	2643	1.9	7	2743	2.6
50-54	5	2130	2.3	12	2216	5.4	5	2298	2.2
55-59	15	1728	8.7	8	1828	4.4	6	1924	3.1
60-64	17	1263	13.5	15	1358	11.0	10	1460	6.8
65-69	19	940	20.2	14	985	14.2	15	1038	14.5
70-74	22	783	28.1	19	802	23.7	10	817	12.2
75-79	21	570	36.8	15	602	24.9	20	630	31.7
->80	58	608	95.4	48	629	76.3	63	658	95.7
Sin dato	1	0	0.0	0		0.0	0	0	0
TOTAL	194	48226	4.0	177	49398	3.6	180	50583	3.6

Distribución Porcentual Acumulada de las Principales Causas De Mortalidad, Girardota. 2007-2011



Comportamiento Distribución Porcentual 3 Principales Causas de Mortalidad en Girardota, 2007-2012



En la grafica anterior se observa como la enfermedad isquémica y los problemas de tipo cardiovascular son la principal causa de muerte en el municipio, seguido de las lesiones y agresiones externas tipo homicidios, este tema es preocupante aunque no somos ajenos al comportamiento general de las causales de mortalidad del Departamento y el país, donde el fenómeno es muy similar.

6. MARCO NORMATIVO DE LA APS

6.1. A NIVEL NACIONAL

En el capítulo 2 de la **Constitución Política de Colombia de 1991**, se hace referencia a los derechos sociales, económicos y culturales, a través del artículo 49 se plantea que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control.

Ley 100 de 1993, a través de la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral que tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.

Resolución 412 de febrero 25 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.

Guías de Detección Temprana: incluyen las alteraciones del desarrollo del menor de 10 años, las alteraciones del joven de 10 a 29 años, las alteraciones del embarazo, las alteraciones visuales y patologías oculares y la prevención de la enfermedad crónica y mantenimiento de la salud en el individuo sano mayor de 45 años, cáncer de seno, cáncer de cuello uterino, y lesiones preneoplásicas del cuello uterino.

Guías de Protección Específica: incluye la guía para la vacunación según el Programa Ampliado de Inmunizaciones, guía para la protección específica de la caries y la enfermedad gingival, guía de atención del parto, guía para la atención del recién nacido y guía para la atención en planificación familiar en hombres y mujeres.

Guías de Atención: comprenden las enfermedades infecciosas como la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, meningitis meningocócica, lepra, malaria, dengue, leishmaniasis, fiebre amarilla y enfermedad de Chagas; enfermedades crónicas: hipertensión arterial, diabetes

Mellitus tipo 1, diabetes Mellitus tipo 2 y complicaciones del embarazo: complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo y complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo.

Resolución 3384 de diciembre de 2000: Por la cual se modifica parcialmente la resolución 412 de febrero de 2000. Establece que las administradoras de los regímenes contributivo y subsidiado deberán diseñar estrategias de prestación de servicios que garanticen el acceso de la población afiliada, con oportunidad y calidad, a las actividades, procedimientos e intervenciones contenidas en las normas técnicas y guías de atención.

Ley 715 de diciembre 21 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.

Ley 1122 de enero 9 de 2007: Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones (modifica la Ley 100 de 1993), el artículo 32 hace referencia a la salud pública, el artículo 33 al Plan Nacional de Salud Pública, en el literal i) se plantean los modelos de atención tales como: salud familiar y comunitaria, atención primaria y atención domiciliaria.

Ley 1438 del 19 de enero de 2011: Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud 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.

6.2. A NIVEL LOCAL

En cuanto al aseguramiento en salud, Girardota cuenta con un 90.0% de cobertura para el periodo 2013, siendo el régimen contributivo quien representa la mayor cobertura de población asegurada en el Municipio durante el último año, seguido del régimen subsidiado y la población oobre no asegurada. Entre los grandes retos de la administración municipal y la garantía de derechos al acceso de los servicios de salud, es asegurar a toda la población potencial a afiliarse en algún régimen de salud y garantizar coberturas universales de hasta el 100%.

Cuadro N° 7. Coberturas de Aseguramiento en salud a 2013

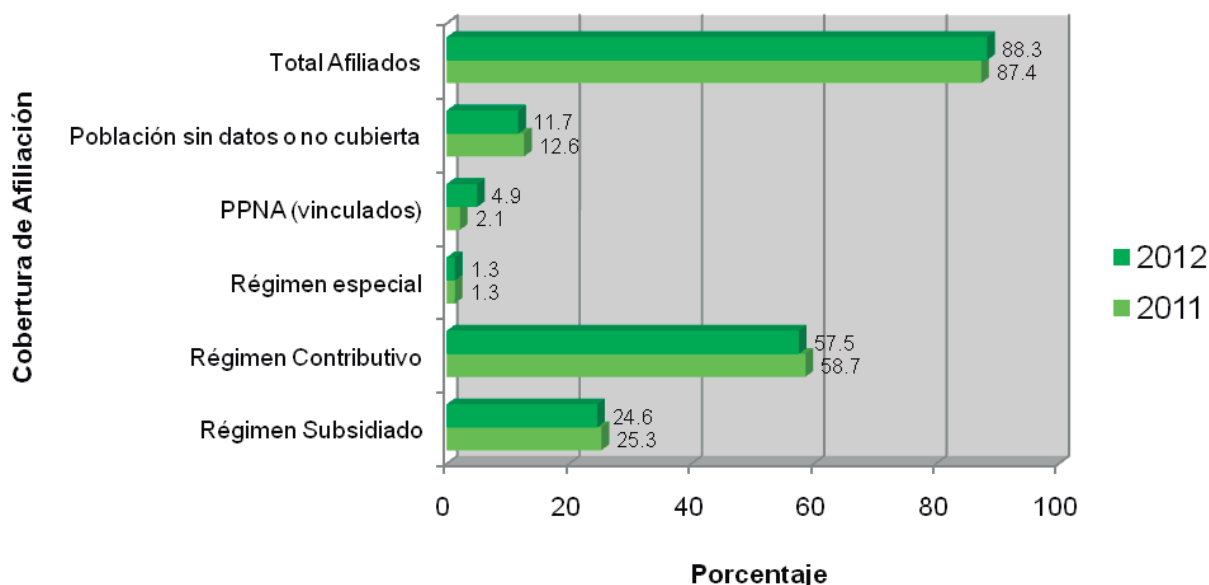
COBERTURA EN SALUD A NOVIEMBRE DE 2013					
INFORMACIÓN SECRETARÍA DE SALUD, PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y PROTECCIÓN SOCIAL					
Regimen subsidiado nivel I y II	Activos	Cupos de afiliación	No. de personas nivel I y II SISBEN	Regimen contributivo	
Savia Salud	12617		1012	Magisterio	600
				Policía y otros	
CAPRECOM	34			Contributivo	31000
TOTAL AFILIADOS	12651			Total afiliados	31600
Población no cubierta o sin datos					
Salud frente a población total		Total población DANE		51782	90%

Fuente: Oficina de Aseguramiento - Secretaría de Salud del Municipio

Al realizar un comparativo de las coberturas de afiliación en seguridad social de vigencias anteriores (2011-2012), se evidencia un incremento de cobertura en salud y en la población potencial identificada entre un periodo y otro, esto se debe a múltiples factores y diversas estrategias que aumentaron la identificación de la población.

Las siguientes son las coberturas comparativas de aseguramiento en salud entre los años 2011-2012 en el municipio de Girardota:

Comparativo Porcentual Cobertura de Afiliación en Seguridad Social en Salud 2011-2012



De lo anterior se puede evidenciar como uno de los componentes estratégicos del PDM es “Mejorar la situación de salud de los girardotanos mediante el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la intervención directa de las problemáticas de salud pública y cobertura en el Municipio, a través del ciclo vital y enfoque diferencial.” p. 145

Del anterior componente se desprende el Programa Girardota Saludable, el cual tiene como objetivo “mejorar la cobertura e impacto de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para la adopción de hábitos de vida saludable en la comunidad, a través del ciclo vital y enfoque diferencial” p. 146.

Es importante mencionar que la Estrategia de Atención Primaria en Salud es considerada como uno de los componentes significativos del Subprograma de Política Pública del Programa Girardota Saludable, en este se conciben 3 acciones centrales entre las que se encuentra: “Formular e implementar el Plan de Intervenciones Colectivas a partir del diagnóstico de la situación de salud en el Municipio, definiendo como estrategia central el “Programa Atención Primaria en Salud”, a través del ciclo vital y enfoque diferencial”. p. 146

Igualmente en el subprograma de Promoción y Prevención se hace alusión a la necesidad de articular este con la estrategia de APS, “Articular el Programa Atención Primaria en Salud a la estrategia de protección integral a la familia y los grupos poblacionales vulnerables, niñez, infancia, adolescencia, juventud, adulto mayor, población en situación de discapacidad, víctimas de la violencia y Desplazamiento y Mujer”. p. 147

7. ESTRATEGIA DE APS EN EL MUNICIPIO

7.1. DEFINICIÓN DE APS SEGÚN EL CONTEXTO DEL MUNICIPIO

La Atención Primaria en Salud Renovada debe ser reconocida y entendida como el eje fundamental para la reforma de los sistemas de salud; pero el concepto de renovación debe trascender a lo político, lo económico, lo histórico, lo social (familia - comunidad), lo cultural, lo ambiental; en donde la Atención Primaria en Salud pueda ser asumida como una herramienta articuladora entre lo intersectorial y lo interdisciplinario; para el diseño y la implementación de programas, proyectos, servicios, acciones, de acuerdo al ciclo vital del ser humano, en la búsqueda del mejoramiento de las condiciones de salud y de la calidad de vida de los individuos y colectivos.

En síntesis, se plantea la necesidad de un modelo de Atención primaria en Salud con una metodología de corresponsabilidad más operativa y dinamizadora, encaminada a lograr la participación y el empoderamiento de las familias y las comunidades, en donde la información, la comunicación y la educación para la salud son herramientas fundamentales.

7.2. OBJETIVOS

7.2.1. OBJETIVO GENERAL

Implementar un modelo de Atención Primaria en Salud, con enfoque de riesgo familiar y de participación comunitaria, para promover el desarrollo humano; dirigido a las familias y a la población en general de las veredas del Municipio de Girardota, con miras al mejoramiento de las condiciones de salud y de la calidad de vida.

7.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

7.2.2.1. PROMOCIÓN DE LA SALUD

- Desde un enfoque diferencial y según el ciclo vital del ser humano.
- Facilitar el acceso a los programas de Promoción y prevención en las diversas IPS del Municipio.

- Educar para crear comportamientos que permitan fomentar y conservar la salud individual y colectiva.

7.2.2.2. PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

- Estudiar la incidencia de variables socioeconómicas y culturales en la etiología, distribución y el desarrollo de los problemas de salud.
- Estudiar el nivel de aprovechamiento por parte de los usuarios de los servicios de salud, programas y expectativas frente a ellos.
- Elaborar el diagnóstico de la situación de salud de las familias y de la población de cada vereda; con el fin de formular planes y proyectos comunitarios a través de la participación intersectorial e interinstitucional, orientados al cuidado de las familias.

7.2.2.3. RECUPERACIÓN DE LA SALUD

- Acompañar y orientar a las familias y a las personas para que sean promotores de la recuperación de su salud.
- Estimular a que toda persona enferma pueda utilizar al máximo todas sus potencialidades en el proceso de recuperación de su salud.
- Diseñar e implementar planes de acción familiar de acuerdo a los factores protectores y de riesgo encontrados.

7.2.2.4. EDUCACIÓN PARA LA SALUD

- Fomentar la creación de entornos y ambientes saludables en las familias, a través de acciones de autocuidado.
- Promover una cultura de la salud, a través de estrategias como la información, la educación y la comunicación, orientadas al fomento de los factores protectores y a la intervención de los factores de riesgo que influyen en la salud y el bienestar de las familias.
- Potenciar en las familias la participación y el empoderamiento para la búsqueda de herramientas y estrategias que permitan la resolución de sus problemas.
- Orientar y capacitar a las personas y a las familias sobre el uso de recursos institucionales y/o comunitarios que puedan contribuir a su bienestar y a mejorar su calidad de vida.
- Apoyar y brindar acompañamiento en la conformación de los comités de salud de cada vereda, como un componente fundamental de las Juntas de Acción Comunal.

- Promover la transformación de actitudes y aptitudes frente a la vida y el desarrollo de habilidades para vivir y convivir en sociedad, a través de la estrategia Escuelas Saludables.

7.3. REFERENTES CONCEPTUALES DE APS

La estrategia de APS, en el Municipio de Girardota, al adoptar los Lineamientos de la Dirección Sección de alud de Antioquia - DSSA, se lleva a cabo teniendo en cuenta como referencia los siguientes conceptos:

7.3.1. DESARROLLO HUMANO INTEGRAL E INTEGRADO (NECESIDADES Y SATISFACTORES, CAPACIDADES Y POTENCIALIDADES, SUJETOS DE DERECHO)

Según el PNUD, el desarrollo humano es mucho más que el crecimiento o caída de los ingresos de una nación. Busca 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. 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 – uno de los más importantes – para expandir las opciones de la gente.

Para ampliar estas opciones es fundamental construir capacidades humanas. Las capacidades más básicas para el desarrollo humano son: llevar una vida larga y saludable, tener acceso a los recursos que permitan a las personas vivir dignamente y tener la posibilidad de participar en las decisiones que afectan a su comunidad. Sin estas capacidades muchas de las opciones simplemente no existen y muchas oportunidades son inaccesibles.

Por esta razón, las personas son el centro del desarrollo, ya que solo ellas pueden construir las condiciones para que el desarrollo humano de todos y todas sea posible. Es por esto que en el Municipio de Girardota, con la APSR se busca proporcionar herramientas que permitan lograr el empoderamiento de las personas y las familias a través de la estrategia Información – Educación y Comunicación en Salud, para que sean actores activos que promuevan el desarrollo del Municipio.

Por otra parte, es importante resaltar que el concepto de desarrollo humano está articulado al concepto de derechos humanos, en donde la meta es la libertad humana, es decir, las personas deben ser libres para tomar las decisiones que afecten de manera positiva tanto la salud y el bienestar individual como colectivo.

El desarrollo humano y los derechos humanos se refuerzan mutuamente, ayudando afianzar el bienestar y la dignidad de todas las personas, construyendo el respeto por sí mismos y el respeto por los demás.

Como dice Max Neef (CAPAUR, 1996) Las necesidades manifiestan el ser de las personas, si se presentan como carencia (falta de algo) y a la vez como potencialidad en la medida que motiven y movilicen a las personas. De acuerdo con esto, se dice entonces que las necesidades se deben vivir y realizar de manera constante y actualizada; teniendo en cuenta si el medio en el que interactúan los individuos o grupos, posibilitan o reprimen las posibilidades para lograr tal fin. El aspecto subjetivo y objetivo del individuo tiene que ver con la forma como se expresan las necesidades a través de los satisfactores; la cual cambia constantemente en el transcurso de la historia en donde influye la cultura, los referentes sociales, las estrategias de vida, las condiciones económicas y las relaciones con el medio ambiente.

Los satisfactores se refieren a todo aquello que contribuye a la realización de las necesidades humanas, manifestados en el ser, tener, hacer y estar, a nivel individual y colectivo. Un mismo satisfactor puede realizar diferentes necesidades en culturas diferentes, o vivirse de manera diferente por las mismas necesidades en contextos diferentes; esto último depende en parte de los medios que el medio crea, de cómo los crea y de cómo organiza el consumo de los mismos.

Con respecto a los satisfactores, éstos se deben organizar dentro de una matriz, a través de la clasificación de las necesidades según las categorías existenciales de ser, tener, hacer y estar, y según las categorías axiológicas de subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad. Pero, teniendo en cuenta que los satisfactores de éstas necesidades dependen de la cultura, el tiempo, el lugar o las circunstancias, de las limitaciones o aspiraciones individuales o colectivas. Además, de que los satisfactores posibles para la realización de cada necesidad deben dar origen a diferentes bienes económicos.

La interrelación que se establece entre necesidades, satisfactores y bienes se da en la medida que los bienes potencien los satisfactores para la realización y vivencia subjetiva de las necesidades de manera coherente, sana y plena; pero en esta relación se deben considerar las prácticas sociales, las formas de organización, los modelos políticos y los valores, ya que todo esto influye en las formas de expresión de las necesidades. Las necesidades humanas fundamentales son atributo y se relacionan con la evolución; los satisfactores son formas de ser, tener, hacer y estar que se relacionan con estructuras; los bienes económicos son objetos que se relacionan con las circunstancias.

Actualmente, se reconoce universalmente nueve necesidades humanas fundamentales: subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad; las cuales tienen una trayectoria única ya que cambian según la evolución de la especie. Los satisfactores tienen una doble trayectoria, ya que se modifican según los cambios de la historia y varían de acuerdo a las culturas y a las circunstancias. Los bienes económicos tienen una triple trayectoria, ya que se modifican de acuerdo a las circunstancias, las culturas y dentro de éstas de acuerdo a los diferentes estratos sociales. Todos estos cambios evolutivos, estructurales y circunstanciales se presentan a un ritmo diferente.

La diferencia que se establece entre satisfactor y bienes es que, mientras el satisfactor es la forma por el cual se manifiesta una necesidad; los bienes son el medio por el cual el individuo potencia los satisfactores para vivir y realizar sus necesidades.

7.3.2. CONCEPTO DE SALUD

El concepto de salud está estrechamente relacionado con el concepto de calidad de vida. De acuerdo con la OMS, “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (OMS, 1958). La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Según la OPS, la salud es un estado diferencial de los individuos en relación con el medio ambiente que los rodea. En otras palabras, un individuo con capacidades diferentes, puede encontrar un equilibrio entre su capacidad y el desarrollo de actividades, y lograr una adaptación al medio ambiente en que vive.

En conclusión, la salud es un estado de completo bienestar o equilibrio, entre los factores físicos, psicológicos (mentales), sociales y medioambientales; y debe ser reconocida como uno de los elementos fundamentales que aportan para que las personas tengan calidad de vida.

7.3.3. CICLO VITAL HUMANO

Según Cardona (2005) es el proceso de la existencia, desarrollo y trayectoria del ser humano que integra los hechos vitales de la vida, la salud, la enfermedad y la muerte; teniendo en cuenta el ciclo vital con sus diferentes etapas (nacimiento, adolescencia, juventud, adultez y vejez).

7.3.4. PROMOCIÓN DE LA SALUD

Tomando como referencia el trabajo realizado por Machado (2006), la promoción de salud se puede entender como el conjunto de las actividades que las distintas personas e instituciones realizan cada día para lograr que la vida sea posible y existan elevadas condiciones de vida. Promover la salud es sacarla del ámbito hospitalario y asistencial, para contextualizarla en los espacios en los que acontece la vida.

La promoción de salud se lleva a cabo básicamente mediante la educación para la salud, que representa “una acción ejercida sobre los individuos para llevarles a modificar sus comportamientos, a fin de que adquieran y conserven hábitos de salud sanos, aprendan a usar juiciosamente los servicios de salud que tienen a su disposición y estén capacitados para tomar, individual o colectivamente, las decisiones que implica la mejora de su estado de salud y el saneamiento del medio en que viven (OMS, 1969).

En otras palabras, la promoción de la salud implica la instauración y mantenimiento de comportamientos no sólo saludables, sino potenciadores de las capacidades funcionales, físicas, psicológicas y sociales de la persona.

- Estrategias de promoción de la salud

- **La educación:** se entiende como el conjunto de procesos de apropiación de bienes culturales y sociales que permiten a los sujetos enfrentar y resolver creativamente los retos de su cotidianidad y de su historicidad, la educación dota a cada sujeto y a la sociedad de instrumentos para entender, transformar y utilizar los conocimientos y recursos disponibles al servicio de la satisfacción de las necesidades y solución de los problemas y conflictos.

- **Participación ciudadana:** Parte de sujetos conscientes, que saben sus derechos y deberes. Es una participación inteligente, organizada, con poder y creativa. Fortalece la identidad individual y colectiva, eleva las metas de la acción social y propicia mecanismos de interacción.

- **La concertación:** Acuerdo de intereses y poderes diferentes en función del logro de determinadas metas y objetivos. Es un mecanismo de reconocimiento y búsqueda de solución de conflictos.

- **La comunicación:** Como mediadora, como proceso que facilita el intercambio de información, el mecanismo de compartir representaciones, cultura y experiencias diferentes. Una comunicación activa de doble flujo. Como medio o instrumento para identificar y propiciar mejores condiciones de vida; para reconocer y divulgar condiciones de inequidad y negación de derechos; para motivar y sustentar decisiones saludables; para interconectar procesos de participación ciudadana.

- Educación para la Salud

La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad. (Concepto OMS, 1998).

Los programas de educación para la salud que pueden dar mejores resultados son aquellos que tienen intervenciones en todos los niveles y que además se realizan de manera interinstitucional e interdisciplinaria. Los niveles (Redondo) a los que se hace referencia son:

- Educación Masiva

- **Descripción:** Intervención en salud utilizada cuando es necesario cambiar conductas o actitudes muy arraigadas en la población.

- **Objetivo:** Poner en práctica formas de educación dirigidas a fomentar la salud pública de un área específica, en este caso del Municipio.

- **Ámbito de acción:** Población General.
 - **Recursos Educativos:** Folletos, carteles, afiches. Se pueden utilizar medios de comunicación como la radio, la televisión, la prensa, entre otros.
- Educación Grupal:
 - **Descripción:** Intervenciones dirigidas a grupos homogéneos de personas para abordar determinado problema de salud o aspectos de su salud.
 - **Objetivo:** Informar, motivar, intercambiar conocimientos e inducir conductas y actitudes de un determinado grupo poblacional con relación a su salud.
 - **Ámbito de acción:** Centros educativos, comunidad, lugares de trabajo, escenario familiar y grupos organizados (de la tercera edad, escuela de padres).
 - **Recursos educativos:** Desarrollo de actividades como talleres, conferencias, cursos.
 - Educación Individual:
 - **Descripción:** Intervenciones dirigidas a individuos para abordar un problema de salud determinado o aspectos de su salud.
 - **Objetivo:** Informar, motivar, intercambiar conocimientos e inducir conductas y actitudes en los individuos con relación a su salud.
 - **Ámbito de acción:** Escenario familiar, servicios de salud (consulta externa, vacunación, hospitalización o internación, urgencias, entre otros).
 - **Actividades Educativas:** Conversación. Se utilizan técnicas educativas de apoyo como: carteles, volantes, rotafolios.

7.4. RECTORÍA - PLANEACIÓN

Después de realizar una lectura del Plan de Desarrollo Municipal 2012 – 2015 se puede concluir que se tienen priorizadas ciertas líneas estratégicas que se desarrollarán en el Municipio por medio del modelo de APS. En cuanto al Plan de Salud Municipal dentro de las orientaciones estratégicas también está contemplada la estrategia de APS.

7.4.1. INCLUSIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL 2012 - 2015 Y EL PLAN MUNICIPAL DE SALUD CON LA ESTRATEGIA APS:

Fines del Plan Municipal de Salud

1. Cero tolerancia con la mortalidad y la discapacidad evitable.
2. Avanzar significativamente en el goce efectivo del derecho a la salud.
3. Afectar los determinantes sociales de la salud.
4. Alcanzar mayor equidad en salud (disminución de brechas evitables en salud pública).
5. Mitigar los impactos de la carga de enfermedad sobre los años de vida saludables.
6. Consolidar capacidades sociales e institucionales para lograr mejores condiciones de salud individual y colectiva.

Orientaciones Estratégicas del Plan

- Atención Primaria en Salud (APS).
- Participación social.
- Redes intersectoriales a favor de la salud pública.

Enfoques Priorizados

- Enfoque de ciclo de vida.
- Enfoque de género.
- Otros: población discapacitada, en condición de asilo, carcelaria y pobre y vulnerable.
- Enfoque de determinantes sociales de la salud: Educación, empleo, condiciones de padres y madres cabeza de familia.

7.5. ESTRUCTURA PARA EL FUNCIONAMIENTO

FUNCIONES Y ACTIVIDADES PARA CADA INTEGRANTE DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO E INTERSECTORIAL DE LAS BRIGADAS DE APS

Cuadro N°8: Equipo Interdisciplinario

DEPENDENCIA	FUNCIONES Y ACTIVIDADES
Enfermera y promotores de vida de APS	Coordinación y programación de las Brigadas de APS
Comité de salud de cada vereda	Apoyo y acompañamiento a la Enfermera en la organización de la jornada de APS
Médico y auxiliar de enfermería	Desarrollar todas las actividades de detección temprana y protección específica contenidas en la Resolución 412 de 2000
Higienista oral	* Desarrollar las actividades de detección temprana y protección específica contenidas en la Resolución 412 de 2000 *Brindar educación y capacitación sobre salud oral a las familias y a la comunidad en general
Vacunadora	Completar los esquemas de vacunación de la población susceptible menor de cinco años, mujeres en edad fértil y adultos mayores
Representante de la Secretaría de Salud y Protección Social	Garantizar la participación activa de cada una de las dependencias adscritas a la secretaría, en las Brigadas de APS
Vigilancia epidemiológica	Brindar apoyo y acompañamiento en el análisis de la situación de salud de las familias y las comunidades.
Nutricionista	*Elaborar estrategias pertinentes para los problemas de mal nutrición. *Fortalecer adecuados hábitos de alimentación y valorar el estado nutricional de la población infantil * Realizar las remisiones correspondientes para cada programa de alimentación complementaria que se tenga establecido en el municipio.

Programa de salud mental / psicología	*Desarrollar estrategias que permitan dar solución a los problemas e intervención a los factores de riesgo identificados en la salud mental de los individuos y las comunidades. *Fortalecer los factores protectores de los individuos y las comunidades.
Oficina del SISBEN	Identificar la población vulnerable no asegurada, de acuerdo al plan de beneficios
Aseguramiento en salud	Brindar solución a los problemas de aseguramiento de la población y utilizar mecanismos de Información Educación y Comunicación que generen una buena cultura y manejo del sistema de salud
Saneamiento básico	Diseñar e implementar estrategias de intervención para los problemas de consumo de agua no potable, manejo de basuras, excretas, convivencia con animales domésticos
Programa de discapacidad	Realizar intervenciones de educación y orientación a las personas en condición de discapacidad y a sus familias
Red Unidos, Familias en Acción, Mana	Participar en la convocatoria para las jornadas y garantizarán la participación de sus familias y comunidad a su cargo
Infancia, adolescencia y juventud	* Diseñar e implementar capacitaciones y talleres sobre temas que promuevan el bienestar de los niños y niñas, adolescentes y jóvenes * Promover y generar espacios de participación en los programas que se tienen establecidos en el municipio
Gerontología / adulto mayor	*Realizar la captación de adultos mayores para los programas que se estén implementando en el municipio *Promover estilos de vida saludables en la población adulto mayor
Desarrollo comunitario	Brindar capacitación e información a la comunidad sobre la elaboración de proyectos comunitarios teniendo en cuenta las necesidades reales y sentidas de las familias y las comunidades de acuerdo con la normatividad vigente

Equidad de género, mujer y la familia	Realizar actividades que promuevan el bienestar de los individuos y las familias
Representante de la Secretaría de Educación y Cultura	<ul style="list-style-type: none"> *Elaborar e implementar estrategias para mejorar la deserción escolar. *Plantear soluciones a los problemas de analfabetismo *Fomentar la educación, la cultura y la recreación en las familias y comunidades.
Secretaría de Agricultura, desarrollo rural y medio ambiente	<ul style="list-style-type: none"> *Diseñar e implementar estrategias y generar oportunidades de desarrollo en el sector rural. *Promover espacios de participación para la protección del medio ambiente. *Brindar capacitación e información a las familias y a las comunidades en todos los aspectos relacionados con la agricultura, como una alternativa para el mejoramiento de la calidad de vida de las familias y comunidades.
Secretaría de Planeación y desarrollo urbano	Realizar visitas domiciliarias en las viviendas de las familias que son remitidas a la Secretaría por parte de los Promotores de Vida de la estrategia de APS, con el fin de realizar intervenciones de acuerdo a los factores de riesgo y necesidades identificados.
Policía comunitario	Capacitar en seguridad ciudadana a las familias y a las comunidades.
Representante del INDER	<ul style="list-style-type: none"> *Programar y llevar a cabo actividades de recreación para las familias y la comunidad en general, que asisten a las Brigadas de APS *Diseñar e implementar estrategias para promover el deporte y la recreación en la comunidad

Fuente: Elaboración propia

7.6. POBLACIÓN OBJETO

En el año 2012 para la selección de las áreas de cobertura se establecieron los siguientes criterios:

- Se realizaron las visitas familiares en las veredas en donde durante el año 2010 se trabajo con la estrategia de APS, con el fin de intervenir las problemáticas encontradas dando solución con el recurso humano contratado. Las veredas mencionadas son: San Diego, Potrerito, El Socorro, La Loma de los Ochoa, Matica Alta y Baja, Sector la Calle, San Esteban, La Palma y La Meseta.

- También se realizó la selección de las veredas teniendo en cuenta aquellas que se encuentran más alejadas del área urbana; estas son: El Cano, La Calera, El Palmar, El Yarumo y Encenillos. Son veredas que cuentan con transporte público limitado y dificultades para la accesibilidad a los servicios y programas de salud.

Figura N°1: Mapa de veredas del Municipio Girardota



Veredas de Girardota

Cuadro N°9: Número de Habitantes por Vereda

VEREDA	CABEZA DE HOGAR No. DE HABITANTES
1. San Diego	369
2. El Socorro	91
3. Loma de los Ochoa	110
4. La Martica Alta	53
La Martica Alta Baja	88
5. Sector La Calle 1	144
6. San Esteban	296
7. La Palma	223
8. La Meseta	185
9. El Yarumo	95
10. El Cano	60
11. La Calera	29
12. El Palmar	58
13. Encerillos 2	215
14. Potrerito	
TOTAL	2.016

Fuente: Base de datos SISBEN

Según la Base de Datos del Sisben (año 2011) en las 14 veredas seleccionadas se encontraban aproximadamente 2.016 familias.

En el año 2013, para la selección de las áreas de cobertura, los criterios de selección fueron los siguientes:

- Se dio continuidad a la implementación de la estrategia en las 14 veredas seleccionadas en el año 2012, a través de visitas de seguimiento.
- Se seleccionaron las 11 veredas faltantes para realizar la primer visita familiar o de diagnóstico, con el fin de lograr una cobertura del 100% en las 25 veredas del Municipio con la implementación de la estrategia de APS.

Cuadro N° 10. Veredas para la implementación del Modelo APS 2013.

CENTRO OPERATIVO COMUNITARIO	VEREDAS ARTICULADAS	Total Familia según Base de Datos del SISBEN	Total Personas según Base de Datos del SISBEN
ENCENILLOS	1. Encenillos	215	889
	2. El Yarumo	95	334
	3. El Cano	60	292
	4. La Calera	29	141
	5. El Palmar	58	209
SAN DIEGO	6. San Diego	369	1338
	7. La meseta	185	738
	8. Jamundi	412	1732
MANGA ARRIBA	9. Manga Arriba	424	1319
	10. Las Cuchillas	227	813
	11. El Totumo	253	907
	12. Juan Cojo	404	1498
	13. El Barro	244	878
SAN ESTEBAN	14. San Esteban	296	1230
	15. El Paraíso	94	342
	16. Loma de los Ochoa	110	420
	17. La Matica Alta y Baja	53 - 88	201 - 318
	18. La Mata	60	193
	19. La Holanda Alta y Baja	43 - 92	138 - 334
	20. Portachuelos	150	498
SAN ANDRÉS	21. San Andrés Sector la Calle	144	1375 - 537
	22. La Palma	233	859
	23. Mercedes Abrego	127	430
	24. Potrerito	95	331
	25. El Socorro	91	334
	TOTAL	4.641	13.080

Fuente: Base de datos del Sisben – Año 2012

7.7. ÁMBITOS DE ACCIÓN

7.7.1. LA FAMILIA

La familia es el eje central de la estrategia de APS en el Municipio. La familia es considerada como el núcleo de la sociedad, dada que en ella se reproduce las formas, valores y principios de la sociedad en la que se vive y por lo tanto es reproductora del sistema social hegemónico de una época y sociedad determinada. Esta (García, 2013) “trasciende la consanguinidad y se construye en un sentido más amplio, en el que el afecto, la convivencia, las relaciones cotidianas y el compartir y construir una historia vienen a definir quién pertenece o no a un grupo familiar”. P. 81.

7.7.2. EL HOGAR

Es el espacio o escenario en donde se desarrolla cada uno de los integrantes de una familia, en donde comienza los procesos de relación y socialización con otras personas y con el entorno. El término hogar es utilizado por las personas para dar significado al lugar donde viven, el cual les genera a las personas la sensación de seguridad, confort, pertenencia e integración familiar.

Durante las visitas familiares, los promotores de vida generan un diálogo de saberes con las familias; con el fin de reconocer los conocimientos previos que cada persona tengan sobre la salud y todo lo relacionado con ella; para de esta manera brindar educación para la salud de acuerdo a la cultura, al nivel de educación y al ciclo vital en el cual se encuentre cada uno de los integrantes de la familia.

7.7.3. LA ESCUELA

La estrategia de Escuelas Saludables en el Departamento de Antioquia, se concibe como una estrategia de promoción de la salud en el entorno escolar que busca articular acciones de orden inter e intrasectoriales (salud, medio ambiente, educación entre otros) que incidan en el bienestar y la calidad de vida de las Comunidades Educativas y el desarrollo humano y social sostenible, incluyente y territorialmente equilibrado.

La Estrategia Escuelas Saludables reconoce la escuela como portadora de una historia sociocultural, constructora de cotidianidades y forjadora de ambientes saludables. En el campo de la promoción de la salud, esta se constituye como:

- Escenario para la construcción de un sujeto saludable, que reconoce sus derechos, sus deberes, además de los mecanismos de exigibilidad que conlleva a una vida armoniosa y al fomento de la participación social. Es aquella persona que en sus cotidianidades promueve estilos de vida saludable, construye relaciones solidarias con los otros y comprende la diversidad en la construcción de dichas relaciones sociales.

- Espacio para la formación, la información, la educación y la comunicación.
- Promotora de salud, dirigiendo acciones hacia la construcción de metas de desarrollo, para la transformación de actitudes y aptitudes frente a la vida y al desarrollo de habilidades para vivir y convivir en sociedad.
- Espacio para la formación, la información, la educación y la comunicación.
- Promotora de salud, dirigiendo acciones hacia la construcción de metas de desarrollo, para la transformación de actitudes y aptitudes frente a la vida y al desarrollo de habilidades para vivir y convivir en sociedad.

De acuerdo con lo anterior, en el Municipio se considera a la escuela como un escenario propicio para brindar educación para la salud sobre muchos aspectos que influyen en la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas, las familias y las comunidades. Es por esto que una de las actividades que se tienen programadas y que se llevan a cabo en el marco de la implementación de la APS, son las capacitaciones y talleres que se brindan a las y los estudiantes y docentes de las instituciones educativas de cada una de las veredas del Municipio. Es importante resaltar que algunos temas de capacitación son solicitados por los docentes de acuerdo a las necesidades y problemáticas que identifican en la comunidad educativa. Otras acciones que se llevan a cabo son las Brigadas Extramurales de Salud en donde se brindan Programas de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, entre ellos están: el Programa de Crecimiento y Desarrollo, el Programa del Joven Sano, Educación e Higiene Oral, Vacunación.

7.7.4. LA COMUNIDAD

La Comunidad son un grupo de personas que viven en un área geográficamente específica, y comparten actividades e intereses comunes. Igualmente, se entiende bajo el concepto de comunidad al conjunto de individuos, que tienen en común diversos elementos, como el territorio que habitan, los valores, los roles, el idioma o la religión. Así mismo se considera comunidad a aquellas personas que se agrupan entre sí de manera formal o informalmente para la solución de problemas colectivos o el alcance de un mismo objetivo.

7.8. LÍNEAS DE ACCIÓN

La Estrategia de APS en el Municipio de Girardota se está implementando desde las siguientes líneas de acción:

1. **Girardota Saludable:** Desarrollo de Intervenciones Colectivas de Interés en Salud Pública a partir del diagnóstico de la situación de salud en el Municipio, definiendo como estrategia central la "Atención Primaria en Salud", a través del ciclo vital y enfoque diferencial.
2. **Salud Pública:** Intervención de las problemáticas de salud pública en la población Girardotana,

mediante el desarrollo de acciones para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y mitigación de riesgos, a través del ciclo vital y enfoque diferencial dando cumplimiento al Plan de Acción Municipal. Componentes: Salud Sexual y Reproductiva – Salud Mental – Salud Pública Colectiva – Prevención de la morbilidad – Conferencias radiales en temas de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.

3. **Salud Ambiental:** Realizar Procesos de vigilancia y control sobre los factores de riesgo asociados al ambiente, que afectan la salud de la población, a través de la inspección, Vigilancia y Control, dando cumplimiento al plan de acción Municipal en el componente factores de riesgo.
4. **Vigilancia Epidemiológica:** Atención y visitas epidemiológicas a los casos reportados a nivel Municipal de eventos y patologías en salud pública, acordes a los protocolos establecidos. Sostener y/o ampliar coberturas útiles de vacunación en el Municipio, a través del ciclo vital y enfoque diferencial.
5. **Higiene Oral:** Fomentar el cuidado de la salud oral con el fin de disminuir las principales patologías que afectan la población, mediante estrategias en salud bucal.
6. **Salud Visual:** Generar cambios actitudinales en la población escolar, creando conciencia de lo importante que es el auto cuidado de la salud de la salud visual; A través de charlas educativas.

Es importante resaltar que las actividades establecidas para cada componente serán llevadas a cabo con el apoyo y acompañamiento del Equipo Básico de APS.

7.9. RUTA DE ATENCIÓN

El Modelo de APS en el Municipio de Girardota se está realizando partiendo de un enfoque familiar y de desarrollo humano según el Ciclo Vital del Ser Humano, de acuerdo a la ruta metodológica propuesta por la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, y teniendo en cuenta el contexto del Municipio. La ruta metodológica está compuesta por cinco momentos: Momento de Aprestamiento – Momento Diagnóstico – Momento Reflexivo y Analítico – Momento de Conciliaciones y Acuerdos – Momento de Planeación y Organización.

7.9.1. MOMENTO DE APRESTAMIENTO

Este momento hace referencia a la preparación y disposición del Municipio para acoger el Modelo de APS; lo cual implica acciones como la concertación de la voluntad política, el proceso de selección del talento humano, el reconocimiento del contexto municipal, la selección de las áreas de cobertura, es decir las veredas donde se implementa el Modelo de APS, el reconocimiento de los programas y servicios de las diferentes IPS y entidades del Municipio, Sensibilización y

acercamiento a los líderes comunitarios y a la comunidad, y la capacitación de los promotores de vida. En otras palabras, con el momento de aprestamiento se logra obtener la sensibilización y promoción del Modelo, con los actores de manera interdisciplinaria e intersectorial y la inclusión del modelo en los planes municipales.

7.9.2. MOMENTO DE DIAGNÓSTICO

Teniendo en cuenta las directrices dadas por la DSSA El diagnóstico en el modelo de APS inicia con procesos relacionadas con el primer acercamiento del talento humano a las comunidades y Municipios, la sensibilización de actores y sectores relacionados con el modelo, “la recolección de información de tipo cualitativo y cuantitativo que permita obtener un contexto municipal con base en el cual se puedan establecer áreas prioritarias para la cobertura y la asignación de familias según normas de concentración y rendimiento para el trabajo de campo del equipo de salud, finalizando con el proceso de visita domiciliaria, de gran connotación para los propósitos del modelo, si se tiene en cuenta que es a partir de ésta, que se establece contacto con las familias en su entorno para conseguir de ellas la información de su historia familiar y obtener el diagnóstico familiar, a partir del cual se orientan la programación de acciones de intervención de manera concertada y la canalización hacia los diferentes servicios de carácter social que se ofertan en cada municipio, así como la obtención de los diagnósticos generales de las familias que habitan las veredas” p. 135.

En síntesis, el momento diagnóstico se lleva a cabo a través de acciones como: la Visita Familiar y la elaboración de la Historia Familiar, la remisión y gestión a los diversos programas y servicios tanto de las IPS como de las entidades del Municipio, de acuerdo a los factores de riesgo identificados y las necesidades reales y sentidas de las familias.

7.9.3. MOMENTO REFLEXIVO Y ANALÍTICO

Siguiendo los lineamientos para la Promoción de la Salud con Sentido Humano de la DSSA “Es el momento que permite el reconocimiento de la información por parte del colectivo, pues es el espacio que se tiene para analizar los hallazgos arrojados por el Sistema de Información de Atención Primaria en Salud (SIMAPS) sobre el estado del desarrollo humano de las familias y de la comunidad en sus contextos, advertir incoherencias y errores en la percepción o captura de los datos por parte del equipo de salud, proceder a validar la información y a priorizar tanto las necesidades a intervenir como las alternativas de solución de manera participativa con las familias y comunidad en general” p. 135

Con base en lo anterior, se tienen como procesos del momento reflexivo y analítico, el análisis de la información, la socialización y validación de la información con las comunidades, la socialización del diagnóstico comunitario con las IPS y entidades del Municipio y la priorización de las necesidades.

7.9.4. MOMENTO DE CONCILIACIONES Y ACUERDOS

Es el momento que procede a la validación de la información por las comunidades y con las familias beneficiarias en cada área de cobertura o vereda. Como lo orienta la DSSA “Una vez obtenidos los diagnósticos veredales, se obtiene el consolidado de diagnóstico municipal, a partir del cual se conocen las necesidades priorizadas al interior de cada área de cobertura, se socializan en los espacios de participación municipal, se inician las gestiones y acciones intersectoriales que permitan reorientar la oferta de servicios y la asignación de recursos tendientes a la solución de las necesidades priorizadas. Este momento exige, reconocer la importancia del ejercicio de la participación social, condición indispensable para su empoderamiento en todos los procesos p 135.

7.9.4.1. MOMENTO DE PLANEACIÓN Y ORGANIZACIÓN

De acuerdo con las concertaciones y negociaciones entre actores y sectores, las comunidades y el municipio inician la gestión por proyectos que respondan a la solución de las necesidades de las familias, priorizadas de manera participativa, en términos de la DSSA:

“El modelo orienta no solo en la formulación de los proyectos, sino en su ejecución, entendiendo que el actor principal son las familias con sus recursos y potencialidades lo cual debe alimentarse del monitoreo continuo de los procesos, permitiendo la aplicación de correctivos y ajustes necesarios para el cumplimiento de los objetivos. De igual manera se procede a la evaluación, teniendo como insumo la información que entrega el SIMAPS, mediando en todo caso la realimentación a las familias, comunidades, actores sociales y gubernamentales” p. 136

De acuerdo con lo anterior, el momento de planeación está constituido por los siguientes procesos: formulación y planeación de acciones intersectoriales, la gestión de recursos (humano, económico, físico y logístico) para la ejecución del Plan de Intervención y de las Brigadas de APS.

Por último, se realiza una encuesta de satisfacción a las familias frente a la implementación del Modelo de APS. (Ver Anexo Encuesta de Satisfacción)

7.10. EJECUCIÓN DE LA RUTA METODOLÓGICA DE APS

7.10.1. MOMENTO DE APRESTAMIENTO

- Concertación entre la Secretaría de Protección Social del Municipio de Girardota y la ESE Hospital San Rafael de Girardota. Se crea el contrato inter administrativo 171.
- Articulación del Modelo de APS al Plan de Salud Pública Municipal.
- Selección áreas de cobertura:

Año 2012: 14 veredas

Año 2013: 25 veredas

- Proceso de Selección y Contratación del Talento Humano.

Año 2012: 8 Auxiliares de Enfermería, Enfermera Profesional, Psicóloga, Nutricionista, Médico, Higienista Oral.

Año 2013: 17 Auxiliares de Enfermería, Enfermera Profesional, Psicóloga, Nutricionista, Médico, Higienista Oral, Profesional y Técnico en Saneamiento Básico.

- Reconocimiento de las dependencias adscritas a cada una de las Secretarías (de Protección Social, de Educación, de Agricultura, entre otras) del Municipio. Se programo un encuentro con los representantes de cada dependencia con el fin de conocer los programas, proyectos y servicios que se tienen establecidos para la comunidad del Municipio de Girardota; además de los horarios y requisitos que deben cumplir las personas para acceder a alguno de ellos.
- También se realizó una visita programada a cada una de las IPS o Instituciones de Salud del Municipio, para obtener un reconocimiento de los Programas y servicios que brindan a las y los usuarios que están afiliados a las EPS con las cuales tienen convenio.
- Se brindó una capacitación y actualización sobre los siguientes temas para los promotores de vida:
 1. Guías Técnicas de la Resolución 412 de 2000, según el Ciclo Vital del Ser Humano.
 2. Enfermedades Crónicas no Transmisibles: HTA, Diabetes Mellitus 2, Dislipidemia.
 3. Manejo y Signos de Alarma de la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), Infección Respiratoria Aguda (IRA), de la Desnutrición.
 4. Protocolos de Vigilancia Epidemiológica (teniendo en cuenta los casos que más se han reportado en el municipio).
 5. Salud Mental (problemáticas como intento de suicidio, violencia intrafamiliar, deserción escolar y consumo de sustancias psicoactivas).
 6. Diligenciamiento de la Historia Familiar.
 7. Estrategias Educativas y didácticas para brindar la Educación para la Salud.
 8. Funciones del Auxiliar en Salud Pública.
 9. Manual de Procesos y Procedimientos para APS.
 10. Generalidades de Atención Primaria en Salud

7.10.2. MOMENTO DIAGNÓSTICO

Para dar cumplimiento al cronograma de actividades de APS, se realizaron las siguientes actividades:

- Reconocimiento del contexto Municipal: Reseña histórica del Municipio, Instituciones de Salud, accesibilidad a los servicios de salud, contexto epidemiológico, económico, socio cultural y político.
- Visitas Familiares: La visita familiar es la técnica mediante la cual los promotores de vida y la enfermera comunitaria establecen contacto directo, personal y permanente con las familias en la vivienda, posibilitando un acercamiento y conocimiento real de la situación de cada grupo familiar.

El objetivo de la visita familiar es promocionar el bienestar de la familia, creando un vínculo de atención primario a través de la estrategia de Información, Educación y Comunicación (IEC) con los integrantes del núcleo familiar, en su domicilio.

- Durante el año 2012, se realizaron 1.949 visitas familiares de diagnóstico en las 14 veredas seleccionadas para la ejecución de la estrategia de APS. Las veredas El Yarumo, el Cano, la Calera, el Palmar, Encenillos, San Diego, Potrerito, El Socorro, La Loma de los Ochoa, Matica Alta y Baja, Sector la Calle, San Esteban, La Palma y La Meseta.

- Durante el año 2013, se realizaron 4150 visitas familiares de diagnóstico y seguimiento en las 25 veredas del Municipio. Se realizó el seguimiento y actualización de las Historias Familiares, de las familias de las 14 veredas que fueron visitadas durante el año 2012.

Se realizó visitas familiares de diagnóstico a través del diligenciamiento de la Historia Familiar, en las familias de las 12 veredas que no fueron incluidas en el año 2012, con el fin de fortalecer los factores protectores y de intervenir los factores de riesgo que se identifiquen, para plantear acciones de intervención de manera individual según el análisis de la Historia Familiar y de manera colectiva según el diagnóstico de la vereda que arroja el SIMAPS. Las veredas son El Barro, Jamundí, las Cuchillas, Mercedes Abrego, Portachuelo, San Andrés, el Paraíso, el Totumo, Juan Cojo, la Holanda parte alta y baja, la Mata, Manga Arriba.

Cuadro N°11. Visitas Familiares Área Rural – Año 2012

CENTRO OPERATIVO	VEREDA	VISITAS FAMILIARES EFECTIVAS	TOTAL POBLACIÓN
Encenillos	1. El Yarumo	58	204
	2. El Cano	52	222
	3. La Calera	19	71
	4. El Palmar	51	178
	5. Encenillos	166	563
San Diego	6. San Diego	295	1025
	7. La Meseta	152	568
San Andrés	8. Sector La Calle	124	434
	9. La Palma	170	615
	10. Potrerito	61	182
	11. El Socorro	82	295
San Esteban	12. San Esteban	275	1049
	13. Loma de los Ochoa	133	446
	14. La Martica Alta y baja	Alta: 51 Baja: 71	Alta: 182 Baja: 290
	TOTAL	1949	6324

Fuente: Elaboración propia APS

A continuación se presentan los datos y porcentajes correspondientes a los factores de riesgo encontrados en los integrantes y en las familias donde se realizaron las 1740 visitas familiares. Es importante resaltar que se tomo como base el total de la población de las 14 veredas (6.324 personas).

Cuadro N° 12. Factores de riesgos por programa o servicio

PROGRAMA Y/O SERVICIO	CANTIDAD DE PERSONAS	% POBLACIÓN	FACTORES DE RIESGO
Registraduría	12	0.2%	<ul style="list-style-type: none"> • Cambio de documento de TI por CC • Pérdida del Documento de Identidad
Oficina del SISBEN	44	0.7%	<ul style="list-style-type: none"> • Traslado de otro municipio • Solicitud de encuesta ya que no aparecen en la base de datos del Sisben • Solicitud de Reencuesta
Aseguramiento en Salud	106	1.7%	<ul style="list-style-type: none"> • Sin Seguridad Social • Sin actividad laboral
Programa de Discapacidad	81	1.3%	Presentan algún tipo de discapacidad (cognitiva, auditiva, del lenguaje, visual y física)
Saneamiento Básico	158	2.5%	<ul style="list-style-type: none"> • Convivencia con animales domésticos como perros y gatos sin vacunación antirrábica • Manejo del pozo séptico • Consumo de agua no potable, abastecimiento por el acueducto de la vereda. • Excretas a campo abierto por falta de pozos sépticos.
Nutricionista	5	0.1%	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de Desnutrición • Desnutrición • Sobrepeso • Malos hábitos nutricionales
Oficina de Planeación	144	2.3%	<ul style="list-style-type: none"> • Familias en condiciones de hacinamiento • Viviendas con infraestructura en mal estado y con riesgo de derrumbe • Viviendas construidas con material poco resistente (madera, plástico, cartón).

Oficina de Infraestructura	76	1.2%	Familias que no cuentan con pozo séptico, excretas a campo abierto
Salud Mental	117	1.9%	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de Sustancias psicoactivas • Proyecto de vida sin definir y deserción escolar • Depresión por pérdida de seres queridos • Violencia intrafamiliar
Secretaría de Educación	47	0.7%	<ul style="list-style-type: none"> • Deserción Escolar, no cuentan con recursos económicos. • Deseos de continuar con estudios superiores pero no cuentan con recursos económicos.
Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente	30	0.5%	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de Hormiga arriera en los cultivos • Pérdida de cultivos por el clima • Solicitan capacitación para el manejo de la tierra y los cultivos. • Contaminación ambiental debido al poco manejo de Residuos Sólidos, no cuentan con el servicio de recolección de basuras, por esto las queman o las dejan a campo abierto. • Contaminación ambiental debido a que no cuentan con el servicio de recolección de basuras y se quema a campo abierto.

Se brindó información y se realizaron remisiones a los diversos Programas de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad de la ESE Hospital y de las IPS del Municipio. También a los programas y servicios de las Secretarías y dependencias del Municipio.

Cuadro N° 13. Remisiones programas y servicios de las IPS del Municipio – Año 2012

PROGRAMAS	REMISIONES REALIZADAS	REMISIONES EFECTIVAS	PORCENTAJE
Planificación Familiar	1.925	280	15%
Control Prenatal			
Crecimiento y Desarrollo			
Detección Temprana de las alteraciones del joven			
Detección Temprana de las alteraciones del adulto sano			
Detección Temprana del Cáncer de Cervix (Citología)			
Vacunación			
Tamizaje Visual			
Higiene Oral			

Fuente: Elaboración propia APS 2012

Es importante resaltar que el porcentaje de cumplimiento de las remisiones realizadas es bajo debido a que la mayoría de las y los usuarios tienen poco conocimiento sobre los Programas de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad; además porque en algunas IPS del Municipio no tienen implementados todos los programas de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, de acuerdo con las Guías Técnicas de la Resolución 412 del 2000 y según el Ciclo Vital del Ser Humano.

Cuadro N° 14. Remisiones programas y servicios de las IPS del Municipio – Año 2013

ACTIVIDAD		TOTAL PROGRAMADO	TOTAL REALIZADO
Remisiones Programadas de Promoción y Prevención y Servicios IPS del Municipio.		Demanda inducida	2.833
IPS	Total		
Cis Comfama	242		
Oral Medic	182		
Promedan	55		
Prosalco	79		
ESE Hospital San Rafael	2.275		

Fuente: Elaboración propia APS 2013

Es importante resaltar que las personas y las familias del área rural manifestaron tener más conocimiento de los programas y servicios de las instituciones de salud y participan de manera activa en ellos.

Cuadro N°15. Remisiones Secretarías y dependencias del Municipio - Año 2012

PROGRAMAS	REMISIONES REALIZADAS	REMISIONES EFECTIVAS	PORCENTAJE
Sisben	26	14	54%
Aseguramiento	71	69	97%
Salud Mental	30	28	93%
Discapacidad	44	32	72%
Nutricionista	3	3	100%
Saneamiento Básico	118	118	100%
Secretaría de Educación	22	0	0
Secretaría de Planeación	96	10	18%
Infraestructura	96	10	18%
Reguistraduría	15	15	100%

Fuente: Elaboración propia APS 2012

Cuadro N° 16. Remisiones Secretarías y Dependencias del Municipio - Año 2013

ACTIVIDAD		TOTAL PROGRAMADO	TOTAL REALIZADO
Remisiones Programas y Servicios Dependencias del municipio		Demanda Inducida	690
Dependencia	Total		
Sisben	51		
Aseguramiento	66		
Salud Mental	51		
Discapacidad	88		
Saneamiento Básico	163		
Oficina de Planeación	83		
Oficina de Infraestructura	137		
Nutricionista	14		
Secretaría de Educación	2		
Programa Adulto Mayor	10		
Oficina de Desplazados	5		
Secretaría de Agricultura	7		
Comisaria de Familia	3		
Registraduría	10		

Fuente: Elaboración propia APS 2013

7.10.2.1. INTERVENCIONES BRIGADAS DE APS

A continuación se da a conocer la cantidad de personas, a quienes se les brindo información y educación para la salud, durante las Brigadas de APS del año 2012, que se llevaron a cabo en las 14 veredas del Municipio.

Cuadro N°17. Participación Dependencias del Municipio en Brigadas de APS Año 2012

DEPENDENCIA	CANTIDAD DE PERSONAS
SISBEN	163
ASEGURAMIENTO EN SALUD	178
SALUD MENTAL 1	33
PROGRAMA DE DISCAPACIDAD 2	0
OFICINA DE PLANEACIÓN 1	0
NUTRICIONISTA 4	8
SANEAMIENTO BASICO – Vacunación Antirrábica 1	58
SANEAMIENTO BASICO – Consumo de Agua Potable 3	0
INDER	218
GERONTOLOGIA “Tiempo de Vivir con Plenitud” 7	0
INFANCIA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD – “Generaciones con Bienestar”	25
EQUIDAD DE GÉNERO, MUJER Y FAMILIA “Labor Social” 5	0

Fuente: Elaboración propia APS 2012

Cuadro N° 18. Participación programas de Promoción y Prevención en Brigadas de APS – Año 2012

PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	CANTIDAD DE PERSONAS
PLANIFICACION FAMILIAR	10
CRECIMIENTO Y DESARROLLO 3	7
DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL JOVEN 8	6
DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL ADULTO SANO 1	2
CITOLOGIA CERVICOUTERINA 5	1
TAMIZAJE VISUAL	26
VACUNACIÓN 2	00
HIGIENE ORAL	142
MEDICO GENERAL 2	8
RIESGO CARDIOVASCULAR	25

Fuente: Elaboración Propia APS 2012

7.10.3. MOMENTO REFLEXIVO Y ANALÍTICO

Se llevo a cabo el análisis de la información obtenida en cada una de las veredas seleccionadas a través de las visitas familiares realizadas por los promotores de vida. En general, en las 25 veredas en donde se implementó la estrategia se identificaron los siguientes factores protectores y factores de riesgo.

Cuadro N° 19. Factores de riesgo identificados Área Rural

FACTORES PROTECTORES IDENTIFICADOS	CABEZA DE HOGAR No. DE HABITANTES
<ul style="list-style-type: none"> • Las familias de las veredas que se encuentran retiradas del área urbana, obtienen los ingresos económicos de la agricultura y la ganadería, para la satisfacción de las necesidades básicas. • Las familias de las veredas cercanas al área urbana obtienen los ingresos económicos a través del trabajo en las empresas del municipio. • La mayoría de las 14 veredas seleccionadas cuentan con la escuela rural con una estructura muy organizada. • La mayoría de las veredas cuentan con la Junta de Acción Comunal trabajando en pro de la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vías de difícil acceso por el deterioro de la carretera y el transporte es muy limitado, en especial en las veredas más alejadas del área urbana como El Cano, El Yarumo, La Calera, El Palmar. • En algunas de las veredas se obtiene el recurso hídrico a través de los acueductos veredales y en algunos de ellos el agua no es potable. • Convivencia con animales domésticos como perros y gatos sin vacunación antirrábica. • En la mayoría de las veredas, se evidencia el bajo nivel educativo de los padres de familia. • Enfermedades más prevalentes: Hipertensión, Diabetes Mellitus 2 y Dislipidemia con tratamiento y control.

FACTORES PROTECTORES IDENTIFICADOS	CABEZA DE HOGAR No. DE HABITANTES
<ul style="list-style-type: none"> • Algunas de las viviendas cuentan con un pozo séptico en buen funcionamiento. • La mayoría de la población se encuentra afiliada al SGSSS en el Régimen Contributivo y Subsidiado. 	<ul style="list-style-type: none"> • En la mayoría de las veredas no cuentan con servicio de recolección de basuras (se queman, se entierran o se dejan a campo abierto). • Consumo de sustancias psicoactivas en la población joven y adulta de algunas de las veredas. • Desconocimiento por parte de las y los usuarios de los Programas de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. • Jóvenes con deserción escolar. • En algunas veredas se evidencia el trabajo informal como el mototaxismo. • Alteraciones en la Salud Mental (depresión, ansiedad, ideas suicidas)

Fuente: Elaboración propia APS 2012

Durante el año 2012 se llevo a cabo la conformación de los comités de Salud en cada una de las 14 veredas, a quienes se les brindo una capacitación sobre diversos temas, tales como: deberes y derechos en salud, programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, hábitos y estilos de vida saludables, importancia del consumo de agua potable y sobre el uso racional de la misma, primeros auxilios en el hogar.

Durante el año 2013 se continuó con la dinamización de los comités de salud en las 14 veredas donde ya se habían conformado y se conformaron los comités en las otras 11 veredas, para un total de 25 veredas con comités de salud operativos y capacitados.

Se elaboró el informe de caracterización de cada una de las veredas seleccionadas, a través de una guía establecida. (Ver anexo 3)

7.10.4. MOMENTO DE PLANEACIÓN Y ORGANIZACIÓN

Durante los meses de septiembre – octubre – noviembre y diciembre del año 2012 se llevaron a cabo 18 **Brigadas de Salud de APS**, de acuerdo con el diagnóstico familiar y comunitario elaborado para cada vereda, a través del SIMAPS.

Durante el desarrollo de cada Brigada un equipo interdisciplinario de salud realizó actividades de promoción, prevención y educación para la salud, y los integrantes de cada una de las entidades del Municipio realizaron intervenciones y brindaron información y capacitación a las familias y a la comunidad en general.

Durante el año 2013 se dio continuidad a las **Brigadas de Salud de APS** en cada vereda donde se estaba implementando el Modelo de APS, todos los actores involucrados en la estrategia conformaron un equipo de trabajo, con el fin de planear y coordinar las acciones que se desarrollaron en cada comunidad. La Enfermera y la auxiliar de enfermería siempre tienen como insumo la caracterización de la población y el diagnóstico situacional tanto individual como colectivo, para la reunión de programación de la jornada de intervención.

Es importante anotar que las acciones de intervención que llevan a cabo las diferentes IPS y dependencias del Municipio son permanentes, es decir, cada funcionario trata de dar solución oportuna a las remisiones generadas y entregadas por la Enfermera y los promotores de vida de cada vereda.

También, es importante anotar que los Promotores de Vida durante las Visitas Familiares, brindan información sobre los servicios y programas tanto de las IPS como de las dependencias del municipio. Además de brindar educación para la salud de acuerdo a los factores de riesgo encontrados y a las necesidades reales y sentidas de cada una de las familias y de la comunidad en general.

Es importante resaltar que para el año 2013 se estableció una programación de reuniones mensuales tanto para el equipo básico de APS como para los promotores de vida. A través de las reuniones con los promotores de vida, se pretende generar espacios de capacitación y reflexión

sobre las debilidades, fortalezas, oportunidades y amenazas encontradas en el desarrollo de las visitas familiares y del trabajo de campo; la información queda consignada en las actas correspondientes. Luego, esta información es analizada por el equipo básico de APS con el fin de plantear alternativas de solución.

Durante el año 2013 se fortalecieron y se dio continuidad con la dinamización de los comités de salud y los líderes comunitarios que fueron conformados y capacitados durante el año 2012. De igual manera se conformaron los comités de salud y se brindó capacitaciones en las nuevas veredas seleccionadas.

Se ha conformado un Equipo Básico de APS: médico, enfermera, psicóloga, nutricionista, saneamiento básico, quienes dan comienzo al proceso de intervención y orientación de las problemáticas encontradas en cada vereda.

Cuadro N° 20. Funciones y Actividades del Equipo de APS

PROFESIONAL DE LA SALUD	FUNCIONES Y/O ACTIVIDADES QUE REALIZARÁ
Enfermera Profesional	Coordinación de la Estrategia de APS
Médico General	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar todas las actividades de detección temprana y protección específica contenidas en la Resolución 412 de 2000. • Realizar controles de RCV a las personas que presentan dificultades en la accesibilidad a los servicios de salud. • Realizar visitas domiciliarias para la población en condición de discapacidad y adulto mayor, que requieran atención médica.
Odontólogo e Higienista Oral	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar las actividades de detección temprana y protección específica contenidas en la Resolución 412 de 2000 • Brindar educación y capacitación sobre salud oral a las familias y a la comunidad en general.
Nutricionista	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar estrategias pertinentes para los problemas de mal nutrición. • Fortalecer adecuados hábitos de alimentación y valorar el estado nutricional de la población infantil, adolescente y adulto mayor. • Realizar las remisiones correspondientes para cada programa de alimentación complementaria que se tenga establecido en el municipio.
Psicólogo (a)	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollará estrategias que permitan dar solución a los problemas e intervención a los factores de riesgo identificados en la salud mental de los individuos y las comunidades. • Brindará capacitación a las familias y líderes comunitarios de cada una de las veredas, de acuerdo a los factores de riesgo identificados.

<p>17 Promotores de Vida (Auxiliares de Enfermería)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizarán las Visitas Familiares • Identificarán los factores de riesgo y los factores protectores, teniendo en cuenta el ciclo vital en el que se encuentre cada uno de los integrantes de la familia. • Motivarán a los integrantes de cada familia para que ingresen y tengan buena adherencia frente a los Programas de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. • Desarrollar las actividades de detección temprana y protección específica contenidas en la Resolución 412 de 2000 • Realizarán demanda inducida a los programas y servicios tanto de las instituciones de salud como a las entidades del municipio. • Realizarán acciones de educación, orientación y acompañamiento, encaminadas a promover la salud, prevenir la enfermedad y a lograr el uso de todas las potencialidades de la persona enferma para que se empodere de su proceso de recuperación. • Brindarán apoyo y acompañamiento durante las Brigadas de APS, las cuales se llevarán a cabo cada tres meses, en cada vereda.
<p>Todas estas actividades estarán enmarcadas en un proceso sistemático y de participación comunitaria en donde el eje central siempre será la familia.</p>	

Fuente: Elaboración propia APS 2013

7.10.5. COMPONENTE INTRA E INTERINSTITUCIONAL

A través del Momento de Aprestamiento se logra obtener la sensibilización y promoción de la Estrategia de APS, con los actores de manera interdisciplinaria e intersectorial y la inclusión de la Estrategia en los planes del Municipio.

- Reconocimiento de las dependencias adscritas a cada una de las Secretarías del municipio (de Protección Social, de Educación, de Agricultura, entre otras). Se programo un encuentro con los representantes de cada dependencia con el fin de conocer los programas, proyectos y servicios que se tienen establecidos para la comunidad del Municipio de Girardota; además de los horarios y requisitos que deben cumplir las personas para acceder a alguno de ellos. (Ver Anexo).

- También, a través de la Estrategia de APS se ha logrado la articulación con los programas que se tienen establecidos en el Municipio: Más Familias en Acción, Red Unidos, Tiempo de Vivir (programa para el Adulto Mayor), Hogares Infantiles Comunitarios, entre otros. Además, de la articulación con las IPS del Municipio,
- También se realizó una visita programada a cada una de las IPS o Instituciones de Salud del Municipio, para obtener un reconocimiento de los Programas y servicios que brindan a las y los usuarios que están afiliados a las EPS con las cuales tienen convenio; con el fin de llevar a cabo acciones de demanda inducida.
- Se estableció un formato de remisión para los Programas y Servicios tanto de las Dependencias como de las IPS del Municipio. (Ver Anexo). Durante las visitas familiares, los promotores de vida identificaron factores de riesgo y problemáticas en cada núcleo familiar

7.10.6. COMPONENTE DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA

- Las Juntas de Acción Comunal, se encuentran bien establecidas, tanto en el área rural como en el área urbana.
- En la mayoría de las Veredas está conformado y es operativo el Comité de Salud.
- En la ESE se tiene establecida La Liga de Usuarios.
- A través de la oficina de Desarrollo Comunitario del municipio se promueve la Participación Ciudadana a través de encuentros comunitarios.

7.11. SISTEMA DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Para el registro de la información y con el fin de obtener tanto datos cuantitativos como cualitativos de cada una de las familias y de la comunidad en general; se utilizan las siguientes herramientas:

- El Sistema de Información del Modelo de Atención Primaria en Salud (SIMAPS) facilitado por la DSSA.
- Bases de Datos en Excel.

Para dar a conocer la información correspondiente a la estrategia de APS se utilizan los siguientes medios y estrategias de comunicación:

- El Boletín institucional de la ESE Hospital San Rafal de Girardota.
- La cartelera institucional de cada una de las IPS del municipio y de la ESE.
- La emisora del municipio de Girardota (Radio Alternativa).
- La pagina web institucional y del Municipio.

7.12. RECURSOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA APS.

- Recursos propios del Municipio y de la ESE Hospital San Rafael
- Recursos del departamento y de SGP (Salud Pública).

Cuadro N°21. Presupuesto de Familias Saludables APS 2013

PRESUPUESTO DEL PROYECTO FAMILIAS SALUDABLES- APS 2013								
MUNICIPIO DE GIRARDOTA								
TIPO RECURSO	TIEMPO EN MESES	TOTAL PERSONAL	VALOR UNITARIO	VALOR GLOBAL	FUENTE DE LOS RECURSOS			
					SSSA	MPIO	ESET	OTAL
Aux Salud Pública Dpto	10	14	1,450,000	203,000,000	20,000,000	183,000,000		203,000,000
Aux Salud Publica	83		1,450,000	34,800,000	34,800,000			34,800,000
Aux Salud Oral Dpto	11		32,000,000	32,000,000		32,000,000		32,000,000
Tecnólogo en Sistemas de Información	10	11	,140,000	11,400,000		11,400,000		11,400,000
Enfermeros	10	12	,600,000	26,000,000		26,000,000		26,000,000
Psicologos	10	12	,300,000	23,000,000		23,000,000		23,000,000
IEC	10	11	,666,000	16,660,000		16,660,000		16,660,000
Auxiliar de enfermeria	10	11	,450,000	14,500,000			14,500,000	14,500,000
Salud Visual	10	13	,056,000	30,560,000		30,560,000		30,560,000
NUTRICIONISTA	81		2,300,000	18,400,000		18,400,000		18,400,000
Medico	10	1	3,200,000	32,000,000			32,000,000	32,000,000
Odontologo 1	01		3,000,000	30,000,000			30,000,000	30,000,000
Transporte	11		24,300,000	24,300,000		24,300,000		24,300,000
Insumos y materiales	11		35,000,000	35,000,000		35,000,000		35,000,000
TOTAL				531,620,000	54,800,000	400,320,000	76,500,000	531,620,000
Porcentaje de Cofinanciación 2013				100%	10%	5%	14%	100%

Fuente: Elaboración Propia

7.13. INDICADORES DEL MODELO APS- MUNICIPIO DE GIRARDOTA

Cuadro N°22. Indicadores de Proceso

CRITERIO	INDICADOR
Actividades educativas realizadas en forma colectiva al mes	Número de acciones educativas realizadas en forma colectiva
	Total de actividades educativas programadas en forma colectiva
Capacitaciones realizadas para los comités de salud y líderes comunitarios	Personas con incremento de los conocimientos x 100
	Total de personas capacitadas

Fuente: Elaboración propia

Cuadro N°23. Indicadores de resultados

CRITERIO	INDICADOR
Porcentaje de Visitas Familiares de diagnóstico realizadas	Total de Visitas Familiares de diagnóstico realizadas por mes
	Total de familias del Área Rural
Porcentaje de cumplimiento de las remisiones realizadas a las IPS del municipio	Número de remisiones efectivas al mes
	Total de remisiones realizadas al mes
Porcentaje de cumplimiento de las remisiones realizadas a las Secretarías y Dependencias del municipio	Número de remisiones efectivas al mes
	Total de remisiones realizadas al mes
Porcentaje de Visitas Familiares de Seguimiento realizadas al mes	Total de Visitas Familiares de Seguimiento realizadas por mes
	Total de Visitas de seguimiento programadas al mes

Fuente: Elaboración propia APS 2013

7.14. RESULTADOS ESPERADOS Y METAS A LOGRAR CON EL MODELO APSR PARA EL AÑO 2013

1. Diagnósticos familiares y comunitarios de cada una de las veredas del Municipio, con la identificación de factores protectores y factores de riesgo, además de las necesidades reales y sentidas. A través de los instrumentos y el Sistema de Información planteados por la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, para el Proyecto Familias Saludables y la Estrategia de Atención Primaria en Salud.
2. Articulación y concertación con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas, la ESE Hospital San Rafael de Girardota y las dependencias del Municipio, para llevar a cabo acciones de seguimiento en el cumplimiento de la demanda inducida y de las problemáticas identificadas tanto en las familias como en la comunidad, a través de las Visitas Familiares realizadas por los Promotores de Vida.
3. Aumento en la cobertura de los Programas de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad de la ESE y de las IPS del Municipio, según el Ciclo Vital del Ser Humano.
4. Realización de 27 Brigadas de APS, una en cada vereda del Municipio de acuerdo al diagnóstico comunitario que entrega el SIMAPS, con el apoyo y acompañamiento de un equipo interdisciplinario e intersectorial.
5. Informe de caracterización de cada una de las veredas del Municipio con su respectivo mapa de riesgos.
6. 98% de la población de área rural con afiliación al SGSSS.
7. Alcanzar y mantener coberturas útiles de vacunación del 97% en menores de 5 años, Gestantes y Mujeres en Edad Fértil (MEF).

8. CONCLUSIONES

8.1. A NIVEL DE LA ESTRATEGIA APSR

- Antes que prevenir la enfermedad se debe realizar promoción de la salud ya que esta implica defender la vida y garantizar la satisfacción de las necesidades a todos los seres humanos con el fin de mejorar su calidad de vida, para de esta manera prevenir los posibles riesgos que quieran atentar contra la salud y la vida tanto a nivel individual como colectiva. Pero hay que tener en cuenta que las acciones que se realizan para promover la salud implican desarrollar estrategias como la educación, la comunicación, la concertación y la participación ciudadana.
- El ser humano cada día debe potenciar sus habilidades en la búsqueda de recursos que le posibiliten la realización de sus necesidades, aunque no hay que olvidar que dicha realización depende de las oportunidades que le ofrezca el medio social. Además, ser conscientes de que los recursos que se tengan a la mano, pueden posibilitar la vivencia y realización de varias necesidades, si se hace buen uso de ellos.

8.2. A NIVEL DEL DOCUMENTO DE APSR

- La documentación de la estrategia de APS en el Municipio es una oportunidad para dar a conocer todas las experiencias significativas, con las fortalezas y debilidades que ha tenido la implementación de la estrategia de APSR en el Municipio. Con la documentación de la estrategia se pretende generar una herramienta de consulta, con la cual se asegura que todos los actores estén hablando el mismo lenguaje y con los mismos argumentos en todo lo relacionado con la APS.

9. ANEXOS

9.1. ANEXO 1: CRONOGRAMA APS 2013



CRONOGRAMA FAMILIA SALUDABLE -ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

ACTIVIDADES	MESES - AÑO 2013																																																				
	Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre												
SEMANAS	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4					
Elaboración de la Propuesta de APS	X																																																				
Presentación de la propuesta de APS a la administración municipal		X																																																			
Revisión y evaluación del proyecto y asignación de recursos.		X																																																			
Proceso de selección del personal de APS (Enfermera comunitaria y auxiliares de enfermería)			X	X																																																	
Inducción y capacitación Auxiliares de Enfermería. Elaboración del material educativo para el trabajo de campo.					X																																																
Selección de áreas de cobertura y asignación de veredas					X																																																
Articulación con las IPS, Secretarías y dependencias del municipio. Conocimiento de los Programas y Servicios (horarios de atención, requisitos)						X																																															
Encuentro con los líderes comunitarios y comites de salud (Conformación de los comites en las veredas donde no estén establecidos). Sensibilización a la comunidad.					X																																																
Recolección de información en cada una de las veredas (visita familiar y diligenciamiento de la historia Familiar)								X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Análisis de la información y elaboración del diagnóstico de cada vereda.								X	X					X				X				X				X				X				X																			
Validación del diagnóstico con los líderes comunitarios y los comites de salud. Priorización de necesidades con las dependencias del municipio. Conciliación y acuerdos de intervención.								X	X					X				X				X				X				X				X																			
Realización de las Brigadas de Intervención de APS en cada una de las veredas según acuerdos y conciliaciones con los líderes comunitarios.											X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Visitas Familiares de seguimiento por parte de la Enfermera de APS y Promotores de Vida de acuerdo a los compromisos adquiridos con las familias.								X	X	X	X										X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Elaboración del Informe Final y Socialización																																																		X	X		

9.2. ANEXO 2: CRONOGRAMA APS 2012

ACTIVIDADES	Meses																																			
	Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre			
SEMANAS	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración del proyecto APS	X																																			
Presentación del proyecto al municipio	X																																			
Revisión y evaluación del proyecto y asignación de recursos.		X																																		
Proceso de selección del personal de APS (Enfermera comunitaria y auxiliares de enfermería)			X																																	
Inducción con los personal de enfermería				X																																
Selección de áreas de cobertura y asignación de veredas				X																																

9.3. ANEXO 3: CARACTERIZACIÓN DE AS VEREDAS

	MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD Municipio de Girardota	
	Caracterización de las Veredas	

El contexto es definido por diversos teóricos como un modo de relación entre el ser humano y el mundo físico, social y cultural determinado por la historia. De esta manera se hace necesario conocer y comprender todos los aspectos relacionados con el contexto de cada una de las veredas, en articulación con los determinantes sociales que influyen en la salud y bienestar de las personas, las familias y comunidades.

Realizar una descripción de cada uno de los siguientes contextos:

Contexto Sociocultural

- Ambiente físico
- Vías de acceso y transporte público
- Costumbres y creencias
- Grupos organizados y actividades que realizan
- Nivel educativo de los integrantes de las familias
- Existencia de centros educativos, culturales, religiosos, etc.
- Problemáticas sociales

Contexto Político

- Junta de Acción Comunal establecida
- Mecanismos de participación

Contexto Epidemiológico

- Afiliación al SGSSS (Régimen contributivo y subsidiado)
- Accesibilidad a los servicios de salud
- Enfermedades más prevalentes
- Saneamiento Básico (Servicio de recolección de basuras, agua, alcantarillado, pozo séptico, etc.).

Contexto Económico



- Fuentes de ingresos económicos
- Índice de empleo y desempleo

REFERENTES BIBLIOGRAFICOS Y/O FUENTES DE INFORMACIÓN

Nombres y Apellidos del Promotor (a) responsable:

Nombres y Apellidos de la Enfermera Coordinadora de APSR:

9.4. ANEXO 4: RECONOCIMIENTO DE LOS PROGRAMAS Y SERVICIOS DE LAS ENTIDADES DEL MUNICIPIO

	MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD Municipio de Girardota	
	Reconocimiento de los Programas y Servicios de las Entidades del Municipio	

Fecha (día-mes-año):

Nombre de la Secretaría:

Nombre de la Dependencia:

Persona Responsable:

Cargo:

Correo Electrónico:



INFORMACIÓN GENERAL

Población que Atienden	Funciones o Acciones que realizan	Horarios de Atención	Teléfonos de Contacto

INFORMACIÓN DE LOS PROGRAMAS Y SERVICIOS

Nombre del Servicio / Programa o Proyecto	Objetivo	Grupos de población a los cuales dirige sus acciones	Requisitos

9.5. ANEXO 5. FORMATO DE REMISIÓN A LOS SERVICIOS Y PROGRAMAS DE LAS SECRETARÍAS Y DEPENDENCIAS DEL MUNICIPIO

	MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD Municipio de Girardota	
	Formato de Remisión a los Servicios y Programas de las Secretarías y Dependencias del Municipio	

Fecha dd/mm/año: _____

Vivienda N° _____

Vereda: _____

Nombre del (a) usuario (a): _____

Tipo Documento: CC ___ CE ___ TI ___ RC ___ NUIP ___ Otro/Cuál _____

N° Documento: _____

Teléfono de contacto: _____

DEPENDENCIA Y/O SERVICIO	Remisión a:
Aseguramiento al SGSSS	
Oficina del Sisben	
Programa de Discapacidad	
Programa de Saneamiento Básico y Salud Ambiental	
Oficina de Infancia Adolescencia y Juventud	
Salud Mental – Salud Sexual y Reproductiva – Sustancias Psicoactivas	
Nutricionista	
Programa del Adulto Mayor	
Equidad de Género, Mujer y Familia	
Desarrollo Comunitario	
Más Familias en Acción	
Secretaría de Educación	
Secretaría de Agricultura – Desarrollo Rural y Medio Ambiente	
Secretaría de Planeación	
Secretaria de Infraestructura	
CLOPAD	
Secretaría de Gobierno	
Inspección de Policía	
Policía Comunitaria	
Comisaría de Familia	
Oficina Víctimas del conflicto y desplazados	
Registraduría	
Notaría	
INDER	
Otro / Cuál:	

Descripción de los Factores de Riesgo encontrados:

Nombres y Apellidos del (a) promotor (a) de vida: _____

Nombres y Apellidos del Enfermera de APS: _____

9.6. ANEXO 6: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Día: ___ Mes: ___ Año: ___

Nombres y Apellidos: _____


Identificación: _____ Teléfono: _____ EPS: _____

Vereda: _____

PREGUNTA	RESPUESTA		OBSERVACIONES
1. ¿Conoce usted sobre la Estrategia de Atención Primaria en Salud que se está implementando en el Municipio?			A través de qué medio: <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Carteles <input type="checkbox"/> Promotores de vida <input type="checkbox"/> ESE Hospital
2. ¿Conoce usted los derechos y deberes que en salud?			Mencione un derecho: _____ Mencione un deber: _____
3. ¿Usted y su familia han recibido educación por parte de los promotores de vida de la Estrategia APS?			Sobre qué temas recibió educación: _____
4. ¿Conoce los Programas de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad de la IPS donde usted y su familia reciben atención en salud?			¿Cuales? <input type="checkbox"/> Planificación Familia <input type="checkbox"/> Control Prenatal <input type="checkbox"/> Crecimiento y Desarrollo <input type="checkbox"/> Programa del Joven <input type="checkbox"/> Programa del Adulto Sano <input type="checkbox"/> Vacunación <input type="checkbox"/> Citología <input type="checkbox"/> Tamizaje Visual <input type="checkbox"/> Salud Oral
5. ¿Al iniciar la visita familiar, el o la promotora de vida se presentó por el nombre y mencionó las instituciones que representaba?			¿Cuales? <input type="checkbox"/> Secretaría de protección Social <input type="checkbox"/> ESE Hospital San Rafael

6. ¿Cómo califica usted el trato que le brindó el promotor (a) de vida, durante la visita familiar?			<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Malo
7. ¿La información que le brindo el o la promotor (a) de vida, fue clara, coherente y veráz?			
8. Si a usted o a algún integrante de su familia, le realizaron alguna remisión, le explicaron los pasos a seguir y a donde se debían dirigir?			
9. ¿Usted considera que la estrategia de APS ha contribuido en el mejoramiento de las condiciones de salud y de la calidad de vida de su familia?			¿De qué manera?
10. ¿Usted y su familia recibieron información sobre la Brigada de APS, como la fecha, hora, lugar y las actividades que se tenían programadas?			
11. ¿considera que las Brigadas de APS son importantes para la comunidad?			
Escriba sus comentarios y sugerencias sobre la Estrategia de Atención Primaria en Salud del Municipio.			

9.7. ANEXO 7: FORMATO DE REMISIÓN A LOS SERVICIOS Y PROGRAMAS DE LAS IPS DEL MUNICIPIO

	<p>MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD Municipio de Girardota</p> <p>Formato de Remisión a los Servicios y Programas de las IPS del Municipio</p>	
---	--	---

Fecha dd/mm/año: _____

Vivienda N° _____

Vereda: _____

Nombre del (a) usuario (a): _____

Tipo Documento: CC ___ CE ___ TI ___ RC ___ NUIP ___ Otro/Cuál _____

N° Documento: _____

Teléfono de contacto: _____

Nombre de la EPS:	Nombre de la IPS:		
PROGRAMA Y/O SERVICIO	Remisión a:	Ingreso	Control
Planificación Familiar			
Control Prenatal			
Crecimiento y Desarrollo (menor de 10 años de edad)			
Programa del Joven (de 10 a 29 años de edad)			
Programa del Adulto Sano (de 45 años en adelante)			
Vacunación			
Citología Cervicouterina			
Toma de agudeza visual			
Salud Oral			
AIEPI			
IAMI			
Nutricionista			
Programa de Hipertensión Arterial			
Programa de Diabetes Mellitus 2			
Consulta Médica General			
Otro / Cuál:			

Descripción de los Factores de Riesgo encontrados:

Nombres y Apellidos del (a) promotor (a) de vida: _____

Nombres y Apellidos del Enfermera de APS: _____

Capítulo 2 Sistematización

1. PRESENTACIÓN

La sistematización de la estrategia APS en el Municipio de Girardota ha sido propuesta en el marco 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 Girardota y la ESE San Rafael. Ésta tiene como propósito constituir un ejercicio de gestión del conocimiento que permita hacer una reflexión sobre la práctica de atención y así reconocer elementos de análisis significativos en pro del enriquecimiento de la práctica.

El Municipio de Girardota y como se expone en su plan de desarrollo del Municipio, se encuentra por debajo de los estándares departamentales y nacionales en materia de calidad de la salud y cobertura de la misma. El reto se plantea importante en torno a estos temas puesto que el presente ejercicio pretende analizar cómo se ha desarrollado esta estrategia en pro de las apuestas locales, regionales, nacionales e internacionales.

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, y además ha contado con el aporte de actores importantes como las familias, las comunidades y los equipos de trabajo.

La presente sistematización ha trabajado en tres vías: 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 Girardota.

Un segundo momento donde se construye el modelo propuesto y finalmente el modelo en escena con insumos que permiten hacer un comparativo para destacar las brechas entre un ejercicio y el otro; entendidas estas como aquellos elementos diferenciadores, que faltan o que suman a la construcción de las características específicas sobre cómo se desarrolla la estrategia en el Municipio. De igual manera, se presentan los hallazgos finales que dan cuenta de los elementos más significativos y hallazgos centrales encontrados en el Municipio de Girardota en la ejecución de la estrategia APS.

Con este documento se pretende motivar la discusión, la reflexión y el análisis de la estrategia de APS en el Municipio, así como 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

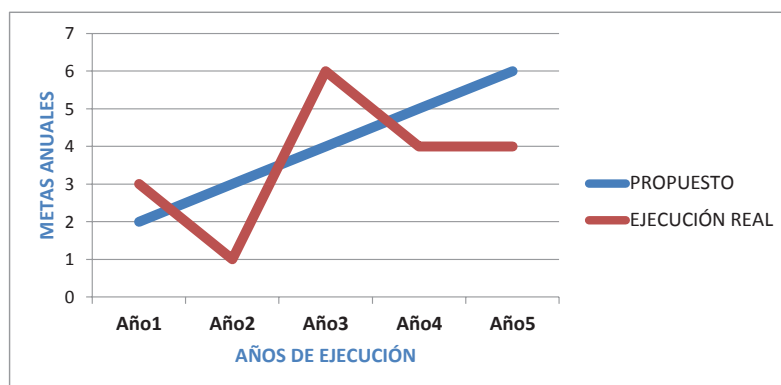
El desarrollo de una estrategia normalmente tiene dos miradas: la que se realiza a partir de los ideales del desarrollo de la estrategia (la cual viene dada por las orientaciones de los actores e instituciones proponentes) y otra mirada desde los actores que la ejecutan, y se benefician de la misma.

Estas dos miradas usualmente no se corresponden de manera paralela: existe una discontinuidad entre las mismas, puesto que la ejecución corresponde a un contexto que requiere adaptaciones, unos actores que regularmente se encuentran en conflicto y un grupo de instituciones con unos intereses puestos en un proceso de implementación.

A continuación, en la siguiente gráfica se ilustra la manera en como normalmente se desarrollan las dos visiones de una estrategia. En términos de las metas, se espera que se cumplan en los años de ejecución de la misma. La línea azul corresponde a la visión que tienen los visionarios, 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 (que corresponde a una visión cíclica y con crisis en años de ejecución del proceso).

Es por esto que en los últimos años se ha vuelto necesario documentar y sistematizar las experiencias sociales y las vivencias comunitarias, las cuales tienen una clara necesidad de comprender lo acontecido y darle sentido al desarrollo de la experiencia, a través del proceso de investigación y el conocimiento colectivo y útil para la gestión del cambio requerido en un proceso.

Gráfico N°1: Visiones de Desarrollo de la Estrategia



Fuente: Elaboración propia

Al conocer los antecedentes de la sistematización en América Latina, CEP ALFORJA (2012) ubica los primeros ejercicios de ésta en la década del '70, teniendo en cuenta, el interés de la región por construir una interpretación propia de sus procesos de cambio social y más aún con la posibilidad de construir teorías alternativas de las brindadas por los países desarrollados. Por esta razón, viendo el contexto de profundos cambios sociales, políticos e ideológicos, es que nace la sistematización como una posibilidad de reconceptualizar la realidad latinoamericana y dar claves hacia las necesidades de cambio.

Con el contexto anterior, se da inicio a los primeros desarrollos de la práctica sistematizadora, en gran parte articulada al desarrollo del profesional de trabajo social y al de la educación popular. Ésta última hace un énfasis en dos premisas fundamentales: una primera como una posibilidad de superar la brecha entre práctica y teoría, y una segunda como la necesidad de recuperar la reflexión sobre la experiencia.

Desde perspectivas más recientes y como lo señala Torres (1998), se ha entendido a 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" (pág. 3).

Teniendo en cuenta lo dicho, nos enfocaremos en la sistematización de la práctica social o más conocida como metodología de la investigación, que es una sistematización social de experiencias, de manera que facilita el proceso de construcción de conocimiento y lo construye de manera colectiva con los actores involucrados en el proceso, dado su enfoque participativo.

El Centro de Investigaciones y Prospectiva de la Institución Universitaria Esumer, ha desarrollado una serie de sistematizaciones sociales, empresariales y territoriales, dando como resultado la construcción de un modelo de sistematización de experiencias, el cual será retomado para la presente sistematización en tanto que permita 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:**

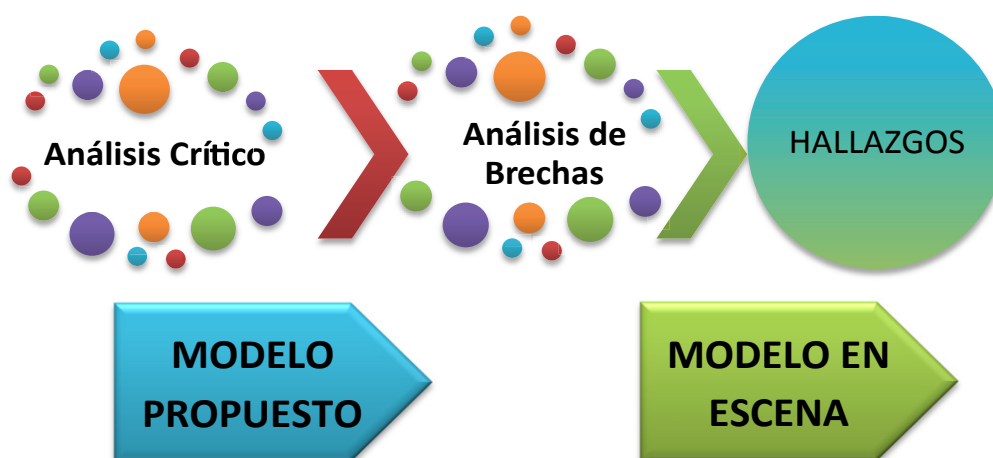
 - o Análisis crítico que permite contrastar la conceptualización con el contexto del programa

 - o 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 la Figura N°1, se muestra como se realizó un primer análisis crítico de la información general hallada en los lineamientos de la estrategia de Atención Primaria en Salud. A partir de esta información, se permitió esbozar el modelo propuesto, en donde se hizo un análisis crítico de lo encontrado en la realidad, (entendida como la mirada desde los actores ejecutores y la información encontrada de la experiencia) y 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 N°2: 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, que es un ejercicio desarrollado por los equipos de trabajo del Municipio de Barbosa. Es por esto, que se hará una distinción entre el proceso de documentación y sistematización.

Para hacer la distinción entre sistematización y documentación hay que partir por comprender cuales definiciones se tienen de documentación, desde diferentes autores o referentes:

Según la Real Academia de la Lengua Española 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”. RAE

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 estaría sucediendo” (Ton Schouten, 2007)

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

A continuación se presentan las principales diferencias entre un ejercicio de documentación y sistematización:

Cuadro N°24: 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
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

La presente sistematización pretende apoyarse en un primer momento del proceso de documentación y de esta manera documentar el proceso en los municipios de la prueba piloto en APS que actualmente está apoyando la Red Metropolitana de Salud en el Municipio de Girardota. Para tal fin, se pretende documentar el proceso de implementación de la estrategia, hacer el análisis y la interpretación de la experiencia la cual se presentará de forma organizada alrededor de los propósitos de la Atención Primaria en Salud.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL:

- Sistematizar el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Salud del Municipio de Girardota a través de la documentación de la estrategia y el análisis de brechas entre los propósitos establecidos y la ejecución práctica de la misma.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Construcción del modelo propuesto a partir de los lineamientos internacionales, nacionales, regionales y locales de la estrategia Atención Primaria en Salud que han tenido incidencia en el Municipio de Girardota.
- Realizar una lectura analítica del proceso de documentación realizado por el Municipio, que permita definir elementos centrales constitutivos del modelo en escena.
- Analizar las brechas encontradas entre la ejecución de la estrategia y los propósitos definidos en el programa teniendo en cuenta las categorías y variables centrales de estudio.

4. ANÁLISIS 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, ésta 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 atención primaria en salud 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.

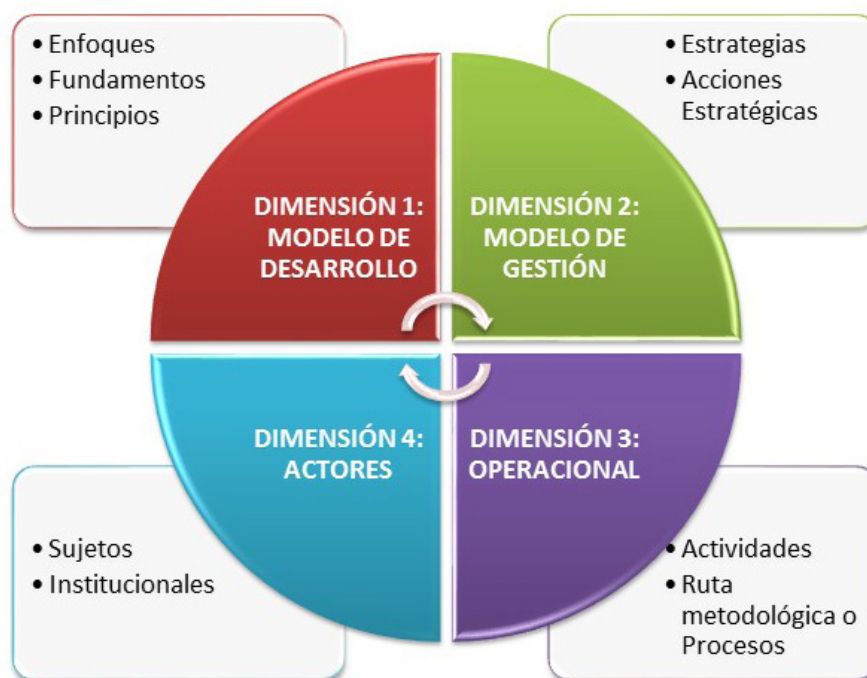
A partir de este enunciado, entender APS como una estrategia, implica comprenderla como un “todo” y como “parte”; desde un todo la estrategia se concibe como un conjunto de procesos en pro de la gestión de un cambio social, no es simplemente una acción significativa o innovadora, la estrategia es entendida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

Comprender la APS como una parte, ha llevado a que la estrategia sea abordada desde cuatro componentes conceptuales, los cuales permitirán disgregar (sin perder el fin de la misma) como un ejercicio de comprensión en las siguientes dimensiones conceptuales y de abordaje de la estrategia. Por eso tienen un fin teórico y un fin práctico, tal como se ilustra en la figura N°2:

1. Dimensión de Desarrollo
2. Dimensión Estratégica
3. Dimensión Gestión
4. Dimensión de Actores

Para la realización de este componente se definieron las **Dimensiones y Categorías** partiendo de los referentes internacionales, nacionales y locales para la estrategia APS definidas 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 Atención Primaria en Salud Renovada – 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 – SSSYPSA y los documentos realizados por cada municipio (Barbosa, Girardota y Copacabana).

Figura N°3: Estrategia De Atención Primaria En Salud- APS



Fuente: Elaboración propia

Teniendo en cuenta lo anterior, se definieron cuatro dimensiones con sus categorías como ejes estructurantes para el proceso de documentación de la sistematización de la estrategia APS (Ver Figura N° 2).

De igual manera, para la recolección de información de las diferentes etapas de la estrategia APS, se utilizaron diferentes instrumentos. Entre las principales se encuentra la entrevista a profundidad y la revisión documental, en donde por medio de estas se indagó por los momentos y etapas más significativas, así como aprendizajes, retos y hallazgos que permitieron contrastar y realizar preguntas en el acompañamiento, y así permitieron hallar elementos que dieron sentido colectivo a la sistematización.

- Conceptualización y definición de Categorías Centrales.
- Referentes conceptuales internacionales, nacionales y locales sobre APSR
- Apuestas políticas del modelo de APS- Red de Servicios a nivel regional
- Interpretación del sentido de la implementación del modelo APS. Red prestadora de servicios en los municipios del norte del Valle de Aburrá (Barbosa, Girardota y Copacabana).

4.1. DIMENSIÓN DE DESARROLLO



Es la razón de ser de la estrategia y como tal el fin mismo. Permite dar orientación ontológica y de propósitos para la cual fue creada. Y así mismo en la dimensión se determinan cuáles son lineamientos, enfoques, principios y fundamentos bajo los cuales se desarrolla la estrategia y en un futuro dar cuenta del impacto que se espera de la implementación de la misma.

En este sentido, para la sistematización de la estrategia APS en los tres municipios de la prueba piloto, se tomó para la dimensión de desarrollo tres categorías de análisis: Enfoque, Fundamentos y Principios.

4.2. DIMENSIÓN ESTRATÉGICA



La dimensión estratégica está relacionada con los asuntos que refieren a las decisiones centrales de un proceso organizativo, por tanto se refiere a los elementos que se desarrollaron en la estrategia: **los objetivos, las estrategias y las acciones estratégicas.**

Según Tejada (2011) “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” pág 18

4.3. DIMENSIÓN DE GESTIÓN



La dimensión de gestión se refiere a la aplicación de la estrategia en el territorio, es decir, se hace operativo lo planificado para lo cual se definen la ruta metodológica, las actividades y los transversales. Esto implica la realización de la gestión y la ejecución de la estrategia, además de una revisión consiente y continúa de la puesta en marcha de la estrategia verificando con ello si está cumpliendo o no con los objetivos inicialmente planteados.

Es importante tener en cuenta que si bien la dimensión operacional plantea al paso a paso a seguir, existen en la ejecución de la estrategia la aparición de problemáticas y circunstancias coyunturales que requieren ajustes. Estos pueden ser en la ruta metodológica, en las operaciones o en las acciones estratégicas, que además se convierten en cambios momentáneos o permanentes en la aplicación de la estrategia, por parte de los encargados de llevarla a cabo, ya sea desde el orden direccional u operativo.

4.4. DIMENSIÓN DE ACTORES



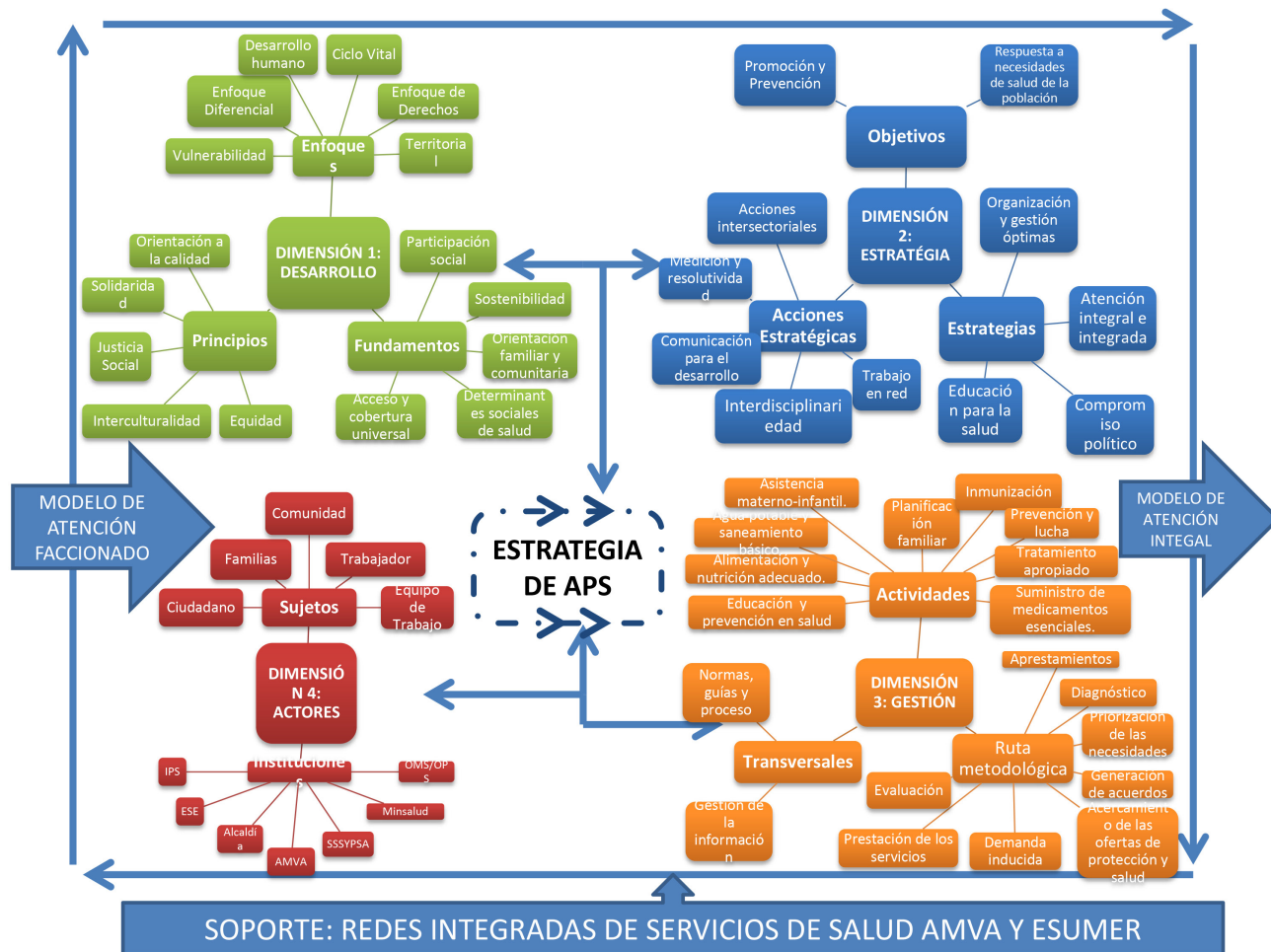
Los actores se pueden clasificar en **Sujetos e instituciones**, donde los sujetos son participes “activos o pasivos” de la estrategia ya sea como ejecutores de la misma, beneficiarios o intermediarios. Aquí cada uno de ellos posee diversas expectativas, que generan lazos entre conceptos, actores sociales, discursos y las 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 poder de esta forma viabilizar las acciones a seguir en pro del cumplimiento de los objetivos.

5. MODELO PROPUESTO

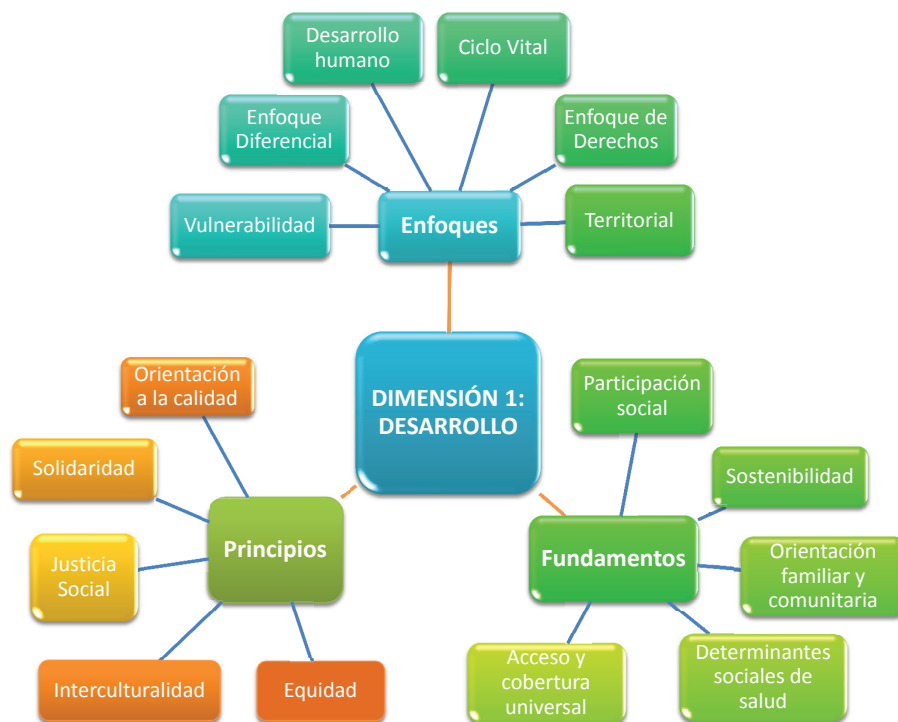
Figura N°4: Modelo Propuesto APS: Dimensiones, Variables y Elementos



Fuente: Elaboración propia

5.1. DIMENSIÓN 1: DESARROLLO

Figura No.5: Dimensión 1: Desarrollo



Fuente: Elaboración Propia

5.1.1. ENFOQUE

Del mismo modo la estrategia APS que se pretende analizar en los municipios 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).

Por esto 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, en donde a las personas se les potencializa la capacidad que tienen de transformar su entorno en aquello que ellas consideran necesario para alcanzar un mayor desarrollo. Lo anterior, a partir de la garantía de sus derechos pero también en ejercicio de sus deberes. Esto 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 público, privadas y comunitarias, para así garantizar el acceso a sus derechos que en este caso es la salud.

Del mismo modo, 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, el análisis toma en cuenta que se debe brindar una adecuada atención y protección de los **derechos de la población**, y a su vez garantizar el derecho a la salud cuando las necesidades de la población lo requieran, sin importar sus condiciones de ciclo vital, estrato socioeconómico, lugar de residencia (urbano-rural), entre otros.

No obstante, en la aplicación de la estrategia APS también se tiene en cuenta otros dos elementos fundamentales como es el **ciclo vital**, el cual permite atender a la población según en el momento de vida en el cual se encuentre. Dado que las necesidades de atención en salud para un niño son diferentes a un adulto o un adulto mayor, es necesario tener en cuenta estas diferencias para de esta forma poder atender los determinantes de salud de la población acorde a su ciclo.

Por último y no menos importante se encuentra el **enfoque territorial**, donde el territorio se convierte en un ente vivo, producto de las interacciones sociales, económicas, políticas y culturales. En este caso, 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. En este asunto el fortalecimiento del capital social es fundamental para el logro de los objetivos que se traza la estrategia APS.

5.1.2. FUNDAMENTOS

La **participación social** se concibe como un eje transversal, fundamentados en nociones del estado de derecho consagrado a partir de la Constitución de 1991, que dice que tanto la participación ciudadana y el derecho a la salud como derecho fundamental, son requisitos para lograr el desarrollo humano integral. Es así como la comunidad, las organizaciones sociales y otras instituciones (público, privadas y comunitarias), 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 la salud. Como lo afirma la OPS ésta “**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**” (p 24, 2007).

Donde 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”.(p. 26. 2007)

Mientras que **el acceso y la cobertura universal**, implica a la totalidad de los pobladores del municipio, 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. Por lo cual es fundamental abordar cuales son los determinantes sociales de la salud, que no solo obedecen en aspectos relacionados con la salud, sino que además:

“son las circunstancias 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)

Así mismo, como la salud en Colombia es considerada un derecho, requiere que el sistema sea **sostenible**, para lo cual es indispensable una planificación estratégica que establezca los recursos materiales y humanos necesarios para llevar a cabo la estrategia, y así mismo, 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. También, la estrategia APS requiere del compromiso político de largo aliento, que permita el adecuado financiamiento de ésta en el mediano y largo plazo, para de esta forma satisfacer las necesidades de salud de la población.

5.1.3. PRINCIPIOS

La orientación a la calidad se convierte en un principio fundamental de la estrategia APS y su aplicación en el territorio, lo que implica la ejecución 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 y la evaluación del desempeño (teniendo en cuenta la eficiencia, la efectividad y la seguridad de las intervenciones preventivas y curativas para asignar los recursos de manera adecuada), son fundamentales en todo el proceso, para responder a las necesidades actuales y futuras de la población en materia de salud.

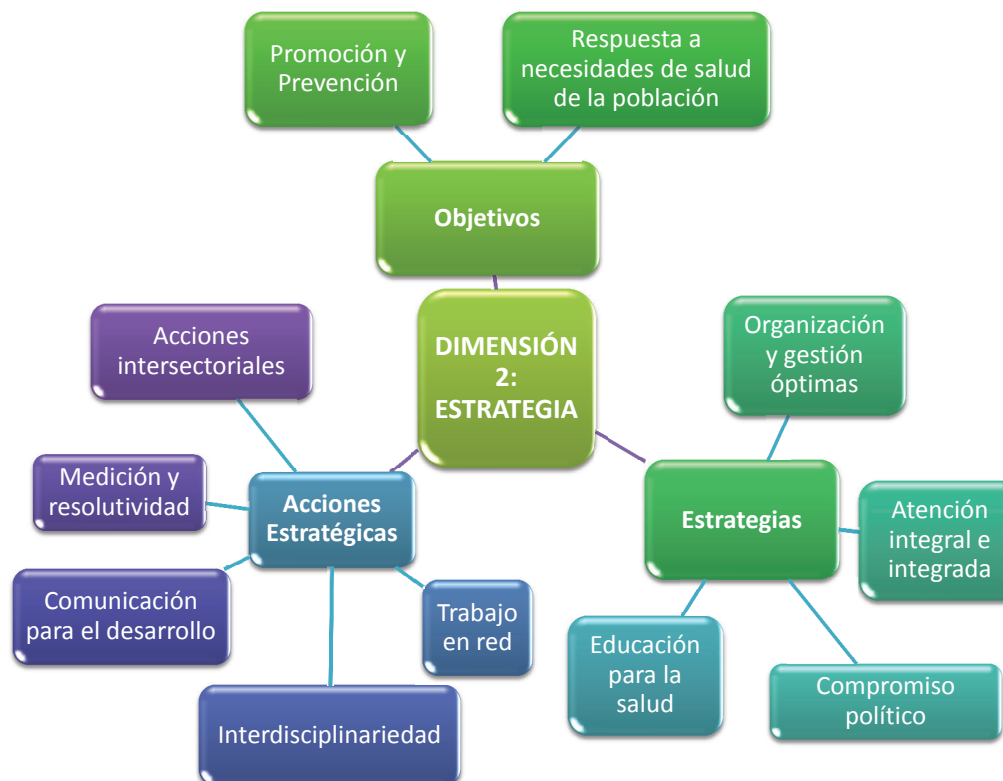
Por otro lado, es importante como principio de la APS la interculturalidad, la cual permite reconocer la identidad y la autodeterminación de los pueblos con sus propios sistemas de salud, teniendo en cuenta sus consideraciones de carácter étnico, identidad sexual y de género, entre otros. De esta forma podrá existir complementariedad entre la estrategia APS y los sistemas propios de los pueblos. 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**, que permita direccionar la estrategia a las personas y población más vulnerable, y así contribuir al cierre de brechas de desigualdad existentes en la región, en especial en el acceso a los factores de salud. Esto bajo esquemas de **justicia social**, que implica que las políticas públicas realizadas por los entes nacionales, departamentales y locales, se encuentren enfocados en toda la población, en especial a los más vulnerables. Mediante el diseño de políticas públicas concretas que permitan satisfacer las necesidades de las personas desfavorecidas, debe haber una asignación de metas y recursos para cumplirlas. Del mismo modo, debe existir la incorporación de 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 y no menos importante, una estrategia APS basada en el principio de **solidaridad**, que conlleva a que todos los miembros de la sociedad trabajen por el derecho a la salud, siendo la APS la que integre todos los estamentos intersectoriales e interinstitucionales. Y también, el fomento la partición comunitaria, donde la acción colectiva del conjunto de la sociedad forma sinergias positivas para la sostenibilidad del sistema y con lo que pretende generar soluciones más eficientes y eficaces a las necesidades de salud que enfrenta la población.

DIMENSIÓN 2: ESTRATÉGICA

Figura No.6: Dimensión 2: Estratégica



Fuente: Elaboración Propia

En la segunda dimensión estratégica, se establecen tres categorías centrales (objetivos, estrategias y acciones estratégicas) las cuales contienen once (11) elementos, que dan las pautas para las decisiones centrales del proceso organizativo de la estrategia APS desarrollada en el territorio. A continuación se expondrán cada una de estas categorías y los elementos que la componen.

5.2.1. OBJETIVOS

La estrategia APS tiene como objetivo **dar respuestas a las necesidades de salud** de la población, que significa que los sistemas de salud deben desarrollarse de tal forma que pueda atender de forma integral a la población. Esto de una forma "objetiva" que se encuentre establecida por expertos y la normatividad establecida dentro del mismo sistema y otros que lo atañen. Al igual que de forma "subjetiva", es decir, por el sujeto, que ya sea de forma individual o colectiva (la comunidad), puedan demandar las actuaciones o necesidades puntuales de la población. En tal sentido, la estrategia APS debe ser estructurada de tal forma que permita la atención de esas necesidades de manera integral, por lo cual debe basarse en los diagnósticos poblacionales del territorio para el diseño y la ejecución de la estrategia, teniendo en cuenta los factores diferenciadores en cada individuo, familia y comunidad.

Así mismo, se establece el **énfasis en promoción y prevención** visto más allá de las actividades clínicas, en donde se empodera al individuo y a la comunidad a hacerse cargo de su propia salud, es decir, que las personas también hagan parte de la estrategia APS de manera activa, y ellos posean las herramientas necesarias para afectar de forma positiva los determinantes de la salud.

5.2.2. ESTRATEGIAS

Lo anterior implica la **educación para la salud**, puesto que juega un papel preponderante en el accionar de la estrategia, ya que ello conlleva a una actuación más global que tenga en cuenta otros escenarios como el trabajo, la escuela y la comunidad, para que estos sean sensibilizados y capacitados en temas asociados al mantenimiento de la salud. Igualmente acarrea un trabajo mancomunado para mejorar las condiciones en diferentes ámbitos, como el laboral, ambiental y socioeconómico.

Por consiguiente, se requiere de un **compromiso político** por parte de todos los actores que hacen parte del sistema. Este acuerdo de voluntades entre los sujetos e instituciones, no solo garantiza los recursos físicos y financieros para su puesta en marcha, sino que con el acuerdo de voluntades de parte los entes territoriales en pro de la estrategia, va a permitir una **Atención Integral e Integrada** que conlleve a que el paquete de servicios disponibles debe ser la adecuada para atender las necesidades de salud de las personas en el territorio. Esto deriva que la estrategia APS debe contemplar varias actividades como programas PyP, 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.**(P. 26. 2007)

Con lo dicho se exige del sistema una coordinación entre los actores que llevan a cabo la estrategia (públicos, privados y comunitarios), y por supuesto, **“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. (p. 26. 2007)**

De igual manera, la estrategia APS demanda 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. p. 26. 2007)**

Esto se lleva a acabo de la 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 propiciando un espacio lógico y apropiado para la colaboración, la inversión y la acción en pro del bienestar de la población.

5.2.3. ACCIONES ESTRATÉGICAS

La estrategia necesita acciones, lo cual conduce a la realización de **acciones intersectoriales**, entendidas como acciones emprendidas para abordar los principales determinantes de la salud y en donde la OPS/OMS afirma que:

“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”. (P. 28. 2007)

Es así como la atención en salud, no es solo cuestión de los profesionales del área de la salud, sino de un equipo **interdisciplinario** para no solo atender los factores de riesgo asociados directamente a la salud, sino también otros componentes como por ejemplo, la planeación y el desarrollo educativo, la cultura, recreación, entre otros. Son acciones conjuntas en pro del logro de mejores niveles de salud en el territorio.

Para lograr lo anterior, se hace necesario el **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 del sistema de salud, como lo son mayores costos económicos y sociales, poca eficiencia y efectividad del sistema de salud, la duplicidad de esfuerzos y el desperdicio de recursos humanos, financieros y tecnológicos (que restringen la efectividad de la aplicación de la estrategia APS).

Del mismo modo, una **comunicación para el desarrollo** dentro de la estrategia permite no solo un mejor diálogo entre los diversos actores que realizan o son beneficiarios de la aplicación de la ella, sino que permiten la misma construcción y puesta en marcha de la estrategia APS, ya

que logra identificar cuáles son las necesidades reales en salud de la población, y por supuesto de todo el proceso de evaluación y control de la misma. Igualmente, una buena estrategia de comunicación facilita el trabajo en equipo, **la constitución de redes** de los diferentes servicios que componen el sistema de salud, entre otros.

Frente a lo anterior, **la medición y resolutivez** de la estrategia APS es fundamental como mecanismo de planeación de la estrategia, pues va más allá de las cifras y datos de personal atendido y da cuenta de cuan efectiva es la aplicación de la estrategia en el territorio.

DIMENSIÓN 3: GESTIÓN

Figura No.7: Dimensión 3: Gestión



Fuente: Elaboración Propia

5.3.1. RUTA METODOLÓGICA

La ruta metodológica da cuenta de la ejecución cíclica de la estrategia de APS desde quienes han dado las orientaciones o lineamientos en cómo se debería ejecutar ésta, con orientaciones desde el Ministerio de Salud y Protección Social y la Dirección Seccional de Salud de Antioquia.

Analizando la **ruta metodológica** se muestra un camino común recomendado por parte de estas entidades encontrando como primer momento el **aprestamiento**, entendido como un momento inicial a la ejecución de la propuesta. Esto supone que hay que realizar un proceso de análisis de los recursos que se tienen en el territorio para llevar a cabo ésta y la voluntad política o institucional por parte de las autoridades presentes en el territorio. Además conlleva a 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 se refiere al reconocimiento municipal de los factores relacionados con la salud como otros condicionantes tanto de las principales problemáticas, como de los asuntos potencializadores de la salud. Además se tiene en cuenta el conocimiento familiar a través de herramientas como la Historia Familiar y la información estadística que tienen las entidades a través de sus programas, proyectos y/o servicios.

Sigue un momento denominado **priorización de las necesidades**, en el cual la estrategia debe dar cuenta de la selección de las áreas de cobertura, es decir, si se seleccionará rural o urbana, si se escogerán la totalidad de las familias o se priorizarán de acuerdo a algunas características especiales. La priorización de las necesidades igualmente da cuenta de la forma en que se organizarán las familias, los ámbitos o entornos del trabajo y la forma en cómo se ejecutará la estrategia.

Con relación al momento denominado **generación de acuerdos**, este corresponde a la validación de la información con familias, comunidades, y actores institucionales y políticos, en donde se procede a ratificar las apuestas de la estrategia a partir del diagnóstico realizado y la priorización de necesidades. Este sirve como un proceso comunicativo y así mismo de corrección de los asuntos definidos previamente, es una circunstancia de articulación con los espacios de participación local presentes en cada municipio.

Acercamiento de las ofertas de protección y salud. Una vez se han logrado acuerdos con los actores y entidades del territorio se inicia una etapa de gestión de lo previamente planeado. En esta etapa 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 un momento fundamental el poder llevar a las familias, comunidades, ciudadanos y otros entornos de trabajo los diferentes programas, proyectos, servicios definidos para mejorar los condicionantes de salud y los sociales tanto los prestados por el equipo base de APS. Estos son normalmente articulados a las ESE e IPS como los prestados en el territorio por el ente municipal, departamental, nacional y a lo que refiere a lo público o como entidades privadas o del tercer sector que coadyuvan al mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes.

La **demanda inducida** se presenta como otro momento de la ruta metodológica en tanto esta requiere que las familias se articulen a otras rutas establecidas por el sistema de salud presentes en el territorio y que no solo 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 refiere concretamente a los servicios de salud o sociales prestados por los equipos en campo y que llevan a la resolutivez de una necesidad o problemática encontrada en el territorio. Estos últimos tres momentos 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 de retroalimentación al ciclo completo de gestión. Esta **evaluación** es definida por los diferentes lineamientos y debe dar cuenta de la ejecución de la estrategia desde los actores que participan en ella, los sujetos del acompañamiento y los ejecutores de la misma.

5.3.2. ACTIVIDADES

Muchas de las actividades que desarrolla la estrategia APS, se encuentran determinadas por el alcance de los Objetivos del Milenio, y también están dentro de las mismas actividades propuestas por la Estrategia APS desde los organismos supranacionales y nacionales como la OMS, OPS, Ministerio de Salud, Secretaria de Salud de Antioquia y los mismos municipios, siendo las siguientes:

- **Educación y prevención en salud:** entendida como dar al individuo y a las comunidades las capacidades necesarias para su autocuidado.
- **Alimentación y nutrición adecuada:** Permitir al individuo el desarrollo adecuado de sus actividades físicas y mentales diarias, al igual que el buen mantenimiento de la salud, y así mismo una alimentación y nutrición adecuada disminuye los factores de riesgo en salud.
- **Agua potable y saneamiento básico:** es uno de los factores claves para la prevención y protección de la salud, para prevenir la aparición de enfermedades endémicas, como la diarrea y el paludismo, y permitir la conservación de la salud pública en el territorio.
- **Asistencia materno-infantil:** como expresión máxima de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, aún se constituye como un grave tema de salud pública. Esta asistencia a través de intervenciones apropiadas y eficaces permite reducir la mortalidad y morbilidad, y contribuye a la mejor salud, calidad de vida y equidad, en torno a una maternidad sin riesgo y nacimientos seguros.
- **Planificación familiar:** Entendida como el proceso de planeación de la familia, en donde todos los miembros puedan tener las condiciones sociales, psicológicas y económicas para asumir una paternidad y maternidad responsable.
- **Inmunización principales enfermedades infecciosas:** La aplicación del 100% de la población en el esquema de vacunación, permite no solo resguardar la salud del individuo de aquellas enfermedades prevenibles, sino que conlleva a 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, en determinados períodos a una región. Se entiende por endémica una enfermedad que persiste durante un tiempo determinado en un lugar concreto y que afecta o puede afectar a un número importante de personas.

•**Tratamiento apropiado:** El proporcionar un tratamiento adecuado no solo garantiza la mejora a las necesidades de salud del individuo y la comunidad, sino que optimiza la utilización de los recursos del sistema de salud. Además, este debe ser enfocado al cuidado de la enfermedad, además de realizar otras acciones como la promoción y la prevención en salud e intervenciones acorde a las necesidades de la población.

•**Suministro de medicamentos esenciales:** Se refiere a la entrega efectiva de los medicamentos en el momento adecuado para el tratamiento de la enfermedad y que estos sean de calidad y adecuados para ello.

5.3.3. TRANSVERSALES

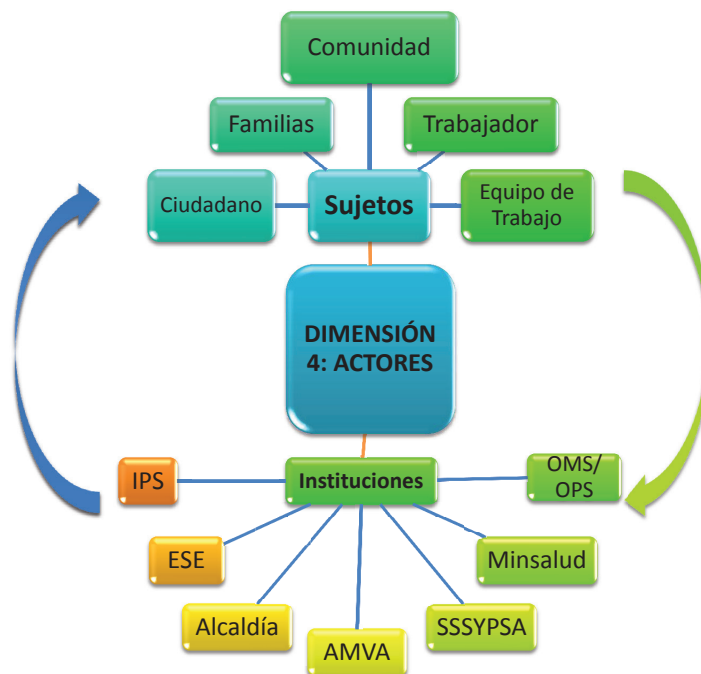
Los transversales son aquellos elementos del modelo que sirven de apoyo a la gestión de la estrategia. La presencia de estos ayuda a que la realización de la estrategia sea acorde a las necesidades de los entornos y la población y también a que la ejecución de ésta sea más eficiente y efectiva.

Uno de los elementos transversales son las **normas, guías y procesos** las cuales ayudan a realizar una gestión acorde a la planeación realizada y bajo los lineamientos y directrices definidos previamente. En ellas se intenta estandarizar los procesos definidos como esenciales en la aplicación de la estrategia APS en el territorio.

Otro elemento es la **gestión de la información**, la cual es un apoyo en la toma de decisiones y en 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 la información, apropiados sistemas de información y una comunicación asertiva de la información encontrada.

5.4. DIMENSIÓN 4: ACTORES

Figura No. 8: Dimensión 4: Actores



Fuente: Elaboración Propia

5.4.1. SUJETOS

En el elemento "Sujetos" se encontraron de dos tipos. En primer lugar, los beneficiarios de la estrategia APS tienen un papel activo en ella, pues son los que informan cuáles son sus principales problemáticas en salud, son facilitadores en la aplicación de esta, transmiten los conocimientos multiplicando con ello las acciones que realiza la estrategia, y al igual participan en los procesos de negociación para que esta se lleve a cabo en un territorio (son ellos quienes conocen los diversos actores e instituciones que interactúan en él). Frente a lo anterior se reconoció cuatro (4) sujetos a quien va dirigida la estrategia APS, siendo los siguientes:

- **Ciudadano:** son todas las personas sujetas a derechos pero también a deberes, donde son participes activos de la apuesta de la estrategia, los cuales deben ejercer mayor control sobre su propia salud y son 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 planificación e intervención del sistema, dado que ellos tienen la capacidad de transmitir los conocimientos y realizar las acciones concretas, para de esta forma transformar sus estilos de vida en pro de mejores niveles de salud.
- **Comunidad:** es la llamada a convertirse en socias activas en la determinación de prioridades, la gestión, la evaluación y la regulación del sector de la salud.

- **Trabajador:** Aquellas personas que realizan cualquier actividad económica, sea en las áreas formales e informales de la economía, para de esta forma derivar su sustento y el de su familia.

En segundo lugar, las personas que aplican la estrategia en el territorio, son los denominados **equipo de trabajo**, el cual está conformado por un equipo multidisciplinario acorde a las necesidades que requiera el territorio donde se va llevar a cabo la estrategia.

5.4.2. INSTITUCIONES

Para definir las instituciones 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 algunas de ellas daban orientaciones de propósito, otras de orden metodológico y otras en términos de acciones, 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 ONU, que nació en el año de 1948 y se responsabiliza del **“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” (Página oficial OMS).**

Es la OMS la que en el año de 1978 hace la declaración de la Atención Primaria en Salud en Alma-Ata, en busca de promover la salud pública y en términos de declarar la salud como un objetivo social sumamente importante. Esta declaración hasta el día de hoy sigue teniendo vigencia en términos, aunque muchos de los propósitos siguen sin cumplirse y en otros ha habido avances parciales.

La **Organización Panamericana de la Salud – OPS-** esta organización funciona como oficina regional para los países de América de la OMS, su creación OPS fue en 1902, y 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” (Página Oficial –OPS)**

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 renovarla en el mundo por los nuevos desafíos y cambios que se han dado desde la declaración de 1978 a estos días. Sobresale de esta manera la declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la atención primaria de salud del año 2005 en Montevideo.

En Colombia la autoridad nacional en los temas de Salud es el **Ministerio de Salud y Protección Social** el cual posee funciones específicas en los temas de políticas públicas en materia de salud, salud pública, y promoción social en salud, bajo el Decreto 4107 de 2011, (Minsalud - página oficial). 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.

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, cero tolerancia con la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad evitables. Aquí la estrategia APS, juega un papel determinante para el alcance de dichos objetivos.

En relación a la 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 a la ley 1438 (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 temas relacionados con salud pública, promoción y prevención y Atención Primaria en Salud.

Por lo tanto, el ministerio es el garante de la ejecución de la normatividad nacional y es un actor fundamental en las disposiciones y orientaciones que tiene la estrategia de APS en el territorio nacional.

A nivel departamental se tiene como actor central a la **Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia –SSSYPSA**, entidad adscrita a la gobernación de Antioquia y creada en el 2008 por el Decreto Departamental 2575. La entidad se encarga de definir las metas e indicadores departamentales en los asuntos relacionados con la Salud de los Antioqueños. 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 5 componente 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, éste 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 encontramos tres actores claves: **Alcaldías, Empresas Sociales de Estado – ESE y las IPS**, que son actores claves de orden institucional en el marco de la estrategia de APS pues son quien finalmente ejecutan la estrategia en territorio. Por esto, las **Alcaldías y sus Secretarías de Salud** juegan un papel importante ya que son las que tienen bajo su responsabilidad la ejecución del Plan de Desarrollo de sus respectivos municipios. Para Girardota el tema de salud es parte constitutiva y fundamental del desarrollo de los componentes sociales y mejoramiento de las condiciones de vida del municipio.

Por su parte las **Empresa Social del Estado –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 o concejos”** (Decreto 1876 de 1994). Para Girardota es la ESE San Rafael.

Estas tres ESE tienen a su cargo los equipos de trabajo de APS que están en los hospitales.

Del mismo modo, 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.

6. ANÁLISIS DEL MUNICIPIO DE GIRARDOTA

6.1. GENERALIDADES DEL MUNICIPIO DE GIRARDOTA

Girardota es un municipio ubicado en norte del Área Metropolitana del Valle de Aburrá en el Departamento de Antioquia. Cuenta con 82 kilómetros cuadrados, de los cuales 4.0 kilómetros cuadrados pertenecen al casco urbano, es decir, un poco menos del 5% de la extensión del Municipio.

En la actualidad cuenta con aproximadamente una población de 49.398 habitantes, de donde el 48% está ubicado en la zona rural y el 52% en la zona urbana. Así mismo, cuenta con 27 veredas y 18 barrios de los cuales 17 son reconocidos oficialmente.

Gráfico N°2: Población según Sexo



Fuente: Encuesta de calidad de vida 2011 expandida, municipio de Girardota

Según información de la Encuesta de Calidad de Vida-ECV (2011), el 50,79% de la población de Girardota son mujeres (para un total de 25.090) y el 49,21% son hombres (para un total de 24.308 personas). Así mismo, la pirámide poblacional de municipio da cuenta de una población joven, ya que el 56% de la población es menor de 30 años. Por su parte, el 35,24% de la población es adulta, es decir, se encuentra ente los 30 a 59 años de edad. Finalmente el 22,40% es adulta mayor. Del mismo modo, según esta misma encuesta, el municipio cuenta con 12.496 viviendas, de las cuales 6.582 se encuentran en el área urbana (habitadas por 29.403 personas) y 5.915 viviendas en el área rural (en las cuales vive 19.995 personas). Lo anterior significa que el 47,33% del total de viviendas del municipio se encuentran ubicadas en la ruralidad, dando como consecuencia que el Municipio de Girardota aún cuenta con una importante población rural, donde muchas de estas viviendas se encuentran alejadas del casco urbano, dificultando su acceso a la salud.

Cuadro N°25: Viviendas según estrato socioeconómico

ESTRATO DE LA VIVIENDA	URBANO	RURAL	TOTAL	%
Estrato 1	40	687	727	5,82
Estrato 2	5.446	4.242	9.688	77,53
Estrato 3	1.076	528	1.604	12,84
Estrato 4	17	239	256	2,05
Estrato 5	2	113	115	0,92
Estrato 6	0	106	106	0,85
Total viviendas	6.581	5.915	12.496	100,00

Fuente: Encuesta de calidad de vida 2011 expandida, Municipio de Girardota

De igual forma, en el Municipio de Girardota se cuenta desde el estrato socioeconómico 1 al 6, distribuido así: 1. Bajo - Bajo el 5,30%, 2. Bajo el 79,72%, 3. Medio bajo el 12,49%, 4. Medio el 1,28% 5. Medio Alto el 0,75% y 6. Alto el 0,4%. Las anteriores cifras muestran que el estrato socioeconómico bajo (2) es donde se concentra la gran mayoría de la población al representar el 85% del total de las viviendas del Municipio.

Cuadro N°26: Índice de calidad de vida

AÑO	URBANO	RURAL	TOTAL	%
2005	60,9	52,7	56,8	
2007	73,0	71,0	72,8	15,98
2009	76,5	66,0	75,6	2,78
2011	65,9	58,9	62,6	-13,00

Fuente: Encuesta de calidad de vida 2011 expandida, Municipio de Girardota

El índice de Calidad de Vida para el Municipio de Girardota¹ se ubicó en el año 2011 en 62,6% y ha venido presentando una disminución en relación a los años 2007 y 2009. Para el último periodo, la diferencia fue de -13 puntos, lo que muestra una disminución considerable de las condiciones de vida de los habitantes del Municipio de Girardota, tanto en la zona urbana como en la rural. Incluso se encuentra por debajo del índice promedio del Área Metropolitana (observatorio, 2011) el cual es de 66,53.

1 Con relación a los indicadores que miden las condiciones de vida del Municipio, se tiene el Índice de Calidad de Vida el cual se mide a partir de la encuesta de calidad de vida la cual se realiza cada dos años por parte del Área Metropolitana del Valle de Aburrá, este y como se explica en el Plan de Desarrollo del Municipio de Girardota este (2012), "asigna a cada hogar un puntaje que varía entre cero y cien: y a medida que el valor del índice aumenta, las condiciones de vida del hogar mejoran" pág. 59. En el cuadro a continuación se muestra del año 2005 a 2007 la medición de este Indicador

Referente a los indicadores y cifras que se relacionan con el tema de salud, se encuentra que del total de los habitantes del Municipio del Girardota, solo 85,23% tienen cobertura total al sistema de salud (representado en 42.104 personas). De estas personas 12.487 están cubiertos a través del régimen subsidiado, que equivalen al 30% del total de los afiliados. El 70% restante se encuentran a través del régimen contributivo, lo que en población son 29.617 personas (Ver Cuadro N°3: Cobertura en Salud).

Cuadro N°27. Cobertura en Salud

COBERTURA EN SALUD					
INFORMACIÓN SECRETARÍA PROTECCIÓN SOCIAL					
Regimen subsidiado Nivel I y II de SISBEN	Activos	Cupos de Afiliación	*No. de personas Nivel SISBEN I y II no afiliadas	Regimen contributivo	
COMFAMA	4.988	16.867	1.058	Policía Nacional	644
COMFENALCO	7.469			Magisterio	
CAPRECOM	30			Contributivo	28.973
TOTAL AFILIADOS	12.487			TOTAL AFILIADOS	29.617
POBLACIÓN NO CUBERTA O SIN DATOS				7.294	
COBERTURA EN SALUD FRENTE A POBLACIÓN TOTAL		TOTAL POBLACIÓN DANE		49.398	85,23%
* Es de anotar que del 100% de la población del Municipio a 31 de diciembre del 2011, en el SISBEN solo estaba en la base de datos 77%. Por lo tanto este valor puede variar.					

Fuente: Plan de Desarrollo del Municipio de Girardota 2012 – 2015

En este sentido cobra importancia la estrategia APS implementada en el Municipio de Girardota, puesto que permite “suplir” de alguna forma, las debilidades de la cobertura del sistema de salud de éste, ya que esta estrategia es dirigida para que la población objetivo sean atendidas, sin importar si están cubiertas o no por el sistema general de salud.

En cuanto a la calidad de la salud de los habitantes del municipio, en el diagnóstico realizado en el Plan de Desarrollo, se evidencia que Girardota se encuentra por debajo de los estándares departamentales y nacionales, ya que superan las cifras con relación a varias de las tasas por muertes o enfermedades. Ejemplo de lo anterior, es el caso de Intoxicación por fármacos y otras sustancias psicoactivas y plaguicidas. Otras problemáticas de salud pública presentan igualmente esta situación tales como varicela, exposición rábica, abuso sexual, mortalidad materna, mortalidad por cáncer de próstata. Además, “la tasa por dengue hemorrágico supera en 7 veces la tasa departamental y de la región” (PDM, 2012 – 2015). A continuación se presenta las diez primeras causas de defunción en el Municipio para el año 2011.

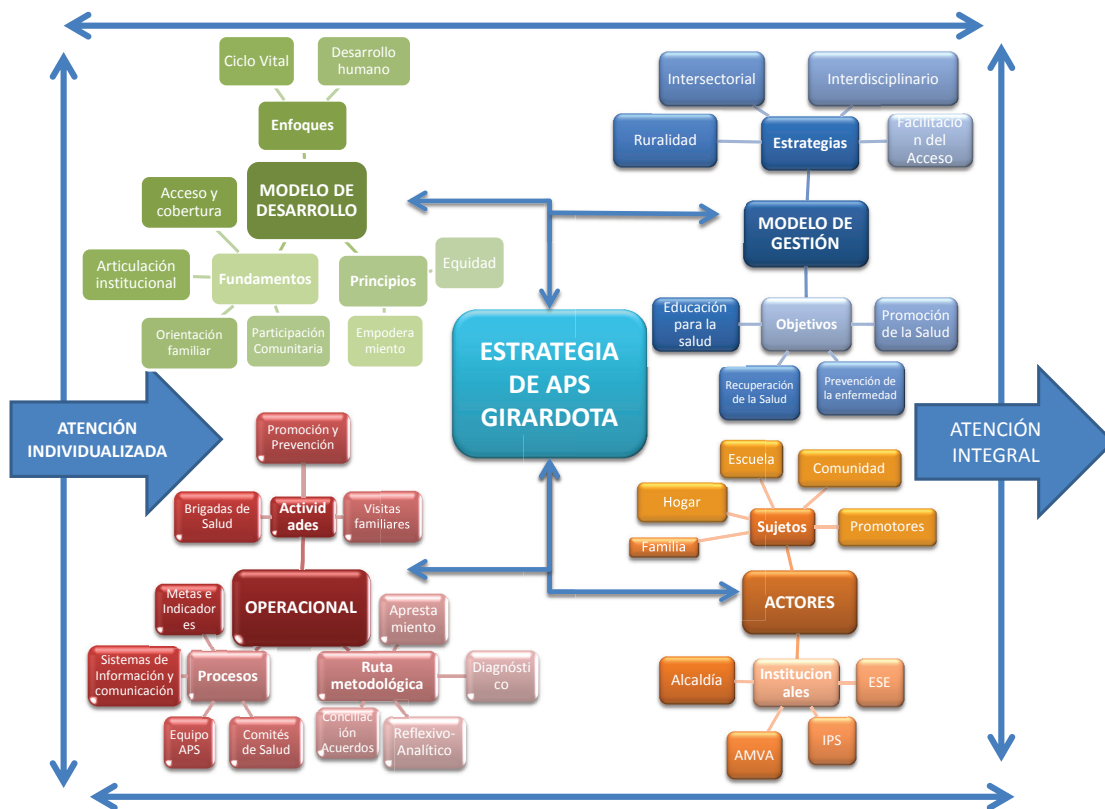
Cuadro N°28. Causas de defunción

CÓDIGO CAUSA	CAUSA	No. CASOS PRESENTADOS
51	Enfermedades isquémicas del corazón o Enfermedad cardiopulmonar o de la circulación	25
60	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	18
101	Agresiones (homicidios) y secuelas	17
20	Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	11
90	Accidentes de transporte de motor y secuelas	9
41	Diabetes mellitus	8
13	Tumor maligno del estómago	7
62	Todas las demás enfermedades del sistema respiratorio	5
89	Signos, síntomas y afecciones mal definidas	4
57	Aneurisma aórtico	5
	SUBTOTAL	109
	Otras causas	85
	TOTAL DEFUNCIONES 2011	194

Como se puede observar en el cuadro anterior, muchas de las causales de las muertes de la población en el municipio. Estas se encuentran ligadas a problemáticas prevenibles mediante la estrategia APS como los estilos de vida saludable. Y es que el mismo Plan de Desarrollo advierte que la primera causa de muerte está asociada a llevar una vida sedentaria, malos hábitos alimenticios, tabaquismo, entre otros.

De lo anterior se desprende como uno de los componentes estratégicos PDM Municipio “Mejorar la situación de salud de los Girardotanos mediante el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la intervención directa de las problemáticas de salud pública y cobertura en el Municipio, a través del ciclo vital y enfoque diferencial.”, como herramienta para mejorar la calidad de vida y en especial la salud de los habitantes del Municipio; donde la estrategia APS se hace parte fundamental dentro de la Política Pública de Girardota. p. 145

6.2. DESCRIPCIÓN MODELO EN ESCENA MUNICIPIO DE GIRARDOTA



Elaboración Propia Dimensión 1: Desarrollo del Municipio de Girardota

6.2.1. DIMENSIÓN 1: DESARROLLO DEL MUNICIPIO DE GIRARDOTA

La intervención desarrollada en el Municipio de Girardota por la ESE San Rafael en articulación con la Secretaria de Salud, se ha caracterizado por buscar (desde una estrategia integral) mejorar las condiciones de salud de la población del Municipio, donde todos los actores juegan un rol activo en pro del fomento y conservación de la Salud.

Algunas de las características del Municipio de Girardota expuestas en el apartado anterior muestran efectivamente la importancia de desarrollar una estrategia enfocada en gran parte a la ruralidad dado que para el Municipio de Girardota está representada el 48% del total de la población. Por ello, el modelo fue desarrollado en 14 veredas del municipio en el año 2012 y en 27 veredas en el año 2013 (en especial las que se encuentran alejadas del casco urbano y por tanto con mayores dificultades para el acceso a los servicios de salud). Contó además con un equipo interdisciplinario que estuvo al frente de las apuestas municipales de la estrategia APS.

A continuación se describen los elementos más importantes encontrados en la estrategia de APS en el Municipio de Girardota en relación a lo que se ha denominado la Dimensión de Desarrollo a partir de los elementos de enfoque y principios.

Con relación a los Enfoques predominantes de la estrategia de APS se encuentran el enfoque de **desarrollo humano**, el cual pone en el centro al ser humano como la mayor riqueza de las naciones. Por tanto, un enfoque de desarrollo humano trabaja en pro de “crear un ambiente propicio para que los seres humanos disfruten de una vida prolongada, saludable y creativa”. (PNUD, 1990). Es por esto que el Municipio de Girardota se ha propuesto dentro de sus objetivos fundamentales, proporcionar herramientas para el empoderamiento de las familias y comunidades para que sean estos, los que a partir de una mayor calidad de vida, sean los que promuevan el desarrollo del municipio.

Figura 9: Dimensión 1: Modelo de Desarrollo - Girardota



Fuente: Elaboración propia

Otro de los elementos tenidos en cuenta en el desarrollo de la estrategia APS y que guía el trabajo de los diferentes equipos de trabajo, (como son las acciones emprendidas es la búsqueda del mejoramiento de las condiciones de salud de los habitantes) es **el ciclo vital**. Esto se entiende como el acompañamiento diferenciado de acuerdo a la etapa vivencial de la vida de un ser humano: nacimiento, niñez, juventud, adultos, tercera edad y terminal. De esta manera, se pretende hacer una intervención que se ajuste a las necesidades específicas del ser desde el momento del ciclo vital en el que se encuentra.

Con relación a los fundamentos, entendidos como las bases con las que se desarrolla la estrategia, están el **Acceso y cobertura universal, la Articulación institucional, la Orientación familiar y la Participación comunitaria**. Estos elementos son en los que se soporta la estrategia para avanzar en unas características específicas que lo distinguen y en el cual se encuentran sus mayores diferenciadores.

La estrategia ha tenido como elemento desarrollador la posibilidad de empoderamiento de las familias, las comunidades, los equipos de trabajo (denominado equipo colaborativo) y todos aquellos que de alguna manera se involucran en la misma. Para ello se tiene dentro en la propuesta, unos espacios para desarrollar algunas prácticas participativas. Sin embargo, lo fundamental es que los equipos de trabajo ven especialmente en la **participación comunitaria**, la posibilidad de que la estrategia APS se desarrolle y se construya de una manera diferente: de llevar hasta la familia y el individuo, la información, la educación y la facilitación de herramientas en torno al tema de salud.

Con relación a la **orientación familiar**, esta es vista como el núcleo social y por ello le dan la capacidad para desarrollar y transmitir valores, principios, información, prácticas, entre otros elementos que son necesarios para que la estrategia pueda afirmarse en el individuo. Por esta razón, se hacen visitas familiares y se pretende que a través del acompañamiento a los jefes de hogar o adultos significativos, estos puedan reproducir la estrategia a los demás miembros del núcleo familiar.

En lo referente a la **articulación institucional**, se ha estipulado dentro de la política pública de la Administración Municipal de Girardota y desde lo planteado en su Plan de Desarrollo como desde las orientaciones de la Secretaría de Seguridad Social, que se debe desarrollar una propuesta que integre el trabajo de los diferentes servicios prestados por la ESE San Rafael. Así mismo, se necesita una articulación en los servicios prestados por las diferentes IPS que hacen presencia en el territorio, al igual que las diferentes dependencias de la Administración Municipal.

Finalmente se encuentra como fundamentos el **acceso y cobertura** puesto que el Municipio de Girardota busca que el mayor número posible de habitantes sean acompañados a través de la estrategia. Si bien la estrategia priorizó el área rural para su ejecución, en ella hay un propósito centrado en el acceso, pues los habitantes de esta área son los que mayor dificultad poseen para llegar a los servicios de salud, así como a los programas, proyectos y demás ofertas que se articulan en la estrategia de APS.

Se intentaron hallar en la ejecución de la estrategia de APS en el Municipio, cuales son los principios que generaba una marca distintiva del fin y los medios para el desarrollo de ésta, encontrándose con dos elementos centrales: el **empoderamiento y la equidad**.

La equidad como principio busca garantizar que los habitantes de un territorio accedan a los elementos del bienestar y haya una mayor igualdad. En consecuencia, la estrategia de APS, busca llegar a quien más requiere o quien no posee aquellos mínimos que garanticen la salud en el sentido amplio de la misma. Ejemplo de ello, es procurar por la cobertura en salud, llegar a las veredas más distantes, y otras acciones que buscan una mayor distribución y acceso a la atención en salud.

En torno al empoderamiento la estrategia en el Municipio de Girardota, se ha buscado a través de las acciones emprendidas que los equipos de trabajo, las comunidades y las familias, que estas sean responsables del mejoramiento de su nivel de salud y de todos aquellos determinantes relacionados con la salud. Estos deben ser actores activos interesados en los temas que promueva la APS, que conozcan las rutas y que ayuden a movilizar otros actores para que esta tenga mayor impacto al interior de la familia, en la comunidad a la que pertenecen y al interior mismo del hospital.

6.2.2. DIMENSIÓN 2: MODELO ESTRATÉGICO MUNICIPIO DE GIRARDOTA

Figura No. 10: Dimensión 2: Modelo de Estratégico - Girardota



Fuente: Elaboración propia

La dimensión estratégica alude a todos aquellos elementos que permitieron que la estrategia APS se desarrolle. Es así como las estrategias refieren a aquellas apuestas de nivel central que fueron tenidas en cuenta para que la estrategia APS cumpliera las metas trazadas tanto a nivel cualitativas como cuantitativas.

Entre las principales estrategias, se encontró una apuesta por la ruralidad. Por esto se abarcaron en el año 2012, 14 veredas y en el año 2013 se abarcaron las 27 veredas del Municipio. Se debe tener en cuenta temas de vulnerabilidad como accesibilidad a los servicios de salud, donde algunas de las veredas visitadas se encuentran alejadas al casco urbano y por eso tienen difícil acceso a los servicios de salud. Así mismo, hay que tener un contexto epidemiológico, económico, socio cultural y político.

Con relación a la **intersectorial**, éste es un elemento clave de la estrategia APS que busca desarrollar procesos integrales que vayan más allá de la promoción y la prevención o de la atención de la salud. Aquí se tienen de insumos, los elementos protectores y de riesgo de cada una de las veredas y las familias, para articular las diferentes instancias que se requieran hacia la posibilidad de solucionar las necesidades de la comunidad o potenciar los factores protectores.

De esta manera, se ha encontrado que al día de hoy se ha logrado articular a la estrategia APS a 17 programas o proyectos de la Administración Municipal o programas nacionales con presencia en el Municipio de Girardota. Del mismo modo, se han articulados 10 servicios de

la ESE San Rafael, a los cuales se les hace seguimiento para que lleven a la resolutiveidad de las necesidades encontradas. En total, se ha logrado realizar 1.295 remisiones de las cuales han sido efectivas 280 que equivalen al 15%.

Al igual, los asuntos referidos con el componente interdisciplinario, buscan que se intervenga al ser humano de manera integral. Es por esto que han participado profesionales de la salud desde diferentes campos. Sumado a lo anterior, se encuentra el papel de los **promotores de vida**, que es determinar que necesidades se tiene en la comunidad y en las familias, para así poder contactar al profesional específico para solucionar la problemática que las afectan.

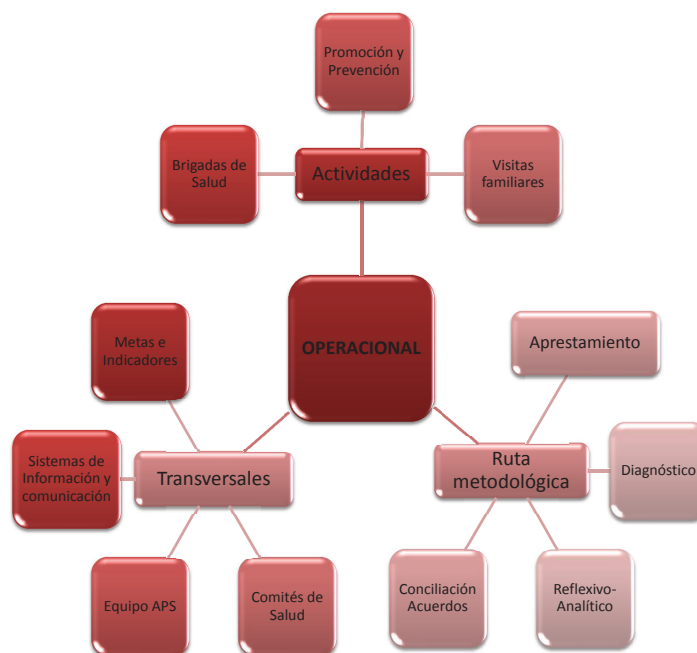
Por último, en términos de las estrategias que ha venido desarrollando APS está la **facilitación del acceso**. Desde diferentes puntos de vista se ha asumido esta tarea, reflejada en visitas familiares y en la articulación de la oferta institucional, mostrado en acciones concretas como las brigadas de salud.

Frente a los **objetivos de la estrategia de APS** se ha definido cuatro elementos centrales como son: Promoción de la salud y fomento de los estilos de vida saludable, Prevención de la enfermedad, Recuperación de la salud, Educación para la salud que permita crear comportamientos para fomentar y conservar la salud de manera individual y colectiva.

6.2..3. DIMENSIÓN 3: GESTIÓN MUNICIPIO GIRARDOTA

Esta permite leer de manera concreta como fue desarrollada la estrategia de APS en el Municipio de Girardota, pues se refiere a la cotidianidad del que hacer de los equipos de trabajo, tanto los que se encuentran en campo como los que se orientan y coordinan la apuesta.

Figura No. 11: Dimensión 3: Gestión - Girardota



Fuente: Elaboración propia

Esta se desarrolla a través de las actividades que fueron llevadas a cabo durante la ejecución de la estrategia, más allá de las que fueron diseñadas. Las que tienen mayor recordación en la población son:

- **Brigadas de APS:** Que consiste en llevar la estrategia APS a cada uno de los sitios elegidos, que está compuesto por equipos intra e interdisciplinarios, tanto de las áreas de la salud, como también representantes de otras dependencias de la Alcaldía. Aquí encontramos, dependencias como desarrollo comunitario, SISBEN, Secretaría de Educación y Cultura, para así poder brindar a la comunidad una atención integral a sus diversas problemáticas.
- **Promoción y Prevención:** Busca la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, para fomentar la protección integral a la familia y grupos poblacionales vulnerables (niñez, infancia, adolescencia, juventud, adulto mayor, población en situación de discapacidad, víctimas de la violencia y desplazamiento y mujer).
- **Visitas familiares:** los promotores de vida generan un diálogo de saberes con las familias, con el fin de reconocer los conocimientos previos que cada persona tiene sobre la salud y todo lo relacionado con ella. Con esto se desea brindar educación para la salud de acuerdo a la cultura, al nivel de educación y al ciclo vital en el cual se encuentre cada uno de los integrantes de la familia.

Con relación a la **Ruta metodológica** esta permite conocer el camino y paso a paso que la estrategia APS ha utilizado para cumplir con los objetivos planteados, en esta se distinguen cuatro momentos que se encuentran descritos en la documentación de la estrategia APS del Municipio de Girardota:

- **Aprestamiento:** Son acciones como la concertación de la voluntad política, el proceso de selección del talento humano, el reconocimiento del contexto municipal o la selección de las áreas de cobertura. Es decir, las veredas donde se implementa el Modelo de APS, el reconocimiento de los programas y servicios de las diferentes IPS y entidades del municipio, sensibilización y acercamiento a los líderes comunitarios y a la comunidad, y la capacitación de los promotores de vida. En otras palabras, con el momento de aprestamiento se logra obtener la sensibilización y promoción del modelo, con los actores de manera interdisciplinaria e intersectorial y la inclusión de éste en los planes municipales.
- **Diagnóstico:** Se lleva a cabo a través de acciones como: la Visita Familiar y la elaboración de la Historia Familiar, remisión y gestión a los diversos programas y servicios tanto de las IPS como de las entidades del municipio (aquí se tiene en cuenta los factores de riesgo identificados y las necesidades reales y sentidas de las familias).
- **Reflexivo- Analítico:** El análisis de la información, la socialización y validación de la información con las comunidades, la socialización del diagnóstico comunitario con las IPS y Entidades del municipio y la priorización de las necesidades.

•**Conciliación acuerdos:** Es el momento que procede a la validación de la información por las comunidades y con las familias beneficiarias en cada área de cobertura o vereda.

Finalmente **las transversales** se refieren a aquellos elementos constantes que se han planteado en el marco de la estrategia para soportar la operación de las diferentes actividades y llevar a cabo la ruta establecida, entre ellas se encuentra:

•**Comités de salud:** Son conformados por integrantes de las Juntas de Acción Comunal de las veredas, los cuales son capacitados en diversos temas como por ejemplo: deberes y derechos en salud, programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, hábitos y estilos de vida saludables, importancia del consumo de agua potable y sobre el uso racional de la misma y primeros auxilios en el hogar. Estos son los encargados de hacer parte de la réplica de la estrategia APS en el territorio.

•**Equipo básico de APS:** médico, enfermera, psicóloga, nutricionista, saneamiento básico; son quienes dan comienzo al proceso de intervención de las problemáticas encontradas en cada una veredas.

•**Sistemas de información y comunicación:** Utilizado para el registro de la información, con el fin de obtener tanto datos cuantitativos como cualitativos de cada una de las familias y de la comunidad en general. Se utilizan las siguientes herramientas:

- o El Sistema de Información del Modelo de Atención Primaria en Salud (SIMAPS) facilitado por la SSSYPSA.
- o Bases de datos en Excel.

Para dar a conocer la información correspondiente al Modelo de APS se utilizan los siguientes medios de comunicación:

- o El Boletín institucional de la ESE Hospital San Rafal de Girardota.
- o La cartelera institucional de cada una de las IPS del municipio y de la ESE.
- o La emisora del municipio de Girardota (Radio Alternativa).

•**Metas e indicadores:** Para el establecimiento de los indicadores se utilizan Indicadores de procesos que van a dar cuenta de las capacitaciones realizadas para los comités de salud y líderes comunitarios y las actividades educativas realizadas en forma colectiva al mes. Por su parte, los indicadores de resultados, establecen el porcentaje de visitas familiares de seguimiento realizadas al mes, el porcentaje de cumplimiento de las remisiones realizadas a las secretarías y dependencias del municipio, porcentaje de cumplimiento de las remisiones realizadas a las IPS del municipio y finalmente el porcentaje de visitas familiares de diagnóstico realizadas.

En cuanto a las metas, estas son estipuladas en el momento de planeación de la estrategia APS a ser desarrollada en un período determinado, y van a depender del presupuesto asignado y de la voluntad política de los actores que intervienen para llevarla a cabo.

6.2.4. DIMENSIÓN 4: ACTORES – MUNICIPIO GIRARDOTA

Figura 12: Dimensión 4: Actores - Girardota



Fuente: Elaboración propia

Los **actores** juegan un papel fundamental en la puesta en marcha de la estrategia de APS en Girardota, ya que estos son finalmente los que permiten que la estrategia se lleve a cabo o no y la manera como está aplicada dentro del territorio. Igualmente, los que la dinamizan, mueven acciones, recursos e interés a favor o en contra de la misma. A continuación se nombrarán los actores más importantes.

Se diseñó una primera categoría en donde se ubican aquellos que se denominaron los **sujetos de la estrategia**, pues son ellos quienes representan el rostro humano de la estrategia y son con quienes se valida las apuestas del modelo de APS de Girardota. Entre ellos se encuentran, la familia, el hogar, la escuela y la comunidad.

Con relación a los **actores institucionales** se hace énfasis en aquellos que lideran las apuestas para desarrollar la estrategia, tanto a nivel de planeación, operativo y entrega de recursos. La ESE, IPS y la Alcaldía son los encargados de ejecutarla en el territorio.

7. 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 este, donde es central el papel de las ESE 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.

A continuación se presenta un análisis de brechas por cada uno de los componentes definidos para el análisis realizando un comparativo entre el modelo propuesto, el modelo en escena y las brechas encontradas.

MODELO PROPUESTO	REFERENCIA	MODELO ACTUAL	BRECHAS
DIMENSIÓN 1: DE DESARROLLO			
ENFOQUES			
Vulnerabilidad	Alcaldías		* Hay una apuesta en la ejecución que se articula con la visión departamental de empoderamiento de las familias y comunidades y en general de las personas y que sea desde estos donde se promueva el desarrollo del Municipio.
Enfoque Diferencial	Gobernación de Antioquia - Minsalud - Ley 1438		
Desarrollo humano	Gobernación de Antioquia	Desarrollo humano	* Hay una apuesta clara por el trabajo de ciclo vital que atraviesa todo el proceso como eje transversal del proceso *Si bien hay una apuesta importante por la ruralidad en el Municipio no hay un claro enfoque de trabajo desde una mirada territorial
Ciclo Vital	Gobernación de Antioquia	Ciclo Vital	
Territorial	Minsalud - Ley 1438		
FUNDAMENTOS			
Participación social	OPS - Minsalud - Ley 1438	Participación Comunitaria	* EL trabajo con las comunidades, las familias, los equipos de trabajo y otros actores apuntan a poder como base de la estrategia la participación en donde juegue un papel más dinámico y activo en el empoderamiento por los temas de la salud los actores involucrados
Sostenibilidad y Recursos Adecuados	OPS		
Orientación familiar y comunitaria	OPS	Orientación familiar	*Si bien el tema de sostenibilidad y recursos adecuados es uno de los pilares de la estrategia APS no hay una definición clara del tema en tanto la estrategia a lo largo de los años no se ha sostenido, ha cambiado de apuestas y responde a miradas de corto plazo. *Para el caso Girardota ha puesto como elemento diferenciador y central de su estrategia la articulación institucional no solo como una estrategia sino también como base del trabajo realizado.
Determinantes sociales de salud	Gobernación de Antioquia, Minsalud - Ley 1438, Plan ecenal de Salud Pública 2012-2021		
Acceso y cobertura universal	OPS	Acceso y cobertura	
		Articulación institucional	

PRINCIPIOS			
Equidad	OPS	Equidad	*Como elementos axiológicos de la propuesta se encuentra la equidad y el empoderamiento lo cual responde en gran parte a la manera en cómo se aborda la estrategia en donde se responde a una apuesta por que los actores del proceso sean parte activa del mejoramiento y a su vez un énfasis por la ruralidad en términos de una mayor posibilidad de generar una atención cercana a aquellos que tienen más necesidades o dificultades en el acceso. *No es claro en el trabajo otros aspectos claves como la interculturalidad, la justicia social, la solidaridad, la orientación a la calidad ni en ver a APS como el primer contacto, estos principios se asumen de manera parcial.
Interculturalidad	Minsalud - Ley 1438		
Justicia Social	OPS		
Solidaridad	OPS		
Orientación a la calidad	OPS		
Primer contacto	OPS		
		Empoderamiento	
DIMENSIÓN 2 DE ESTRATEGIA			
OBJETIVOS			
Promoción y Prevención	OPS	Promoción de salud	*Los objetivos planteados en el modelo propuesto se articulan con el modelo en escena en donde los temas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad están en el centro de APS. *En Girardota se le ha dado una relevancia significativa al tema de la educación para la salud como una apuesta para transformar hábitos, prácticas y maneras de relacionarse con la salud en diferentes públicos y entornos elemento que es diferenciador del modelo propuesto.
		Prevención de la enfermedad	
Respuesta a necesidades de salud de la población	OPS	Recuperación de la salud	
		Educación para la salud	

ESTRATEGIAS			
Organización y gestión óptimas	OPS		<p>*En relación a las estrategias encontradas en el Municipio de Girardota se encuentra que algunas de las planteadas en el modelo propuesto como son atención integral e integrada así como educación para la salud son desarrolladas en un nivel diferente ya sea como propósito o como objetivo donde se le da una importancia mayor al de una estrategia</p> <p>*Se han desarrollado otras estrategias que inicialmente no se tienen en los lineamientos dados como son la ruralidad, la intersectorialidad, la interdisciplinariedad y la facilitación del acceso, estas responden a elementos significativos como centrarse en un territorio rural con dificultades de acceso a los servicios de salud por diferentes factores tanto físicos, culturales, educativos entre otros y esta tenición se dan con unas características particulares y es la importancia de integrar a los diferentes equipos de trabajo de la salud en el Municipio como los diferentes entes que en ella intervienen.</p>
Atención integral e integrada	OPS	Se encuentra como un elemento de propósito	
Compromiso político (Responsabilidad y Rendición de cuentas)	OPS		
Educación para la salud	Minsalud - Ley 1438	Se encuentra como un objetivo de la estrategia	
		Ruralidad	
		Intersectorial	
		Interdisciplinario	
		Facilitación del Acceso	
ACCIONES ESTRATÉGICAS			
Trabajo en red	Minsalud - Ley 1438		<p>*No se plantearon para el caso de Girardota acciones estratégicas dado que algunas de ellas se abordan en otros niveles del modelo, tal es el caso de comunicación, la cual se abordó como un transversal pero no desde la mirada de comunicación para el desarrollo</p>
Interdisciplinariedad	Minsalud - Ley 1438		
Comunicación para el desarrollo	Minsalud - Ley 1438 - Alcaldías		
Medición y resolutiveidad	Minsalud - Ley 1438		
Acciones intersectoriales	OPS		

DIMENSIÓN 3: GESTIÓN

RUTA METODOLÓGICA O PROCESOS

Aprestamientos	SSSYPSA	Análisis de información	<p>*En términos generales, la ruta metodológica se ajusta a la propuesta por la SSSYPSA - Gobernación de Antioquia en donde se aborda una mirada paso a paso en donde se parte de un trabajo inicial de aprestamiento terminando con la evaluación; sin embargo, no son nombrados de la misma manera o no se le da tanta fuerza.</p> <p>*El único paso que no se viene desarrollando se manera clara es el momento de evaluación el cual se hace parcialmente y sin una ruta clara.</p>
Diagnóstico	SSSYPSA - Minsalud	Diagnóstico	
Priorización de las necesidades		Reflexivo-Analítico	
Generación de acuerdos		Conciliación Acuerdos	
Acercamiento de las ofertas de protección y salud		Conciliación Acuerdos	
Demanda inducida		Reflexivo-Analítico	
Prestación de los servicios		Conciliación Acuerdos	
Evaluación			

ACTIVIDADES

Educación y prevención en salud	OMS- OPS - Minsalud - Gobernación		<p>* Los lineamientos dados por los referentes abordados en la construcción del modelo propuesto son poco claros solo en los primeros documentos de APS y en algunos de la gobernación de Antioquia lo que ha permitido utilizar ciertas prácticas usuales del sistema de salud para acercar a la comunidad como son las brigadas de salud y las visitas familiares en donde se desarrollan temas articulación a los definidos en el modelo propuesto en especial a los que refieren a alimentación y nutrición, asistencia materno infantil, planificación familiar y prevención.</p>
Alimentación y nutrición adecuado	OMS - Gobernación de Antioquia SSSYPSA - Alcaldías-		
Agua potable y saneamiento básico	OMS		
Asistencia materno-infantil	OMS - Gobernación - SSSYPSA - Alcaldías-		
Planificación familiar	OMS - Gobernación - SSSYPSA - Alcaldías-		
Inmunización	OMS - Gobernación - SSSYPSA - Alcaldías-		

Prevención y lucha	OMS- OPS - Minsalud - Gobernación		
Tratamiento o cuidados apropiado	OPS		
Suministro de medicamentos esenciales	Minsalud		
		Brigadas de salud	
		Visitas familiares	
TRANSVERSALES			
Gestión de la información	Minsalud - Ley 1438		*En relación a los transversales se encontraron que se le da importancia a los temas presentados en los lineamientos tal es el caso de Gestión de la información y normas, guías y procesos, sin embargo esta importancia se encuentra en un desarrollo débil en donde aún está gestión de la información no se desarrolla fundamentalmente para la toma de decisiones .
Normas, guías y proceso	Minsalud - Ley 1438		*Es de rescatar la importancia que se le ha dado a los comités de salud y los equipos de APS los cuales permiten transversalizar la estrategia a otras acciones y escenarios de acción municipal.

DIMENSIÓN 4 : ACTORES

SUJETOS

Ciudadano	Minsalud		<p>*Tanto en el modelo propuesto como en el modelo en escena hay una importante relevancia a actores como las familias, la comunidad y los equipos de trabajo los cuales son parte central de llevar a cabo un ejercicio significativo en el municipio.</p> <p>*Existen otros actores que aparecen en la ejecución de la estrategia como son la distinción entre familia y hogar entendiendo estas como parte de la transformación de las familias en el Municipio hacia nuevas dinámicas y tipologías de las mismas, así mismo se le da importancia al trabajo realizado en la escuela como un entorno significativo donde se pueden gestar cambios culturales y educativos.</p>
Familias	OPS/OMS/ MINSALUD/ SSSYPSA/ AL- CALDIAS	Familia - Hogar	
Comunidad	OPS/OMS/ MINSALUD/ SSSYPSA/ AL- CALDIAS	Comunidad	
Trabajador	OPS		
Equipo de Trabajo	OPS	Promotores	
		Escuela	

INSTITUCIONES

OMS/OPS	OMS/OPS		<p>En relación a los actores institucionales si bien los organismos internacionales tienen una importancia en torno a ser los generadores de lineamientos de trabajo, enfoques y en general las apuestas de la estrategia APS hay en la ejecución de la estrategia una relación más directa con instituciones locales fundamentales para el desarrollo de la misma como es la Alcaldía, las ESE y las IPS.</p>
Minsalud	Minsalud		
SSSYPSA	SSSYPSA	SSSYPSA	
Alcaldía	Alcaldía	Alcaldía	
ESE	Minsalud	ESE	
IPS	Minsalud	IPS	

8. HALLAZGOS GENERALES

La estrategia APS en el municipio de Girardota es desarrollada por la ESE San Rafael como un proceso de externalización de la Secretaría de Protección Social del Municipio. Se presenta como una buena práctica de atención integral de la salud, reconocido por los equipos de trabajo y las comunidades por el posicionamiento que se viene dando. Vemos una apuesta por la continuidad del proceso desde el año 2012, al igual que la articulación entre la ESE y la Alcaldía. A continuación se presentan las 7 brechas que se han encontrado hasta el momento mostrando los elementos diferenciadores con el modelo propuesto.

UNA EXPERIENCIA CENTRADA EN LA RURALIDAD COMO UNA APUESTA POR LA ACCESIBILIDAD

La estrategia de APS en el Municipio de Girardota se ha desarrollado como una práctica de atención integral de la salud centrada en la población rural que es donde se presentan las mayores dificultades de acceso a los servicios de salud y está casi la mitad de la población del municipio. Lo anterior conlleva a que el rol del promotor sea central en tanto reconoce el territorio, sus potencialidades y falencias, y por consiguiente, la población tenga una mejor salud. Por lo tanto, los equipos de trabajo han realizado diagnósticos de contexto en donde diferentes determinantes sociales como el acceso a las veredas, transporte, vocación productiva, entre otros, pueden potenciar o no la mejor calidad de salud de sus habitantes.

Así mismo, se destacan las brigadas de salud como una actividad de alto valor para el cumplimiento de las metas establecidas y todas las otras acciones emprendidas de descentralización de los servicios de salud y protección tanto por la ESE, como por el Municipio. Estas actividades se encaminan a brindar una mayor accesibilidad a los servicios de salud de la población, en especial de aquellas que presentan menos facilidad de acercarse a los programas, proyectos y servicios.

Finalmente uno de los elementos significativos de APS en Girardota es que sus acciones parten del contexto territorial para establecer las metas y acciones a cubrir en el proceso, lo que les lleva a que sean prácticas aterrizadas y acordes a lo que es el municipio. Sin embargo estas reflexiones no han sido totalmente consientes ni documentadas.

UNA APUESTA POR LA INTEGRALIDAD

Llevar a cabo una estrategia desde una apuesta por la integralidad ha implicado que sea visto el ser humano como un ser en donde se integran diferentes necesidades y ces sistémico. De este modo, la estrategia de APS en el Municipio de Girardota busca desarrollar un acompañamiento en todos los factores que intervienen la salud humana. Por lo tanto, el papel central es desarrollar un ejercicio integral en donde las diferentes áreas del hospital estén presentes, y haya un mayor número de programas, proyectos e institucionalidades que aporten a las

diferentes dimensiones del desarrollo humano.

En este sentido se aplica lo del Plan Decenal de Salud Pública, donde uno de las estrategias planteadas es la participación e intervención conjunta de los niveles territoriales con competencias en salud ambiental, en la implementación de APS, posicionando la gestión intersectorial, la participación social y en la intervención de los determinantes sanitarios y ambientales. Lo anterior para el cumplimiento de los objetivos y metas de la dimensión.

También está la combinación del trabajo por ciclos vitales, es decir, por una apuesta diferenciada en el trabajo con niños, niñas, jóvenes, adultos y adultos mayores. Con el trabajo intersectorial se aporta a que la estrategia tenga un **mayor impacto** en los determinantes sociales de la salud.

EMPODERAMIENTO DE FAMILIAS, COMUNIDADES Y EQUIPOS DE TRABAJO

La manera en como se viene desarrollando la estrategia de APS en Girardota apuesta a un modelo de empoderamiento de las familias, comunidades y equipos de trabajo, que les implique pasar de actores pasivos a actores activos. Si bien este aspecto no se encuentra evidenciado en el modelo propuesto inicial definido por los entes internacionales, nacionales y locales, ha sido una apuesta clara desde la ejecución de la estrategia para el logro sostenido de los objetivos planteados.

En el marco de lo anteriormente dicho, se ha realizado un trabajo fuerte con comunidades organizadas por Juntas de Acción Comunal, los COPACOS y otros grupos comunitarios a fin de que estos repliquen buenas prácticas en sus comunidades. Además se han establecidos comités de salud, los cuales aportan al mejoramiento de la estrategia.

APOYO POLÍTICO Y LIDERAZGO DEL HOSPITAL

La consolidación de la estrategia, así como la continuidad de la misma, debe contar con un claro apoyo político. Esto se ve reflejado en que ésta apuesta se encuentre inmersa en el Plan de Desarrollo Municipal, pero que avance en decretos y acuerdos municipales para consolidar la normatividad local. Sin embargo, el apoyo político va más allá de los asuntos formales, este incluye también el apoyo concreto en términos de recursos financieros, humanos, físicos, comunicacionales entre otros.

A lo anterior se le suma el liderazgo que ha tenido Hospital San Rafael en el desarrollo de la estrategia siendo no solo el ejecutor sino también el articulador de otras instancias públicas y privadas. Ante los ojos de la comunidad, la ESE San Rafael es la que se visibiliza por ser la operadora del programa, pero aun así ha sido fundamental el acompañamiento de la Alcaldía y sus diversas secretarías para llevar a cabo la estrategia en el municipio.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Aunque se contempla la importancia de una adecuada gestión de la información como un aspecto clave del desarrollo de la estrategia, no se encuentra una buena estructuración de la misma, ni se soporta en un sistema de información que apoye la articulación. Lo anterior se ve reflejado en la falta de un sistema de información acorde a las necesidades del municipio que permita llevar la información sistemática de la misma, a herramientas manuales actuales como documentos office y bases de datos en Excel.

Esto significa que se requiere fortalecer este componente para avanzar en la toma de decisiones de los responsables de la estrategia, en la medida que sea utilizada como herramienta de evaluación y mejoramiento de los procesos al interior de la estrategia y no solo como recopilación de datos de la misma.

LA ESCUELA COMO ENTORNO DE ACOMPAÑAMIENTO A LAS FAMILIAS

Uno de los entornos trabajados por la estrategia son las jornadas realizadas en instituciones educativas tanto de primaria como de secundaria. Aquí se desarrollan acciones de formación, de prevención y de atención propiamente dichas, y se hace un acompañamiento específico a niños y jóvenes (y de manera indirecta a padres y madres de familia).

A pesar de que éste no es un entorno definido en el modelo propuesto, es importante el papel que ha desempeñado la escuela en el desarrollo de la estrategia, pues es desde allí donde se colectivizan acciones en pro del mejoramiento de la salud y buenas prácticas para el mejoramiento de estilos de vida saludables.

Por lo dicho, hay que hacer un énfasis un énfasis en superar la mirada tradicional de la familia, pues se comprende que ésta ha tenido cambios significativos y transformaciones trascendentales y que hoy su conformación, prácticas y maneras de relacionarse con sus miembros han cambiado. Por ello la estrategia ha visibilizando las diferencias de familia y hogar y las similitudes o contrariedades de las necesidades de las mismas

ROL DE LOS PROMOTORES

El equipo de trabajo de la estrategia de APS en el Municipio cuenta con un grupo interdisciplinario en diferentes áreas del conocimiento de la salud y en los momentos que ha requerido ha contado con el apoyo de otros profesionales diferentes del área de la salud, tales como el gestor de la Red Unidas y otros más. En estos equipos de trabajo sobresale el rol significativo de los promotores de vida, técnicos profesionales en auxiliar de enfermería y técnicos profesionales en salud pública los cuales tienen bajo su responsabilidad, el acompañamiento permanente de las familias según asignación de las veredas que les corresponde.

El rol que juegan estos promotores es central dentro de la estrategia de Girardota, pues son estos los que permiten generar lazos de confianza entre los integrantes de la familia y el sistema de salud. Es por ello que su rol es central en los procesos de gestión del conocimiento y con ellos se debe tener un programa permanente de cualificación y transferencia de buenas prácticas, pues son estos los que mantienen cercanía con la comunidad, poseen gran conocimiento del territorio y son los generadores de confianza de la estrategia.

LA ESTRATEGIA APS COMO UNA ESTRATEGIA PARA ALCANZAR LOS MÁXIMOS NIVELES DE SALUD

La estrategia APS es vista como un programa o proyecto que se desarrolla en el territorio con una mirada de corto plazo puesto que ésta no se desarrolla de forma continua dentro del municipio, por la dinámica misma de contratación y apropiación de recursos para desarrollarla. Igualmente, como estrategia ésta aún no es vista como uno de los ejes fundamentales para

alcanzar los máximos niveles de salud. En este punto, la estrategia APS es la puerta de entrada al sistema de salud, y el municipio de Girardota ha venido avanzando en este aspecto. Sin embargo falta mayor articulación con los otros componentes del sistema de salud.

En este sentido, para que sea más efectiva la estrategia, se hace importante que ésta continúe dentro del proceso de integración de la Red Metropolitana de Salud, liderada por el Área Metropolitana del Valle de Aburrá y la Institución Universitaria Esumer en donde la estrategia APS es vista como parte fundamental de la Red, pues en la medida que se desarrolle, se fortalecerá y permitirá alcanzar los máximos niveles de salud posible en la población Girardontana.

BIBLIOGRAFÍA

- Acevedo, J. Sistematización de experiencias Proyecto: "Asociación de Medios de Comunicación Ciudadanos y Comunitarios de Medellín - la REDECOM". FAONG. Medellín. 2008.
- Alzate, D. Escudero, M. Foronda, G y Zuleta, N. Modelo de Atención Primaria en Salud Renovada, Familias Saludables en el Municipio de Girardota. Girardota. 2014
- ÁREA METROPOLITANA DEL VALLE DE ABURRÁ. Plan Integral de Desarrollo Metropolitano –PIDM– 2008-2020 Hacia la integración regional sostenible. Medellín. 2007.
- ÁREA METROPOLITANA DEL VALLE DE ABURRÁ. Plan de Gestión 2012- 2015 – Pura Vida. Medellín, Agosto de 2012.
- CEP Alforja. La sistematización de experiencias, práctica y teoría para otros mundos posibles. CEAL- Itermon Oxfam, San José, Mayo 2012.
- Departamento Administrativo de Planeación Departamental. Anuario Estadístico de Antioquia -2012.
- INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA ESUMER. propuesta técnica y económica para apoyar la conformación e implementación de la Red Metropolitana de Salud del Valle de Aburrá periodo 2013 – 2015.
- Dirección Seccional y Protección Social de Antioquia. Lineamientos para la promoción de la salud con-sentido humano en Antioquia. 1° ed. Antioquia: Universidad de Antioquia; 2010.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú. Bogotá, Marzo 15 de 2013.
- Organización Mundial de la Salud. Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado en: http://www.who.int/social_determinants/es/ Febrero 2014.
- OMS/UNICEF. Atención Primaria de Salud. Informe de la conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata, URSS, 6-12. septiembre, 1978, Organización Mundial de la Salud: Ginebra, 1978.

- Organización Panamericana de la Salud. 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: OPS. 2007.
- Organización Panamericana de la Salud, 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: OPS, 2007.
- Pardo, A. Ángel, M. Análisis de datos con SPSS 13 Base. McGraw Hill. Madrid. 2005.
- Perfil Total Girardota. Encuesta Calidad de Vida – ECV. Área Metropolitana del Valle de Aburrá. 2011.
- Plan de Desarrollo Municipal de Girardota. Gestión y Progreso para volver a Creer. 2012 – 2015. Luis Fernando Ortiz Sánchez.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. ¿Qué es el Desarrollo Humano?. Recuperado en: <http://www.pnud.org.co/sitio.shtml?apc=i1-----Gs=aGm=aGe=AGc=02008#.U1CE6PI5M1Y>. Marzo 2014.
- Real Academia Española. (2014). Diccionario de la lengua española [Dictionary of the Spanish Language] (22nd ed.). Madrid, Spain: Author.
- Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Ley 1438 de 2011 Congreso de Colombia. 2011.
- SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL. Ley 100 de 1993. Diario Oficial No. 41.148, de 23 de diciembre de 1993.
- Tejada, G. Planeación del Desarrollo Local, una experiencia de participación ciudadana en la Comuna 6 Doce de Octubre. Institución Universitaria Esumer y Alcaldía de Medellín. Medellín. 2011.
- Schoute, T. Documento informativo de alianzas de aprendizaje N°6: Documentación de procesos. IRC Centro Internacional de Agua Potable y Saneamiento. Polonia. 2007.
- Torres, A. La Sistematización de Experiencias Educativas: Reflexiones sobre una práctica reciente. Universidad Pedagógica Nacional. Bogotá. 1998.

- OMS/UNICEF. Atención Primaria de Salud. Informe de la conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata, URSS, 6-12. septiembre, 1978, Organización Mundial de la Salud: Ginebra, 1978.
- Plan de Desarrollo Municipal de Girardota. Gestión y Progreso para volver a Creer. 2012 – 2015. Luis Fernando Ortiz Sánchez, Alcalde.
- Informe sobre Desarrollo Humano. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Disponible en : www.pnud.org.co.
- MANFRED, Max Neef. Desarrollo a Escala Humana – una opción para el futuro. CEPAAUR, Fundación Dag Hammarskjol. Medellín, 1996.
- Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. Lineamientos para la Promoción de la Salud con Sentido Humano en Antioquia. 2010.
- GARCIA JARAMILLO, Margarita María. Familia, Compilación aspectos claves. Corporación para Investigaciones Biológicas. Primera Edición. Medellín, Colombia, 2013.
- DUQUE CARDONA, Sonia. El cuidado de enfermería y la salud de los colectivos humanos. Temperamentvm 2005; 2.
- MACHADO de Freitas. Promoción de la Salud: conceptos, reflexiones, tendencias. Buenos Aires: Lugar editorial. 2006. Pagina 19 a 46.
- Redondo Escalante, Patricia. Introducción a la Educación para la Salud. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/30485335/Educacion-para-la-salud-conceptos-enfoques>.
- Bases de Datos del SISBEN. Municipio de Girardota. 2011-2012.

Carrera 53 N° 40A - 31
Conmutador 385 60 00 - Fax 263 32 01
Medellín - Colombia



www.metropol.gov.co

PURA VIDA