



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

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

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

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

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

Luz Estela Giraldo Ossa, **alcaldesa del municipio de Sabaneta**

Autores

Equipo de trabajo

Profesionales, técnicos y auxiliares de la E.S.E. Hospital Venancio Díaz Díaz y de la Secretaría de Salud del municipio de Sabaneta.

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

Profesionales de la Institución Universitaria Esumer

Interventoría AMVA

Raúl Cano Jaramillo, Profesional Contador.

Coordinación de la publicación

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

Centro de Investigaciones y Prospectiva Institución Universitaria Esumer

Diseño Gráfico

Centro de Investigaciones y Prospectiva Institución Universitaria Esumer.

Impresión

LIBRO ARTE

Primera edición

Junio de 2015, Medellín

Nota de derechos reservados

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

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

PRESENTACIÓN

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

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

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

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

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

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

HERNÁN DARÍO ELEJALDE LÓPEZ
Director

ÍNDICE

CAPÍTULO 1: CARACTERIZACIÓN	11
1. GENERALIDADES DEL TERRITORIO	13
2. DESARROLLO ECONÓMICO	14
3. PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL 2012-2015 “SABANETA UNA CONSTRUCCION SOCIAL”	16
4. ORGANIZACIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD	18
4.1. ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA	18
4.2. RECURSOS FINANCIEROS	19
4.3. CONTRATACIÓN CON LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (ESE), (PIC-POBLACIÓN NO ASEGURADA)	20
4.4. ESTRATEGIA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	21
4.5. PARTICIPACIÓN SOCIAL	21
5. CAMBIOS DEMOGRÁFICOS	22
6. FECUNDIDAD	24
7. AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS)	25
8. ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN	27
8.1. MORBILIDAD	27
8.2. CAMBIOS EN LA MORTALIDAD	29
8.3. COBERTURA EN VACUNACIÓN	
8.4. PRINCIPALES EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA	31
9. DIAGNÓSTICO DE RED EN SALUD DEL MUNICIPIO	32
10. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL VENANCIO DÍAZ DÍAZ	33
10.1. PLATAFORMA ESTRATÉGICA	33
10.2. CAPACIDAD INSTALADA	33
10.3. RECURSO HUMANO	34
10.4. PORTAFOLIO DE SERVICIOS	34
11. INDICADORES	36
11.1. INDICADORES DE CALIDAD	36
11.2. INDICADORES DE PRODUCCIÓN	40
11.3. INDICADORES FINANCIEROS	45
12. CONCLUSIONES	48
13. RECOMENDACIONES	50
CAPÍTULO 2: DOCUMENTACIÓN	51
1. INTRODUCCIÓN	53
2. JUSTIFICACIÓN	55

3. OBJETIVOS	56
3.1. OBJETIVO GENERAL	56
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	56
4. METODOLOGÍA	57
5. CONTEXTO	58
5.1. CARACTERÍSTICAS DEL MUNICIPIO	58
5.1.1. Localización	58
5.1.2. Límites geográficos	59
5.1.3. División político administrativa	59
5.1.4. Malla vial	63
5.1.5. Clima y altitud	64
5.1.6. Hidrografía	64
5.1.7. Zona de riesgos	64
5.1.8. Accesibilidad geográfica	66
5.1.9. Contexto demográfico	67
5.2. CARACTERÍSTICAS DE LA ESE. HOSPITAL VENANCIO DÍAZ DÍAZ	68
6. MARCO NORMATIVO	70
6.1. NORMAS INTERNACIONALES	70
6.2. NORMAS NACIONALES	71
6.3. NORMAS DEPARTAMENTALES	73
6.4. NORMAS MUNICIPALES	74
7. ESTRATEGIA EN EL TERRITORIO	76
7.1. INTRODUCCIÓN	76
7.2. JUSTIFICACIÓN	76
7.3. DEFINICIÓN	78
7.4. PRINCIPIOS	78
7.5. OBJETIVOS	79
7.5.1. Objetivo general	79
7.5.2. Objetivos específicos	79
7.6. ALCANCE	79
7.7. RECTORÍA Y PLANEACIÓN	80
7.8. ENFOQUES	80
7.9. ESTRUCTURA PARA EL FUNCIONAMIENTO	81
7.9.1. Definición del equipo básico de salud	81
7.9.2. Funciones del equipo básico de APS	81
7.9.3. Funciones por profesión	83
7.10. CRITERIOS DE SELECCIÓN	90
7.11. CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS	90
7.11.1. Familias Saludables	90
7.11.2. Familia en Riesgo Bajo	90
7.11.3. Familia en Riesgo Medio	90
7.11.4. Familia en Riesgo Alto	90
7.12. COBERTURA	93
7.13. POBLACIÓN OBJETO	93

7.14. ÁMBITOS DE ACCIÓN	95
7.15. LÍNEAS DE ACCIÓN	97
7.15.1. Educación sobre problemas de salud prevalentes y métodos para prevenirlos	97
7.15.2. Promoción del suministro de alimentos y nutrición adecuada	97
7.15.3. Suministro de agua segura y saneamiento básico	97
7.15.4. Cuidado de la salud materno-infantil, incluyendo planificación familiar e inmunizaciones	97
7.15.5. Prevención y control de enfermedades endémicas locales	97
7.15.6. Tratamiento apropiado de enfermedades comunes y trauma	98
7.15.7. Suministro de medicamentos esenciales.	98
7.16. RUTA DE ATENCIÓN	98
7.17. ACTIVIDADES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS)	99
7.18. MODELO DE ATENCIÓN	100
7.18.1. Modelo de atención integral en promoción de la salud y prevención de la enfermedad	100
7.18.2. Modelo de atención integral hospitalario	101
7.18.3. Planeación inicial del cuidado y tratamiento	101
7.18.4. Identificación de necesidades educativas y expectativas frente a su enfermedad y tratamiento	101
7.18.5. Seguimiento a las metas de tratamiento	102
7.18.6. Salida y seguimiento	103
7.18.7. Ambulatorio	103
7.19. SISTEMA DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	104
7.20. RECURSOS (FINANCIEROS, HUMANOS Y LOGÍSTICOS)	105
7.21. INDICADORES	106
7.21.1. De cobertura	106
7.21.2. De impacto	106
7.22. RESULTADOS	108
7.22.1. Logros 2008	108
7.22.2. Logros 2009	108
7.22.3. Logros 2010	110
7.22.4. Logros 2011	110
7.22.5. Logros 2012 y 2013	111
7.22.6. Logros 2014	112
8. CONCLUSIONES	113
8.1. FORTALEZAS	113
8.2. DIFICULTADES	113
9. RECOMENDACIONES	115
11. ANEXOS	117

CAPÍTULO 3: SISTEMATIZACIÓN	130
1. PRESENTACIÓN	131
2. METODOLOGÍA SOBRE LA DOCUMENTACIÓN Y LA SISTEMATIZACIÓN	132
3. OBJETIVOS	136
3.1. GENERAL:	136
3.2. ESPECÍFICOS:	136
4. MODELO PROPUESTO: ANÁLISIS CRÍTICO DE LOS COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA	137
4.1. DIMENSIÓN 1: PROPÓSITO	140
4.1.1. Enfoques	140
4.1.2. Fundamentos	141
4.1.3. Principios	142
4.2. DIMENSIÓN 2: DESARROLLO	143
4.2.1. Objetivos	144
4.2.2. Estrategias/Programas	144
4.3. DIMENSIÓN 3: GESTIÓN	146
4.3.1. Ruta Metodológica	147
4.3.2. Acciones	148
4.3.3. Transversales	149
4.4. DIMENSIÓN 4: ACTORES	149
4.4.1. Sujetos	151
4.4.2. Organizaciones	151
5. ANÁLISIS DEL MUNICIPIO	154
5.1. DESCRIPCIÓN MODELO EN ESCENA DEL MUNICIPIO DE SABANETA	155
5.1.1. Dimensión de Propósito	155
5.1.1.1. Enfoques	156
5.1.1.2. Principios Generales	157
5.1.1.3. Fundamentos	158
5.1.2. Dimensión de Desarrollo	159
5.1.2.1. Objetivos	160
5.1.2.2. Estrategias	160
5.1.3. Dimensión de Gestión	161
5.1.3.1. Ruta Metodológica	162
5.1.3.2. Acciones	163
5.1.3.3. Transversales	163
5.1.4. Dimensión de Actores	164
5.1.4.1. Sujetos	164
5.1.4.2. Organizaciones	165
6. ANÁLISIS DE BRECHAS	166
7. HALLAZGOS GENERALES	173
8. BIBLIOGRAFÍA	176

LISTA DE GRÁFICOS Y TABLAS

LISTA DE GRÁFICOS CARACTERIZACIÓN

Gráfico 1. Porcentaje de hogares con dos o más Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)	14
Gráfico 2. Porcentaje de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)	15
Gráfico 3. Pirámides poblacionales. 2005-2013-2020	22
Gráfico 4. Comportamiento de la distribución porcentual de los grupos de edad de 0 a 14 años	23
Gráfico 5. Comportamiento de la distribución porcentual de los grupos de 60 años o más	23
Gráfico 6. Tasa bruta de natalidad	24
Gráfico 7. Porcentaje de cobertura de aseguramiento al (SGSSS)	26
Gráfico 8. Distribución porcentual principales causas de consulta externa	28
Gráfico 9. Distribución porcentual principales causas de consulta urgencias	28
Gráfico 10. Distribución porcentual principales causas de hospitalización	29
Gráfico 11. Tasa cruda de mortalidad	30
Gráficos varios. Indicadores de calidad	36
Gráficos varios. Indicadores de producción	40
Gráficos varios. Indicadores financieros	45

LISTA DE TABLAS CARACTERIZACIÓN

Tabla 1. Recurso Humano. Dirección Local de salud	19
Tabla 2. Recursos propios para salud	20
Tabla 3. Componentes Estrategia APS	21
Tabla 4. Cobertura de la seguridad social en salud	25
Tabla 5. Comportamiento morbilidad consulta externa.	27
Tabla 6. Tasa de mortalidad por mil habitantes	29
Tabla 7. Tasa de mortalidad por causa	30
Tabla 8. Comportamiento de las coberturas en vacunación	31
Tabla 9. Principales eventos de interés en salud pública	31
Tabla 10. Red en salud Sabaneta	32
Tabla 11. Plataforma estratégica (ESE)	33
Tabla 12. Capacidad instalada (ESE)	33
Tabla 13. Recursos humanos (ESE)	34

ÍNDICE DE FIGURAS DOCUMENTACIÓN

Figura 1. Localización del municipio de Sabaneta a nivel Valle de Aburrá	58
Figura 2. Límites del municipio de Sabaneta	59
Figura 3 Mapa por veredas del municipio de Sabaneta	62
Figura 4. Riesgo de amenaza por deslizamiento en el municipio de Sabaneta	64
Figura 5 Riesgo de amenaza por inundaciones en el municipio de Sabaneta	65

ÍNDICE DE TABLAS DOCUMENTACIÓN

Tabla 1. Distribución municipio de Sabaneta por extensión territorial y área de residencia. 2013.	58
Tabla 2. División política por barrios	60
Tabla 3. División política por veredas	61
Tabla 4. División política por urbanizaciones cerradas	61
Tabla 5. Antecedentes de emergencias y desastres	65
Tabla 6. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros en el municipio de Sabaneta. 2013.	66
Tabla 7. Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde el municipio de Sabaneta hacia los municipios vecinos. 2013	66
Tabla 8. Población por área de residencia Sabaneta. 2013	67
Tabla 9. Viviendas por estrato socioeconómico urbano	67
Tabla 10. Viviendas por estrato socioeconómico rural	68
Tabla 11. Población por pertenencia étnica del Municipio de Sabaneta 1993, 2005	68
Tabla 12. Factores de riesgo medio	91
Tabla 13. Factores de riesgo alto	92
Tabla 14. Cobertura de la Atención Primaria en Salud en el municipio de Sabaneta por año	93
Tabla 15. Características familiar por veredas	93
Tabla 16. Realización de historias familiares por veredas para los años 2007 y 2008	94
Tabla 17. Recursos financieros Atención Primaria en Salud	105
Tabla 18. Profesionales contratados por año	105
Tabla 19. Indicadores compuestos	107
Tabla 20. Total de valoraciones realizadas. 2012	117
Tabla 21. Diagnóstico por veredas. 2012	117
Tabla 22. Distribución poblacional por veredas. 2012	118
Tabla 23. Diagnóstico de patologías por veredas. 2012	118
Tabla 24. Diagnóstico de enfermedades por veredas. 2012	120

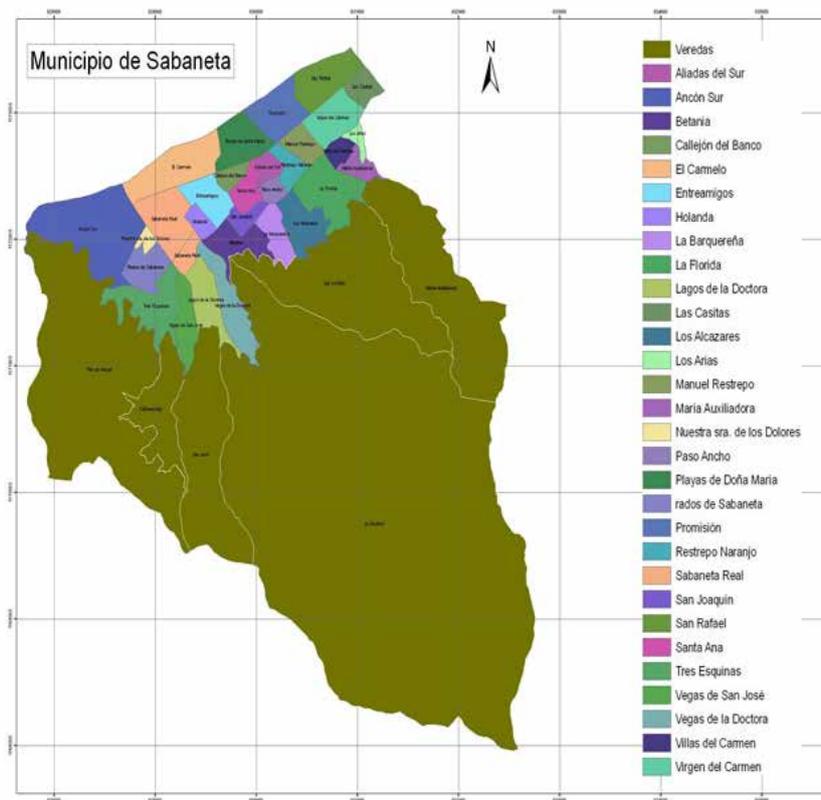
CAPÍTULO 1 CARACTERIZACIÓN

1. GENERALIDADES DEL TERRITORIO

El municipio de Sabaneta se encuentra ubicado en el sur oriente del Valle de Aburrá, a 14 Km de la capital antioqueña. Limita por el Norte con el municipio de Envigado e Itagüí, al Sur con el municipio de Caldas, al Occidente con el municipio de La Estrella, y al Oriente, con el municipio de Envigado.

El municipio tiene una temperatura promedio de 21 °C, una altura de 1.570 msnm y un área total de 15 kilómetros cuadrados, siendo el municipio más pequeño de Colombia; el 33% de su territorio es urbano y el 67% rural. Sabaneta cuenta con 31 barrios y 6 veredas. El municipio cuenta con la afluencia del Río Medellín y la quebrada La Doctora, con sus vertientes: Buenavista, La Escuela, El Gusano, El Canalón, La Honda, La Sabanetica y la Cien Pesos, que marca los límites con Envigado.

Figura 1. Mapa municipio de Sabaneta



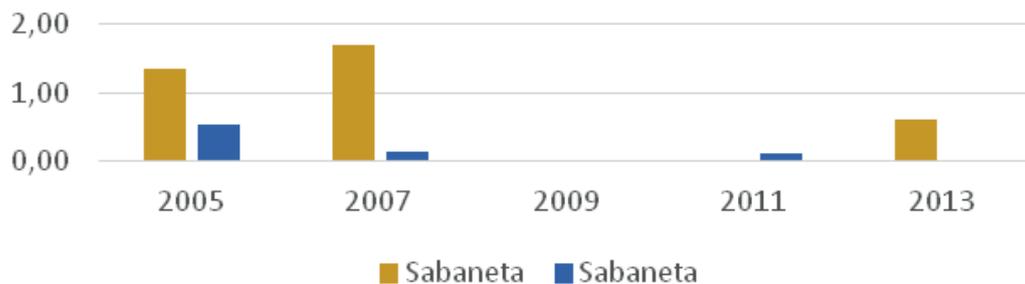
Fuente: Área Metropolitana del Valle de Aburrá.

2. DESARROLLO ECONÓMICO

En el municipio de Sabaneta la principal actividad económica se centra en el sector industrial, cuenta con 220 empresas manufactureras registradas en el sistema de Industria y Comercio, que representan el 60 % de los ingresos. El alto grado de seguridad y las buenas condiciones de logística que el municipio brinda, ha estimulado el asentamiento de nuevas empresas, especialmente textiles. El comercio se constituye en otra actividad representativa para la economía del municipio, un ejemplo de ello, es la construcción de bodegas que permiten realizar actividades para el comercio mayorista, principalmente de productos alimenticios, existen alrededor de 20 complejos de bodegas para este propósito. Adicionalmente, el comercio minorista, concentra un gran número de establecimientos; ante la difícil situación económica por la que atraviesan algunas familias, se ha tomado como fuente de supervivencia la apertura de este tipo de negocios.

En el municipio la cantidad de hogares que presenta dos o más necesidades insatisfechas, considerado como población en situación de miseria, según datos de las encuestas de calidad de vida, realizadas por el Área Metropolitana, en el periodo 2005 a 2013, fue de prácticamente cero en la zona urbana y rural para el año 2009, aunque presentó un leve aumento en el área urbana para el año 2011, y en el área rural para el año 2013. (Ver gráfico 1).

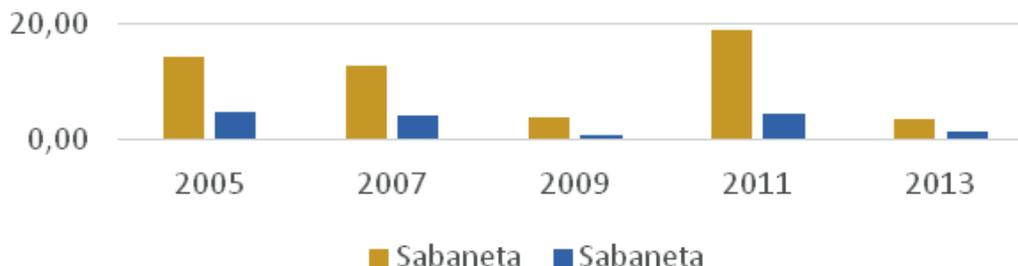
**Gráfico 1. Porcentaje de hogares con dos o más NBI.
Sabaneta. 2005-2013**



Fuente: Encuesta de Calidad de Vida. Área Metropolitana del Valle de Aburrá.

En cuanto al porcentaje de hogares con al menos una necesidad básica insatisfecha (pobreza), el municipio, según la última encuesta realizada por el Área Metropolitana en el año 2013, presentó un aumento considerable en el año 2011 para la zona rural frente a los datos de 2009, ubicándose en 19%, mientras que disminuyó en forma considerable en ambas zonas para el año 2013. (Ver gráfico 2).

Gráfico 2. Porcentaje de hogares con NBI. Sabaneta. 2005-2013



Fuente: Encuesta de Calidad de Vida. Área Metropolitana del Valle de Aburrá.

Transporte:

Las condiciones de transporte público en Sabaneta son óptimas, cuenta con muy buenas rutas de transporte público desde y hacia el metro, y se ha revitalizado con la estación del metro inaugurada en el último año.

Se une por carretera con La Estrella, Itagüí, Envigado, Caldas y Medellín mediante las avenidas Las Vegas, El Poblado, La Regional y la Variante de Caldas. También cuenta con buenas vías y rutas de transporte interveredales.

Servicios públicos:

El municipio cuenta con agua potable, alcantarillado, luz y teléfono que cubre el área urbana y rural, prestado por las Empresas Públicas. Las coberturas en servicios públicos domiciliarios en el municipio según datos del observatorio metropolitano para 2011 son:

- Acueducto: Rural 93,8%, Urbano 100%.
- Alcantarillado: Rural 79,3%, Urbano 100%.
- Red de gas natural: Rural 4,3%, Urbano 77,1%.
- Servicio de energía eléctrica: Rural 99,3%, Urbano 99,7%.
- Cubrimiento servicio recolección de residuos sólidos en todo el municipio: 100%.

3. PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL 2012-2015 “SABANETA UNA CONSTRUCCION SOCIAL”

El Plan de Desarrollo “**Sabaneta una Construcción Social 2012 –2015**” es una propuesta que le apunta al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad, teniendo en cuenta las características, comportamientos y necesidades de los diferentes sectores y segmentos de la población del municipio; buscando además, la transversalización de acciones y proyectos de la administración pública, con miras a la integralidad del territorio y a la armonía con la región. El Plan se organiza definiendo cinco bloques temáticos, cada uno de ellos obedece a una línea estratégica que a su vez contiene programas, subprogramas, proyectos, objetivos y metas, para atender y aportar al crecimiento, sostenibilidad y desarrollo pleno de la municipalidad.

Los bloques temáticos del plan son:

- Bloque 1: Base Social Incluyente.
- Bloque 2: De Sostenibilidad Ambiental.
- Bloque 3: De Gestión y Administración Eficiente.
- Bloque 4: De Infraestructura y Progreso.
- Bloque 5: De Competitividad y Empleo.

El bloque Base Social Incluyente se constituye en el eje transversal del Plan de Desarrollo Municipal, “**Sabaneta, una Construcción Social**”, busca estructurar y fortalecer las plataformas de servicios, programas y acciones en todo lo concerniente a salud, familia, bienestar social, seguridad y convivencia ciudadana, entendiendo que es a través de la educación, la cultura y deporte donde el bienestar puede consolidarse en la construcción de un tejido social más humano, incluyente y con mayor calidad de vida. Apuntando además, a la reducción de la pobreza, a la equidad de género, a la protección de los grupos poblacionales más vulnerables y al acompañamiento integral de la familia. En el componente salud ven necesario implementar acciones que permitan mejorar la gestión en Salud, a través del fortalecimiento del Sistema Local de Salud para el mejoramiento del bienestar y la vida de las poblaciones.

La Secretaría de Salud formuló el Plan de Salud Municipal, teniendo en cuenta las prioridades del decreto 3039 del 2007, Plan Nacional de Salud Pública 2008-2011, se formula como un Plan sectorial que hace parte integral del Plan de Desarrollo Municipal para el período 2012-2015, esperan los lineamientos del Plan decenal de salud pública para hacer los ajustes del plan sectorial.

El plan de desarrollo en el componente salud se propone desarrollar cuatro líneas programáticas:

1. Aseguramiento en el Sistema de Seguridad Social en Salud:

Se propone garantizar el acceso al Sistema General de Seguridad Social (SGSS) a la población vulnerable del municipio para alcanzar la cobertura universal en la prestación de los servicios de salud.

2. Salud pública:

Contribuir al mejoramiento de las condiciones en Salud Pública de los habitantes

3. Prestación de servicios de salud:

Garantizar a la población más vulnerable la prestación de los servicios en salud de primer nivel de atención.

4. Red Pública y Promoción Social en Salud:

En esta línea se desarrollara la estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada (APSR), como mecanismo de articulación de actores, recursos, esfuerzos, objetivos y acciones orientadas al mejoramiento de la salud de los colectivos, desde un enfoque de determinantes sociales de la salud. En este sentido, las entidades debe asumir el liderazgo en la formulación y desarrollo del plan decenal de Salud Pública, centrado en la (APS-R) y articulado en las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).

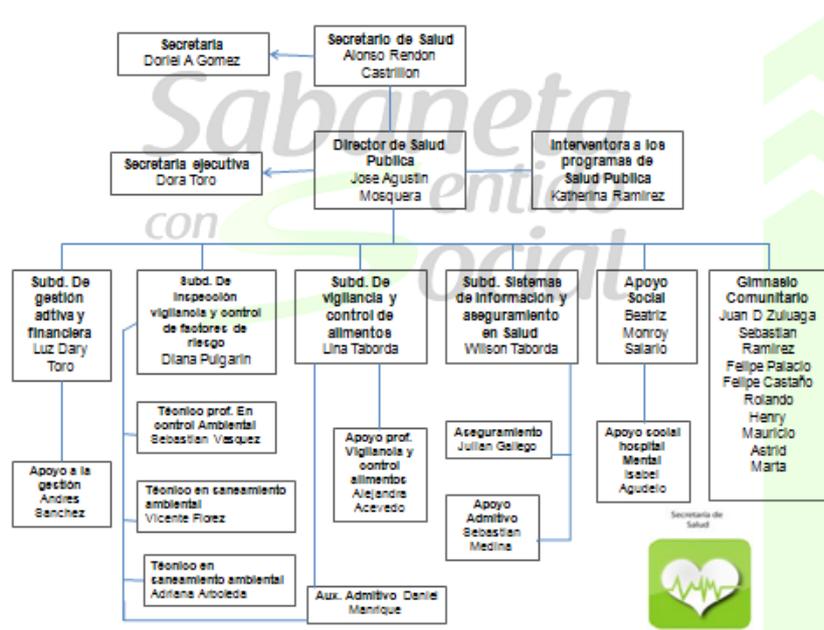
En este contexto programático, se dará respuesta a los principales problemas de salud del municipio, con la competencia no solo de la Secretaría de Salud, sino en concurrencia con otros sectores y actores del desarrollo local, para lograr impactar las prioridades del Plan Nacional de Salud Pública. Llama la atención, por las competencias del municipio en salud, que el Plan de Desarrollo, plantea en uno de los subprogramas: Inversiones Directas en Salud: *"aumentar el nivel de complejidad del Hospital Venancio Díaz, pasando del primer nivel a un segundo o tercero"*.

4. ORGANIZACIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD

El municipio de Sabaneta cuenta con la dependencia Secretaría de Salud, para cumplir las competencias del sector, incluyendo el componente de seguridad alimentaria. Según los resultados de la evaluación realizada por la Secretaría Departamental de Salud y Protección Social de Antioquia, para evaluar la capacidad de gestión municipal en el año 2013, la Secretaría obtuvo una calificación de 86, disminuyendo 14 puntos porcentuales en su capacidad de gestión, respecto del año inmediatamente anterior. En el plan de mejoramiento, como resultado de la evaluación, debe implementar el seguimiento al sistema de referencia y contrareferencia de la Empresa Social del Estado (ESE), debe dar cumplimiento al Decreto 1757 de 1994, en cuanto a la conformación del Comité de Participación Comunitaria en Salud (COPACOS), también debe mejorar la oportunidad en la contratación del Plan de intervenciones colectivas (PIC) con la Red pública hospitalaria. A continuación se presenta la estructura administrativa de la Secretaría de Salud:

4.1. ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA

Figura 2. Estructura Administrativa Secretaría de Salud. Municipio de Sabaneta



Fuente: Encuesta de Calidad de Vida. Área Metropolitana del Valle de Aburrá.

La Secretaría de Salud del municipio cuenta con un equipo humano conformado por:

Tabla 1. Recurso Humano. Secretaría de Salud. Municipio de Sabaneta

Área	Modalidad vinculación		Perfil del cargo			Total	Observaciones
	De planta	Contratos PS	Profesional	Técnico	Auxiliar		
Dirección (Despacho Secretario)	2		1		1	2	Secretario de Salud (Odontólogo especialista) y auxiliar administrativa
Aseguramiento Prestación de servicios		2	2			2	
Salud Pública (incluye vigilancia epidemiológica y seguridad alimentaria)	2	14	7	9		16	Un coordinador y 12 profesionales 2 para APS, 1 para VE, 3 para SP y 9 técnicos para salud.
Vigilancia y control Salud ambiental	1	4	2	3		5	
Participación social		1	1			1	
Sistemas de información	2	1	2		1	3	
Administrativo: Fondo local de salud (si los funcionarios pertenecen a la nómina de la Secretaría)	1		1			1	
Otras áreas	1		1			1	
Totales	9	22	17	12	2	31	

Fuente: Secretaría de Salud. Municipio de Sabaneta.

Como se observa en la Tabla 1, de los 31 funcionarios que tiene la Secretaría de Salud el 29% es personal vinculado y el 71% son funcionarios contratados bajo la modalidad de prestación de servicios, situación que se convierte en un factor determinante en la gestión de la Secretaría, por el desgaste administrativo que implica la contratación del personal, el riesgo jurídico para la administración municipal, la pérdida de conocimiento y la continuidad en los programas y proyectos. Hay una alta profesionalización del talento humano en la Secretaría, el 93,5% de los funcionarios son profesionales y técnicos de las diferentes disciplinas de salud.

4.2. RECURSOS FINANCIEROS

El Fondo local de salud, lo maneja directamente la Secretaría de Hacienda, tiene conformadas las cuatro cuentas maestras, según los lineamientos de resolución 3042 de 2007, 4204 de 2008 y 991 de 2009. Desde la Secretaría de Salud, hacen la ordenación para los pagos según los requisitos de cada cuenta, hay en la dependencia un funcionario exclusivo para este propósito, la ordenación la hace directamente el Secretario y Hacienda los retroalimenta permanentemente.

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

Tabla 2. Recursos propios para salud. Municipio de Sabaneta. 2008-2012

DESTINACIÓN DE RECURSOS PROPIOS PARA SALUD					
Año	2008	2009	2010	2011	2012
Salud pública	499.040.000	856.680.665	727.345.319	923.781.876	132020.000.000
Cofinanciación del régimen subsidiado					86.970.000
Población no asegurada	150.000.000	150.000.000	270.000.000	450.000.000	70.000.000
Otros					
Total	649.040.000	1.006.680.665	997.345.319	1.373.781.876	1.476.970.000

Fuente: Secretaría de Salud. Municipio de Sabaneta.

4.3. CONTRATACIÓN CON LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (ESE), (PIC-POBLACIÓN NO ASEGURADA)

El Plan de intervenciones colectivas para toda la población lo contratan con la ESE Hospital Venancio Díaz Díaz del municipio, este contrato incluye acciones para los siguientes programas:

Atención primaria en salud (APS), incluye la estrategia de (AIEPI) comunitario, dando prioridad a la población de las veredas. Son pioneros junto con el municipio de Envigado, en el programa Red de salud mental, cuentan con equipos comunitarios para detección de factores de riesgo, realizan actividades (IEC) con jóvenes y familias, y realizan la ruta para atención y seguimiento con las (EPS), este programa ha sido desarrollado y asesorado por el Centro de Salud Mental de Envigado. Adicionalmente, contratan con la ESE las acciones de información, educación y comunicación (IEC) de las líneas de (SSR), violencia intrafamiliar, la operación del sistema de vigilancia epidemiológica y el contrato para atención de la población pobre no asegurada al (SGSSS).

4.4. ESTRATEGIA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Tabla3. Componentes Estrategia APS. Municipio de Sabaneta

CRITERIOS	INFORMACIÓN
Población beneficiada (Número de familias de la línea de base y proyección de familias a intervenir a 2015)	Línea base 2011: 3.689 familias 2012: 4.252 familias Proyección a 2015: 6.000 familias
Criterios de selección y focalización de las familias y/o beneficiarios a intervenir con la estrategia (familias en acción, red juntos, otros programas o criterios)	Programa MANÁ AIEPI comunitario Veredas Saludables Convivencia ciudadana
Ámbitos de acción (hogar, escuela, trabajo, comunidad)	Comunidad y hogar
Composición del equipo básico de atención (EBA). Perfil de los integrantes.	Médico general Promotoras de salud Higienista Nutricionista Enfermera Sicóloga
Número de familias que en promedio atiende cada equipo básico de atención (EBA).	700 familias anuales por equipo
Mecanismo de articulación con la ESE y otras instituciones para referencia y continuidad de los usuarios en la red (Contributivo-subsidiado- otro).	En la concertación de los diferentes POAI y POA de las EPS que tienen presencia en el municipio Con la ESE a través del convenio de la Estrategia APSR Con la comunidad a través de los diferentes grupos organizados
Componentes (acciones) que realiza la estrategia en el entorno.	Visitas domiciliarias Diligenciamiento de historia familiar Actividades (IEC) en salud Asesorías por nutrición, psicología, enfermería, higienista Demanda inducida a los programas
Desarrollo del componente de coordinación intersectorial e interinstitucional.	Juntas de Acción Comunal, Secretaria de familia, Educación, Gobierno, Universidades e Iglesias
Desarrollo del componente comunitario y de participación ciudadana.	Juntas de acción comunal
Recursos de inversión para el desarrollo de la estrategia (recursos propios, SGP salud pública)	Recurso propios \$ 244.847 000 promedio anuales SGP- Salud Publica \$ 73.152.000 anuales

Fuente: Secretaría de Salud. Municipio de Sabaneta.

4.5. PARTICIPACIÓN SOCIAL

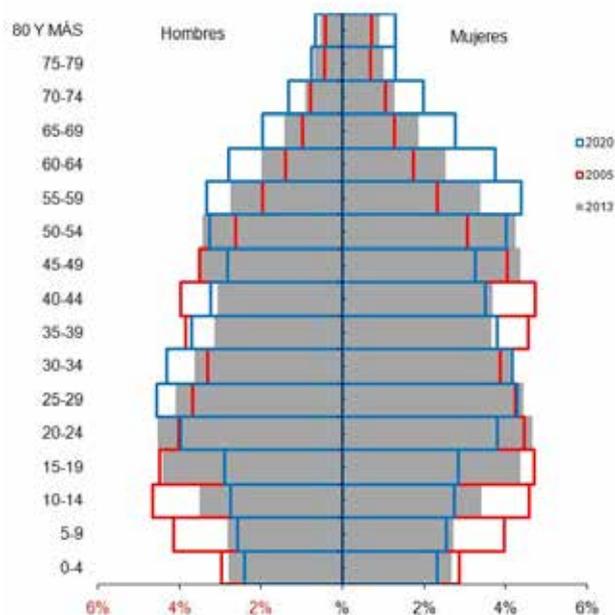
Las organizaciones de base definidas por la Ley, se caracterizan por bajos niveles de participación debido a factores como: bajas habilidades y competencias para el análisis y deliberación para la construcción de consensos, bajas capacidades organizativas, técnicas, administrativas y sociales, que no les ha permitido formular proyectos, negociar y concertar con el Estado, programas y proyectos en beneficio de las comunidades que representan; a la vez, dicha situación no ha permitido interactuar en la construcción colectiva de desarrollo y vigilar las actuaciones del gobierno.

En el componente salud, de las organizaciones comunitarias estipuladas según el Decreto 1757 de 1994, conformaron recientemente el (CMSSS), ya tienen (COPACO), y trabajan con una mesa de salud y familia que aborda los temas de violencia intrafamiliar, consumo de sustancias psicoactivas y salud mental. Existe una veeduría legalmente conformada para el tema de prestación de servicios.

5. CAMBIOS DEMOGRÁFICOS

De acuerdo a las cifras presentadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), censo de 2005 proyectado a 2011, Sabaneta tiene una población de 48.998 habitantes, siendo ésta, la segunda población más pequeña del Valle de Aburrá, después de Barbosa, representa el 1,36% del total de la población. De esta población el 47,2% son hombres y el 52,8% mujeres; el 79,2% se ubica en la zona urbana y el 20,8% en la zona rural.

Gráfico 3. Pirámide Poblacional Municipio de Sabaneta. Años 2005 – 2013 - 2020

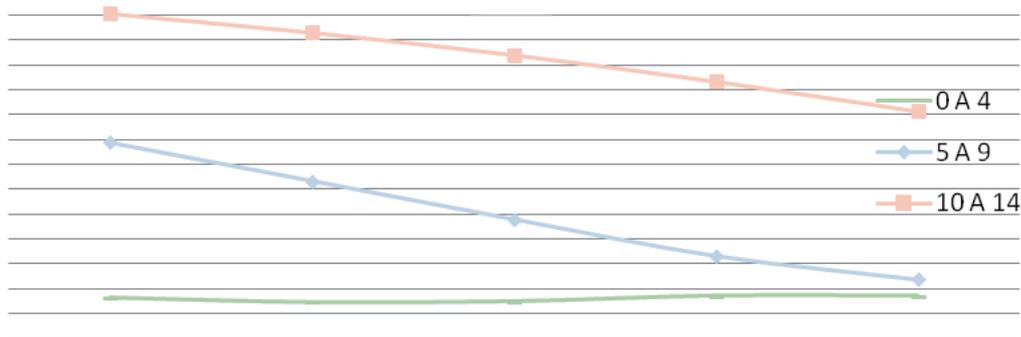


Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (DANE), (SISPRO), Minsalud.

Como se observa en el Gráfico 3, el municipio de Sabaneta, al igual que los municipios de Medellín y de Envigado, muestra una pirámide con forma de reloj de arena, pero se percibe que la base poblacional de los menores de cinco años para el año 2007 fue casi dos veces menor que el grupo de 5 a 9 años.

Los grupos poblacionales más significativos son el de 15 a 19 años para ambos años y el de 45 a 49 años en el año 2011. Se observa una depresión importante en el grupo de 30 a 34 años en el año 2007, situación que se traslada para el grupo de 35 a 39 en el año 2011.

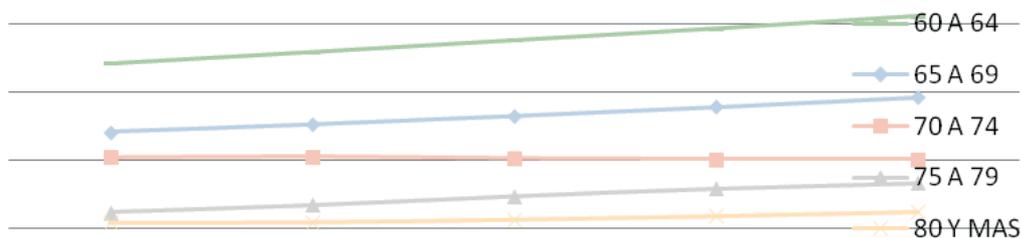
Gráfico 4. Comportamiento de la distribución porcentual de los grupos de edad de 0 a 14 años. Sabaneta. 2007-2011



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (DANE), (SISPRO), Minsalud.

En la distribución porcentual de los grupos de edad de la base, no se observan cambios mayores para el grupo de 0 a 4 años, pero es importante la reducción del grupo de 5 a 9 años que cae un 1.7% en el período; fenómeno similar con el grupo de 10 a 14 años cuyo cambio porcentual fue de 1.2% en los últimos cinco años. (Ver Gráfico 4).

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

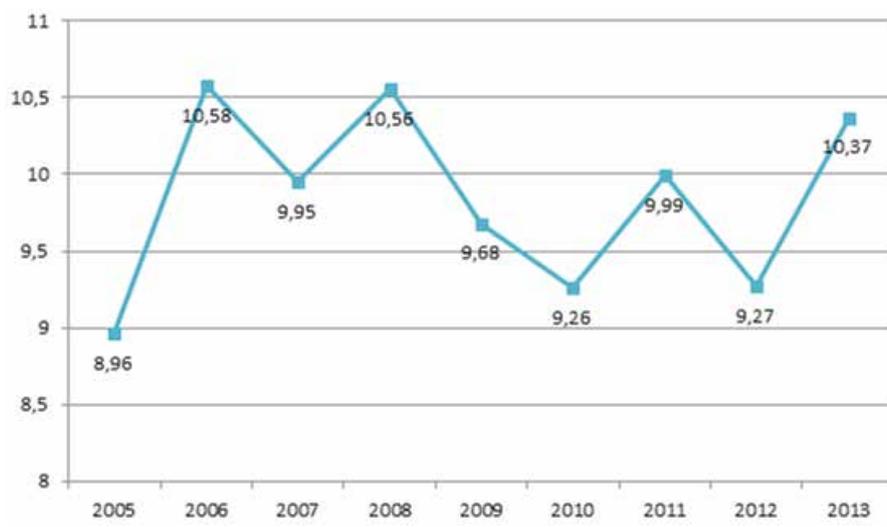


Fuente: DANE.

Por otro lado, el crecimiento de los grupos poblacionales mayores de 60 años en general se observa una tendencia al crecimiento de todos los grupos de edad, mayor en el grupo de 60 a 64 años con un incremento del 0.7% y el de 75 a 79 años con el 0.5% en los últimos cinco años. (Ver Gráfico 5).

6. FECUNDIDAD

Gráfico 6. Tasa bruta de natalidad. Sabaneta. 2005-2013



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

Como se puede observar en el Gráfico 6, se evidencia un comportamiento irregular en la tasa bruta de natalidad para el municipio de Sabaneta, con varios picos de aumento y descenso de manera abrupta.

Destaca así mismo que, a diferencia del comportamiento de la natalidad en los demás municipios, que tiende hacia el descenso encontrando en el 2013 la tasa más baja, para el municipio de Sabaneta, ésta llega en 2013 a la tercera cifra más alta, solo por debajo de los años 2006 y 2008. Es de resaltar que la tasa bruta de natalidad en el municipio se mantiene por debajo de la media nacional, que se encuentra alrededor de los 17 nacimientos por cada mil habitantes.

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

Tabla 4. Población afiliada al régimen subsidiado, al régimen contributivo y cobertura de aseguramiento. Sabaneta. 2007-2013

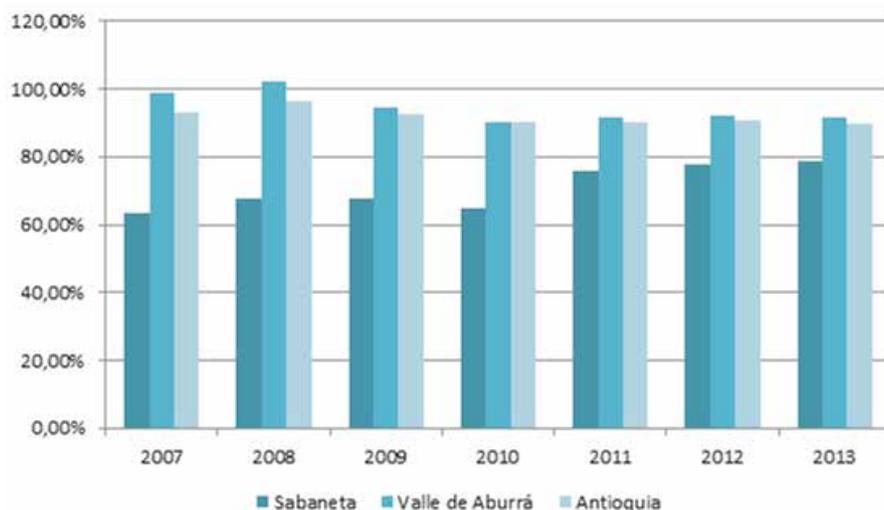
Año	Población	Régimen subsidiado		Régimen contributivo		Porcentaje de cobertura de aseguramiento al SGSSS	Población pendiente por afiliar al SGSSS
		Número de afiliados	Porcentaje de aseguramiento	Número de afiliados	Porcentaje de aseguramiento		
2007	46.054	7.113	15.44%	21.999	47.77%	63.21%	16.942
2008	46.796	7.161	15.30%	24.426	52.20%	67,50%	15.209
2009	47.536	6.678	14.05%	25.455	53.55%	67.70%	15.403
2010	48.264	4.766	9.87%	26.562	55.03%	64.91%	16.936
2011	48.997	4.963	10.13%	21.101	65.52%	75.65%	11.933
2012	49.727	4.886	9.79%	33.537	68.00%	77.79%	11.324
2013	50.444	5.053	10.02%	34.393	68.73%	78.74%	10.722

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

La afiliación a los servicios de salud en el municipio de Sabaneta se encuentra mayoritariamente en el régimen contributivo iniciando en el 2007 con un 47,77% de la población, para llegar hasta un 68,73% en el año 2013. (Ver Tabla 4).

A su vez, el régimen subsidiado mantiene un comportamiento estable oscilando entre el 15% y el 10% de la población, de la misma manera es importante advertir el aumento considerable de afiliación global al sistema de salud, llegando para el año 2013 a un 78,74% de la población de Sabaneta. (Ver Tabla 4).

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



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

En términos generales, el porcentaje de cobertura de aseguramiento en el municipio de Sabaneta, es inferior a los correspondientes al Valle de Aburrá y al departamento de Antioquia. Sin embargo, es de resaltar que esta brecha se ha ido reduciendo considerablemente, en el periodo que va desde el 2007 al 2013, como puede evidenciarse en el Gráfico 7.

8. ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN

8.1. MORBILIDAD

En el perfil de morbilidad del municipio proveniente del servicio de consulta externa, se logra identificar un importante porcentaje de consultas provenientes de la población rural. Así mismo, la frecuencia de consulta de las mujeres es casi el doble que la frecuencia de los hombres y los grupos de edad que más uso hacen del servicio de consulta externa son el de 15 a 44 años y el de 45 a 59 años. (Ver Tabla 5).

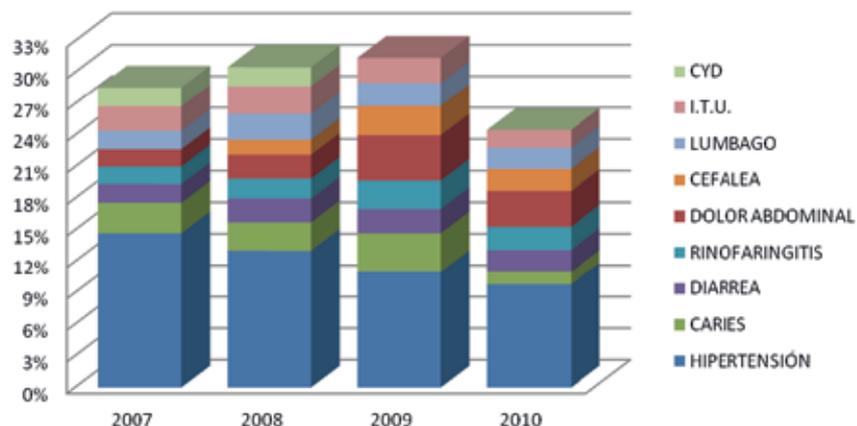
Tabla 5. Consolidado morbilidad por consulta externa. Municipio de Sabaneta. 2007-2011

MORBILIDAD CONSULTADA. CONSULTA EXTERNA. SABANETA 2007 -2011					
VARIABLE	AÑO				
	2007	2008	2009	2010	2011
TOTAL	49833	58049	42601	71905	1685
URBANO	83,4%	85,2%	82,6%	91,3%	82,6%
RURAL	16,6%	14,8%	17,4%	8,7%	17,4%
HOMBRES	36,0%	37,2%	37,4%	37,6%	39,9%
MUJERES	64,0%	62,8%	62,6%	62,4%	60,1%
< 1 AÑO	9,1%	9,3%	9,5%	1,5%	0,5%
1 A 4	6,4%	6,6%	6,9%	5,1%	0,9%
5 A 14	7,6%	5,5%	6,5%	8,3%	1,6%
15 A 44	39,0%	37,6%	38,7%	43,5%	45,5%
45 A 59	25,2%	26,4%	24,8%	22,8%	29,5%
> 60	12,8%	14,5%	13,6%	18,9%	22,0%

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

Las principales causas de consulta externa, son la hipertensión arterial en porcentajes importantes, la caries como principal problema de salud oral; llama la atención que dentro de las diez primeras causas, no se logra visualizar ninguna relacionada con la salud reproductiva. (Ver Gráfico 8).

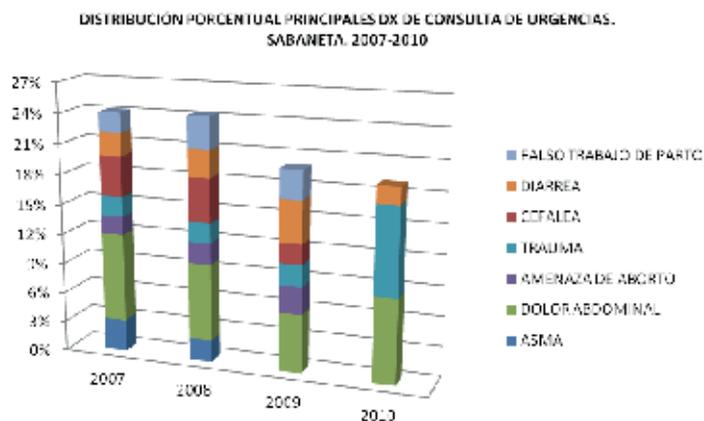
Gráfico 8. Distribución porcentual principales causas de consulta externa. Sabaneta. 2007-2010



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

Cuando se revisa el perfil de morbilidad proveniente del servicio de urgencias, se identifica un alto porcentaje de consultas de la población urbana y femenina. Un incremento en las consultas del grupo de mayores de 60 años y una disminución importante para los menores de un año. Las principales causas de consulta por el servicio de urgencias incluyen como frecuentes los dolores abdominales y el trauma. (Ver Gráfico 9).

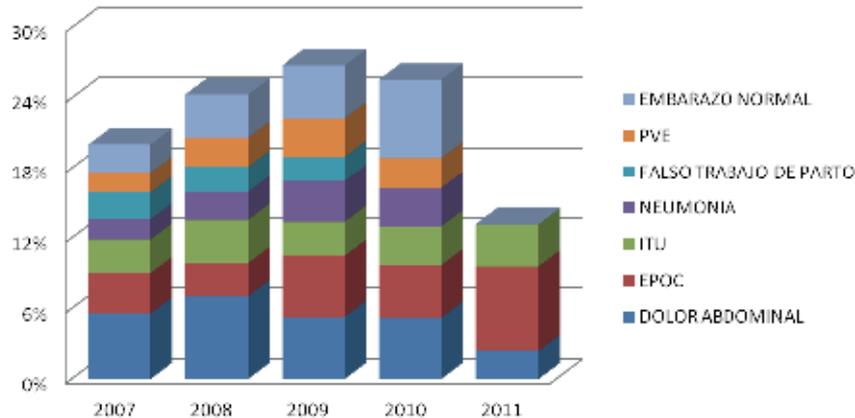
Gráfico 9. Distribución porcentual principales causas de consulta urgencias. Sabaneta. 2007-2010



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

Por su lado, la morbilidad proveniente del servicio de hospitalización muestra un comportamiento similar que los otros dos servicios en cuanto a la distribución por zona, sexo y grupos poblacionales. Llama la atención que las principales causas de hospitalización están relacionadas con la salud reproductiva hasta el 2010 y un importante incremento en la hospitalización por (EPOC) en el año 2011. (Ver Gráfico 10).

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



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

8.2. CAMBIOS EN LA MORTALIDAD

El comportamiento de la tasa cruda de mortalidad, se mantiene por debajo de la del Valle de Aburrá, contemplando en términos generales un descenso, aunque en el año 2013 se presenta un aumento significativo. Es importante resaltar también, el año 2012 como el año en el que la tasa de mortalidad, bajó de manera más pronunciada para el municipio. (Ver Tabla 6).

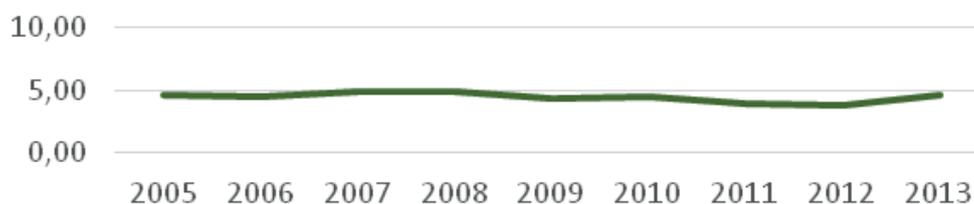
Tabla 6. Tasas de mortalidad por mil habitantes. Sabaneta. 2005-2013. Comparativo

	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	Casos	Tasa x mil habitantes																
Sabaneta	205	4,6	202	4,5	224	4,9	227	4,9	204	4,3	216	4,5	207	4,2	197	4,0	230	4,6
Valle de Aburrá	16080	4,9	16675	5,0	16621	4,9	17490	5,1	18345	5,2	18921	5,3	17910	5,0	17682	4,9	17241	4,7
Antioquia	27440	4,8	28087	4,9	27892	4,8	28741	4,9	29566	4,9	30388	5,0	28768	4,7	28544	4,6	27624	4,4

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

La tasa cruda de mortalidad en el municipio de Sabaneta tiende a descender en el período evaluado, con un ligero aumento en el año 2013, como puede evidenciarse en el Gráfico 11.

Gráfico 11. Tasa cruda de mortalidad. Sabaneta. 2005-2013



Fuente: ASIS Municipio de Sabaneta, Documento análisis de la situación de salud.

Tabla 7. Tasas de mortalidad por causa. Sabaneta. 2005-2013

Tasa por causa de mortalidad	2005	2007	2009	2011	2013
Mortalidad infantil en menores de 1 año	12,41	8,66	6,48	9,11	7,59
Mortalidad infantil en menores de 5 años	3,09	1,58	1,93	2,22	1,45
Mortalidad por cáncer de cuello uterino	0,00	4,11	3,97	3,84	0,00
Mortalidad por cáncer de mama	8,52	16,43	23,81	3,84	11,18
Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mortalidad por homicidio	58,50	41,26	52,59	32,65	15,86
Mortalidad por infarto agudo de miocardio	74,25	39,09	39,97	40,82	69,38
Mortalidad por suicidio	9,00	8,69	2,10	2,04	5,95
Mortalidad por tuberculosis pulmonar	2,25	0,00	2,10	2,04	0,00
Mortalidad por VIH-SIDA	0,00	6,52	8,41	0,00	0,00

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

8.3. COBERTURA EN VACUNACIÓN

Tabla 8. Cobertura de vacunación. Sabaneta. 2007-2013

AÑO	POLIO		DPT		BCG		HEPATITIS B		HIB		SRP		FIEBRE AMARILLA	
	3a. Dosis	%	3a. Dosis	%	Dosis Única	%	3a. Dosis	%	3a. Dosis	%	Dosis Única	%	Dosis Única	%
2007	321	66,3%	317	65,5%	130	26,9%	318	65,7%	317	65,5%	339	68,5%	345	69,7%
2008	322	66,0%	324	66,4%	107	21,9%	324	66,4%	324	66,4%	351	71,1%	351	71,1%
2009	389	78,0%	390	78,2%	219	43,9%	400	80,2%	399	80,0%	445	87,8%	453	89,3%
2010	423	78,9%	423	78,9%	270	50,4%	422	78,7%	423	78,9%	403	77,1%	328	62,7%
2011	377	63,3%	384	64,4%	236	39,6%	387	64,9%	388	65,1%	462	82,6%	502	89,8%
2012	458	86,7%	456	86,4%	347	65,7%	458	86,7%	457	86,6%	421	83,9%	414	82,5%
2013	457	85,7%	457	85,7%	391	73,4%	459	86,1%	457	85,7%	502	100,0%	503	100,2%

Fuente: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

En términos generales, los porcentajes de cobertura en vacunación han encontrado un aumento significativo en el rango de tiempo entre 2007 y 2013, llegando incluso en algunos casos a valores del 100%. Ejemplo de ello es la cobertura de la BCG, la cual pasó del 26,9% en 2007 al 73,4% en 2013. (Ver Tabla 8).

8.4. PRINCIPALES EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA

En la Tabla 9 se resume el número de casos de algunos eventos de interés en salud pública en los últimos cinco años. Es de resaltar la muy baja presencia de casos de sífilis congénita: dos casos en el período evaluado y el incremento en el reporte de los casos de intento de suicidio.

Tabla 9. Eventos de interés en salud pública. Municipio de Sabaneta. 2007-2013

COMPORTAMIENTO DEL NÚMERO DE CASOS DE ALGUNOS EVENTOS DE INTERES EN SALUD PÚBLICA. SABANETA. 2007-2013							
EVENTO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
VIH	2	7	13	0	10	8	4
PREVALENCIA VIH	0,065	0,079	0,105	0,104	0,122	0,161	0,079
SIFILIS CONGÉNITA	1	0	0	0	0	1	0
TUBERCULOSIS PULMONAR	6	5	8	9	6	9	11
INTENTO DE SUICIDIO		20	28	24	44	24	25
DENGUE	41	2	2	454	10	6	27

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

9. DIAGNÓSTICO DE RED EN SALUD DEL MUNICIPIO

El Municipio de Sabaneta cuenta con la presencia de cuatro Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y 62 particulares que brindan servicios los cuales se describen a continuación. (Ver Tabla 10).

Tabla 10. Instituciones de salud con presencia en el municipio. Sabaneta. 2014

RAZÓN SOCIAL	SERVICIOS HABILITADOS POR LA DSSA
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD (CES)	Dermatología
	Endodoncia
	Estomatología
	Fonoaudiología
	Implantología
	Odontología
	Ortodoncia
	Periodoncia
	Psicología
	Rehabilitación Oral
	Otras Consultas Odontopediatría
	Radiología e imágenes diagnósticas
	(DSSA)
CORPORACIÓN MIXTA INSTITUTO COLOMBIANO DE MEDICINA TROPICAL "ANTONIO ROLDAN BETANCUR"	Servicios de urgencias
	Radiología e Imágenes diagnósticas
	Servicio Farmacéutico
	Laboratorio Clínico
	Laboratorio de Citopatología
	Toma de muestras de laboratorio Clínico
	Enfermería
	Ginecoobstetricia
	Medicina General
	Medicina Interna
CENTRO INTEGRAL DE SALUD-CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE ANTIOQUIA (COMFAMA)	Nutrición v Dietética
	Psicología
	Vacunación
	Promoción v Prevención
	Ginecoobstetricia
	Medicina General
PROSALCO	Medicina Interna
	Nutrición y Dietética
	Psicología
	Vacunación
	Promoción y Prevención

Fuente: Secretaría de Salud. Municipio de Sabaneta.

10. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL VENANCIO DÍAZ DÍAZ

La Empresa Social del Estado (ESE) Hospital Venancio Díaz Díaz es una institución del orden municipal creado mediante Acuerdo N° 049 de 1989.

10.1. PLATAFORMA ESTRATÉGICA

Tabla 11. Plataforma Estratégica ESE. Venancio Díaz Díaz. Sabaneta

Misión	Si
Visión	Si
Valores	Si
Objetivos	Si
Política de Calidad	Si
Modelo de Atención	Si

Fuente: Sistema de Información Hospitalaria (SIHO) y Minsalud.

La plataforma estratégica cumple, en general, con los lineamientos del sistema obligatorio de calidad. (Ver Tabla 11).

10.2. CAPACIDAD INSTALADA

Tabla 12. Capacidad Instalada ESE. Venancio Díaz Díaz. Sabaneta. 2014

Camas de hospitalización	45
Camas de observación	16
Consultorios de consulta externa	10
Consultorios en el servicio de urgencias	1
Salas de quirófanos	1
Mesas de partos	1
Número de unidades de odontología	3

Fuente: SIHO y Minsalud.

En la Tabla 12 se resume la capacidad instalada de la ESE.

10.3. RECURSO HUMANO

Tabla 13. Recurso humano vinculado. ESE. Venancio Díaz Díaz. Sabaneta. 2014

EMPLEO	TIPO DE CONTRATACIÓN	No DE CARGOS
Gerente Empresa Social del Estado	Vinculado	1
Subdirector Administrativo	Vinculado	1
Subdirector Científico	Vinculado	1
Profesional Universitario	Vinculado	1
Técnico Operativo	Vinculado	4
Técnico Operativo	Vinculado	1
Auxiliar Administrativo	Vinculado	2
Secretario(a)	Vinculado	1
Médico General	Vinculado	4
Enfermero Profesional	Vinculado	1
Técnico Área Salud- Sistemas de Información	Vinculado	1
Técnico Operativo- Trabajo Social	Vinculado	1
Técnico Área Salud- Regencia de Farmacia	Vinculado	1
Auxiliar área salud- Enfermería	Vinculado	11
Auxiliar área salud- Higiene Oral	Vinculado	1
Auxiliar Administrativo- Secretario Clínico	Vinculado	3
Auxiliar área salud- Consultorio dental	Vinculado	2
TOTAL DE CARGOS	VINCULADOS	37

Fuente: SIHO y Minsalud.

En la Tabla 13, se resume el recurso humano vinculado a la ESE.

10.4. PORTAFOLIO DE SERVICIOS

• Urgencias Médicas

- Servicio que se presta las 24 horas del día. Contamos con áreas específicas para la atención de las diferentes patologías:

- Consultorio de urgencias.
- Salas de observación del paciente urgente hasta lograr su estabilización y tratamiento.
- Salas de sutura.
- Salas de reducción de fracturas, aplicación de yesos y retirada de los mismos.
- Unidad de reanimación para pacientes en estado crítico
- Sala de procedimientos menores.
- Sala de terapia respiratoria.
- Sala para el tratamiento de intoxicados

- **Servicio de Consulta Externa**

El servicio de consulta externa cuenta en la institución con instalaciones confortables y cómodos ambientes para brindar una atención personalizada y especial a nuestros usuarios.

- **Servicio de Promoción y Prevención**

La Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad, son todas aquellas acciones, procedimientos e intervenciones integrales, orientadas a que la población, como individuos y como familias, mejore sus condiciones para vivir y disfrutar de una vida saludable y para mantenerse sana.

- **Servicio de Ayudas Diagnósticas**

Las ayudas diagnósticas son una serie de exámenes y procedimientos que permiten al médico generar un diagnóstico más acertado sobre la salud del paciente, determinar con precisión las causas de alguna enfermedad y tener los argumentos suficientes para tomar decisiones correctas y eficaces que permitan su correcta y pronta recuperación.

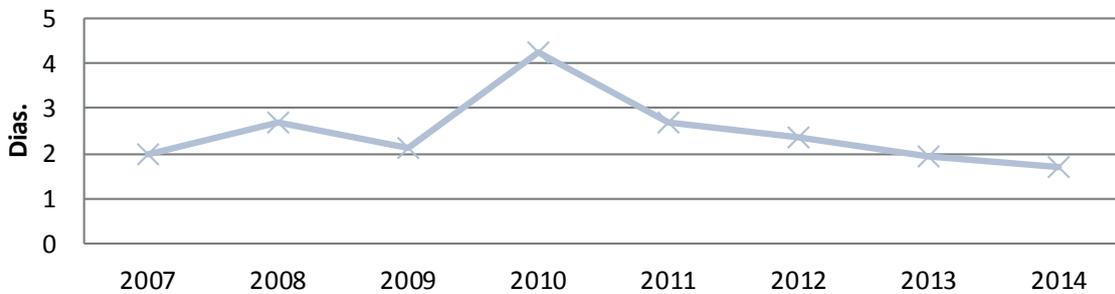
- **Servicio de Hospitalización**

El servicio de hospitalización está destinado al internamiento de pacientes para su diagnóstico, recuperación y/o tratamiento. El servicio de hospitalización se ofrece 24 horas al día, en habitaciones individuales o compartidas.

11. INDICADORES

11.1. INDICADORES DE CALIDAD

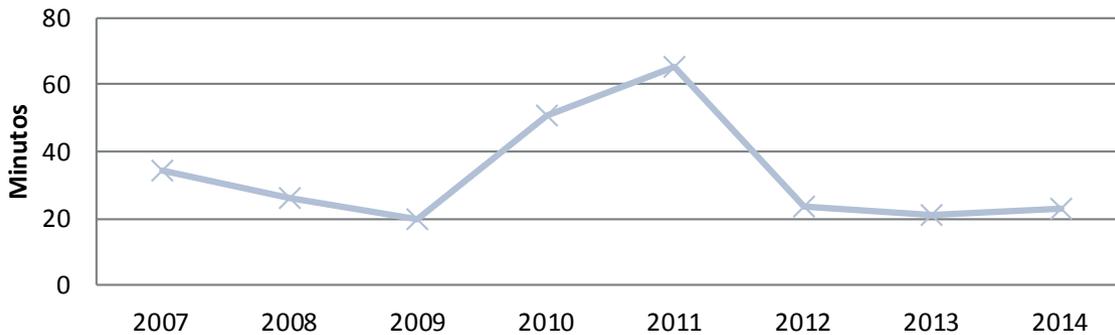
Gráfico 12. Comportamiento de la oportunidad en la asignación de cita médica general. ESE Sabaneta. 2007-2014



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria y Minsalud.

En el Gráfico 12 se observa que la oportunidad en la consulta médica general en los últimos ocho años se encuentra alrededor de dos días, exceptuando el año 2010. Es decir, se está cumpliendo con el estándar exigido por el gobierno nacional.

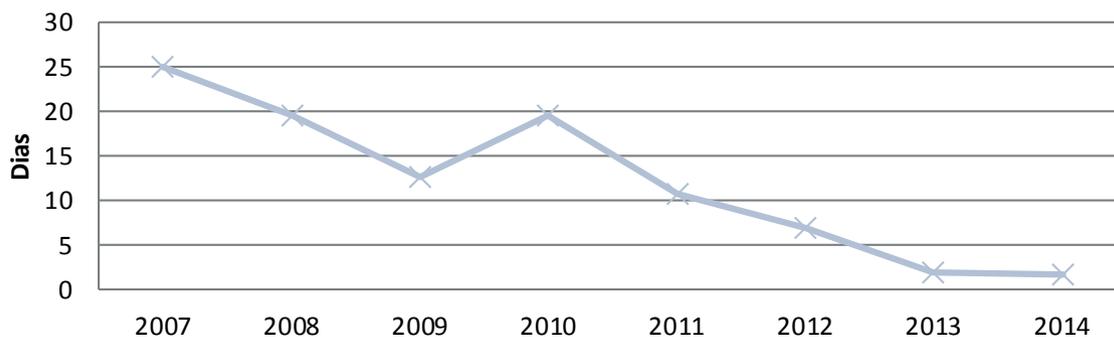
Gráfico 13. Comportamiento de la oportunidad en la consulta de urgencias. ESE Sabaneta. 2007-2014



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria y Minsalud.

En el Gráfico 13 se observa que la oportunidad en la consulta de urgencias cumple con los criterios establecidos por las normas durante los tres últimos años, con un promedio de 22 minutos, después de presentar un deterioro importante en el 2010 y en el 2011.

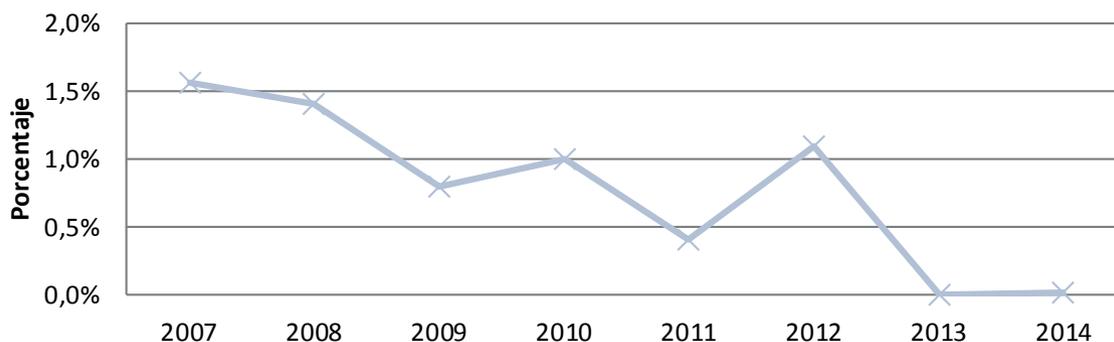
Gráfico 14. Comportamiento de la oportunidad en la asignación de cita odontológica. ESE Sabaneta. 2007-2014



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria y Minsalud

En el Gráfico 14 se observa que la oportunidad en la asignación de la consulta de odontología cumple con los criterios establecidos por las normas, de cinco días, estabilizándose en los dos últimos años, y después de un deterioro significativo en el 2010.

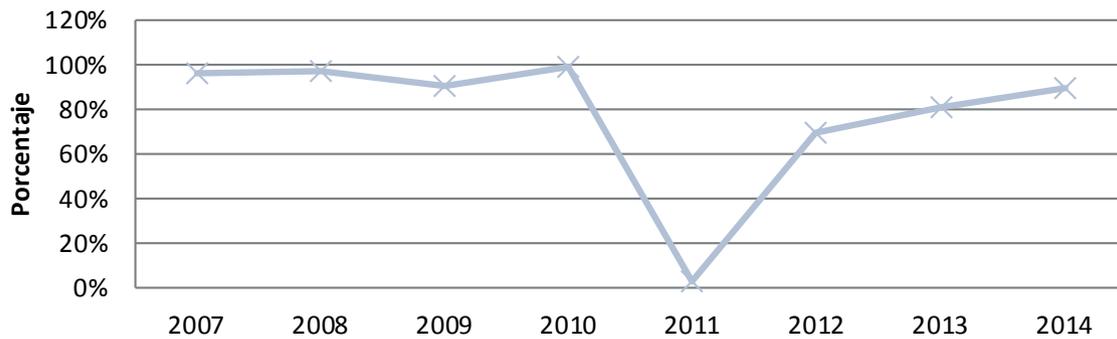
Gráfico 15. Comportamiento de la tasa de reingreso de paciente hospitalizado. ESE Sabaneta. 2007-2014



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria y Minsalud.

En el Gráfico 15 se observa que la tasa de reingreso de pacientes hospitalizados se ha reducido en los ocho años evaluados, al pasar de 1.6% en el 2007 a 0.0% en el 2014, a pesar de un leve ascenso en el año 2012, un descenso positivo en un indicador clave términos de la calidad de la atención hospitalaria y la seguridad del paciente.

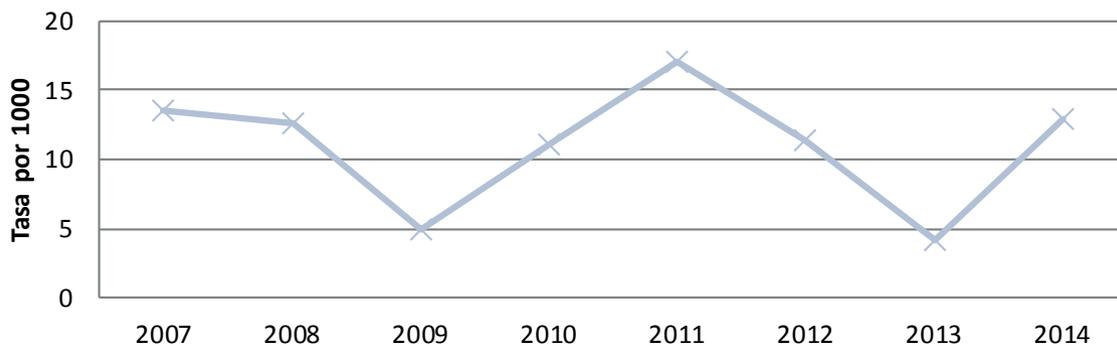
Gráfico 16. Comportamiento de la proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada. ESE Sabaneta. 2007-2014



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria y Minsalud.

En el Gráfico 16 se observa que el porcentaje de pacientes con hipertensión controlada ha variado en los años evaluados, desde estar inicialmente cercano al 100%, hasta un descenso grave en el año 2011, que se recupera progresivamente en los últimos tres años. (Nota: El dato del año 2011 fue verificado: es del 2,6%, según se reporta en SIHO 2011).

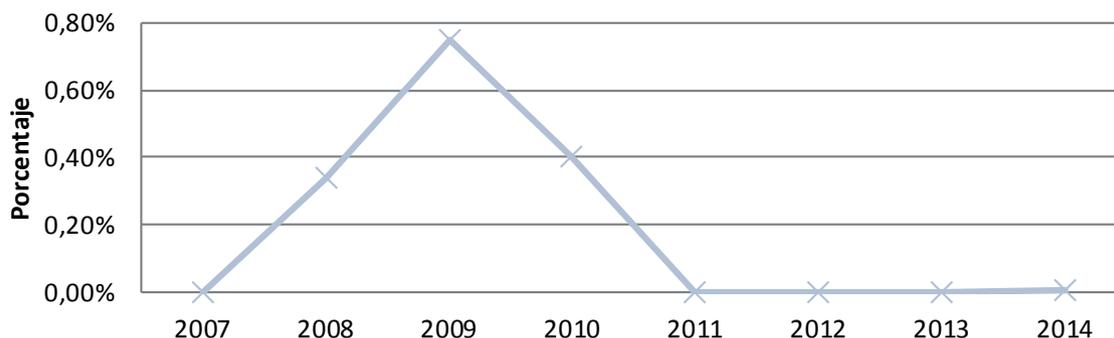
Gráfico 17. Comportamiento de la tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas. ESE Sabaneta. 2007-2014



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria y Minsalud.

En el Gráfico 17 se observa que la tasa de mortalidad intrahospitalaria ha tenido un comportamiento irregular en los años evaluados, con una alza importante para el 2011, cerca al 16 por mil egresos, indicador que sugiere que hay un grado de complicación importante en los pacientes que se hospitalizan.

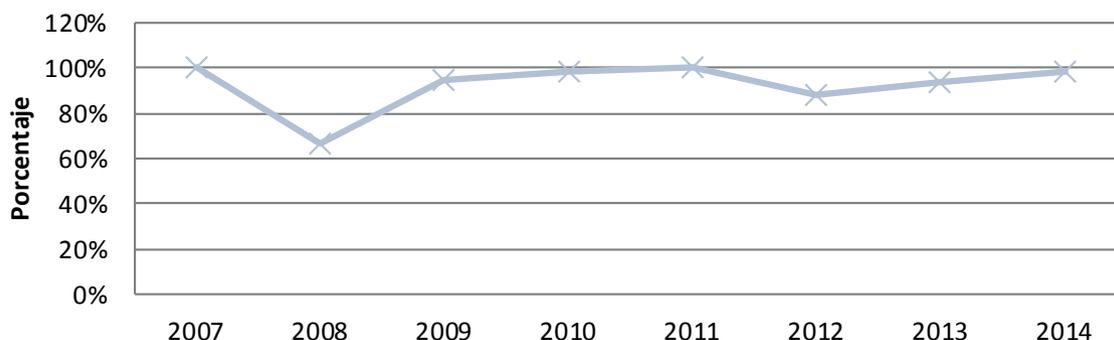
**Gráfico 18. Comportamiento de la tasa de infección intrahospitalaria.
ESE Sabaneta. 2007-2014**



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria y Minsalud.

En el Gráfico 18 se observa que, en términos generales, el comportamiento de la infección intrahospitalaria es extraño, con niveles de cero durante los últimos cuatro años y picos altos previos, principalmente en el año 2009.

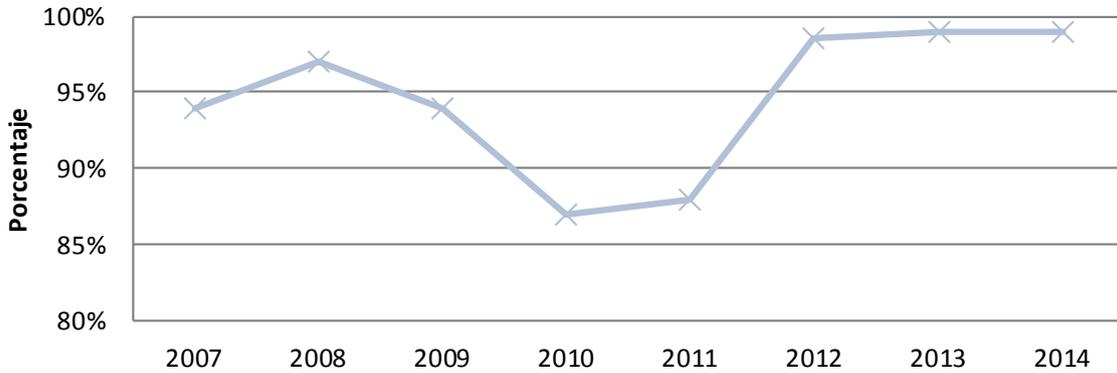
**Gráfico 19. Comportamiento de la proporción de vigilancia de eventos adversos.
ESE Sabaneta. 2007-2014**



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria y Minsalud.

En el Gráfico 19 se observa que la vigilancia de los eventos adversos es superior al 85% durante los últimos seis años, situación que habla bien del compromiso de la institución con la seguridad del paciente y la calidad de los servicios de salud que prestan en el Hospital.

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

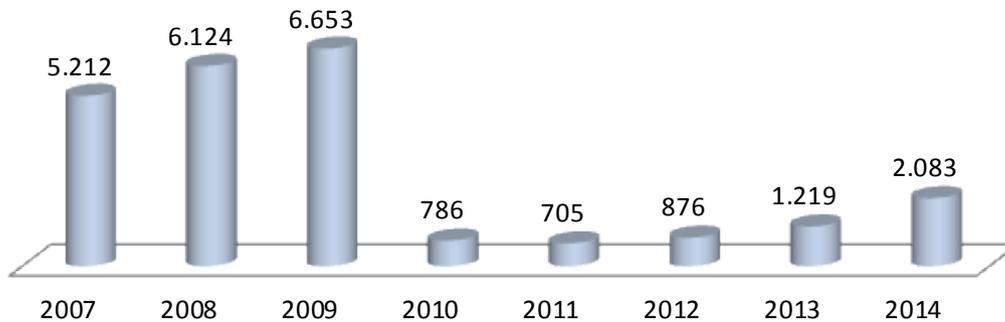


Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria y Minsalud.

En el Gráfico 20 se observa que el porcentaje de satisfacción global presenta un nivel alto y estable durante los tres últimos años, después de un descenso importante y sostenido en los años previos, desde el año 2008 hasta el 2011. Este indicador habla bien de la gestión general de la ESE durante este último período.

11.2. INDICADORES DE PRODUCCIÓN

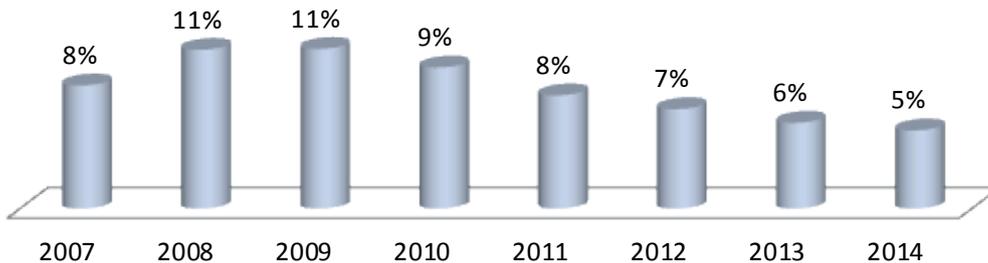
Gráfico 21. Comportamiento del total de controles de enfermería. ESE Sabaneta. 2007-2014



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria y Minsalud.

En el Gráfico 21 se observa que el número de controles de enfermería, descendieron de manera impresionante desde el año 2010, con leve recuperación en el último año, y en el 2011, reducción cercana al 90%, situación que sugiere reducción en las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Probablemente la reducción se explique en parte con los tipos y volúmenes de contratación con las aseguradoras.

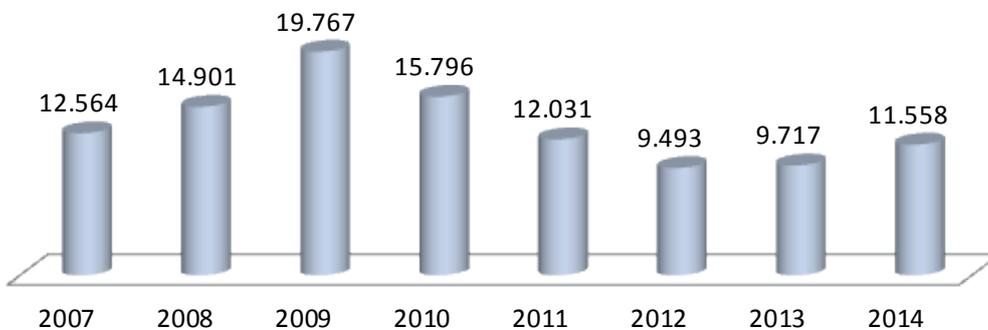
**Gráfico 22. Comportamiento de la cobertura estimada con citología.
ESE Sabaneta. 2007-2014**



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria y Minsalud.

En el Gráfico 22 se observa que la cobertura estimada de la citología en la población de mujeres entre los 25 y 69 años de edad es progresivamente baja en los años evaluados, sin superar el 11% en este período. Es posible que este indicador se vea afectado por los tipos y volúmenes de los contratos firmados con los aseguradores.

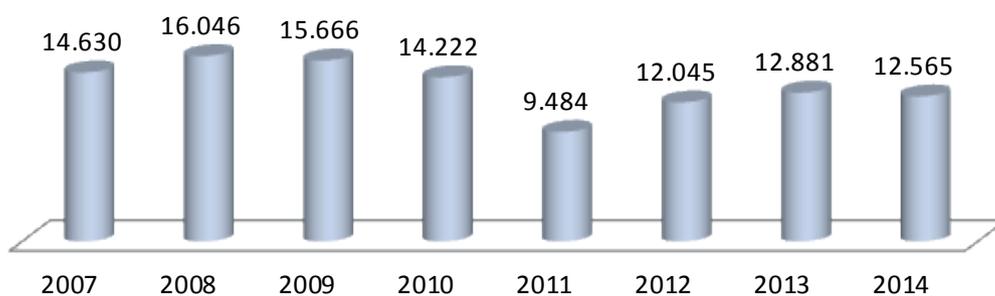
**Gráfico 23. Comportamiento del total de consultas de medicina general.
ESE Sabaneta. 2007-2014**



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria y Minsalud.

En el Gráfico 23 se observa una reducción importante en el total de consultas de Medicina General desde el año 2010, con leve recuperación para el 2014. Este indicador sugiere reducción de la capacidad resolutoria y de producción de la institución. Además, debe analizarse a la luz de los tipos y cantidades de contratación con las aseguradoras.

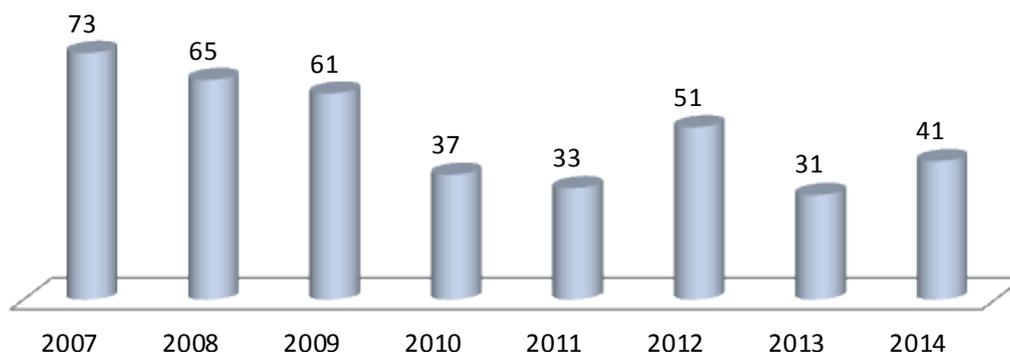
**Gráfico 24. Comportamiento del total de consultas de urgencias.
ESE Sabaneta. 2007-2014**



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria y Minsalud.

En el Gráfico 24 se observa un valor estable durante los tres últimos años en el número total de urgencias atendidas. Sumado a la reducción de la consulta por medicina general se puede observar un descenso muy importante de la producción y capacidad resolutive del Hospital. Es probable que la reducción se explique por los tipos y cantidades de contratación con las aseguradoras.

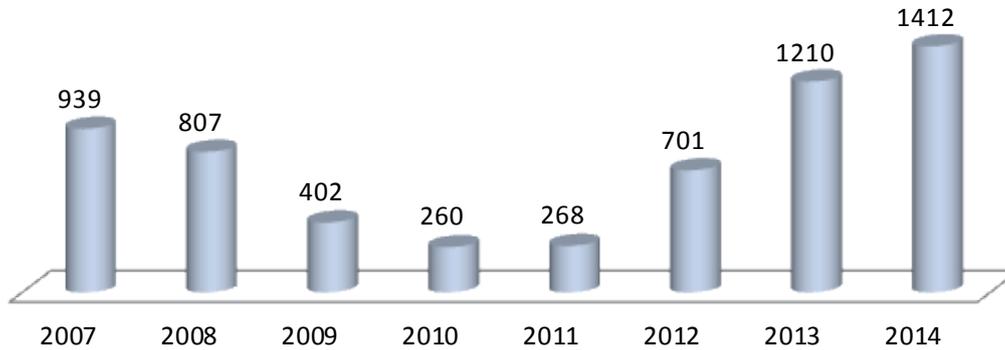
**Gráfico 25. Comportamiento del total de partos vaginales.
ESE Sabaneta. 2007-2014**



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria y Minsalud.

En el Gráfico 25 se observa que el número total de partos vaginales atendidos viene descendiendo desde el año 2007, alcanzando el número mas bajo en el 2013 con 31 partos atendidos. Este indicador refleja una reducción de la capacidad resolutive y productiva de la ESE, hasta atender un parto cada 13 días, poco más de dos al mes.

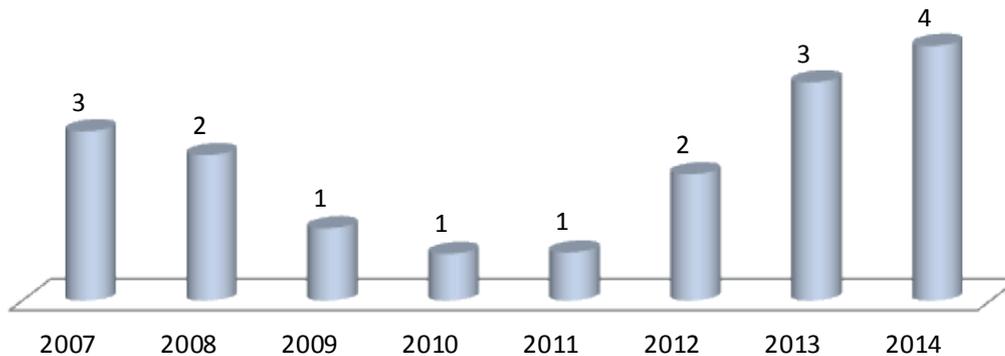
**Gráfico 26. Comportamiento del total de egresos hospitalarios.
ESE Sabaneta. 2007-2014**



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria y Minsalud.

En el Gráfico 26 se observa que el total de egresos hospitalarios aumentó progresiva y significativamente desde el año 2012, después de un descenso importante en los años 2009, 2010 y 2011. Un comportamiento que puede estar asociado al tipo y a los volúmenes de contratación con las aseguradoras.

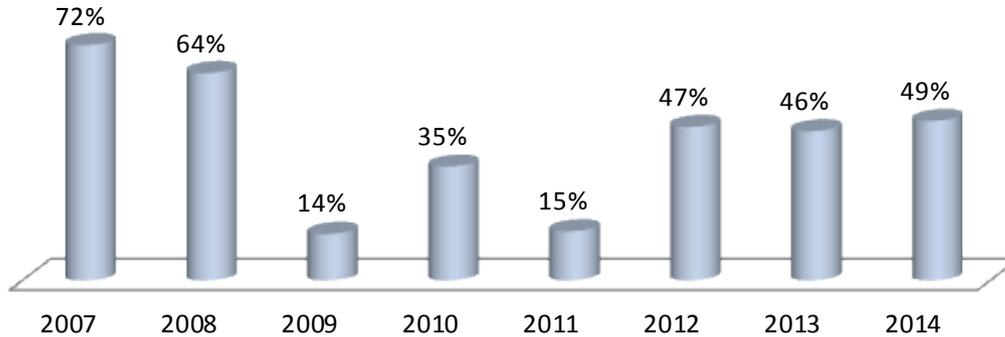
**Gráfico 27. Comportamiento del promedio día de estancia.
ESE Sabaneta. 2007-2014**



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria y Minsalud.

En el Gráfico 27 se observa que el promedio de días de estancia hospitalaria sube de manera importante a partir del año 2012, manteniéndose alta y estable en los dos últimos años; situación que no es coherente con la morbilidad del servicio de hospitalización y el nivel de complejidad. Se sugiere revisar este indicador en términos de pertinencia o no de la hospitalización y la calidad de los tratamientos brindados a los pacientes.

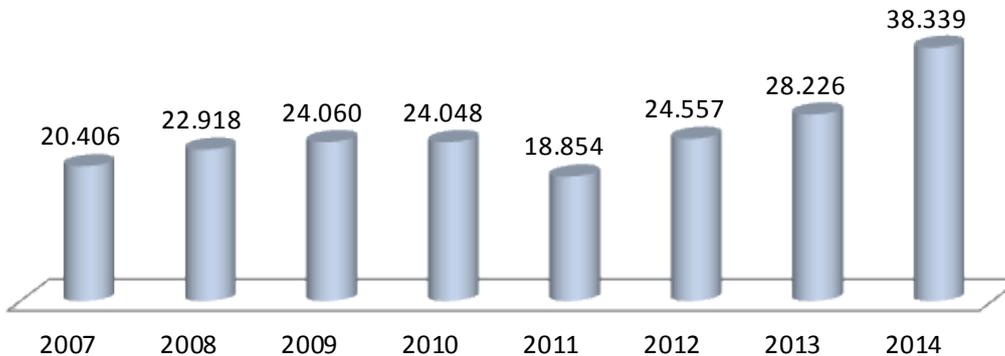
Gráfico 28. Comportamiento del porcentaje ocupacional. ESE Sabaneta. 2007-2014



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria y Minsalud.

En el Gráfico 28 se observa que el porcentaje ocupacional del servicio de hospitalización es bajo, especialmente en el 2011 con un 0% y un 14% en el año 2009, aunque se recupera y estabiliza en los tres últimos años. Lo que muestra una baja capacidad resolutoria y de producción de la institución. Debe revisarse este indicador en términos de la capacidad instalada, infraestructura, perfil epidemiológico y tipos de contratación.

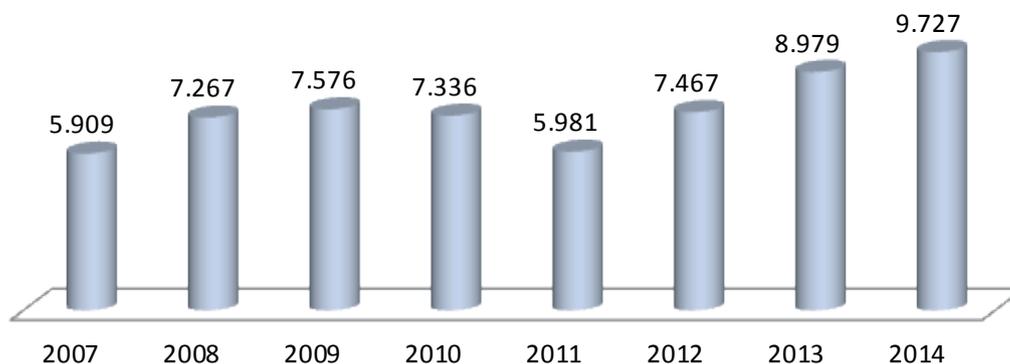
Gráfico 29. Comportamiento del total de exámenes de laboratorio. ESE Sabaneta. 2007-2014



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria y Minsalud.

En el Gráfico 29 se observa que el número total de exámenes de laboratorio presenta un aumento importante y sostenido en el período evaluado, y exagerado en el año 2014. Un comportamiento probablemente asociado al aumento del egreso hospitalario, aunque si se asocia a la reducción de la consulta externa de médico general, sugeriría una utilización extrema de las ayudas diagnósticas.

Gráfico 30. Comportamiento del total de ayudas diagnósticas. ESE Sabaneta. 2007-2014

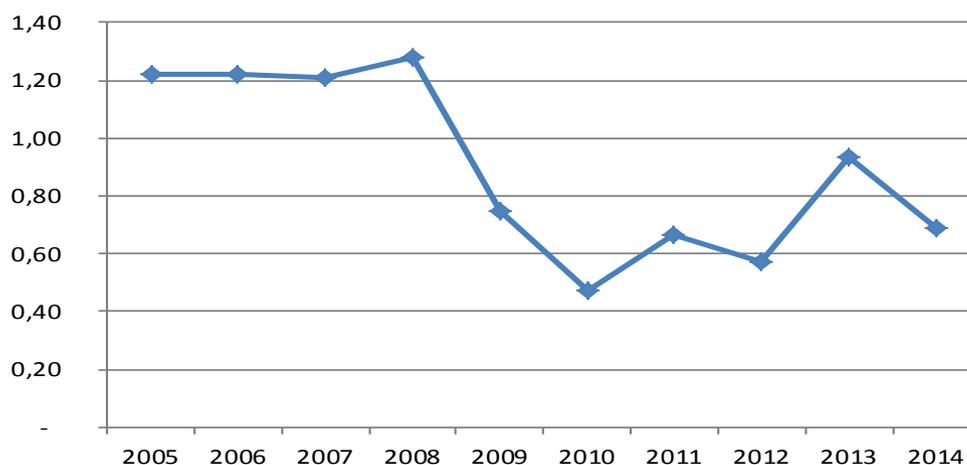


Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria y Minsalud.

En el Gráfico 30 se observa que el número total de imágenes diagnósticas presenta un aumento importante y sostenido DESDE EL año 2012. Un comportamiento probablemente también asociado al aumento del egreso hospitalario, aunque si se asocia a la reducción de la consulta externa de médico general, sugeriría una utilización extrema de las ayudas diagnósticas.

11.3. INDICADORES FINANCIEROS

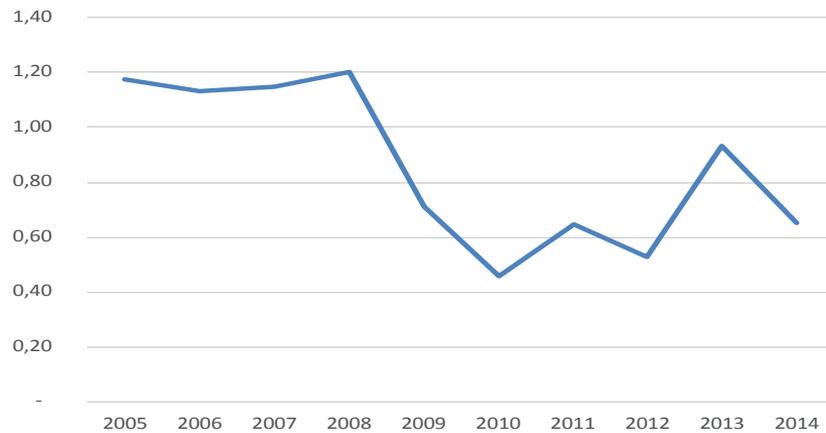
Gráfico 31. Comportamiento del índice de liquidez. ESE Sabaneta. 2005-2014



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria y Minsalud.

En el Gráfico 31 el índice de liquidez muestra un descenso muy importante desde el 2008, lo que habla de baja disponibilidad de recursos para cumplir con las deudas de corto plazo, es decir, que al 2014 por cada peso que se debe en el corto plazo, se tienen sesenta y cinco centavos para cubrirlo, mientras que en el año 2008 por cada peso que se debía, se tenía un peso con veinte centavos.

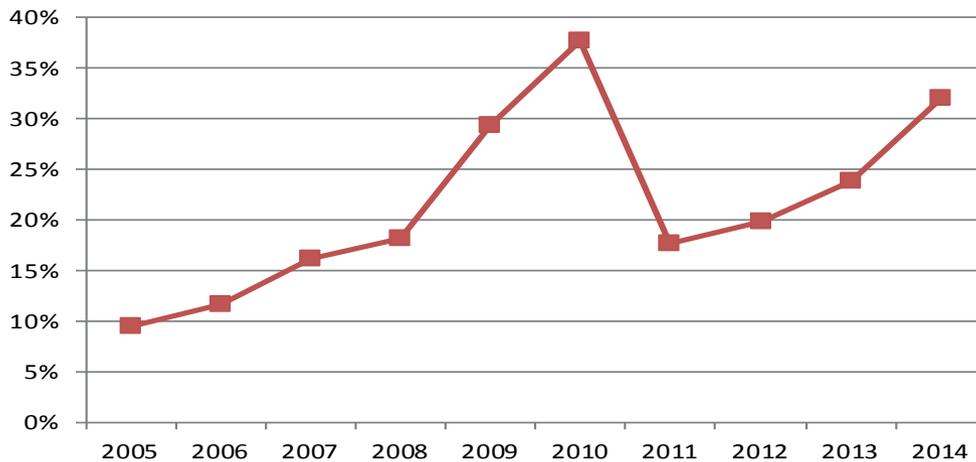
Gráfico 32. Comportamiento de la prueba ácida. ESE Sabaneta. 2005-2014



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria y Minsalud.

En el Gráfico 32 se observa que la prueba ácida, asociada al buen manejo de los inventarios en los últimos años, tiene el mismo comportamiento del índice de liquidez.

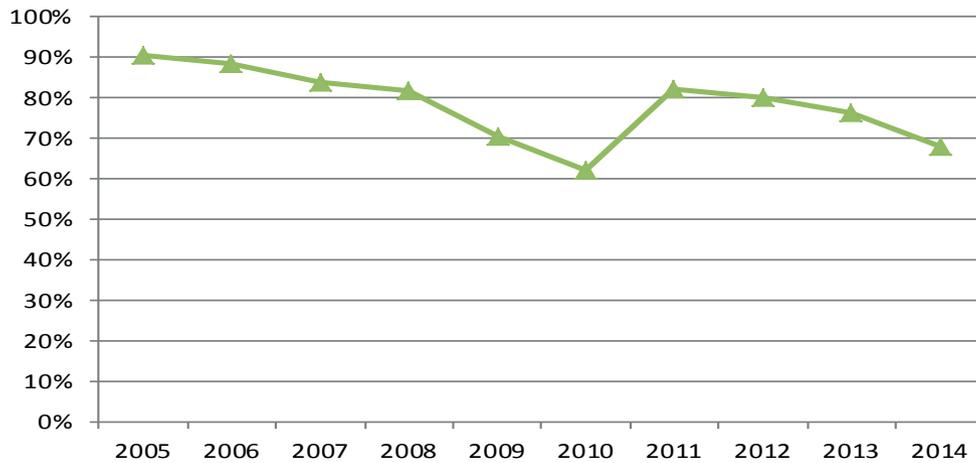
Gráfico 33. Comportamiento del índice de endeudamiento. ESE Sabaneta. 2005-2014



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria y Minsalud.

En el Gráfico 33 se observa que el índice de endeudamiento presentó un pico máximo en el 2010 cercano al 37%, con una reducción importante en el 2011 que alcanzó el 17%, pero con retorno al crecimiento en los últimos tres años, lo cual demuestra la reducción de la liquidez de la empresa. Generalmente, la iliquidez se asume con obligaciones financieras o el incremento de las cuentas por pagar a proveedores.

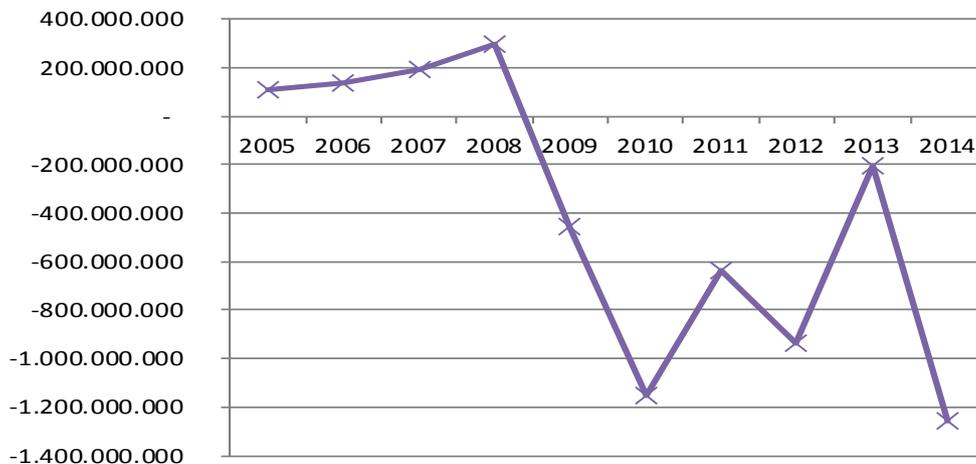
Gráfico 34. Comportamiento del índice de propiedad. ESE Sabaneta. 2005-2014



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria y Minsalud.

En el Gráfico 34 se observa que el índice de propiedad bajó de manera sostenida desde el año 2005, al pasar del 90% en ese año al 63% para el 2010, con un mejoramiento importante para el 2011 al ascender a un 83%. Desde entonces, se observa una nueva tendencia de decrecimiento. Se puede decir que el porcentaje de la empresa en manos de los dueños, está en mediano porcentaje, porque el 32% está en manos de terceros.

Gráfico 35. Comportamiento del capital de trabajo. ESE Sabaneta. 2005-2014



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria y Minsalud.

En el Gráfico 35 se observa que el capital de trabajo de la empresa bajó de manera importante desde el 2008 hasta el 2010, con buena recuperación en los años siguientes, pero con una nueva e importante caída el año 2014, situación que puede hablar del riesgo de la operación básica de la empresa en el corto plazo.

12. CONCLUSIONES

- El fortalecimiento de la salud pública y la prestación de servicios de salud del municipio son prioridades del Plan de Desarrollo Municipal. El municipio cuenta con la dependencia Secretaría de Salud para cumplir las competencias del sector.
- La Secretaría Salud y la ESE tienen un número importante de funcionarios, contratados directamente, a través de contratos de prestación de servicios o a través de terceros, que realizan actividades misionales.
- En el tema de participación social se ha fortalecido con la conformación del (COPACOS - Comité de participación Comunitaria en Salud), organismo de participación establecido en el Decreto 1757 de 1994.
- Disminución de los grupos poblacionales comprendidos entre 5 y 14 años como consecuencia de la disminución de la fecundidad en todas las mujeres en edad fértil y un incremento en la población mayor de 50 años.
- La cobertura del (SGSSS) en el municipio ha mejorado en los últimos años. Presenta coberturas con tendencia al aumento en el régimen contributivo, el régimen subsidiado se mantiene estable, cobertura cercana al 10%, y hay un porcentaje significativo de población no afiliada al sistema de salud, que debe ser evaluado a la luz de la disponibilidad de recursos y cupos para la afiliación de usuarios al régimen subsidiado.
- En morbilidad se observa un aumento en la frecuencia de consultas por enfermedades crónicas no transmisibles (HTA, DM, EPOC) asociado al incremento de la expectativa de vida y la transición demográfica. De igual manera, en el perfil de mortalidad, predominan las muertes por enfermedades isquémicas del corazón y las muertes por causas externas, entre ellas, las agresiones y sus secuelas.
- La prestación de servicios de salud está centrada principalmente en la atención de la población afiliada al régimen subsidiado y a la población pobre, no cubierta con subsidios a la demanda (vinculados), es decir, que su mercado corresponde, aproximadamente, al 40% de la población total del municipio.
- El portafolio de servicios corresponde al modelo clásico de instituciones de baja complejidad en Colombia, dominan las actividades intramurales con limitaciones en los modelos extramurales,

especialmente los relacionados con promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

- Los indicadores de calidad establecidos en las normas se cumplen adecuadamente y en términos generales, se puede decir que los servicios de salud prestados en la institución han mejorado en los últimos años y cumplen los criterios de calidad y seguridad del paciente.
- En términos generales, se observa un aumento en la producción y en el uso de la capacidad instalada del hospital en los últimos años. También se destaca una reducción importante en el número de partos atendidos.
- Se observa un período crítico para la ESE en casi todos los indicadores en los años 2009, 2010 y 2011, lo cual sugiere un importante cambio para esa época o alguna dificultad en los registros estadísticos.
- Se presenta un deterioro de los principales indicadores financieros de la institución, especialmente el índice de endeudamiento y el capital de trabajo, por tales razones fue clasificada con riesgo alto de acuerdo con la Resolución 2509 de 2012.

13. RECOMENDACIONES

- Evaluar la estructura administrativa de la Secretaría de Salud y de la ESE, según el recurso humano necesario para cumplir las competencias misionales del sector, y realizar la gestión encaminada a la vinculación de los funcionarios que se requieren con el fin de mejorar la eficiencia de la Secretaría y del Hospital, además de disminuir el riesgo jurídico.
- Fortalecer el (COPACO) dada la relevancia que tienen estas organizaciones en el desarrollo de los planes, programas y proyectos de salud en el municipio.
- Mejorar la articulación y la integración del sector salud en el territorio con estrategias que permitan involucrar los actores del sector: (EPS, IPS) y profesionales de la salud, con el fin de ejercer la rectoría de salud. Fortalecer el componente de asistencia técnica desde la Secretaría hacia los actores.
- Formular planes y programas en salud orientados a dar respuesta a los cambios demográficos y del perfil de morbimortalidad del municipio para impactar positivamente la calidad de vida y la salud de la población.
- Gestionar recursos y fortalecer las estrategias para incrementar la cobertura de afiliación en el aseguramiento tanto en el régimen subsidiado como el contributivo.
- Fortalecer la estrategia de APS según la reglamentación de la ley 1438 de 2011, para acercar las acciones de salud a la comunidad, con énfasis en promoción y prevención y facilitar la participación social, ajustado a los requerimientos actuales de la comunidad y de la prestación de servicios de salud, al perfil de morbimortalidad de la población y a la transición demográfica; con el propósito de que sea una estrategia que articule los actores y desarrolle el trabajo de cada una de las líneas priorizadas para hacer una adecuada gestión del riesgo en salud, y de esta manera, mejorar los indicadores.
- Se deben buscar alternativas para mejorar el uso de la capacidad instalada y ajustar el portafolio de servicios a la realidad del mercado, alianzas o trabajo en red con otras instituciones de salud, pueden ser una buena alternativa.
- Se recomienda realizar un ajuste financiero y organizacional que le permita mejorar los actuales indicadores financieros y poder superar la clasificación del alto riesgo. Implementar algunas de las propuestas anteriores puedan ayudar a cumplir con este ajuste.

CAPÍTULO 2 DOCUMENTACIÓN

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

1. INTRODUCCIÓN

La documentación de la estrategia de APS, en el municipio de Sabaneta; permite tener, construir y recopilar una serie de información determinada en tiempo y espacio que evidencia unas acciones realizadas en beneficio del ser humano desde su ciclo vital integral, tanto individual como colectivo; teniendo como eje central el enfoque diferencial y los determinantes sociales de la salud, entendidos estos últimos, como:

Aquellas situaciones, condiciones o circunstancias que hacen parte del bienestar, la calidad de vida, el desarrollo humano, que ejercen influencias sobre la salud de las personas y que actuando e interactuando en diferentes niveles de organización, determinan el estado de salud de la población, estos determinantes conforman así, un modelo que reconoce el concepto de que el riesgo epidemiológico está determinado individual, histórica y socialmente” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012:b).

Para efecto del abordaje de los determinantes, se hace claridad conceptual acerca de la equidad, definida por el Ministerio de la Salud y la Protección Social (2012: 29); como la:

Ausencia de diferencias injustas, evitables o remediables de salud entre las poblaciones o grupos; definidos de manera social, económica, demográfica o geográfica; la desigualdad es entendida como la resultante de una situación de salud en la que hay diferencias en el estado de salud entre hombres y mujeres, grupo de edad, grupo étnico (determinantes sociales intermedios”).

Es importante resaltar el compromiso político social en beneficio de las inequidades existentes; es por ello, que desde la Administración Municipal, existe el compromiso total incluyente, articulando otros sectores (comunidad, academia, religión, sector salud), contando con la ESE Hospital Venancio Díaz Díaz, como actor principal, puesto que a partir de su modelo de atención, pueden establecerse acciones conjuntas en beneficio de los individuos.

Las acciones mencionadas tienen la finalidad de mejorar y contribuir en los estilos de vida saludables. El modelo de la promoción de la salud condensa también aspectos como: la ética, la solidaridad y la reinvención de los valores de convivencia, demanda una renovación permanente que movilice recursos y genere un cambio a una sociedad más humanitaria, más educada, más cívica, con una conciencia diferente que transforme sus hábitos y estilos de vida.

La documentación de la APS en el municipio, permite así mismo organizar toda la información básica y necesaria que se ha construido a través del tiempo; de esta manera, puede contarse con ella de manera rápida y eficaz, ahorrando tiempo administrativo, estando a la mano como material de consulta para la toma de decisiones.

En este texto se presentan los aspectos misionales, metodológicos y técnicos del proceso de ejecución de la APS en el municipio, en el que se incluyen conclusiones y recomendaciones realizadas por el equipo técnico de la Secretaría de Salud y el Hospital Venancio Díaz Díaz.

2. JUSTIFICACIÓN

Con la documentación de la estrategia de APS, se hace posible almacenar, interpretar y recuperar toda la información construida en el desarrollo de la misma, desde el año 2008 hasta la fecha, a través de los informes gráficos, registros, etc.

Es de gran importancia evidenciar las acciones realizadas y las experiencias vividas en la aplicación de la estrategia de APS, en los diferentes sectores del municipio de Sabaneta (veredas, comunidad, instituciones educativas, universidades, secretarías); permitiendo visualizar los resultados obtenidos y que han impactado el perfil de mortalidad y morbilidad en los diferentes grupos poblacionales; sirviendo como herramienta para la construcción de diferentes análisis respecto a la situación de salud y para la construcción del Modelo de Atención en Salud de la ESE Venancio Díaz Díaz.

Por medio de este documento, también se pueden medir, analizar y evaluar los resultados obtenidos mediante las acciones realizadas en los diferentes programas, dirigidos a los distintos grupos poblacionales, sirviendo como referente para la realización de acciones de mejora y la planificación del trabajo. Adicionalmente, permite tener información necesaria para la priorización de los diferentes sectores y la articulación institucional, determinando los recursos humanos, físicos y económicos necesarios para garantizar la eficacia y eficiencia en el desarrollo de la APSR.

Así mismo, en la organización del trabajo, la sectorización de las acciones y continuidad en las actividades esto contribuye a la planificación de las tareas a desarrollar en las diferentes comunidades, disminuyendo procesos innecesarios, y una inadecuada planificación de los recursos financieros, sumando la poca capacidad resolutoria en la comunidad.

Finalmente, es importante establecer que este documento permite generar una base de conocimiento sobre el programa, que contribuye a evitar repetir acciones sin tener ningún impacto en la comunidad, también aportar recomendaciones que involucren los demás actores, a partir de un seguimiento de las familias que posibilite mayor conocimiento de sus integrantes.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Contar con un documento en la Secretaría de Salud y en la Empresa Social del Estado ESE, Hospital Venancio Díaz Díaz; que permita construir y recopilar todas las acciones realizadas en la APSR, con sentido social a través del tiempo; involucrando diferentes actores: la comunidad y la familia; mediante estrategias de intersectorialidad, políticas y mecanismos de participación activa.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Recopilar la información documental disponible hasta la fecha acerca del desarrollo de la Atención Primaria en Salud Renovada (APSR).
- Establecer los procedimientos metodológicos y técnicos desarrollados, a partir de la experiencia de los integrantes del equipo técnico disponible.
- Relacionar la información documental y de fuentes primarias para establecer los contenidos de la estrategia de APSR.

4. METODOLOGÍA

La construcción del presente documento, se logró gracias al trabajo conjunto del equipo técnico de la APS, en el municipio de Sabaneta; que articula tanto a la Secretaría de Salud del municipio, como a la ESE Hospital Venancio Díaz Díaz.

Para ello, se realizaron sesiones de trabajo para la construcción conjunta en cada uno de los ítems a desarrollar. Así mismo, se realizó una revisión bibliográfica de los diversos documentos que abordan tanto conceptual como jurídicamente la APS, en los niveles internacional, nacional, departamental, regional y local; al igual que aquellos informes municipales que hacían referencia al sector salud en el municipio.

Finalmente, los informes anuales que condensan la ejecución de la estrategia de APS y que fueron presentados en tiempos normales por la ESE, Hospital Venancio Díaz Díaz, ante la Secretaría de Salud, desde el año 2008; estos se constituyeron en fuente de información fundamental acerca de los aspectos conceptuales, misionales, técnicos y operativos para el eficiente desarrollo de la misma.

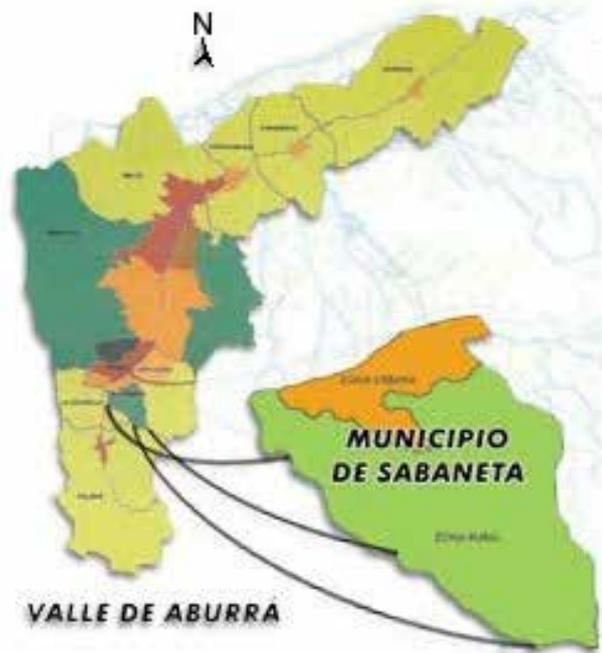
5. CONTEXTO

5.1. CARACTERÍSTICAS DEL MUNICIPIO

5.1.1. Localización

El municipio de Sabaneta cuenta con una extensión de 15 kilómetros cuadrados y se encuentra ubicado en el Departamento de Antioquia; estando este último ubicado en la parte noroccidental de Colombia en Suramérica. Este municipio hace parte del Valle de Aburrá, región que comparte con otros nueve (9) municipios.

Figura 1. Localización del municipio de Sabaneta a nivel Valle de Aburrá



Fuente: Departamento Administrativo de Planeación del Municipio de Sabaneta.

Tabla 1. Distribución municipio de Sabaneta por extensión territorial y área de residencia. 2013.

Municipio	Extensión urbana		Extensión rural		Extensión total	
	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje
Sabaneta	11 km ²	73%	4 km ²	27%	15 km ²	100%

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. 2013.

Según estadísticas del DANE, para el año 2013 el Municipio de Sabaneta cuenta con el 80% de población residente en la zona urbana y el 20% en la zona rural

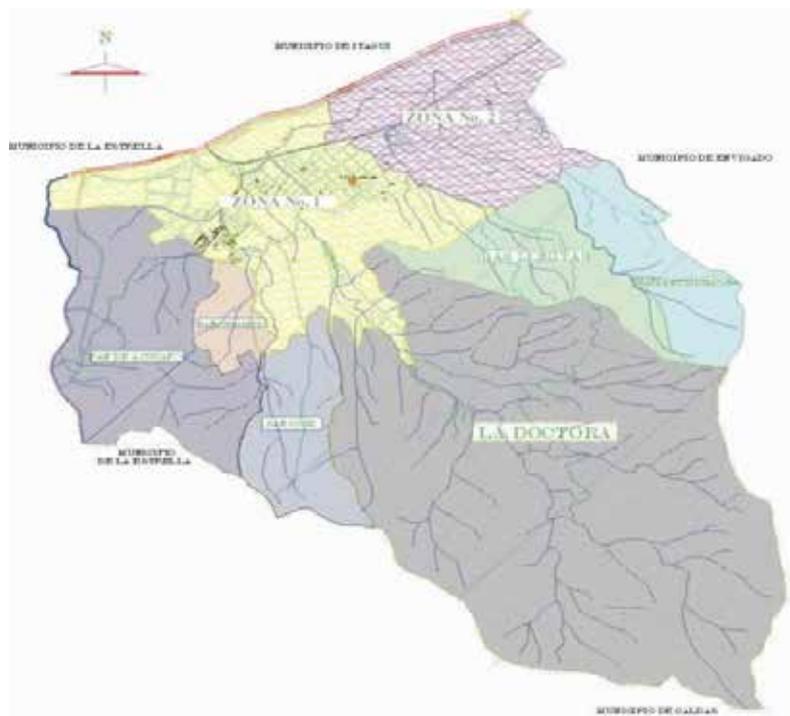
5.1.2. Límites geográficos

- Norte: Municipio de Envigado y Municipio de Itagüí.
- Sur: Municipio de Caldas.
- Occidente: Municipio de la Estrella y Municipio de Medellín.
- Oriente: Municipio de Envigado.

5.1.3. División político administrativa

Según el Instituto Geográfico Agustín Codazzi, el Municipio de Sabaneta se encuentra en latitud norte de 6°09' 13", longitud este 1° 32' 18" y longitud oeste 75° 36' 47", contando con 31 barrios y 6 veredas que se relacionan con su superficie a continuación:

Figura 2. Límites del municipio de Sabaneta



Fuente: Departamento Administrativo de Planeación del Municipio de Sabaneta.

Tabla 2. División política por barrios

Detalle	Superficie (mts2)	%	Barrios	Estratos
Los Arias	29.004	0.74%	X	2-3
Villas del Carmen	46.576	1.19%	X	1-2-3
La Florida	236.669	6.05%	X	1-2-3-4
Los Alcázares	156.371	4.00%	X	2-3
La Barquereña	100.991	2.58%	X	1-2-3
San Joaquín	53.304	1.36%	X	2-3-4
Betania	134.242	3.43%	X	2-3-4
Vegas de la Doctora	179.736	4.59%	X	4-5
Lagos de la Doctora	150.907	3.86%	X	4
Vegas de San José	116.523	2.98%	X	3-4
Tres Esquinas	231.626	5.92%	X	2-3-4
Prados de Sabaneta	120.563	3.08%	X	3-4
Nuestra Señora de los Dolores	24.282	0.62%	X	2-3
Sabaneta Real	48.352	1.24%	X	SD
Calle Larga	196.942	5.03%	X	2-3
Holanda	46.116	1.18%	X	2-3-4
Entreamigos	123.159	3.15%	X	2-3-4
Calle del Banco	45.085	1.15%	X	2-3
Santa Ana	78.193	2.00%	X	2-3
Aliadas del Sur	45.042	1.15%	X	2-3-4
Paso Ancho	40.001	1.02%	X	2-3
Restrepo Naranja	67.18	1.72%	X	2-3
Manuel Restrepo	77.717	1.99%	X	2-3
Virgen del Carmen	156.12	3.99%	X	2-3-4
Las Casitas	66.621	1.70%	X	2-3
San Rafael	184.394	4.71%	X	IND
Promisión	171.928	4.39%	X	IND
Playas de María	161.725	4.13%	X	2-3
El Carmelo II	254.05	6.49%	X	2-3
Ancón Sur	512.105	13.09%	X	IND
María Auxiliadora	58.14	1.49%	X	2-3
Total Barrios			31	

Fuente: Departamento Administrativo de Planeación del Municipio de Sabaneta.

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

Tabla 3. División política por veredas

Detalle	Superficie(mts2)	%	Veredas	Estratos
San José	783.81	6.23%	X	2-3-4
La Doctora	7535.93	59.87%	X	1-2-3-4
Las Lomitas	1086.97	8.64%	X	1-2-3-4
María Auxiliadora	968.51	7.69%	X	2-3
Pan de Azúcar	1896.01	15.06%	X	1-2-3
Cañaveralejo	316.29	2.51%	X	2-3-4
Total Veredas			6	

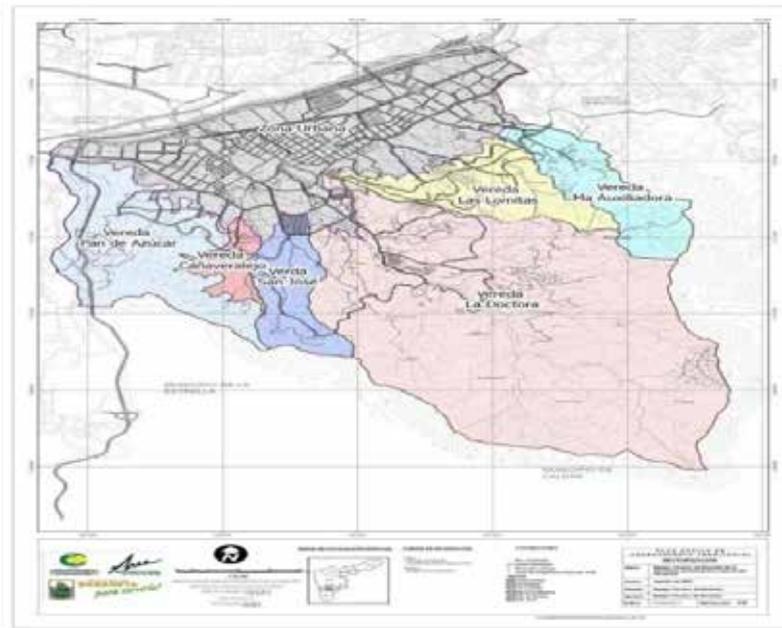
Fuente: Departamento Administrativo de Planeación del Municipio de Sabaneta.

Tabla 4. División política por urbanizaciones cerradas

Detalle	Urbanizaciones Cerradas		Estratos
	Urbanas	Rurales	
San Antonio 1 y 2	X		3
Alcázar del Pomar	X		4
Vegas de Guadarrama	X		4
Espigas	X		5
Cortijos de San José	X		4
Aldea Verde	X		4
Cataluña	X		4
Alcázar de la Sabana	X		3
Arco iris 1 y 2	X		3
Campo Amalia	X		3
Jardín de los Alcázares	X		4
Quintas de Guadarrama	X		4
Colinas de San Remo	X		4
Fidelenia	X		4
Poblado de Santa Lucía	X		
Bosques de Berlín		X	5
Rincón de la Doctora		X	4
Quintas de la Loma		X	4
Mirador de San Judas		X	4
Monte Carmelo		X	
Total	15	5	

Fuente: Departamento Administrativo de Planeación del Municipio de Sabaneta.

Figura 3. Mapa por veredas del municipio de Sabaneta



Fuente: Departamento Administrativo de Planeación del Municipio de Sabaneta.

- Vereda la Doctora: Corredor multifacético destacado por su valor histórico, geográfico, lúdico, cultural, paisajístico y su riqueza en recursos naturales que le dan gran valor ambiental. Su vocación campesina ha producido café, plátano, avicultura y lechería.
- Vereda Pan de Azúcar: Ubicada al sur de municipio, geográficamente limita con los municipios de La Estrella y Caldas. Según el Plan de Ordenamiento Territorial, la vereda será albergue de un Parque Ecológico, actualmente cuenta con 374 viviendas, lo que hace una de las veredas más pobladas.
- Vereda Cañaveralejo: Su nombre rememora los abundantes cañaverales cultivados en el pasado, ubicada en el extremo sur del municipio, su territorio está bañado por las quebradas sabanetica y la montaña, actualmente es una vereda densamente poblada y es un sector donde se encuentran importantes instituciones educativas.
- Vereda María Auxiliadora: Situada en el sector nororiental del municipio. Habitada antiguamente por los indígenas Aburráes y posteriormente por las comunidades negras, descendientes de las familias Mazo, Gil, entre otros, por lo que también se le conoce como "Palenque".
- Vereda Las Lomitas: Puede considerarse uno de los balcones de Sabaneta, localizada en la zona oriental entre lomas y ondulaciones a las que debe su nombre, rica en paisajes, hace parte del recorrido de caminantes por la vuelta a la "La Tuna".

- Vereda San José: Ubicada al sur de la cabecera municipal, posee uno de los paisajes más bellos de la localidad, montañas empinadas, cubierta de bosques y quebradas donde la comunidad ha construido y preservado su hábitat; sus primeros habitantes a principios del siglo XXI fueron las familias Díez, Montoya y Mejía. Aquí se encuentran fincas de gran valor arquitectónico que pertenecieron a familias adineradas del Valle de Aburrá.

5.1.4. Malla vial

El municipio de Sabaneta posee una malla vial definida, en la que sobresalen las vías longitudinales de Norte a Sur. Las calles no son tan largas debido a las barreras naturales que se presentan, tales como el Río Medellín y las pendientes al llegar a la cima de las montañas. La extensión del sistema vial urbano es de 32.64 kilómetros, equivalente a un metro lineal de vía pública por habitante.

De acuerdo a la clasificación de las vías, existe en el municipio una vía troncal denominada: Vía Regional, que permite comunicación con otros municipios, el resto del departamento y del país; se caracteriza por atender volúmenes de tránsito considerables, en especial, transporte de carga y pasajeros. De igual manera, existen tres arterias principales que conforman la Red Primaria del área urbana; son usadas para el tránsito de una gran cantidad de vehículos particulares y de transporte público. Su función es la de facilitar la movilidad peatonal y vehicular.

Las arterias menores son cuatro. Su función es similar a la de las arterias principales pero con un menor volumen de tránsito, poniendo un poco más de énfasis en la accesibilidad a las propiedades colindantes cuyo desarrollo urbanístico es denso, con franjas de desarrollo comercial y residencial.

Existen quince (15) vías colectoras conformadas por la Red Secundaria del área urbana, canalizan y distribuyen el tránsito vehicular hacia o desde el Sistema Arterial; además, recogen el tráfico de la Red Local hasta llevarlo a la Red Arterial. Son utilizadas generalmente por volúmenes moderados de tránsito incluyendo el transporte público colectivo.

Mapa 1. Malla vial del municipio de Sabaneta



Fuente: Departamento Administrativo de Planeación del Municipio de Sabaneta.

5.1.5. Clima y altitud

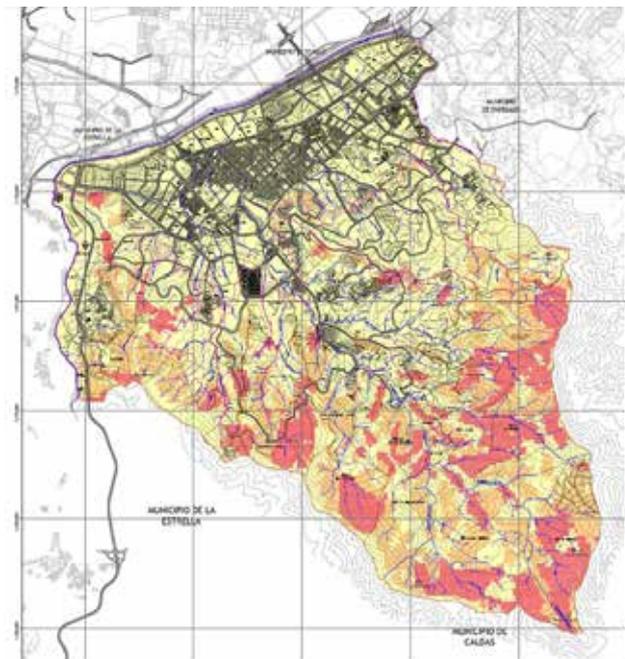
La altitud del terreno de Sabaneta oscila entre 1550 y 2650 metros sobre el nivel del mar. El clima mantiene una agradable temperatura promedio entre 21°C y 26°C, sin la presencia de estaciones. Las precipitaciones por lluvia son frecuentes alcanzando en el año, al sur del Valle de Aburrá, los 2700 milímetros aproximadamente; sin embargo, se debe hacer la aclaración sobre que esos niveles de precipitación varían ampliamente a través del territorio del valle, esto debido a las condiciones topográficas y orográficas. La humedad relativa media en el ambiente se ubica entre el 61% y el 72%.

5.1.6. Hidrografía

El municipio cuenta con la afluencia del Río Medellín y la quebrada La Doctora, con sus vertientes: Buenavista, La Escuela, El Gusano, El Canalón, La Honda, La Sabanetica y la Cien Pesos, que marca los límites con Envigado.

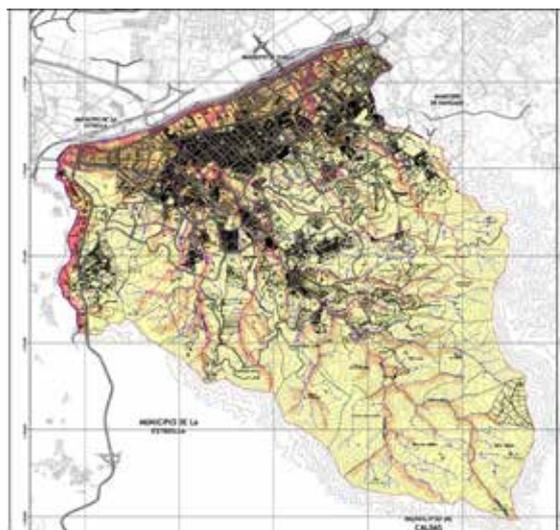
5.1.7. Zona de riesgos

Figura 4. Riesgo de amenaza por deslizamiento en el municipio de Sabaneta



Fuente: Departamento Administrativo de Planeación del Municipio de Sabaneta.

Figura 5. Riesgo de amenaza por inundaciones en el municipio de Sabaneta



Fuente: Departamento de Prevención de Desastres. Municipio de Sabaneta.

En las zonas rojas se puede visualizar los barrios o veredas del municipio, con riesgo en deslizamientos e inundaciones, las zonas más vulnerables son:

- Vereda La Doctora: Se registran movimientos de masa en diferentes sectores como: San Isidro, Placer de Judas, El Canalón, Loma de los Henao, ente otros de menor riesgo.
- Vereda María Auxiliadora: Se registra el movimiento en masa, en finca Villa Mariana, y en diferentes puntos de la loma de los brujos; así como en la parte alta de la vereda.
- Vereda San José: Se registran movimientos de masa en varios puntos como: en la vía principal y en la parte alta del Sector los Montoya, por aguas filtradas.
- Vereda Pan De Azúcar: Se registran movimientos de masa.
- Vereda Las Lomitas: Se registran movimientos de masa.

Tabla 5. Antecedentes de emergencias y desastres

Lugar de ocurrencia	Tipo de	Fecha de	Lesionad	Muerto	Daños
Barrio Holanda	Derrumbe	16 septiembre de 2008			
Vereda Cañaveralejo	Derrumbe	7 de abril del 2009			
Barrio Calle Larga (Los Dolores)	Inundación	7 de abril del 2009			
Edificio La Sabana	Escape de gas	26 de abril del 2009			
Zona Industrial	Incendio	11 de enero del 2011	7	0	Pérdida de edificación
Zona Industrial	Incendio	15 de octubre 2011	0	0	Pérdida de edificación
Avenida Las Vegas	Incendio	12 febrero del 2011	1	0	Pérdida de edificación

Fuente: Departamento de Prevención de Desastres. Municipio de Sabaneta.

5.1.8. Accesibilidad geográfica

Tipo de transporte entre los centros poblados de desarrollo y comunidad dispersa:

- Metro de Medellín: Es un sistema de transporte masivo que atraviesa el Área Metropolitana de sur a norte. En el área de influencia de Sabaneta, el Metro transita paralelamente junto al Río Medellín, prestando servicios a los municipios del sur del Área Metropolitana.
- Buses: Existe en la localidad un sistema privado de buses urbanos que atiende todos los sectores del municipio e igualmente se cuenta con rutas que comunican a Sabaneta y a Medellín. Adicionalmente, está el "Sistema Integrado de Transporte", el cual consta de buses que comunican las estaciones del Metro con las diferentes áreas del municipio.
- Tiempo de llegada al municipio o a la capital del departamento (desde la comunidad más alejada): El tiempo de llega desde el municipio de Sabaneta al municipio de Medellín es de treinta (30) minutos.
- Distancia en kilómetros al municipio o a la capital del departamento (desde la comunidad más alejada): La distancia desde el municipio de Sabaneta hasta el municipio de Medellín, es de catorce (14) kilómetros. La distancia dada desde la vereda más distante del centro de Sabaneta, corresponde a 10 minutos de la cabecera municipal.

Tabla 6. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros en el municipio de Sabaneta. 2013

Municipios	Tiempo de llegada desde la vereda al municipio (en minutos).	Distancia en Kilómetros desde la vereda al municipio	Tipo de transporte desde la vereda al municipio
María Auxiliadora	15	12	Transporte público
Pan de Azúcar	15	12	Transporte público
Cañaveralejo	10	8	Transporte público
La Doctora	10	6	Transporte público

Fuente: Departamento Administrativo de Planeación del Municipio de Sabaneta, 2013.

Tabla 7. Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde

Municipio	Municipio vecino	Distancia en Kilómetros entre el municipio y su municipio vecino*	Tipo de transporte entre el municipio y el municipio vecino*	Tiempo estimado del traslado entre el municipio al municipio vecino*	
				Horas	Minutos
Sabaneta	Medellín	14	Público		35
Sabaneta	Envigado	10	Público		20
Sabaneta	Itagüí	6	Público		10
Sabaneta	La Estrella	6	Público		10

Fuente: Departamento Administrativo de Planeación del Municipio de Sabaneta, 2013.

- Tiempo de llegada de la Institución de Salud remitente al nivel superior de complejidad: El tiempo de llegada desde el municipio de Sabaneta a la ESE, Hospital San Vicente de Paúl de Caldas, es de treinta (30) minutos. Tiempo relativamente corto y útil para resolver las necesidades de los pacientes.
- Vías de comunicación: Avenida Las Vegas, Avenida El Poblado, La Regional y la Variante de Caldas. Cuenta con buenas vías interveredales.

5.1.9. Contexto demográfico

- Población total: Para el año 2013 el municipio de Sabaneta cuenta aproximadamente con 50444 habitantes según el DANE, de los cuales un 53% correspondiente a la población femenina y el 47% restante a los Hombres. Respecto al año 2005, el municipio ha tenido un incremento poblacional de 6001 habitantes, correspondiente a un 12%.
- Población por área de residencia urbano/rural: Según estadísticas del DANE, para el año 2013 el municipio de Sabaneta, cuenta con el 80% residente en la zona urbana y el 20% en la zona rural.

Tabla 8. Población por área de residencia Sabaneta. 2013

Sabaneta	Población Urbana		Población Rural		Población Total		Grado de urbanización
	Población	%	Población	%	Población	%	
	40195	79.68%	10249	20.32%	50444	100%	79.63

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. 2013.

- **Grado de urbanización:** El grado de urbanización, hace referencia al porcentaje de la población que reside en áreas urbanas respecto a la población total, para el municipio de Sabaneta se tiene que este indicador es del 79,63.
- **Número de viviendas por estrato:** A continuación se relaciona el número de viviendas del municipio por estrato socioeconómico y año, se observa un crecimiento desde el año 2005 al 2012 de 4955 viviendas nuevas, lo que indica una gran expansión y proyección municipal.

Tabla 9. Viviendas por estrato socioeconómico urbano

Año	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	Estrato 5	Estrato 6	Total
2005	4	2347	6688	585	3	0	9627
2006	2	2411	6907	959	22	0	10301
2007	2	2390	6930	1542	30	0	10894
2008	9	2468	7473	1846	57	0	11853
2009	9	2470	7701	1923	55	0	12158
2010	9	2549	8135	1985	59	0	12737
2011	9	3005	9016	1854	43	0	13927
2012	9	3068	9129	2232	144	0	14582

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. 2003, 2004, 2005.

Tabla 10. Viviendas por estrato socioeconómico rural

Año	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	Estrato 5	Estrato 6	Total
2005	158	1770	279	228	40	12	2487
2006	165	1802	250	150	42	12	2421
2007	171	1828	254	152	43	12	2460
2008	182	1820	259	161	45	12	2479
2009	176	1795	260	161	50	12	2454
2010	178	1816	264	165	45	11	2479
2011	319	1923	336	244	49	6	2877
2012	268	1897	283	185	50	6	2689

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. 2005, 2006, 2007.

Población por pertenencia étnica: Según el DANE, el municipio de Sabaneta contaba para en el año 2005 con 555 personas clasificadas como negros, mulatos y afrocolombianos; para los años venideros, el municipio no cuenta con población indígena, ROM, Raizal y palenquero clasificados.

Tabla 11. Población por pertenencia étnica del municipio de Sabaneta 1993, 2005.

Clasificación	Población	1993	2005
B5.1	Población indígena	-	22
B5.2	Población negro, mulata y afrocolombiana	-	555
B5.3	Población ROM	-	0
B5.4	Población raizal	-	4
B5.5	Población palenquera o de basilio	-	0

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. 1993-2005

5.2. CARACTERÍSTICAS DE LA ESE. HOSPITAL VENANCIO DÍAZ DÍAZ

La ESE Hospital Venancio Díaz Díaz, es una entidad oficial de salud del municipio de Sabaneta, sobre la cual se registra lo siguiente:

El municipio de Sabaneta ha contado con recursos en salud desde 1958, gestionados por el padre Ramón Arcila, con participación comunitaria, funcionando con una infraestructura de puesto de salud localizado en el barrio San Joaquín.

A principios de 1976 con aportes de la Administración Municipal, la industria y la comunidad, se construye la sede para funcionar como centro de salud con el nombre de "José J. Quevedo" localizado en el barrio Betania.

El 24 de diciembre de 1989, por Acuerdo No. 049, el Consejo Municipal crea el Hospital de Sabaneta como establecimiento público de orden municipal, adscrito al Servicio Seccional de Salud de Antioquia, para funcionar con aportes de la Nación y del Municipio, con recursos humanos y técnicos, para funcionar como centro de salud.

El 30 de mayo de 1992, se traslada a la sede que actualmente ocupa y que fue construida con aportes municipales, departamentales y del Área Metropolitana. Su nombre le es asignado por Decreto en reconocimiento a la memoria del Doctor: Venancio Díaz Díaz, nacido el 16 de junio de 1884 en este municipio, egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Bogotá en 1910, constituyéndose en el primer Sabaneteño en obtener ese título. Muere en el año de 1964 a la edad de 80 años luego de 54 años del ejercicio profesional.

El Hospital funcionó catorce (14) meses, hasta noviembre de 1993, con servicio de urgencias doce (12) horas y consulta externa, aumentando notablemente los servicios y el número de funcionarios que prestaban atención a la comunidad.

Desde el mes de diciembre de 1994, por Acuerdo No. 028 del Consejo Municipal, se reestructura al Hospital Venancio Díaz Díaz y se constituye en ESE, en calidad de entidad descentralizada de orden municipal, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, sometida a Régimen Jurídico de la Ley 100 del 23 de diciembre de 1993.

En octubre de 1997 se inaugura la nueva planta física que incluye el actual servicio de urgencias y el de hospitalización, dotados de instalaciones cómodas y equipos modernos que permiten ampliar su capacidad resolutive y proyección hacia servicios de mayor nivel de complejidad.

6. MARCO NORMATIVO

De acuerdo con el Ministerio de la Salud y la Protección Social (2012), Colombia ha tenido experiencias aisladas del orden más operativo que integral a nivel de APS; algunas de ellas de mayor impacto como: El Valle, Boyacá, Huila, Bogotá, Cali, Barranquilla, Bucaramanga, Cundinamarca, La Cumbre, Santa Ana, Anserma, Nuevo Buenaventura, por mencionar algunas, y también Aseguradoras del Régimen Contributivo: Coomeva, Salud Total, Subsidiado, Coosalud, Mutual Ser, Salud Total, etc., y algunas IPS como Javesalud.

Unas con mayor éxito que otras, logrando buenos indicadores de salud, pero siempre como iniciativas internas y no de carácter nacional; la mayoría desencadenando inducción de la demanda que terminan incrementando las expectativas de los ciudadanos y elevando los costos de la Atención en Salud, con bajos índices de Resolutividad, bajos sistemas de información e insatisfacción del usuario. (Ministerio de la Salud y la Protección Social, 2012: 13).

6.1. NORMAS INTERNACIONALES

Durana afirma que: en 1978 se llevó a cabo la Conferencia Internacional sobre APS en ALMA ATA (URSS), allí se estableció la APS, como la estrategia específica para lograr la meta propuesta; posteriormente, cada región adoptó sus propias políticas y acciones específicas. La APS se define 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 autoresponsabilidad 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" (Durana, 1984: 12).

Al respecto, agrega:

"A través de la historia de la humanidad los pueblos han buscado mantener, proteger y recuperar su salud: para ello, los gobiernos han organizado su sistemas de salud buscando optimizar los recursos humanos, físicos, económicos y ambientales, partiendo de enfoques y estrategias variadas de acuerdo al momento histórico; en tal sentido, y a raíz de las diferencias en el estado de salud de los habitantes, como respuesta a factores de tipo social, político y económico, en 1977—1978 se llevaron a cabo reuniones de salud nacionales e internacionales (Asambleas Mundiales de Salud), donde se definió

que la principal meta social de los gobiernos y de la OMS debía consistir en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo, en el año 2000, un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva, con una política mundial denominada "Salud para todos en el año 2000" y aplicada a través de la estrategia de Atención Primaria en Salud". (Durana, 1984: 12).

Para esa época la Atención en Salud se orientaba primordialmente a la curación de la enfermedad, la prevención de factores de riesgo y algunos aspectos puntuales para proteger la salud. En las últimas décadas el auge en las ciencias sociales trajo consigo un replanteamiento en los paradigmas en salud, lo cual fortaleció el enfoque de Promoción de la Salud que venía perfilándose, desde 1945 con: (Henry Sigeris 1991: 3). Con este enfoque, actualmente se pretende privilegiar el fomento y protección de la salud, sin olvidar la necesidad de prevenir, tratar y rehabilitar al individuo.

6.2. NORMAS NACIONALES

Como se consagra en el **Documento Marco de la Atención Primaria en Salud de Colombia** (2012: 4), la Constitución Política de 1991, declara a Colombia, como un: "Estado Social de Derecho, que consagra la vida como un derecho fundamental e inviolable". (Constitución Política de Colombia, 1991: 1).

De allí se deriva la obligatoriedad jurídica para la provisión de servicios de salud por parte del Estado (y/o agentes particulares delegados por éste), en aras de garantizar el mencionado derecho fundamental.

Algunos autores interpretan el cambio constitucional como una transición de un Estado de Bienestar o benefactor, a un Estado Social o post-benefactor, menos paternalista pero más preocupado por garantizar derechos civiles, sociales y políticos. Bajo este marco, la Constitución de 1991, en su Artículo 48; eleva La Seguridad Social a: "*un servicio público de carácter obligatorio*" dentro del cual: "*la atención de la salud y el saneamiento ambiental, son servicios públicos a cargo del Estado*" (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012: 4. Art.49)

El Sistema General de Seguridad Social en Salud como está estructurado hoy, inicia con la Constitución Política de 1991, la cual consagró tres principios de la seguridad social: la universalidad, la solidaridad y la eficiencia, con estas características se enuncia el Artículo 48 de la Constitución, la cual preceptúa (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012: 4):

Artículo 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social, que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella. La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante. (Constitución Política de Colombia, 1991).

Como se aprecia en la norma anterior, el constituyente delegó en la Ley la definición del contenido concreto y los mecanismos operativos de la seguridad social y sus principios. En el Artículo Transitorio 57 la Asamblea Constituyente determinó que (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012: 4):

Artículo Transitorio 57. El Gobierno formará una comisión integrada por representantes del Gobierno, los sindicatos, los gremios económicos, los movimientos políticos y sociales, los campesinos y los trabajadores informales, para que en un plazo de ciento ochenta días a partir de la entrada en vigencia de esta Constitución, elabore una propuesta que desarrolle las normas sobre seguridad social. Esta propuesta servirá de base al Gobierno para la preparación de los proyectos de ley que sobre la materia deberá presentar a consideración del Congreso. (Constitución Política de Colombia, 1991: Artículo Transitorio 57).

Con fundamento en lo anterior, se expidió la Ley 100 de 1993, la cual desarrolla y define el sistema de seguridad social integral bajo dos ideas rectoras: la cobertura universal y la libre elección, igualmente el sistema de salud recoge los principios de la Constitución (la universalidad, la solidaridad y la eficiencia), así como los de integralidad, unidad, descentralización y participación. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012: 5).

En dicha Ley se consagra la intervención del Estado en el servicio público de Seguridad Social en Salud, conforme a las reglas de competencia y fines allí establecidos (Ley 100, 1993: Artículo 154), intervención del Estado que ha sido reiterada en diversos fallos de la Corte Constitucional (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012: 5).

"El Sistema General de Seguridad Social en Salud, fue ajustado por la Ley 1122 de 2007, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios, para lo cual se hicieron reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud. La norma es clara en determinar que el servicio de salud a nivel territorial se prestará mediante la integración de redes, de acuerdo con la reglamentación existente" (Ley 1122, 2007, Parágrafo 3, Artículo 25).

"y las EPS del Régimen Contributivo garantizarán la inclusión en sus redes de Instituciones Prestadoras de Salud de carácter público". (Ley 1122, 2007, Artículo 15).

La referida norma (Ley 1122, 2007, Artículo 15) determina que la salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad, dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012: 5).

En este contexto, el Gobierno Nacional definió el Plan Nacional de Salud Pública, el cual tiene por objeto la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar. El plan debe incluir, entre otros, los modelos de atención, tales como: salud familiar y comunitaria, atención primaria y atención domiciliaria (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012: 6).

Posteriormente, la Ley 1438 de 2011, “reformó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, para fortalecerlo, 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 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012: 6).

Esta norma (Ley 1438, 2011) adopta la Estrategia de Atención Primaria en Salud la cual está constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial / transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana. Se define la aplicación de esta estrategia, en las regulaciones relacionadas con el plan decenal para la salud pública, en la ejecución y resultados de las acciones de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como pilares de la estrategia de Atención Primaria en Salud y en la conformación de los equipos básicos en salud, y de las redes integras de servicios de salud, igualmente esta norma define los elementos para la implementación de la estrategia de Atención Primaria (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012: 6).

Una norma importante, para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, es la Ley 715 de 2001, la cual contiene normas orgánicas en materia de recursos y competencias para organizar la prestación de los servicios de salud, y define las competencias de la Nación, los Departamentos, los Distritos y Municipios, en relación al sector salud; otorgándole a cada una de ellas, según el caso, funciones de direccionamiento del sector, de prestación de servicios de salud, de salud pública y aseguramiento (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012: 6).

6.3. NORMAS DEPARTAMENTALES

El Plan de Desarrollo Departamental 2012-2015: “Antioquia la Más Educada”, en la Línea 4: “Inclusión Social”, contempla el proyecto: “Salud Pública como Bien Común”, en el cual, se implementarán y fortalecerán políticas, planes y programas de salud pública; se fomentarán las relaciones de la ciudadanía con los servicios de salud, con la realización de acciones propias de promoción, prevención y detección precoz de eventos que afectan a las personas; articulando los enfoques de ciclo vital, enfoque diferencial, equidad de género; basados estos, fundamentalmente, en la estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada (Gobernación de Antioquia, 2011, Línea 4: 20-21).

En la Línea 6 del Plan de Gestión 2012 – 2015: “Pura Vida” del Área Metropolitana, se definió la Red Metropolitana de Servicios en Salud y el programa para su ejecución; en el cual se estableció “el “diseño, estructuración e implantación de la Red Metropolitana de Salud, como mecanismo que ayude a dar alcance a los objetivos trazados en Metròpoli; 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”. (Área Metropolitana del Valle de Aburrá, 2012: 92).

Adicionalmente, propenderá en su conformación e implementación por la integración prioritaria de los prestadores de servicios de salud públicos: 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 (Área Metropolitana del Valle de Aburrá, 2012: 92).

En este marco, se estableció 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 APSR 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.

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 hacia 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 así, las inequidades en los territorios y en la ciudadanía metropolitana." (Municipio de Copacabana, 2013: 5-6).

6.4. NORMAS MUNICIPALES

Dentro del Plan de Desarrollo 2012-2015 "Sabaneta una Construcción Social", la señora Alcaldesa: Luz Estela Giraldo Ossa, integró en el bloque social, dentro del programa: "Promoción Social en Red Pública y Privada", el subprograma de APS; buscando promocionar el acceso a los programas de salud pública, a través de la demanda inducida desde los diferentes sectores del municipio (Alcaldía de Sabaneta, 2012: 57)

El Honorable Concejo, en materia de salud, ha impulsado los siguientes acuerdos:

Acuerdo 014 de septiembre 7 de 2005. Escuela Saludable: "Por el cual se implementa el programa de atención integral para los niños menores de 7 años de edad en el municipio de Sabaneta".

Acuerdo 01 de marzo 5 de 2008. Sabaneta Libre de Humo: "Por el cual se prohíbe el consumo de cigarrillo, tabaco y sus derivados en todos los edificios de propiedad del municipio y demás sitios públicos".

Aplica para el proyecto: Escuela Saludable, Salud Sexual y Reproductiva y APS.

Acuerdo 012 de mayo 30 de 2008. Salud Sexual y Reproductiva: "Por el cual se establecen unas jornadas de prevención, detección, atención, y disminución de muerte por cáncer de mama, cérvix en las mujeres y próstata en los hombres".

En asocio con el Hospital Venancio Díaz Díaz y los profesionales de Salud Pública, se deben ejecutar en los meses de mayo y octubre, jornadas dirigidas a la población. Las actividades a realizar son: tamizajes de mama, toma de citología, charla educativa sobre sexualidad, realización de antígenos prostáticos, divulgación de la jornada, entrega de preservativos, talleres educativos en instituciones educativas.

Acuerdo 031 de diciembre 11 de 2008: “Por el cual se adopta la política pública, una comunidad sin desnutrición en el municipio de sabaneta”

A partir de lo cual se trabaja en la mesa de seguridad alimentaria entre Secretaría de Familia y Salud.

Acuerdo 012 de junio 4 de 2009: “Por el cual se reglamentan los beneficios, se protegen, se promueven y defienden los derechos de los adultos mayores en el municipio de Sabaneta”.

En este marco se desarrollan actividades de participación en la semana de la salud, en actividades de promoción y prevención para el adulto y estilos de vida saludable, carrusel de la salud en coordinación con el hospital, jornadas de vacunación, toma de presión arterial, tamizajes de agudeza visual, entre otros.

Acuerdo 04 de junio 2 de 2010. Escuela Saludable: “Por el cual se establece las jornadas de posturas saludables, como un aporte a la cultura de la prevención en el municipio de sabaneta”.

Aquí se realiza trabajo intersectorial con las diferentes dependencias del municipio.

Resolución N° 998: “Por medio de la cual se conforma el equipo primario para la orientación y avance de la estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada (APSR) del municipio de Sabaneta”, y en donde en su artículo segundo se determinan los integrantes.

7. ESTRATEGIA EN EL TERRITORIO

7.1. INTRODUCCIÓN

Cuando se hace alusión al concepto de APS, se hace referencia según la conferencia internacional de Alma Ata, a 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, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La APS forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad (Alma Ata, 1978: Artículo 6).

Dicha definición enmarca una serie de acciones de **salud pública**, sean de diagnóstico, prevención, curación y rehabilitación, que deben realizarse desde un nivel primario y local en beneficio de la comunidad. Además, de ser el nivel básico e integrante de cualquier sistema de salud.

La Secretaria de Salud del municipio de Sabaneta, en cumplimiento del Plan de Desarrollo “Sabaneta una Construcción Social”, plasmó en su bloque social incluyente, el proyecto de la APS, la cual se desarrolla en convenio con la ESE Hospital Venancio Díaz Díaz.

Se trata de un modelo de APS con enfoque familiar y comunitario. La APS se define en el mundo de hoy como el cuidado integral de la salud para todos y por todos. Cuidado integral quiere decir, curación y prevención integradas a partir de la identificación de las necesidades de las personas, y una forma de respuesta orientada hacia las familias tanto en la zona rural como urbana.

Entendida así, la APS no es atención básica, como en el pasado. Hoy, además de ser la puerta de entrada al sistema de salud en su conjunto y lograr resolver entre el 80 y el 90% de los problemas de salud de la población, facilita la acción intersectorial para mejorar condiciones de vida.

7.2. JUSTIFICACIÓN

Una familia saludable, es la que consigue construir un entorno físico y de sanas relaciones del grupo familiar que favorecen el desarrollo humano de cada uno de sus miembros como seres individuales, que les permite alcanzar su óptimo potencial, respetando su dignidad de acuerdo a sus expectativas y

necesidades. Si bien este concepto es un ideal, en el marco de las acciones de promoción de la salud se emplean algunos criterios para definir si una familia está en proceso de ser saludable, estos criterios son:

- Cada miembro de la familia ha cubierto sus principales necesidades de salud biopsico sociales.
- Los miembros de la familia han adquirido estilos de vida saludables, en cuanto para cada etapa de su vida.
- Las relaciones interpersonales de cada uno de los miembros de la familia es adecuada; la comunicación, manejo de conflictos, pautas de crianza en los niños, entre otros puntos, son tratados de forma armónica.
- La vivienda y entorno físico de la familia, se adecúan para la sana estadía de la familia, brindando espacios sanos para la convivencia familiar.
- La familia está vinculada con la comunidad, participando activamente de las acciones comunales y difundiendo entre las otras familias los contenidos aprendidos y las prácticas saludables adquiridas.
- Por último, debe considerarse que la vida familiar es cambiante, tanto por los factores externos (migraciones, relación con la comunidad, entre otros.), como por los internos (la llegada y partida de los hijos, las relaciones interpersonales, factores psicológicos, entre otros); se permiten evidenciar las diferentes fases que influyen en el ciclo vital familiar, que nos enseña a valorar y entender a cada familia como sujeto individual y único.

En consecuencia, una familia saludable debe estar en la capacidad de lograr una adaptación exitosa a los desafíos del desarrollo propios de cada etapa del ciclo de vida familiar, superando los problemas y dificultades que cada una de ellas le imprima a la vida en familia.

Por estas razones, existe la necesidad de realizar intervenciones directas con acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con un enfoque familiar; las cuales brinden herramientas que permitan modificar los diferentes factores de riesgo, para convertirlos en factores protectores que maximicen sus potencialidades, con las cuales cada familia cuenta por naturaleza, involucrando todos los agentes: tanto internos (la misma familia) como externos (la comunidad en general).

Para cubrir estas necesidades podemos contar con el modelo de APS, el cual tiene un enfoque familiar y comunitario; que se define en el mundo de hoy como el cuidado integral de la salud para todos, teniendo en cuenta que cada individuo se hace partícipe de su desarrollo. Logrando de esta manera la identificación de las necesidades de las personas, y una forma de respuesta orientada hacia las familias en territorios específicos.

Cada año en el mundo mueren diez (10) millones de niños antes de los cinco (5) años de edad, de manera que cada tres segundos muere un niño en algún lugar del planeta; de estas muertes, cuatro millones corresponde a niños menores de 28 días, de los cuales tres (3) millones mueren la primera semana, y de estos, dos (2) millones durante el primer día, esto debido a que se han abandonado las buenas prácticas familiares y comunitarias para proteger la infancia.

En la normatividad que ha creado el Estado, se puede destacar el Decreto 3039; el cual establece la salud infantil, como las prioridades de la Salud Pública en el país; con este proyecto se pretende desarrollar actividades de prevención en salud, en especial de vacunación, complementación alimentaria, nutrición, vigilancia del estado nutricional y mejoramiento de hábitos alimentarios, programas de prevención de las infecciones respiratorias agudas, la enfermedad diarreica aguda y otras enfermedades prevalentes de la infancia.

La APS se constituye en una de las principales herramientas que permiten resolver en un gran porcentaje los problemas de salud tanto física como mental de la población, enfocada en la prevención y en la acción intersectorial para mejorar las condiciones de vida de una población.

7.3. DEFINICIÓN

La APS en el municipio de Sabaneta, se define como el primer contacto de la familia, los individuos y comunidad, con el Sistema de Salud; la cual lleva la atención en salud lo más cerca posible de la vereda o barrio en el que viven y trabajan las personas. Con esta estrategia, se pretende brindar una asistencia integral, que cubra las necesidades de salud biopsicosociales de la población, que están fundamentadas en la normatividad actual.

7.4. PRINCIPIOS

- **Centrado en el usuario:** el usuario y su familia son el eje central de la atención; la información que estos brindan es vital para la resolución de su estado biopsicosocial. Cuando el objetivo es la persona, no se puede organizar un servicio de salud con base en las enfermedades que presenta, sino basado en la atención personalizada.
- **Interdisciplinariedad:** se involucran todos los servicios de nuestra institución, fortaleciendo el trabajo en equipo, para brindar un servicio con calidad donde todo el personal de salud aporte desde su saber.
- **Integralidad:** hace referencia a una atención orientada a la resolución de los problemas de salud de la población, según la capacidad, y en caso de no tenerla, brindando la mejor y más oportuna asesoría y referenciación de los pacientes, con el propósito de minimizar el riesgo de complicaciones; además, de brindar asesoría encaminada a impactar en el entorno familiar, social y cultural de los pacientes, que en determinados momentos, son detonantes de problemas de salud de la población.
- **Énfasis en promoción de la salud y prevención de la enfermedad:** haciendo referencia a brindar la información suficiente y necesaria, para que los usuarios y su familia, se adhieran a todos los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, estipulados en la normatividad actual.
- **Con enfoque familiar:** la atención desde el punto de vista asistencial, administrativo y emocional; no sólo se brinda al usuario, sino a su familia.
- **Humanización de los servicios:** ofrecer servicios con amabilidad y calidez en cada una de nuestras dependencias.

7.5. OBJETIVOS

7.5.1. Objetivo general

Mejorar las condiciones de salud de la población del municipio de Sabaneta, a través de acciones en APS y de promoción de la salud con un enfoque familiar.

7.5.2. Objetivos específicos

- Implementar mecanismos de impacto en salud a través de un manejo interinstitucional entre la Secretaría de Salud y la ESE Hospital Venancio Díaz Díaz, permitiendo generar soluciones a la problemática, identificada de los habitantes del municipio de Sabaneta, como elemento integrador a los proyectos de salud familiar.
- Estimular estilos de vida saludable en las familias del municipio de Sabaneta.
- Mejorar la salud de las familias del municipio utilizando como herramienta fundamental el esquema de salud familiar y los conceptos derivados de la intervención familiar como garantía del mejoramiento del estado de salud en los individuos.
- Disminuir los factores de riesgo encontrados en esta comunidad y potencializar sus factores protectores.
- Intervenir en la comunidad de acuerdo con los factores de riesgo encontrados en la fase diagnóstica.
- Promover la participación de la comunidad en el proyecto integrando Comunidad-Hospital-Municipio.
- Estimular la asistencia de la población a los programas de promoción y prevención que ofrecen las EPS e IPS a las que se encuentran vinculados.
- Desarrollar un proceso de información, educación y comunicación dirigido a las familias en temas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, deberes y derechos en el sistema de seguridad social (SGSSS).

7.6. ALCANCE

Se considera que la vida de la familia no es estable, sino que está en permanente cambio, por la llegada, el crecimiento y la partida de los hijos, como consecuencia del denominado ciclo de vida familiar.

En consecuencia, las instituciones y personas que participan tanto en la parte administrativa y operativa de la estrategia, esperan lograr que en el municipio de Sabaneta paso a paso vayan aumentando con el tiempo las familias saludables y así lograr una adaptación exitosa a los desafíos del desarrollo propios de cada etapa del ciclo de vida familiar, superando los problemas y dificultades que cada una de ellas le imprima a la vida en familia.

7.7. RECTORÍA Y PLANEACIÓN

La rectoría de la estrategia estará a cargo de la Alcaldía Municipal.

En su Plan de Desarrollo: “Sabaneta una Construcción Social”, la Secretaría de Salud y la ESE Hospital Venancio Díaz Díaz; definen un sistema de salud, basado en la APS; cuyo principal objetivo, es alcanzar el mayor nivel de salud posible con un enfoque amplio, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad de la comunidad en general. Este modelo debe estar basado en gestión del riesgo familiar y comunitario, con vigilancia de la promoción y prevención de la enfermedad, teniendo en cuenta los determinantes sociales y la corresponsabilidad de la comunidad.

La Administración Municipal (Secretaría de Salud) y la ESE Hospital Venancio Díaz Díaz; realizan reuniones, en cabeza del Director de Salud Pública de la Secretaría de Salud y el Coordinador de Salud Pública de la ESE Hospital Venancio Díaz Díaz; de tal forma que esta estrategia le permita obtener una vida saludable a la población, lo cual es el eje principal del sistema de salud de las familias y comunidades, en la zona urbana y principalmente, en la rural.

Para la toma de decisiones, se realiza un análisis de lo ejecutado en períodos anteriores y así se decide cómo se continuará la ejecución de la estrategia en el municipio. Siempre se procura que las decisiones se tomen conjuntamente entre la comunidad, la Secretaria de Salud (con los funcionarios responsable de APS), el Gerente de la ESE Hospital Venancio Díaz Díaz (con los funcionarios responsables), y por ende, se tienen en cuenta las recomendaciones o lineamientos impartidos por el Ministerio de la Protección Social y la Secretaría de Salud Departamental, partiendo de los análisis situacionales de Colombia y del departamento como insumo de trabajo.

Para la planeación de la ejecución se trabaja con los siguientes insumos:

- Presupuesto asignado para la vigencia anterior.
- Análisis de los resultados obtenidos por veredas de los años anteriores.
- Perfil de morbilidad y mortalidad en el municipio.
- Concertación con las instituciones educativas del municipio al inicio de cada año.
- Reunión con el coordinador del programa en la ESE para planificación de las acciones a realizar en los diferentes sectores, incluyendo los indicadores de productividad y resultados.
- Análisis de la situación de salud del municipio con su caracterización demográfica y socioeconómica.

7.8. ENFOQUES

La APS deberá estar basada en la identificación del riesgo familiar y la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de tal forma que se confiera participación a las familias e individuos que la conforman, para ejercer mayor control sobre su autocuidado, factor esencial para abordar los principales determinantes sociales, todo con un abordaje biopsicosocial, con la participación conjunta de la Administración Municipal (las Secretarías) y la ESE Hospital Venancio Díaz Díaz.

7.9. ESTRUCTURA PARA EL FUNCIONAMIENTO

7.9.1. Definición del equipo básico de salud

El Equipo Básico de Salud está conformado por médico general, enfermera, auxiliar área de la salud (enfermería, laboratorio, vacunación, higiene oral y farmacia), bacteriólogo, odontólogo, nutricionista, químico farmacéutico, psicólogo, y tecnólogo en imágenes diagnósticas.

Este equipo es coordinado por el médico tratante quien es responsable de activar la ronda interdisciplinaria de acuerdo a la patología y las necesidades y expectativas del usuario en el modelo de atención integral hospitalario.

7.9.2. Funciones del equipo básico de APS

La Ley 1438 de 2011 define como funciones de los equipos básicos de salud, las siguientes:

- Realizar el diagnóstico familiar, de acuerdo con la ficha unificada que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Identificación de riesgo individual, familiar y comunitario de los usuarios por edad, sexo, raza y etnia.
- Informar sobre el portafolio de servicios de la protección social en salud a las familias de acuerdo con sus necesidades y con las políticas y reglamentación de dichos servicios.
- Promover la afiliación al sistema, la identificación plena de las familias, de manera que al identificar una persona no afiliada al sistema se inicie el trámite de afiliación para que pueda acceder a los servicios de protección social.
- Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública.
- Facilitar la prestación de los servicios básicos de salud, educación, prevención, tratamiento y rehabilitación.
- Suministrar la información que sirva de insumo para la elaboración de la historia clínica.

De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social (2012: 24); los Equipos Básicos de Salud (EBS) serán liderados desde la gerencia de la ESE Hospital Venancio Díaz Díaz e interactuarán con todo el personal de la ESE que trabaja a nivel institucional y comunitario, bajo sistemas de coordinación interinstitucional, intrasectorial e intersectorial (sistema de referencia y contrarreferencia, guías de manejo y gestión clínica, Consejos de Política Social, etc.). Estos equipos básicos dependerán administrativamente de la ESE de la localidad o municipio de la referencia y existirán en función de los resultados en salud y de la resolutivez de la APS.

Los equipos de salud en APS realizan actividades por cada grupo de familias asignadas, de acuerdo con los siguientes lineamientos: clasificación de riesgo de las familias.

Para realizar las intervenciones en salud, el EBS deberá disponer de un sistema de información que permita caracterizar a la población y establecer el riesgo de las familias. Dichos sistemas de Información estarán sincronizados con las dimensiones establecidas en el Plan Decenal, a saber: Salud Ambiental, Salud Mental, Seguridad Alimentaria y Nutricional, Salud Sexual y Reproductiva, Vida Saludable en Condiciones Crónicas y Amenazas Agudas para la Salud Colectiva.

Una herramienta importante de trabajo, la constituye la visita domiciliaria, la cual integra las dimensiones: física, mental, ambiental, redes sociales y de servicios de salud, para brindar una oferta de servicios de salud integral e integrada; con el fin de articular, por una parte, las atenciones en salud, y por la otra, las intervenciones de otros sectores.

A cada familia cuando es visitada, se le diseña un plan de cuidados, al cual se le hace seguimiento para cada uno de los indicadores de riesgo y necesidades en salud relacionados con el medio, la persona, el entorno familiar, social y ambiental, los servicios de salud, las condiciones de vida y la promoción de los factores protectores, con el objetivo de reducir y superar el riesgo mediante el logro de tres resultados:

- Adherencia a los cuidados, que incluyen cambios en hábitos y adopción de prácticas de autocuidado.
- Adherencia al tratamiento.
- Gestión y control de los determinantes sociales de la salud.

El Equipo Básico de APS del municipio de Sabaneta es interdisciplinario y ha ido creciendo cada año, teniendo más profesionales de las diferentes áreas de la salud.

Durante el año 2008 se tenía como equipo básico dos (2) promotoras, una (1) psicóloga y un (1) médico medio tiempo.

Durante el año 2009 se contaba con tres (3) promotoras, un (1) psicólogo, un (1) auxiliar de enfermería, un (1) médico, un (1) odontólogo y un (1) higienista oral.

En el 2010 se contaba con tres (3) promotoras de salud, un (1) psicólogo, un (1) auxiliar de enfermería, un (1) médico, un (1) odontólogo y un (1) higienista oral.

En el 2011 se contaba con cinco (5) promotoras, dos (2) psicólogos, dos (2) auxiliares de enfermería, una (1) nutricionista, una (1) enfermera jefe, un (1) odontólogo y un (1) higienista oral.

Para el 2012 se contaba con cinco (5) promotoras, dos (2) psicólogos, dos (2) auxiliares de enfermería, un (1) nutricionista, una (1) enfermera jefe, dos (2) odontólogos, dos (2) higienistas orales, una (1) fonoaudióloga y un (1) médico.

En el 2013 se contaba con cinco (5) promotoras, tres (3) psicólogos, dos (2) auxiliares de enfermería, una (1) nutricionista, una (1) enfermera jefe, dos (2) odontólogos, dos (2) higienistas orales, una (1) fonoaudióloga y dos (2) médicos.

Finalmente, en el 2014 se contó con cinco (5) promotoras, tres (3) psicólogos, dos (2) auxiliares de enfermería, una (1) nutricionista, una (1) enfermera jefe, dos (2) odontólogos, dos (2) higienistas orales, una (1) fonoaudióloga y (2) médicos.

7.9.3. Funciones por profesión

Promotora de Salud:

- Implementar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de manera integral complementando así los programas de salud pública en el contexto familiar y comunitario del municipio.
- Diligenciar las historias familiares de las familias que se visiten en las diversas veredas de Sabaneta.
- Identificar las necesidades de educación en salud de las familias y la comunidad que favorezcan estilos de vida saludables.
- Educar a las familias y comunidad frente a los problemas de salud frecuentes y la manera de solucionarlos.
- Hacer vigilancia en salud pública de los problemas de salud.
- Trabajar coordinadamente con grupos organizados instituciones y líderes comunitarios que favorezcan la detección y satisfacción de las necesidades de la comunidad.
- Participar en el diagnóstico y pronóstico del estado de salud de la población, de las familias del municipio de Sabaneta.
- Participar en actividades intra e intersectoriales que favorezcan estilos de vida saludables en las familias del municipio.
- Participar en los programas de promoción, educación y prevención de enfermedades de la comunidad.
- Aplicar los principios éticos que rigen la práctica de la profesión en el ejercicio de sus actividades.
- Evaluación de encuestas de satisfacción y de formación a los usuarios que son atendidos por el programa.
- Hacer entrega de las demandas inducidas a la coordinadora de salud pública de la ESE.
- Hacer entrega mensual del informe de actividades realizadas durante el mes con sus debidos soportes.
- Participar en las reuniones programadas por la institución y coordinadora de salud pública.
- Presentar oportunamente al jefe inmediato las situaciones e informes que se presenten en el área.

- Participar en campañas y jornadas especiales de salud que se programen a nivel institucional e interinstitucional.
- Realizar visitas y domiciliarias a familias priorizadas del programa de APS.
- Seguimiento permanente de las tareas acordadas a las familias priorizadas.
- Elaboración y entrega de material educativo para la comunidad.

Auxiliar de Enfermería:

- Implementar acciones de promoción de la salud de manera integral complementando así los programas de salud pública en el contexto familiar y comunitario del municipio.
- Realizar actividades según la resolución 412.
- Diligenciar los registros de las actividades realizadas en las diversas veredas de Sabaneta.
- Identificar las necesidades de educación en salud de la comunidad que favorezcan estilos de vida saludables y aplicar la estrategia (IEC).
- Educar a la comunidad frente a los problemas de salud frecuentes y la manera de solucionarlos.
- Hacer vigilancia en salud pública de los problemas de salud.
- Trabajar coordinadamente con grupos organizados, instituciones y líderes comunitarios que favorezcan la detección y satisfacción de las necesidades de la comunidad.
- Participar en el diagnóstico y pronóstico del estado de salud de la población, de las familias del municipio de Sabaneta.
- Participar en actividades intra e intersectoriales que favorezcan estilos de vida saludables en las familias del municipio.
- Aplicar los principios éticos que rigen la práctica de la profesión en el ejercicio de sus actividades.
- Evaluación de encuestas de satisfacción y de formación a los usuarios que son atendidos por el programa.
- Realizar las demandas inducidas a los programas que requiera la familia o el individuo y realizarle seguimiento.
- Hacer entrega mensual del informe de actividades realizadas durante el mes con sus debidos soportes.
- Participar en las reuniones programadas por la institución y coordinador de salud pública.
- Presentar oportunamente al jefe inmediato las situaciones e informes que se presenten en el área de trabajo.

- Participar en campañas y jornadas especiales de salud que se programen a nivel institucional e interinstitucional.
- Elaboración y entrega de material educativo para la comunidad.

Odontóloga e Higienista Oral

- Realizar todas las actividades de promoción y prevención en Salud Oral contempladas en la ley 412.
- Ejecutar talleres educativos referentes a salud oral a toda la población.
- Realizar evaluación y asesorías en salud oral a la comunidad de Sabaneta.
- Realizar detartrajes en el Hospital, a pacientes que así lo requieran, por presencia de enfermedad periodontal y/o abundante cálculo dental.
- Responsabilizarse de la unidad portátil y demás equipos y/o materiales odontológicos.
- Realizar demanda inducida al servicio de odontología y/o diferentes programas del plan de Atención Básica según necesidad.
- Presentar oportunamente al jefe inmediato las situaciones e informes que se presenten en el área.
- Participar en campañas y jornadas especiales de salud que se programen a nivel institucional e interinstitucional.
- Realizar visitas domiciliarias a familias priorizadas del programa APS.
- Intervención y seguimiento a las familias priorizadas.
- Participar en el diagnóstico del estado de salud oral de la población del municipio de Sabaneta.
- Participar en actividades intra e intersectoriales para el desarrollo de salud oral en el municipio.
- Participar en las reuniones programadas por la institución y coordinadora de salud pública.
- Presentar oportunamente al jefe inmediato las situaciones e informes que se presenten en el área.
- Diligenciar oportunamente en las fichas familiares la intervención realizada a las familias.
- Aplicar y supervisar el cumplimiento de las normas de asepsia, manejo de desechos hospitalarios y bioseguridad.
- Evaluación de encuestas de satisfacción al usuario.
- Elaboración y entrega de material educativo para la comunidad.

Psicóloga

- Participar en actividades de coordinación intra e intersectorial para el desarrollo de programas de salud mental.
- Participar en programas de educación haciendo énfasis en la prevención de la salud mental del usuario y las familias.
- Desarrollar y evaluar el programa Intervención Psicológica, con las familias priorizadas por las promotoras, en las diferentes veredas del municipio.
- Realizar diagnóstico mediante entrevistas al usuario y/o familia, para detectar problemas y brindar la orientación del caso
- Realizar terapia psicológica y asesoría al usuario de acuerdo a la necesidad.
- Elaborar informes mensuales sobre las actividades realizadas en el proyecto, con sus debidos soportes.
- Hacer anotaciones relevantes en la historia clínica y anexarlas a las historias familiares con el fin de observar el proceso de cada familia o usuario.
- Remitir al usuario cuando requiera otro tipo de atención, registrándolo previamente en la historia clínica.
- Participar en reuniones, comisiones y comités donde se requiera.
- Presentar oportunamente al jefe inmediato las situaciones e informes que se presenten en el área.
- Aplicar los principios éticos que rigen su profesión en el ejercicio de sus actividades.
- Participar en campañas y jornadas especiales de salud que se programen a nivel institucional e interinstitucional.
- Realizar visitas domiciliarias a familias priorizadas del programa APS.
- Intervención y seguimiento a las familias priorizadas.
- Elaboración y entrega de material educativo para la comunidad.

Enfermera Jefe

- Brindar los elementos teóricos y metodológicos para la implementación y puesta en marcha del programa APS.
- Realizar ingresos y controles de Planificación Familiar a las usuarias nuevas y las que están inscritas en el programa extramural de salud sexual y reproductiva.
- Ejecutar talleres educativos en (PF, ETS), sexualidad sana y responsable, prevención del cáncer de seno y cérvix.

- Hacer entrega de micro dosis y preservativos a los usuarios que se encuentran escritos en el Programa de Salud Sexual.
- Participar en el diagnóstico y pronóstico del estado de la Salud Sexual y reproductiva de las veredas e instituciones educativas del municipio de Sabaneta.
- Educar a la comunidad frente a los problemas de salud sexual frecuentes y la manera de solucionarlos.
- Realizar las visitas domiciliarias a familias priorizadas por las promotoras en las diferentes veredas.
- Participar en las reuniones de estudio de familias donde se necesita intervención del equipo interdisciplinario.
- Acompañar a las promotoras en las diferentes actividades realizadas en las veredas del municipio.
- Revisión de historia familiares y realización de planes educativos para las familias priorizadas.
- Presentar oportunamente al jefe inmediato las situaciones e informes que se presenten en el área.
- Participar en campañas y jornadas especiales de salud que se programen a nivel institucional e interinstitucional.
- Intervención y seguimiento a las familias priorizadas.
- Elaboración y entrega de material educativo para la comunidad.
- Velar y aplicar los principios éticos que rigen la práctica de la profesión.
- Identificar las necesidades de educación de las familias y la comunidad en promoción de salud y prevención de la enfermedad que favorezcan estilos de vida saludables.
- Trabajar coordinadamente con grupos organizados instituciones y líderes comunitarios que favorezcan la detección y satisfacción de las necesidades de la comunidad.
- Evaluación de encuestas de satisfacción y de formación a los usuarios que son atendidos por el programa.
- Hacer entrega de las demandas inducidas a la coordinadora de salud pública de la ESE.
- Hacer entrega mensual del informe de actividades realizadas durante el mes con sus debidos soportes.
- Participar en las reuniones programadas por la institución y coordinador de salud pública.

Médico

- Realizar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que sean factor de riesgo para la población, para evitar propagación de enfermedades infectocontagiosas.
- Llevar controles estadísticos con fines científicos y administrativos y reportar las enfermedades de notificación obligatoria, para el manejo oportuno de la información.

- Realizar atención extramural en salud en el municipio de Sabaneta, con énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad estas actividades involucran: evaluación y asesoría.
- Participar en la evaluación de las actividades e impacto de la prestación de los servicios de salud, para garantizar la satisfacción del usuario.
- Coordinar y/o participar en los comités, comisiones y reuniones donde se requiera.
- Participar en reuniones de tipo científico y/o profesional de acuerdo a la programación establecida, para garantizar el flujo de la información interinstitucional.
- Aplicar estrictamente las normas de asepsia, bioseguridad y manejo de desechos hospitalarios, para garantizar su seguridad y la de los pacientes.
- Aplicar los principios éticos que rigen la práctica de su profesión.
- Participar en investigaciones de tipo aplicado tendientes a esclarecer las causas y soluciones a los problemas de salud en la comunidad.
- Solicitar la consecución oportuna de los recursos necesarios y racionalizar la utilización de los disponibles y demás bienes a su cargo, para garantizar la rentabilidad económica y social de la empresa.
- Establecer y mantener las relaciones de coordinación necesarias para lograr una eficaz prestación de los servicios de salud.
- Hacer demanda inducida a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad del Hospital e IPS donde pertenezca el usuario y a las secretarías del municipio según las necesidades de la población.
- Realizar educación en salud individual y grupal de acuerdo a las necesidades y perfil epidemiológico de la comunidad.
- Orientación a los pacientes sobre deberes, derechos y los procesos en el sistema de salud.
- Presentar oportunamente al jefe inmediato las situaciones e informes que se presenten en el área.
- Participar en campañas y jornadas especiales de salud que se programen a nivel institucional e interinstitucional.
- Elaboración y entrega de material educativo para la comunidad.

Nutricionista

- Brindar atención nutricional a pacientes remitidos por los diferentes Proyectos de Salud Pública.
- Participar en reuniones de tipo profesional de acuerdo a la programación establecida.

- Presentar informes gerenciales periódicos sobre las actividades realizadas.
- Velar y aplicar los principios éticos que rigen la práctica de la profesión.
- Brindar educación a las familias priorizadas por las promotoras en las diferentes veredas sobre alimentación saludable.
- Brindar asesoría y orientación a las madres y/o acudientes de los niños menores de las familias priorizadas, que presenten una nutrición deficiente.
- Diligenciar las historias familiares de las familias que se visiten en las diversas veredas de Sabaneta.
- Identificar las necesidades de educación de nutrición de las familias y la comunidad que favorezcan estilos de vida saludables.
- Trabajar coordinadamente con grupos organizados instituciones y líderes comunitarios que favorezcan la detección y satisfacción de las necesidades de la comunidad.
- Participar en el diagnóstico y pronóstico del estado de salud de la población, de las familias del municipio de Sabaneta.
- Participar en actividades intra e intersectoriales que favorezcan estilos de vida saludables en las familias del municipio.
- Evaluación de encuestas de satisfacción y de formación a los usuarios que son atendidos por el programa.
- Hacer entrega de las demandas inducidas al coordinador de salud pública de la E.S.E.
- Hacer entrega mensual del informe de actividades realizadas durante el mes con sus debidos soportes.
- Participar en las reuniones programadas por la institución y coordinadora de salud pública.
- Presentar oportunamente al jefe inmediato las situaciones e informes que se presenten en el área.
- Participar en campañas y jornadas especiales de salud que se programen a nivel institucional e interinstitucional
- Realizar visitas domiciliarias a familias priorizadas del programa APS.
- Intervención y seguimiento a las familias priorizadas.
- Elaboración y entrega de material educativo para la comunidad.

7.10. CRITERIOS DE SELECCIÓN

- La estrategia de APS, es dirigida para toda la población del municipio de Sabaneta sin discriminación, incluyendo todos los grupos sociales (población especial, adulto mayor, discapacidad, población LGTBI, infancia y adolescencia, etc.).
- No obstante, para dirigir las acciones y optimizar los recursos disponibles, la Administración Municipal, a través de la Secretaría de Salud y la ESE Hospital Venancio Díaz Díaz, de acuerdo a los informes de los años anteriores, seleccionan las veredas a intervenir, teniendo en cuenta inequidades y desigualdades en los grupos más vulnerables y de problemáticas sociales en el territorio.

7.11. CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS

7.11.1. Familias Saludables

Familia no priorizada ya que no fueron identificados riesgos para la salud de orden biológico, Psicológico o Social que ameriten una intervención por parte de la estrategia de APS.

7.11.2. Familia en Riesgo Bajo

Familias que uno o varios de sus integrantes aplican para ingresar a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad según resolución 412 y no lo están, y además, no se les fueron identificados riesgos biológicos, psicológicos o sociales.

7.11.3. Familia en Riesgo Medio

Familias que uno o varios de sus integrantes requieran atención de alguno de los profesionales que integran el equipo básico de APS.

7.11.4. Familia en Riesgo Alto

Familias o alguno de sus integrantes que presenten descompensaciones o alteraciones graves en algún proceso de enfermedad como es el caso de las enfermedades crónicas (Hipertensión Arterial - HTA, Enfermedad Pulmular Obstructiva Crónica -EPOC, Diabetes), o descompensaciones en los ciclos de la vida como es el caso de gestantes, bajo peso al nacer, menores de seis (6) años en programas de Infección Respiratoria Aguda (IRA), desnutrición y esquemas incompletos de vacunación y otras enfermedades de salud pública.

La estrategia de APS tiene los siguientes factores de priorización, con el fin de garantizar una atención integral que favorezca la reducción de la morbimortalidad en la población y, por consecuencia, de enfermedades o patologías evitables, los cuales están incorporados en los riesgos sociales, psicológicos y biológicos la población.

Tabla 12. Factores de riesgo medio

Factores de clasificación para riesgo medio	
Riesgo social	No pertenecer a ningún régimen del SGSSS
	Tener condiciones que favorecen el crecimiento de vectores en el hogar
	Deserción escolar
	Familia o integrante que tiene conflictos con vecinos
	Familia con dificultad en el acceso a la salud (económico, geográfico, etc.)
	Familias con hacinamiento y con escasos ingresos
	Posee o está cerca de contaminación ambiental
	Conflictos de pareja
	Integrante del grupo familiar con problemas de delincuencia o drogadicción
	Menores de 6 años
	No escolaridad de menores de 12 años
	Presencia de tabaco o exposición al humo
	Prostitución
	Trabajo infantil en niños menores de 14 años
	Pobreza
Falta total o parcial de saneamiento básico y/o inadecuadas condiciones de la vivienda	
Riesgo psicológico	Discapacidad mental de un integrante del grupo familiar con tratamiento
	Patología de salud mental desde leve a severa con tratamiento
	Comportamiento antisocial temprano, especialmente en niños en tratamiento
	Ideaciones o intento suicida de un integrante de la familia en tratamiento
Riesgo biológico	Integrante de la familia con patología crónica controlada de (HTA, DM, EPOC,IRA)
	Integrante de la familia con VIH en tratamiento
	Integrante de la familia con cáncer en tratamiento
	Integrante de la familia con diagnóstico de enfermedades inmunoprevenibles en tratamiento.

Fuente: Elaboración propia – ESE. Hospital Venancio Díaz Díaz.

Tabla 13. Factores de riesgo alto

Factores de clasificación para riesgo alto	
Riesgo social	Integrante de la familia analfabeta
	Madre adolescente
	Hogar desintegrado
	Desinformación o negligencia de los cuidadores
	Embarazo no deseado
	Algún integrante de la familia es víctima de violencia intrafamiliar
	Falta total de saneamiento básico y/o inadecuadas condiciones de la vivienda
	Familia sin acceso a la salud (económico, geográfico, etc.)
	Alcoholismo y drogadicción de algún integrante de la familia
	Gestante con discapacidad mental o física
Riesgo psicológico	Patología de salud mental desde leve a severa sin tratamiento
	Comportamiento antisocial temprano, especialmente en niños sin tratamiento
	Ideaciones o intento suicida de un integrante de la familia sin tratamiento
Riesgo biológico	Integrante de la familia con Patología crónica de (HTA, DM, EPOC, IRA) no controlada.
	Integrante de la familia con VIH sin tratamiento
	Integrante de la familia con cáncer sin tratamiento
	Niños menores de 10 años que no estén en el programa de crecimiento y desarrollo
	Esquema de vacunación para la edad
	Lactancia materna no exclusiva y no acorde a la edad
	Lactancia materna no exclusiva y acorde a la edad
	No hay lactancia materna encontrándose en edad para ello
	Presencia de lesiones físicas en cualquier integrante de la familia
	Sospecha de abuso sexual en el niño
	abuso sexual en el niño
	Sospecha de retraso del desarrollo
	Antecedentes obstétricos
	Trimestre de inicio de CPN mayor de 12 semanas
	otros riesgos obstétricos que puedan causar daño a la madre y al feto
	Alcoholismo y drogadicción en la gestante
	Edad de inicio de vida sexual temprana para CA de cérvix
Resultado de la citología alterada	

Fuente: Elaboración propia – ESE. Hospital Venancio Díaz Díaz.

7.12. COBERTURA

La cobertura de la APS en el municipio de Sabaneta recoge las atenciones, las visitas familiares, la demanda inducida, diagnósticos y la construcción de factores de riesgo por grupos etarios, los cuales se construyeron desde el año 2006 hasta el año 2014. En el siguiente cuadro ilustrativo se presenta un comparativo:

Tabla 14. Cobertura de la Atención Primaria en Salud en el municipio de Sabaneta por año

Año	Número de familias atendidas
2007	643 visitas familiares
2008	1415 visitas familiares en cuatro veredas
2009	1609 vistas familiares en 6 veredas
2010	1233 visitas familiares
2011	1320 Visitas familiares
2012	1320 vistas familiares
2013	1320 Visitas familiares
2014	1320 Visitas familiares

Fuente: ESE Hospital Venancio Díaz Díaz.

La Tabla No. 14, representa la población atendida en los últimos años, se puede percibir claramente el crecimiento en la intervención a la población y la inclusión de otras familias al programa, lográndose mayor cobertura en la atención integral, dada por el personal de la salud de forma domiciliaria y en algunos casos, de seguimientos en la ESE. Hospital Venancio Díaz Díaz, así como remisiones a las diferentes dependencias de la Administración Municipal.

7.13. POBLACIÓN OBJETO

La estrategia de APS se implementa principalmente en las seis (6) veredas del municipio de Sabaneta: María Auxiliadora, Pan de Azúcar, Cañaveralejo, San José, Las Lomitas y La Doctora. La Tabla No. 15, muestra la relación de totales en vivienda, familias y habitantes para cada una de las veredas.

Tabla 15. Características familiar por veredas

Veredas	Total de viviendas	Total de familias	Total de habitantes
Las Lomitas	214	261	693
Playas	319	341	1011
San José	110	133	416
Cañaveralejo	468	562	1405
María Auxiliadora	1208	1467	3709
Pan de Azúcar	648	725	2010
San Isidro	489	492	1502
La Inmaculada	230	271	707

Fuente: Elaboración propia.

Allí se atienden familias priorizadas identificadas por los diferentes actores del sistema de salud y la Administración Municipal, a partir de los factores de riesgo poblacional, como se explica en las Tablas 12 y 13. Así mismo se aborda población de hogares infantiles, guarderías, grupos de la tercera edad, instituciones educativas y grupos juveniles.

Tabla 16. Realización de historias familiares por veredas para los años 2007 y 2008

Vereda	2007	2008
María Auxiliadora	110	661
Pan de Azúcar	110	353
Cañaveralejo	110	195
San Isidro	113	206
San José	100	-
Las Lomitas	100	-
Total	643	1415

Fuente: Elaboración propia. E.S.E. Hospital Venancio Díaz Díaz

La tabla anterior muestra el comparativo en la realización de historias familias durante los años 2007 y 2008. En el año 2007 se desarrolla el mismo trabajo en lo que se refiere al diligenciamiento de la historia familiar, sin embargo, se observa que el número total de historias familiares realizadas, fue de 643 historias familiares, las cuales se distribuyeron entre las seis (6) veredas del municipio de Sabaneta, lo que repercutió en que las problemáticas aumentaran por la baja cobertura y la carencia de estrategias que facilitaran un diagnóstico, así como correctivos que garantizaran la adherencia a los tratamientos.

A lo largo del 2008 se encuentra un cambio en la metodología lo que permitió un beneficio total de las veredas cubriendo el 100% en tres (3) de ellas (Pan de Azúcar, María Auxiliadora y Cañaveralejo), decisión que fue tomada a partir de las dificultades encontradas el año anterior, donde solo se tomó una muestra de la población y se evidenció que estas tres (3) veredas presentaban la mayor problemática del municipio.

En el desarrollo de este programa se logra una mayor cobertura y la priorización de 378 familias de las 1415 realizadas durante todo el año, para esta decisión se tuvo en cuenta las familias con mayores factores de riesgo en: el estado de salud de los miembros de la familia, comportamientos y conductas relacionadas con la salud mental, condiciones del entorno en el que se desarrollan, violencia intrafamiliar, mal manejo en pautas de crianza, dificultades en la canasta básica, pautas de higiene y auto cuidado, mal nutrición, entre otras.

Lo anteriormente mencionado, fue intervenido oportunamente, logrando así una disminución en los casos de pautas de crianza en un 33.89%, en la disfunción familiar y/o de pareja se tiene que un 26.19% de la población tuvo adherencia a los tratamientos esto se da porque las personas implicadas buscaron la ayuda del profesional en psicología y tuvieron en cuenta las estrategias de afrontamiento dadas durante las visitas domiciliarias.

Como la zona rural tiene factores de difícil acceso y vulnerabilidad en los servicios de salud y sociales, se eligen las veredas a intervenir más rápido, por poseer más dificultades sociales, de territorio, de salud; por tal motivo, son escogidas para realizar las intervenciones de equipo básico de APS.

7.14. ÁMBITOS DE ACCIÓN

De acuerdo con Oscar Echeverri, (2011). Un modelo de Cuidado Esencial de la Salud para Colombia: "comienza por proponer el cambio de nombre de: Atención Primaria en Salud, a Cuidado Esencial de la Salud.

El modelo está sustentado en dos pilares fundamentales:

- **Mobilización y organización de la comunidad:** la experiencia ha demostrado que la participación de la comunidad es flor de un día, si no se ha hecho un esfuerzo previo bien concebido de movilización y organización. No sólo se procura garantizar así una participación permanente y vigorosa, sino que se sientan las bases para desarrollar y fortalecer el capital social de las comunidades.
- **Acción Intersectorial:** la intervención sobre los determinantes sociales y los factores de riesgo que condicionan el estado de salud de las comunidades, sólo puede hacerse efectivamente cuando se establece un mecanismo de acción intersectorial bajo el liderazgo del sector salud. Dicho liderazgo no significa que la responsabilidad sea única y exclusiva del sector salud. Pero, para asegurar la participación intersectorial en las intervenciones sobre los determinantes sociales, es vital que el sector salud desarrolle habilidades, destrezas y competencias sólidas en la formulación, análisis y desarrollo de políticas públicas y en las prácticas de abogacía frente a otros sectores como los de agua y saneamiento, vivienda, educación, agricultura, recreación, obras públicas, etc. (Echeverri, 2011: 8).

Gráfica 1. Sistema de cuidado esencial de la salud



Fuente: (Echeverri, 2011: 8).

El autor propone además, que el cuidado esencial de la salud tiene tres tipos de usuarios: el “usuario comunitario”, la familia y el usuario individual:

“El usuario comunitario”: requiere de un diagnóstico previo (como en la medicina individual) del estado de salud de la población mediante el estudio demográfico, epidemiológico, socioeconómico y de políticas públicas que inciden sobre los determinantes sociales de su salud.

Este diagnóstico permite formular un Plan de Cuidado Comunitario, el cual incluye acciones intersectoriales que inciden directamente en los diferentes determinantes sociales que están actuando negativamente en la población.

Por ejemplo, puede incluir suministro y mejoramiento de agua potable; construcción de vivienda digna, de interés social; construcción de escuelas, verdaderos centros de salud y ciclovías; programas de producción agrícola, artesanal e industrial, etc. Como se puede notar, el sujeto no es individual, es la comunidad.

La Familia: el diagnóstico de la situación de salud de la familia va más allá del diagnóstico individual en sus miembros. El estudio de los factores de riesgo tanto de los individuos como del conjunto de sus miembros, permite formular intervenciones individuales y colectivas para eliminarlos o reducirlos. Estas intervenciones se agrupan en un Plan de Cuidado de la Familia que se caracteriza por ser proactivo, es decir no espera a que la familia lo pida (a que sea atendida), sino que se ofrece y previa aceptación, se ejecuta conjuntamente con sus miembros.

Por ejemplo, el autocuidado es una forma de cuidado que debe fomentarse intensivamente en la familia. Las prácticas de higiene personal, buena alimentación, ejercicio, control de ingesta en exceso de sal y carbohidratos, etc., son parte de este cuidado esencial de la salud de la familia; las prácticas de respeto mutuo son fundamentales para evitar el maltrato y la violencia doméstica; las inmunizaciones en niños y adultos; la toma de exámenes para tamizaje de enfermedades, como la citología vaginal, la toma de presión arterial, o glicemia, etc.

En el caso de que un miembro de la familia presente una enfermedad, este miembro recibirá en su casa, de ser posible, los cuidados necesarios, incluyendo suministro de medicamentos, adherencia al tratamiento y otras intervenciones clínicas. Este es sólo un ejemplo parcial de lo que debe contener el Plan de Cuidado Familiar.

El usuario individual: cualquier miembro de la comunidad o de una familia puede recurrir directamente a pedir servicios médicos por causa de un problema de salud. Sin embargo, en el modelo, esta persona debe ser referida por un agente de salud responsable por el cuidado de su familia. Este agente de salud le abre la puerta para que ingrese al Plan de Cuidado médico y reciba el cuidado que requiera. El médico que lo recibe decidirá si requiere cuidado médico ambulatorio, o cuidado básico hospitalario, o si lo devuelve a su familia con un “seguimiento extramural”. “En casos complejos, cuando el médico que lo recibe no puede solucionar el problema, éste lo referirá a especialistas o instituciones de cuidado especializado de tipo ambulatorio u hospitalario. En cada caso, el médico tratante será responsable por devolver al paciente a su médico tratante inicial para su seguimiento con visitas de control en los servicios médicos ambulatorios o en la comunidad, con ayuda de agentes de salud comunitarios”. (Echeverri, 2011: 9).

7.15. LÍNEAS DE ACCIÓN

Las líneas de acción para el desarrollo de la estrategia APS en el municipio de Sabaneta son:

7.15.1. Educación sobre problemas de salud prevalentes y métodos para prevenirlos

Esta valoración epidemiológica reconoce y respalda el fundamento político-gubernamental de todas las actividades de APS, ya que para educar sobre los principales problemas de salud y los métodos de prevención y lucha, es imprescindible un nivel de instrucción que cimiente la educación sanitaria, e innegablemente se necesitan recursos económicos para inmunizar grandes grupos humanos y para suministrar los medicamentos esenciales, actividades que reclaman prioridad ante el conjunto de reclamos sociales concernientes al ámbito estatal. Es insólito que con una medida preventiva tan eficaz y eficiente como la vacunación, y que con los resultados inobjetable del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) a nivel mundial, aún permanezcan millones de personas expuestas a enfermedades prevenibles, cuando con una acción sanitaria tan simple, indiscutiblemente, se eleva su nivel de supervivencia. (Martínez, 2004).

7.15.2. Promoción del suministro de alimentos y nutrición adecuada

Acciones que buscan garantizar el derecho a la alimentación sana con equidad, en las diferentes etapas del ciclo vida, mediante la reducción y prevención de la malnutrición (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012b: 178).

7.15.3. Suministro de agua segura y saneamiento básico

Acciones sectoriales e intersectoriales del orden nacional y territorial, que permitan incidir en aquellas situaciones de interés en salud pública, mediante la intervención positiva de los factores de riesgo y daños de orden social, sanitario y ambiental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012b: 179).

7.15.4. Cuidado de la salud materno-infantil, incluyendo planificación familiar e inmunizaciones

La asistencia materno-infantil y el tratamiento apropiado de las enfermedades, así como los traumatismos comunes y la prevención y lucha contra endemias locales, son actividades que requieren de personal calificado, tanto profesional como técnico, conjuntamente con la infraestructura física y el apoyo tecnológico, siempre adecuados a los perfiles de morbilidad y mortalidad territorial.

7.15.5. Prevención y control de enfermedades endémicas locales

Es la aplicación de medidas técnicas que incluye aspectos médicos y de otras disciplinas que tienen como finalidad impedir la aparición de la enfermedad (prevención primaria), curarla (prevención secundaria) y devolverle las capacidades perdidas (prevención terciaria). Es esencialmente correctiva de problemas de salud y protectora frente a riesgos (OPS, 1986, 1997)

7.15.6. Tratamiento apropiado de enfermedades comunes y trauma

La APS preconiza un sistema de atención sanitaria basado en las necesidades de una determinada población. Al mismo tiempo, pretende lograr un sistema sanitario que mantenga un equilibrio entre el tratamiento curativo y la prevención, entre la atención hospitalaria y los cuidados comunitarios, y los servicios de salud profesionalizados y ambientes favorables a la salud.

7.15.7. Suministro de medicamentos esenciales.

Medicamentos esenciales son los que satisfacen las necesidades prioritarias de salud de la población. Se seleccionan teniendo debidamente en cuenta su pertinencia para la salud pública, pruebas de su eficacia y seguridad, y su eficacia comparativa en relación con el costo. Los medicamentos esenciales deben estar disponibles en los sistemas de salud en todo momento, en cantidades suficientes, en las formas farmacéuticas apropiadas, con garantía de la calidad e información adecuada.

7.16. RUTA DE ATENCIÓN

El Modelo de Atención en Salud es un componente fundamental del direccionamiento estratégico planteado por la Gerencia de la ESE. Hospital Venancio Díaz Díaz, en concordancia con la Secretaría de Salud del municipio, el cual pretende hacer énfasis en la atención integral y multidisciplinaria del usuario y su familia, con niveles de calidad óptimos en la prestación de servicios de salud enfocado en la satisfacción de la comunidad Sabaneteña y el Valle de Aburra.

Este modelo plantea un sistema que contiene la atención interdisciplinaria del usuario, su familia y la intersectorialidad, promoviendo la salud y prevención de la enfermedad y la forma en que son garantizados los planes de beneficios de las diferentes aseguradoras a sus usuarios.

Para lograr este propósito la Secretaría de Salud a través de la ESE. Hospital Venancio Díaz Díaz, fundamenta el modelo en las siguientes acciones:

- Atención con calidad
- Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad
- Oportunidad de la atención
- Integridad en la atención
- Interdisciplinaria en la atención.
- Teniendo siempre en cuenta el cumplimiento de la normatividad vigente en cuanto a capacidad técnica científica de la institución.

La ejecución de la APS se hace de la siguiente forma:

- Se realiza una primera visita domiciliaria en las veredas María Auxiliadora, Cañaveralejo, Pan de Azúcar y La Doctora con el fin de evaluar cambios en las residencias como traslado de familias, ingresar integrantes nuevos en las familias, y corroborar rápidamente el diagnóstico familiar realizado en el año anterior.

- Se elabora un plan de acción y educación para las familias o individuos priorizados teniendo en cuenta los factores de riesgo encontrados en la primera visita.
- Se priorizan las familias más vulnerables que requieren un acompañamiento más frecuente por parte del personal de salud. A estas familias se les identifica el tipo de intervención que requieren: visita domiciliaria trimestral, procesos en las ESAS, otras intervenciones de salud pública, psicología, higiene oral, nutrición, enfermería.
- Como un proceso de vinculación se identifican los líderes comunitarios, presidentes de juntas de acción comunal y demás individuos interesados en el bienestar de la población, con el fin de establecer comunicación efectiva para la identificación de las necesidades propias de la comunidad y la planeación de actividades masivas.
- A partir de esta información se brinda apoyo a los grupos comunitarios, instituciones educativas, hogares infantiles y grupos de la tercera edad que requieran asesoría de los profesionales del programa. Se programan jornadas de salud, principalmente en las zonas con dificultades para el acceso a los servicios de salud, ya sea por la distancia al hospital o IPS, o por la falta de recursos para su asistencia.
- En el proceso se busca estimular a las familias a través de la demanda inducida para que soliciten los servicios que requieran, de donde se realizan remisiones a las diferentes instituciones municipales especializadas en los factores de riesgos que se pueden encontrar a medida del proceso, (Personería, Comisaría de Familia, Secretaría de Educación, Sisben, Fovis, Secretaria de Bienestar Social, Convivencia Ciudadana).

7.17. ACTIVIDADES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS)

Visitas domiciliarias: para la identificación de las familias visitadas por el grupo APS se propone adquirir un adhesivo para colocar en el borde superior derecho de las puertas de las casas visitadas, estos adhesivos permitirían la identificación del trabajo de las promotoras de la siguiente forma:

- Casa con adhesivo naranja: Familias visitadas y priorizadas por el programa APS.
- Casa con adhesivo verde: Familias visitadas y no priorizadas por el programa APS.
- Casa sin adhesivo: Familia no visitadas por el programa APS.

Talleres y visitas educativas: se programan talleres grupales a las personas identificadas con patologías asociadas, ejemplo: Diabetes e Hipertensión Arterial, se les brinda información, comunicación y educación que incentive la adopción de estilos de vida saludables.

Asesoría y asistencia domiciliaria de profesionales: consiste en una evaluación y asesoría por parte de los profesionales que hacen parte del programa, de acuerdo a los casos identificados. Con el fin de alcanzar la meta de "cero desnutrición en Sabaneta", se propone el suministro de complementos para población priorizada en las visitas domiciliarias que presenten bajo peso o desnutrición y sean de escasos. La población objeto de esta estrategia nutricional son menores de seis (6) años que no estén incluidos en los programas como RNA o MANÁ, sin importar que se encuentren inscritos en el restaurante escolar y mayores de seis (6) años o adultos, con riesgo nutricional.

Actividades desarrolladas:

- Visitas domiciliarias
- Diligenciamiento de fichas a familias.
- Visitas educativas (Incluye tres (3) visitas a familias priorizadas).
- Asesorías y/o consultas por psicología.
- Asesorías por nutricionista.
- Asesorías por enfermería.
- Evaluación por higiene oral.
- Asesorías por higiene oral (visita casa a casa).
- Evaluaciones médicas.
- Asesoría por médico y enfermería (promoción de la salud y prevención de la enfermedad).
- Procedimientos por higiene oral.
- Asesorías por higiene oral (sedes comunales).
- Demanda inducida.

7.18. MODELO DE ATENCIÓN

7.18.1. Modelo de atención integral en promoción de la salud y prevención de la enfermedad

Los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para el cual aplica este modelo, contienen un plan de acción que comprende charlas educativas grupales y atención individual interdisciplinaria por parte del Equipo Básico de Salud, las cuales están encaminadas a brindar una atención integrada según las necesidades demandadas por el usuario y su familia.

Este modelo de atención está dirigido al usuario y su familia en los diferentes programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, los cuales son captados en los diferentes servicios que se brindan en la institución y direccionados a la enfermera Jefe, es decir, la coordinadora del programa, para realizar las actividades de protección específica y detección temprana en la población objeto.

Una vez ingresa el usuario y su familia a la institución para una atención en los programas descritos, el médico realiza la valoración teniendo en cuenta que el usuario tiene expectativas y necesidades propias de su estado de salud. El médico realiza la evaluación de necesidades educativas del usuario y su familia, indagando acerca del conocimiento que tiene de la patología, factores de riesgo, condiciones socioeconómicas, hábitos de vida saludable y no saludables, con el propósito de implementar medidas de protección específica y darle a conocer al usuario y su familia la importancia de pertenecer a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de la Institución.

Para llevar a cabo la atención integral e interdisciplinaria, el médico tratante basándose en las guías clínicas, las necesidades y expectativas del usuario, debe explicarle a este porque es necesario contar con una opinión especializada en el proceso atención y tratamiento.

7.18.2. Modelo de atención integral hospitalario

El paciente ingresa a la institución para ser atendido por el servicio de urgencias o consulta externa, El médico realiza la atención teniendo en cuenta las expectativas, preocupaciones y temores frente a los problemas que lo aquejan. El médico debe estar atento durante la atención a todas las manifestaciones que presente el usuario para lograr una adecuada atención.

Luego de realizar la evaluación médica y determinar el estado de salud del usuario se procede a explicarle al usuario y su familia cual es el procedimiento a seguir con respecto a su estado de salud; basándose en las guías de atención se determinara la estancia hospitalaria o en su defecto la remisión a un nivel de complejidad mayor, previo a este procedimiento de diligenciar el consentimiento informado al paciente explicándole los riesgos a los que se puede estar expuesto con se accede a los servicios de salud, haciéndole claridad en la importancia que la institución le presta a la seguridad de sus clientes tanto externos como internos.

El personal de enfermería solicita telefónicamente la asignación de la cama del paciente que va ser hospitalizado.

7.18.3. Planeación inicial del cuidado y tratamiento

La planeación inicial del cuidado y tratamiento de los usuarios se realizan con base en la construcción de las guías de manejo basadas en la evidencia que la institución ha desarrollado de manera interdisciplinaria por parte de los miembros del equipo de salud y del establecimiento de las metas de tratamiento para cada una de las principales patologías que fueron priorizadas en el servicio de hospitalización.

La organización ha definido un equipo base de salud conformado por el médico, la enfermera jefe, auxiliar de enfermería, regente de farmacia, nutricionista y bacterióloga, sin embargo teniendo en cuenta los protocolos y guías de atención el profesional tratante identifica los demás miembros que deban hacer parte del equipo de salud que deben intervenir en la atención del usuario.

7.18.4. Identificación de necesidades educativas y expectativas frente a su enfermedad y tratamiento

La identificación de necesidades educativas y expectativas al usuario y su familia frente a su enfermedad y tratamiento, se realiza por el Equipo Básico de Salud todos los días a las 7:00 a.m. durante la ronda médica, a los pacientes que hayan ingresado al servicio, para su desarrollo se construyó un instrumento que facilita su identificación.

El Equipo Básico de Salud es el encargado de brindar información al usuario y su familia durante el proceso de hospitalización respecto a metas de tratamiento para cada paciente, así como la planeación y cuidado del tratamiento del usuario.

Con base en la información recolectada y teniendo en cuenta las guías de manejo basadas en la evidencia, se establece un plan integral de tratamiento, que consta de tres componentes:

- Plan educativo al usuario y familia
- Plan farmacológico y no farmacológico
- Plan de apoyo al tratamiento

El plan educativo al usuario y familia busca:

- Delimitar las expectativas que el usuario tiene sobre su tratamiento y recuperación.
- Brindar educación al usuario y su familia frente su patología, tratamiento y estancia con un enfoque integral y desde la óptica de los diferentes miembros del equipo.
- Mejorar la adherencia del paciente a su tratamiento durante la estancia hospitalaria y posterior a ella.

El plan farmacológico busca:

- Brindar la aplicación de tratamientos de manera segura
- Minimizar la aparición de eventos adversos por problemas relacionados con la utilización de los medicamentos.
- Brindar dispensación informada de los medicamentos
- Vigilar y captar de manera temprana la aparición de reacciones adversas a medicamentos.

El plan no farmacológico busca:

- Componente Nutricional: establecer los parámetros básicos para el manejo de su dieta de acuerdo a la patología o condición clínica determinada.
- Describir paso a paso los cuidados generales y específicos para la patología.
- Promover hábitos saludables desde el servicio donde se atiende e inculcando los cuidados que debe tener durante la estancia hospitalaria y el hogar adecuándolos a su nivel económico y cultural.

El plan de apoyo al tratamiento busca:

- Establecer los cuidados a desarrollar para una adecuada sinergia al tratamiento.
- Brindar acompañamiento desde los ámbitos familiar, lúdico, emocional y espiritual para una adecuada recuperación de la salud.
- Establecer requerimientos futuros de equipos biomédicos, una vez egrese del servicio.

Así mismo, se desarrolló una agenda de planeación diaria en la que se pueda verificar la evolución del usuario, tanto desde el punto de vista asistencial, como biopsicosocial; la encargada de la oficina de atención al usuario desarrolla el diligenciamiento, junto con el usuario y su familia, con periodicidad durante la estancia y aporta como igual en el grupo interdisciplinario. Para esto se pondrá en práctica modelo de comunicación.

7.18.5 Seguimiento a las metas de tratamiento

El médico es el encargado de realizar seguimiento a la evolución del paciente, para determinar si el tratamiento ordenado está cumpliendo con las necesidades y expectativas del usuario, en caso contrario, el Equipo Básico de Salud tendrá que evaluar el estado de salud del paciente y determinar cuál será el tratamiento a seguir para la patología que presenta.

7.18.6. Salida y seguimiento

Si se decide dar de alta algún paciente cada integrante del equipo se encargará de dar la información necesaria para continuar los cuidados en casa mediante las guías de cuidado en casa por patología y el modelo de fidelización.

Cuando el usuario ha sido dado de alta en la unidad hospitalaria, se hace necesaria la presencia de su familia para poner en marcha el plan de egreso, en el cual se da a conocer los cuidados que debe seguir el usuario una vez egrese. En el plan de ingreso debe incluirse la cita de revisión del usuario, las recomendaciones y requerimientos del usuario las cuales deben quedar plasmadas en la Historia Clínica.

Al usuario y su familia se les debe informar sobre los tiempos de espera para la liquidación de cuentas y solicitarle el diligenciamiento de la encuesta de satisfacción del usuario. Al usuario y su familia se les brinda información sobre el proceso de seguimiento telefónico que realiza la institución por medio del programa de fidelización.

7.18.7. Ambulatorio

El modelo de atención ambulatoria implica un conjunto de conceptos como son: el enfoque integral de los usuarios, el abordaje integrado de la salud (preventiva, curativa y de rehabilitación), pasar de un abordaje individual a un enfoque familiar, abordar la salud de acuerdo con las características demográficas, epidemiológicas, socioeconómicas, culturales y ambientales de los usuarios, pasar de la atención centrada en el médico (modelo médico dominante) a la atención centrada en el usuario, fomentar y favorecer la participación de los usuarios en todas las etapas del proceso de atención evaluando la calidad de la atención con indicadores trazadores de los servicios.

La empresa cuenta con un equipo de atención multidisciplinario (conformado por medicina general, enfermería, odontología, nutricionista, psicología, laboratorio clínico, e imagenología), para prestar la atención ambulatoria que hace especial énfasis en la familia y en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad; igualmente, cuenta con un conjunto de técnicas diagnósticas (de laboratorio e imagenología), básicas como apoyo y con tratamientos de acuerdo con las necesidades del usuario y las condiciones de vulnerabilidad.

Para su desarrollo se cuenta con una serie de preguntas dentro de la historia clínica que facilitan la identificación de sus expectativas y el entorno familiar del usuario, a partir de esta información y de las guías de manejo realizadas de manera interdisciplinaria se planea el tratamiento teniendo en cuenta la familia como coadyuvante en el tratamiento del usuario.

Así mismo, en las actividades educativas que son realizadas por la ESE sobre temas de salud, se involucra la familia; los temas son seleccionados teniendo en cuenta criterios como alta frecuencia, complicaciones o falta de adherencia a una patología determinada. Su convocatoria se hace durante las consultas y utilizando los diferentes medios de comunicación definidos por la institución. Para esta actividad se programa a un equipo interdisciplinario quienes abordaran el tema desde cada uno de sus saberes.

La organización fomenta la asistencia y participación de las familias en la consulta ambulatoria respetando la decisión del usuario a la confidencialidad, mediante la aplicación de formatos de consentimiento informado; el objetivo especial de este enfoque apunta de manera especial a involucrar las familias con fines de promover la salud y de aumentar la adherencia a los planes de tratamiento. Inicialmente se da lugar al proceso con los programas de crónicos y con embarazadas en control prenatal, para así extenderse posteriormente a todos los usuarios y familiares.

7.19. SISTEMA DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

El municipio cuenta con un sistema móvil desarrollado en el sistema operativo Android, para la gestión de las visitas a las familias en el marco de la estrategia de APS, que va a permitir tener de manera sistemática todo lo competente a la historia familiar, lo que conlleva a tomar decisiones de intervención acertadas y conocer la sala situacional del municipio en tiempo real.

El aplicativo propuesto es concebido como solución informática móvil bajo la plataforma Android 4.2, dirigida a los usuarios encuestadores, dedicados a la recolección de datos en las visitas familiares realizadas en los diferentes sectores del municipio, de forma sistemática y automatizada, centralizados en una aplicación instalada en un dispositivo móvil, como herramienta integral y masiva, mediante su práctica, útil y de fácil funcionalidad, en la gestión y resultados de sus datos de encuesta.

Los datos recolectados en campo en los dispositivos móviles (tabletas), son sincronizados a una base de datos central, en la nube, de tal forma que es objeto de gestión, desde otros sistemas. La información capturada en las fichas familiares mediante el dispositivo, después de administrada y sincronizada, permite calcular indicadores automatizados mediante el reporte de datos de las fichas realizadas.

A partir de los resultados se administra la demanda inducida y la demanda efectiva a los programas mediante aplicativo web en la ESE. Hospital Venancio Díaz Díaz.

El sistema permite además reportar la ubicación geográfica e información de interés de los encuestadores, de las familias visitadas y las pendientes por visitar en todo el municipio de Sabaneta, de donde es posible la captura de la evidencia fotográfica de las visitas a las familias, mediante el dispositivo móvil. Por su parte, los medios de comunicación implementados y utilizados por el municipio de Sabaneta para la difusión de la estrategia de APS son diferentes. En principio, se tiene el contacto directo cara a cara con los funcionarios del hospital y la estrategia de: Información, Educación y Comunicación (IEC), los presidentes de la Junta de Acción Comunal del municipio, los encuestadores del SISBEN del municipio, los docentes de las instituciones educativas, los funcionarios de la Secretaría de Salud que realizan trabajo de campo, y los mecanismos de comunicación del municipio.

La implementación de contenidos está dirigida al sector educativo, presidentes de Junta de Acción Comunal, funcionarios de las diferentes Secretarías de la Administración Municipal (gobierno, planeación, familia, comisarías de familia, policía de infancia y adolescencia, fondo de vivienda, educación). Dichos contenidos consisten en presentar los informes a los diferentes actores involucrados, de los resultados obtenidos por los diferentes sectores de la comunidad, donde el nivel educativo juega un papel importante porque son de apoyo en las acciones y recomendaciones a los diferentes grupos, y son los multiplicadores de la información en las reuniones de padres de familias, dado que ellos son el primer contacto con los estudiantes.

Las dificultades que se presentan con el desarrollo de la estrategia, corresponden a las múltiples acciones que se realizan en las instituciones educativas debido al calendario escolar. El personal docente informa la realización de una agenda a principio de año para poder respetar el cronograma, puesto que ellos deben cumplir con el plan de estudio programado por el Ministerio de Educación y sus diferentes fechas de evaluaciones.

7.20. RECURSOS (FINANCIEROS, HUMANOS Y LOGÍSTICOS)

Para tener una continuidad de los recursos asignados en la estrategia de APS, se presenta el siguiente cuadro ilustrativo, haciendo claridad que la mayoría de los dineros invertidos en la ejecución de la misma, son recursos propios de la municipalidad representados en un 95%.

Tabla 17. Recursos financieros Atención Primaria en Salud

Año	Asignación
2008	345.478.000
2009	480.000.000
2010	520.430.000
2011	547.200.000
2012	789.400.000
2013	2.225.000.000
2014	1.300.025.000

Fuente: Elaboración propia con base en información suministrada por la Secretaría de Hacienda.

Respecto a los recursos humanos, la Administración Municipal a través de la Secretaria de Salud, en los diferentes años, ha realizado ajustes en la contratación del recurso humano de la estrategia de APS, por su buen impacto en la comunidad y se hace necesario la vinculación de un equipo interdisciplinario. De allí la razón de ir involucrando más personal de acuerdo a las necesidades de salud y el comportamiento de salubridad de la población. A continuación se presenta la composición del recurso humano por años.

Tabla 18. Profesionales contratados por año.

Año	Medico	Odonólogo	Enfermera	Psicóloga	Nutricionista	Fonoaudióloga	Higienista	Auxiliar de enfermería	Promotoras de salud
2008			X	X	X		X		X
2009			X	X	X		X		X
2010			X	X	X		X		X
2011			X	X	X		X		X
2012			X	X	X		X		X
2013	X	X		X		X	X	X	X
2014	X	X	X	X		X	X	X	X

Fuente: Elaboración propia.

7.21. INDICADORES

Para el seguimiento y evaluación de la ejecución de la APS se han construido diferentes indicadores, los cuales se presentan a continuación.

7.21.1. De cobertura

Nº Historias familiares actualizadas *100

Nº de Historias familiares por actualizar

Nº Historias familiares nuevas *100

Nº de Historias nuevas por diligenciar

Nº Historias familiares actualizadas *100

Nº de Historias nuevas por actualizar

Nº Asesorías y/o consultas psicología realizadas *100

Nº de asesorías y/o consultas programadas año

Nº Asesorías y/o consultas nutrición realizadas*100

Nº de Asesorías y/o consultas programadas

Nº Asesorías y/o consulta enfermería realizadas *100

Nº de Asesorías y/o consultas programadas

Nº Evaluaciones por higiene oral realizadas *100

Nº de Evaluaciones por higiene oral programadas

Nº Asesoría y/o consulta higiene oral realizadas *100

Nº de Asesorías y/o consultas programadas

Nº Pacientes captados sintomáticos respiratorios * 100

Total de pacientes evaluados por médico

7.21.2. De impacto

Simple

- Total Muertes por EDA Menores de 5 años
- Total Muertes por IRA Menores de 5 años
- Total de casos nuevos por VIH – SIDA
- Total Muertes por Suicidio
- Total de casos de violencia intrafamiliar reportados

Compuestos

Tabla 19. Indicadores compuestos

Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años captados por APS	Total Muertes por EDA Menores de 5 años (0) captados por APS/Total población menor de 5 años (1894)*100.000
Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años captados por APS	Total Muertes por IRA Menores de 5 años captados por APS(0)/ Total población menor de 5 años (1894)*100.000
Tasa mortalidad por cáncer de cuello uterino de mujeres captadas en APS	Total muerte por cáncer de cuello uterino de mujeres captadas en APS/ total población de MEF *100.000
Tasa de incidencia de casos de cáncer de cuello uterino en población captada por SSR	(Total de casos detectados con cáncer de cuello uterino en el programa de SSR/ Total de población de MEF)*100.000
Tasa mortalidad por suicidio en población captada por APS	Total Muertes por Suicidio (0)/total de la población (48264) *100.000 habitantes
Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar en familias evaluadas por APS	Total de casos de violencia intrafamiliar reportados(0)/población (48.264) *100.000
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años captados por APS	Total Muertes por desnutrición menores de 5 años (0)/población menor de 5 años (1894)
Atención Primaria en Salud con Enfoque en Salud Familiar	(Número Reuniones a las cuales se asistió COMPOS/ Número de Reuniones programadas COMPOS)*100
	(Demandas inducidas efectivas/Demandas inducidas realizadas)*100
	(Número de niños < de 10 años en el programa de Crecimiento y desarrollo/ total de niños < de 10 años detectados en APS)*100
	(Número de áreas en las cuales se ejecutó el programa de AIEPI/Total de áreas priorizadas)*100
	(N° Mujeres gestantes que asisten a controles prenatales/ N° Mujeres gestantes asesoradas 2009)*100
	(N° Mujeres captadas por el programa con citología en el último año / Nro. Mujeres captadas en el programa APS)*100
Fortalecimiento de la Red de Salud Mental	(Número de personas atendidas / total de personas detectadas con problemáticas relacionadas con Salud Mental)*100
	(Número de personas en proceso de rehabilitación/total de personas con necesidad de rehabilitación detectadas)*100
	(Número de actividades educativas realizadas / Nro. de Actividades Programadas)*100
Mejoramiento de la salud nutricional	Número. deActividades (Talleres, asesorías, evaluaciones) Realizadas/nro. de Actividades Programadas)*100

Fuente: Elaboración propia. E.S.E. Hospital Venancio Díaz Díaz

7.22. RESULTADOS

7.22.1. Logros 2008

- Se visitaron 3 veredas: María Auxiliadora, Cañaveralejo, y Pan de Azúcar en su totalidad, llevando a cabo las actividades planeadas en el contrato, las cuales fueron superadas cumpliendo así los objetivos propuestos.
- Se inició fase 1 en la vereda San Isidro, la cual consiste en el diligenciamiento de la historia familiar, permitiendo la recolección de datos y en algunos casos la actualización de la historia realizada en el año 2007.
- Se trabajó con 378 famitas priorizadas en María Auxiliadora, Pan de Azúcar, y Cañaveralejo teniendo en cuenta los factores de riesgo que comprometen la salud integral de las familias además desconocimiento de sus deberes y derechos en salud, encontrados por las promotoras de vida y así iniciar el proceso educativo que permitió una mejor calidad de vida de los individuos en las familias, además de la intervención de las profesionales que consiste en la educación y remisión de algunos casos los cuales fueron necesarios hacerles un seguimiento.
- Se realizaron 378 planes educativos para las familias priorizadas, y cada una de ellas recibió como mínimo tres visitas educativas, con temas como: deberes y derechos, EDA, IRA, alimentación saludable, salud sexual y reproductiva, auto examen de mama, resolución de conflictos entre otros.
- Reconocimiento de la comunidad y satisfacción por el trabajo realizado durante todo el año, el cual permitió en las familias la resolución de dudas y el direccionamiento de sus necesidades.
- Se realizó la etapa 2 del programa en la Vereda Cañaveralejo, el cual consiste en la educación a las familias priorizadas que en esta vereda equivale a 94 familias.

7.22.2. Logros 2009

- Se lograron identificar las principales necesidades de la comunidad en el área de la salud y las estrategias para facilitar su mejoramiento y bienestar.
- Establecimiento de contactos estratégicos en la comunidad por medio de la identificación de líderes e instituciones existentes en las diferentes veredas, lo cual permitió ejecutar las actividades planeadas con mayor participación de la población.
- Se realizó el diligenciamiento de las historias familiares de las veredas María Auxiliadora, Pan de Azúcar, Cañaveralejo, San Isidro y las lomitas, con familias no visitadas en años previos y se actualizó la información del año 2008.
- Ahora, las historias familiares actualizadas en el años 2009 fueron 1213, mientras que el diligenciamiento de las historias familiares nuevas fueron 415.

- Educación en temas de salud a 125 familias priorizadas de las veredas Cañaveralejo, San Isidro, María Auxiliadora y Pan de Azúcar.
- Aumento de la participación por parte de la población en el uso de los programas extramurales e institucionales que ofrece la ESE Hospital Venancio Díaz Díaz y la administración Municipal de Sabaneta a través de la difusión de los programas y servicios ofrecidos.
- Educación a la comunidad en temas de orientados a la prevención de cáncer de Cérvix, mama, próstata y estilos de vida saludables por medio de talleres educativos y conversatorios individuales, grupales y familiares.
- Se logró despertar entre la comunidad un alto interés y motivación por su salud física y mental.
- Fomento del autocuidado en los habitantes de las veredas mediante las Jornadas de Salud realizadas en la zona rural y urbana orientadas a la prevención de Cáncer y detección de riesgos cardiovasculares y de salud.
- Se fortalecieron los programas ofrecidos a la comunidad a través de la dependencia de Salud Pública del Hospital Venancio Díaz Díaz.
- Captación de usuarios con riesgos en salud y remisión a programas de promoción y prevención según la seguridad en salud de cada individuo.
- Detección de personas con riesgo de desnutrición u obesidad en la población evaluada y asesoría alimentaria según el caso.
- Disminución de alteraciones en las gestantes de la zona rural por medio de evaluaciones profesionales y verificación de la asistencia de las usuarias en los programas de prenatales, esquemas de vacunación y pautas alimentarias.
- Fortalecimiento de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad del Hospital Venancio Díaz Díaz a través de las demandas inducidas realizadas en las veredas y la motivación de usuarios para asistir activamente a dichos programas.
- Contribución en el incremento de ingresos y oportunidad en los controles de los programas de Promoción y Prevención de la ESE Hospital Venancio Díaz Díaz.
- Se generó impacto en la comunidad, principalmente en Aliadas del Sur y las veredas Playas, Placer y San José; a través de las actividades masivas en salud realizadas este año.
- Detección de riesgos en salud en los escolares de algunas instituciones educativas, guarderías y hogares infantiles por medio de la evaluación profesional y asesorías a los docentes, acudientes y padres de familia según los hallazgos encontrados.
- Intervención psicológica para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas a los jóvenes de las veredas Cañaveralejo, San Isidro, María Auxiliadora y Pan de Azúcar

- Asesoría y acompañamiento a la comunidad en la conformación de grupos juveniles orientados a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas con la ayuda de talleres lúdicos, fomentando un entorno terapéutico agradable potencializando proyectos de vida con estos jóvenes.
- Direccionamiento en pautas de crianza y manejo de la autoridad a padres de familia, acudientes y docentes de las instituciones educativas del municipio.
- Se obtuvo, finalmente, un porcentaje de cumplimiento en el Programa de APS satisfactorio que supera las metas establecidas para el año 2009, el cual equivale a la realización de más del 100% de las actividades estipuladas en el contrato entre la Secretaría de Salud y la ESE Hospital Venancio Díaz Díaz, para todas las áreas involucradas en el programa, esto se ve reflejado en logros significativos, y la manifestación de la comunidad en la atención domiciliaria recibida por parte de los funcionarios de la ESE.
- Se logró fortalecer la imagen del Hospital frente a la comunidad, a través de la ejecución del programa y del acompañamiento constante por parte del equipo a todas las familias.

7.22.3. Logros 2010

- Aprendizaje de las familias sobre temas en salud, como: prevención de riesgos cardiovasculares, cáncer de seno y cérvix, manejo de patologías crónicas e Infecciones respiratorias y diarreicas.
- Detección de personas con cifras arteriales elevadas sin diagnostico ni control, lo que permitió iniciar en estas personas un tratamiento oportuno, disminuir los riesgos y educar a la familia sobre los cuidados.
- Fomento de conocimientos sobre autocuidado y el cuidado de individuos con patologías asociadas.

7.22.4. Logros 2011

- Aprendizaje de las familias sobre temas en salud, como: prevención de riesgos cardiovasculares, cáncer de seno y cérvix, importancia de la lactancia materna, manejo de patologías crónicas e Infecciones respiratorias y diarreicas.
- Fomento de conocimientos sobre auto-cuidado y el cuidado de individuos con patologías asociadas.
- Importancia de los cuidados postparto y cuidados de los recién nacido.
- Diagnóstico del estado nutricional de las personas que habitan en las diferentes veredas visitadas.
- Detección del riesgo de desnutrición, sobrepeso y obesidad en los diferentes grupos de edad evaluados.
- Identificación de personas con enfermedades crónicas no transmisibles (Diabetes mellitus, dislipidemia, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, sobrepeso u obesidad).
- Identificación de factores influyentes en la desnutrición de los niños atendidos.

- Divulgación de la importancia de la adecuada alimentación durante la niñez.
- Educación nutricional con el fin de promover hábitos de alimentación saludable.
- Educación nutricional a padres de familia para promover hábitos de alimentación saludable en niños y sus familias.
- Control nutricional a algunos de los pacientes evaluados en meses pasados.
- Educación nutricional durante la gestación y la importancia de la lactancia materna.
- Promoción de alimentación saludable en los niños pertenecientes a los hogares comunitarios del ICBF.
- Es importante mantener la prestación del servicio descentralizado hasta final del año, idealmente hasta mediados de diciembre, para dar mayor continuidad con los procesos y hacerlo con total continuidad durante todos los meses del año.

7.22.5. Logros 2012 y 2013

- Identificación de los principales riesgos psicosociales en las diferentes veredas del municipio.
- Orientación y educación en salud mental a las familias de la zona rural de Sabaneta según sus necesidades.
- Los programas ofrecidos por el Hospital Venancio Díaz Díaz, a través del proyecto de Salud Pública, tuvieron una amplia respuesta e impacto social entre la comunidad.
- Se lograron identificar las principales necesidades de la comunidad en el área de la salud y las estrategias para facilitar su mejoramiento y bienestar.
- Establecimiento de contactos estratégicos en la comunidad por medio de la identificación de líderes e instituciones existentes en las diferentes veredas, lo cual permitió ejecutar las actividades planeadas con mayor participación de la población.
- Educación en temas de salud a 125 familias priorizadas de las veredas Cañaveralejo, San Isidro, María Auxiliadora y Pan de Azúcar.
- Aumento de la participación por parte de la población en el uso de los programas extramurales e institucionales que ofrece la ESE Hospital Venancio Díaz Díaz y la administración Municipal de Sabaneta, a través de la difusión de los programas y servicios ofrecidos en los habitantes de las veredas mediante las Jornadas de Salud realizadas en la zona rural y urbana orientadas a la prevención de cáncer y detección de riesgos cardiovasculares y de salud.

- Captación de usuarios con riesgos en salud y remisión a programas de promoción y prevención según la seguridad en salud de cada individuo.
- Detección de personas con riesgo de desnutrición u obesidad en la población evaluada y asesoría alimentaria según el caso.
- Disminución de alteraciones en las gestantes de la zona rural por medio de evaluaciones profesionales y verificación de la asistencia de las usuarias en los programas de prenatales, esquemas de vacunación y pautas alimentarias.
- Contribución en el incremento de ingresos y oportunidad en los controles de los programas de Promoción y Prevención de la ESE Hospital Venancio Díaz Díaz.
- Se generó impacto en la comunidad, principalmente en: Aliadas del Sur y las veredas Playas placer y San José, a través de las actividades masivas en salud realizadas este año.
- Detección de riesgos en salud en los escolares de algunas instituciones educativas, guarderías y hogares infantiles por medio de la evaluación profesional y asesorías a los docentes, acudientes y padres de familia según los hallazgos encontrados.
- Asesoría y acompañamiento a la comunidad en la conformación de grupos juveniles orientados a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas con la ayuda de talleres lúdicos, fomentando un entorno terapéutico agradable potencializando proyectos de vida con estos jóvenes.
- Direccionamiento en pautas de crianza y manejo de la autoridad a padres de familia, acudientes y docentes de las Instituciones educativas del municipio.

7.22.6. Logros 2014

- Se atiende a toda la población adscrita o no a las EPS, que tenga presencia en el municipio para garantizar la prevención en la salubridad de dichos habitantes en apoyo con los equipos extramurales de la ESE Hospital Venancio Díaz Díaz.
- Aplicación y aceptación por parte de la comunidad de la estrategia IEC (información, educación y comunicación).
- Mayor participación de la comunidad a utilizar los servicios de salud con la demanda inducida de acuerdo a las orientaciones de los equipos de salud.

8. CONCLUSIONES

8.1. FORTALEZAS

- El programa de APS cuenta con un equipo de trabajo comprometido con las actividades programadas en el proyecto a favor de la comunidad.
- El equipo de salud es interdisciplinario, capacitado, articulado y con las competencias necesarias para identificar y buscar soluciones a las necesidades de la población.
- Se presenta una constancia en la educación y orientación de las familias para lograr en ellas la adherencia de prácticas que llevan a mejorar la salud del individuo y familia.
- Se evidencia impacto en las acciones educativas realizadas en las familias.
- Hay aceptación y credibilidad del proceso que desarrolla el programa de APS ante las familias de las veredas

8.2. DIFICULTADES

- La falta de articulación entre las diferentes Dependencias Municipales, las cuales no permitieron un trabajo integrador e interdisciplinario de las problemáticas encontradas en el transcurso del programa, lo cual repercute en la respuesta oportuna a las familias y la buena adherencia a los tratamientos o recomendaciones.
- A través del trabajo realizado en el transcurso este año, se encontró un alto número de familias con alteraciones relacionadas con la salud mental, que requieren evaluación y seguimiento profesional e incluso especializado que pueda dar respuesta a estas problemáticas. Durante este año se contó con el apoyo de Salud Mental de Envigado, pero las contrataciones con este programa no fueron constantes, dejando a esta población desprotegida por varios períodos y generando retrocesos e inconformidad en la población remitida a esta institución.
- El profesional en psicología contratado para este año en el programa de APS, labora por medio tiempo, lo que no es suficiente para satisfacer la demanda que se presenta en la comunidad, dado el aumento de casos con alteraciones o problemáticas individuales, familiares y sociales.

- Dentro de las principales necesidades detectadas en la comunidad, se encuentra un alto número de personas con diagnóstico de VIH, principalmente en la vereda María Auxiliadora, lo cual genera un alto riesgo para la propagación de la infección en la propia vereda y por ende, en el municipio.
- Dado los esfuerzos realizados por el equipo de APS, para alcanzar las metas trazadas en la actividad de diligenciamiento de historias nuevas, se hizo notoria que las metas propuestas no se encuentran al alcance del trabajo realizado, debido a que el número de domicilios de la zona rural que nunca han sido visitadas por el programa de APS, disminuye cada año, pero la meta permanece estable.

9. RECOMENDACIONES

- Institucionalizar la estrategia de APS, generando una política de Salud Familiar para la comunidad.
- Darle continuidad al proyecto con la finalidad de aumentar el impacto social y el seguimiento a las familias.
- Aumentar la receptividad y sensibilidad de las familias frente a su compromiso con la salud integral.
- Reestructurar la metodología APS incluyendo los determinantes sociales y los diferenciales.
- Distribuir las visitas educativas a las familias priorizadas durante todo el año, con la finalidad de verificar la adherencia a los objetivos trazados con cada una de ellas en el plan educativo de acción.
- Continuar con la planeación y desarrollo de Jornadas de Salud enfocadas a la prevención del Cáncer y prevención de riesgos cardiovasculares.
- Incluir la estrategia de APS como una herramienta con la que pueden contar las diferentes Dependencias Municipales, como captadora de información valiosa para la toma de decisiones en lo que corresponde a las diferentes problemáticas que presenta la familia, como por ejemplo: necesidad de subsidios de vivienda, subsidios de alimentación, educación, proyectos productivos, reubicaciones, y cualquier apoyo social que el municipio tenga contemplado dentro de sus programas.
- Fortalecer las relaciones intersectoriales, buscando la articulación de las competencias de cada uno de los sectores involucrados en los programas y lograr mayor impacto en la comunidad. Para ello se sugiere realizar reuniones mensuales programadas desde el comienzo del año con todas las áreas implicadas.
- Debido a que se han realizado grandes esfuerzos para obtener un diagnóstico detallado de las comunidades visitadas, abarcando casi la totalidad de las casas de las veredas María Auxiliadora, Pan de Azúcar, Cañaveralejo y la Doctora; se propone realizar mayor énfasis en el seguimiento de las familias con mayores riesgos de Salud y Psicosociales; generando impacto a través de visitas educativas orientadas a sus necesidades. Para ello se sugiere, en lo posible, continuar trabajando con el mismo personal (promotoras) responsable de cada vereda, ya que la confianza adquirida en los años es una fortaleza para los siguientes trabajos.

- Con el fin de evitar disminuir el impacto que se viene generando en las veredas de: Las Lomitas, San José y parte de la zona urbana, se recomienda continuar con dos promotoras, quienes visitarán estas áreas y al mismo tiempo, serán apoyo a las Jornadas de Salud programadas por el proyecto de Salud Pública, la ESE Hospital Venancio Díaz Díaz y la Administración Municipal, para la promoción de la salud de la comunidad Sabaneteña.
- Incluir en las asesorías realizadas por el profesional de nutrición, a las personas mayores de seis (6) años con riesgos nutricionales, ya sea porque tengan enfermedades crónicas u otras patologías que requieran de esta valoración, pues esto contribuye en gran proporción a mejorar la salud de la población y alcanzar la meta de cero desnutrición en Sabaneta.

11. ANEXOS

Tabla 20. Total de valoraciones realizadas. 2012

Veredas	N° de personas que asistió a consulta médica	N° de niños en crecimiento y desarrollo	N° de personas que asistió a joven sano	N° de personas con agudeza visual	Mujeres en edad fértil planificando	N° de personas en edad fértil sin planificar	N° de mujeres con citologías	N° de mujeres con examen de mama
María Auxiliadora	210	95	0	192	105	62	156	191
Cañaveralejo	158	76	14	90	118	65	125	156
Lomitas	113	32	0	118	46	48	69	97
San José	109	9	1	34	35	14	51	74
Pan de Azúcar	268	96	13	308	171	57	221	215
La Doctora	242	58	2	225	93	54	137	189
TOTAL	1100	366	30	967	568	300	759	922

Fuente: Informes Anuales de APS. ESE Hospital Venancio Díaz Díaz.

Tabla 21. Diagnóstico por veredas.2012

Veredas	Gestantes				Estado de la Vivienda			Personas en Hacinamiento	Personas en Desplazamiento
	Total Embarazadas	Control Prenatal	Alto Riesgo Obstétrico (ARO)	Bajo Riesgo Obstétrico (BRO)	Riesgo	Sin Riesgo	Alto Riesgo		
María Auxiliadora	8	1	5	1	13	134	0	136	18
Cañaveralejo	8	7	2	5	9	116	0	82	10
Lomitas	4	4	1	3	1	75	0	40	4
San José	0	0	0	0	8	43	2	19	8
Pan de Azúcar	7	6	2	5	10	156	11	182	10
La Doctora	2	2	0	1	0	113	0	84	0
TOTAL	29	20	10	15	41	637	13	543	50

Fuente: Informes Anuales de APS. ESE Hospital Venancio Díaz Díaz.

Tabla 22. Distribución poblacional por veredas. 2012

Veredas	Población por grupo de Edad												Estudio	
	< de 5 años		6 - 10 años		11 - 18 años		19- 29 años		30 - 49 años		> 49 años		Analfabeta	Deserción escolar
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer		
María Auxiliadora	48	44	22	41	40	57	57	76	69	76	43	77	14	4
Cañaveralejo	35	40	37	30	31	51	54	83	54	62	40	41	4	5
Lomitas	11	19	16	11	29	13	27	38	35	40	33	26	3	1
San José	10	12	10	17	27	14	16	18	31	25	22	36	0	2
Pan de Azúcar	37	43	37	26	60	63	70	79	87	86	59	71	33	16
La Doctora	27	30	18	22	32	34	41	58	44	53	52	71	1	0
TOTAL	168	188	140	147	219	232	265	352	320	342	249	322	55	28

Fuente: Informes Anuales de APS. ESE Hospital Venancio Díaz Díaz.

Tabla 23. Diagnóstico de patologías por veredas. 2012

Veredas	Mes	Hipertensión	Diabetes	Cardiopatías	Hipotiroidismo	Asma	EPOC	Insuficiencia	Insuficiencia	Gastritis
María Auxiliadora	Febrero	16	4	1	0	1	0	1	0	0
	Marzo	7	2	0	1	0	0	0	0	1
	Abril	8	5	0	3	3	1	0	0	0
	Mayo	6	3	0	0	0	0	1	1	0
	Junio	9	0	2	1	0	0	3	0	0
	Julio	7	1	1	0	1	5	1	0	0
	Agosto	7	1	1	0	1	0	1	0	0
	Septiembre									
	Octubre									
	Noviembre									
Cañaveralejo	Febrero	3	0	3	0	5	0	0	1	0
	Marzo	5	0	0	0	0	0	1	0	0
	Abril	6	1	0	1	2	0	1	1	0
	Mayo	4	0	1	0	4	1	0	0	0
	Junio	4	0	0	0	5	0	0	1	0
	Julio	9	1	0	3	6	0	0	0	0
	Agosto	0	0	0	0	0	0	0	9	2
	Septiembre									
	Octubre									
	Noviembre									

Veredas	Mes	Hipertensión	Diabetes	Cardiopatías	Hipotiroidismo	Asma	EPOC	Insuficiencia	Insuficiencia	Gastritis
Lomitas	Febrero	11	2	2	1	3	0	0	1	0
	Marzo	6	0	0	0	1	0	0	0	1
	Abril	4	1	1	0	3	0	0	0	0
	Mayo	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Junio	1	0	0	1	0	0	0	0	0
	Julio	4	0	0	0	0	0	0	0	0
	Agosto	0	0	0	0	0	0	0	5	2
	Septiembre									
	Octubre									
	Noviembre									
San José	Febrero	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	Marzo	5	1	0	0	1	1	0	0	1
	Abril	5	0	0	0	0	0	0	0	1
	Mayo	4	0	0	1	0	0	0	0	0
	Junio	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	Julio	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	Agosto	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	Septiembre									
	Octubre									
	Noviembre									
Pan de Azúcar	Febrero	10	4	2	2	3	2	3	0	3
	Marzo	6	0	1	0	0	1	1	1	2
	Abril	9	3	1	1	5	0	1	0	7
	Mayo	10	3	0	0	2	1	0	0	0
	Junio	20	5	1	1	4	4	1	5	0
	Julio	8	5	0	1	1	0	0	0	3
	Agosto	0	0	0	0	0	0	1	6	1
	Septiembre									
	Octubre									
	Noviembre									
La Doctora	Febrero	5	0	1	0	1	0	0	0	0
	Marzo	5	0	0	0	0	0	0	0	1
	Abril	22	2	1	0	1	0	0	1	2
	Mayo	9	0	0	0	4	0	0	0	2
	Junio	9	0	0	1	1				
	Julio	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	Agosto	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Septiembre									
	Octubre									
	Noviembre									
TOTAL		246	45	19	18	58	16	16	33	32

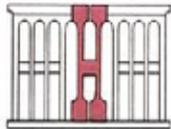
Fuente: Informes Anuales de APS. ESE Hospital Venancio Díaz Díaz.

Tabla 24. Diagnóstico de enfermedades por veredas. 2012

Veredas	Cáncer de Próstata	Cáncer de Cérvix	Cáncer de Mama	Otros tipos de Cáncer	VIH	Enfermedades de transmisión sexual	Enfermedades transmisibles	Otras enfermedades	Cuales
María Auxiliadora	0	0	1	0	5	1	0	3	Dificultad auditiva, infección vaginal, hernia inguinal.
	0	0	0	0	0	0	0	6	Artritis, colesterol, síndrome down, alcoholismo.
	0	0	0	0	0	0	0	0	Rinitis, colesterol.
	0	0	0	0	0	0	0	2	Artritis, reumatoide, hidrocefalia
	0	0	0	0	0	0	0	0	
	0	1	0	0	0	0	0	2	Epilepsia y Glaucoma
	0	0	0	0	0	0	1	0	
Cañaveralejo	0	0	0	0	0	0	0	13	Colesterol, artritis, migraña, vértigo, rinitis, dermatitis, miopía, quistes de ovarios, adenoides, colon, desnutrición.
	0	0	0	0	0	0	0	6	Parálisis cerebral, sinusitis, hernia inguinal, hipoglicemia, apendicitis, colesterol.
	0	0	0	0	0	0	0	3	migraña, rinitis, miomas.
	0	0	0	0	0	0	0	4	Artritis, amigdalitis, alergia en la piel, otitis
	0	0	0	1	0	0	0	8	Colesterol, gastritis, amigdalitis, sobrepeso, rinitis, quistes ováricos, hernia.
	0	0	0	0	0	0	0	3	Colesterol, Rinitis, Artritis
	7	1							
Lomitas	0	0	0	0	0	0	0	10	Rinitis, conjuntivitis, elicobacterpílori, artritis, trombosis cerebral, oídos.
	0	0	0	1	0	0	0	7	Rinitis, triglicéridos, cardiopatías, gastritis, colon, artrosis, epilepsia.
	0	0	0	0	0	0	0	6	Útero, seno poliúístico, rinitis, gastritis, elipobacteria, migraña.
	0	0	0	0	0	0	0	0	
	0	0	0	0	0	0	0	1	Alopecia
	0	0	0	0	0	0	0	3	Reflujo, tiroides, artritis
	3	0							
San José	0	0	0	0	0	0	0	6	Parálisis cerebral, tiroides, hipoglicemia, rinitis, poliomieltis.
	0	0	0	0	0	0	0	7	Hemofilia, epilepsia, hipoglicemia, tromboflebitis, rinitis.
	0	0	1	0	0	0	0	8	Rinitis, migraña. Depresión, epilepsia, hemorroides.
	0	0	1	0	0	0	0	5	Alergias, colesterol, artritis.
	0	1	0	0	0	0	0	3	Migraña, Asma
	0	0	1	0	0	0	0	2	Depresión, Colesterol
	1	0							

Veredas	Cáncer de Próstata	Cáncer de Cérvix	Cáncer de Mama	Otros tipos de Cáncer	VIH	Enfermedades de transmisión sexual	Enfermedades transmisibles	Otras enfermedades	Cuales
Pan de Azúcar	0	1	0	0	1	0	2	19	Hipoglicemia, obesidad mórbida, microcefalia, alcoholismo, piel, ulcera, migraña.
	0	0	0	0	0	0	0	9	Colesterol, rinitis, colon, migraña, lupus herimatoso.
	0	2	0	0	0	0	0	17	migraña, hemorroides, rinitis, quistes mamarios, colon, ulcera varicosa, colesterol.
	0	0	0	0	0	0	0	17	PVH, colon, tumores matriz, triglicéridos, sobrepeso, ansiedad, hipoglicémica, dermatitis, migraña, colesterol, alergias.
	0	0	0	0	0	0	0	15	Colesterol, Colon, Hemorroides, Rinitis, Arritmia cardiaca, Hipoglicemia.
	0	0	0	1	0	0	0	10	Ovarios poliquísticos, Fibrosis hepática, quistes seno. Hipercolesterol, migraña, colon, insomnio, insuficiencia auditiva, artritis, hipoglicemia.
	3	0							
La Doctora	0	0	0	0	0	0	0	6	Triglicéridos, varices, neumonía, colesterol, diabetes.
	0	0	0	0	0	0	0	12	Purpura trombocitopénica, quiste, diabetes, hipoglicemia, celulitis interna, bronquitis, diabetes, colesterol, gastritis, epilepsia.
	0	0	0	0	0	0	0	16	Colesterol, triglicéridos, migraña, tiroides, epilepsia, bipolar, vértigo, derrame, osteoporosis.
	0	0	0	1	0	0	0	18	Colesterol, triglicéridos, migraña, rinitis, alergias, tiroides, diabetes, anemia, tuberculosis, osteoporosis, colon, esquizofrenia, hemorroides.
								4	Artrosis, alergia respiratoria, Migraña, aritmia.
	0	0	0	0	0	0	0	0	
	0	0	0	0	0	0	0	0	
TOTAL	14	6	4	4	6	2	2	251	

Fuente: Informes Anuales de APS. ESE Hospital Venancio Díaz Díaz.

GUÍA DE CAPACITACIÓN	Código: F-AM-022	 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "VENANCIO DIAZ DIAZ" MUNICIPIO DE SABANETA</p>
	Versión: 00	
	Página 1 de 3	

Secretaría o Dependencia: SALUD PÚBLICA	Elaborada Por: DORA CECILIA BARRIENTOS
Temática: Aplicación de talleres en la comunidad por Higiene Oral, APS.	Fecha: 4 de Junio de 2010
<p>Justificación</p> <p>La salud oral es, sin lugar a dudas, un componente esencial de la salud a lo largo de toda nuestra existencia, debido a que tiene un impacto significativo en nuestra calidad de vida porque afecta nuestra habilidad para comer y beber, nos permite mantener una adecuada nutrición, comunicarnos y sonreír. Es por esto, que el programa de APS presta atención a ésta área (salud oral), y lo incluye dentro de las actividades como un elemento importante en la calidad de vida de los individuos, realizando actividades de promoción de la salud oral.</p> <p>Objetivo</p> <p>Mejorar la salud oral de los habitantes del municipio de Sabaneta, promoviendo conocimientos que ayuden en la prevención de enfermedades en la cavidad oral, manteniendo una higiene bucal adecuada, principalmente en grupos poblacionales priorizados en el área rural, que permitan sensibilizar a la comunidad en la práctica de estilos de higiene oral saludables, a través de talleres educativos enfocados a subsanar las principales necesidades de los grupos.</p> <p>Pautas de Procedimiento (Condiciones Generales)</p> <p>Materiales: modelo de enseñanza para el cepillado, ceda dental, gotas reveladoras de placa, videos, portafolio, carteleras y títeres.</p> <p>Competencia profesional en higiene oral idóneo y con experiencia en trabajo con la comunidad.</p> <p>Capacidad de manejo de grupo, motivación y creatividad.</p> <p>Principios éticos como: respeto, responsabilidad, puntualidad, liderazgo y compromiso.</p> <p>Procedimiento:</p> <p>Identificación de los grupos priorizados para capacitación en higiene oral.</p> <p>La identificación de los grupos priorizados se logra a través de solicitudes de madres comunitarias, juntas de Acción comunal e instituciones educativas, entre otros, a las promotoras o directamente a la higienista oral o grupo de APS.</p> <p>Selección de los temas a tratar en el Taller</p> <p>La selección de los temas a desarrollar en los talleres, se define en común acuerdo con los grupos en los cuales se llevará a cabo la actividad de acuerdo a las necesidades en salud observadas; en algunas ocasiones se proponen los temas al grupo y en otras oportunidades el grupo realiza reunión interna para definir el tema.</p> <p>Programación del taller</p> <p>Generalmente la coordinadora del programa de APS o las promotoras, establecen la fecha y la hora para la realización del taller; esta actividad se realiza en compañía de un representante del grupo ya sea por vía telefónica o personalmente,</p>	

según la disponibilidad de ambas partes.

El lugar para realizar el taller usualmente es definido por la comunidad y solo en algunas ocasiones, se sugiere el lugar por el personal de APS, en caso de que el sitio elegido por el grupo no sea apto para desarrollar la actividad.

De acuerdo a lo anterior, la coordinadora del programa establece la fecha, la hora y la higienista oral interviene en el taller educativo.

Planeación del Taller

La higienista oral prepara las ayudas audiovisuales, materiales y metodología a utilizar según el tema a tratar y las características de los asistentes, como: la edad, cantidad de participantes, nivel educativo, intereses, entre otros.

Recolección de Datos de los Asistentes

Mediante la utilización de los formatos establecidos se realiza la recolección de la información y firma de los asistentes al taller educativo.

Realización del taller

- Introducción: uno de los líderes se encarga de preparar al grupo para la actividad a desarrollar, realiza comentarios pertinentes y la presentación del expositor.

- Presentación: una vez inicia el taller, la higienista oral realiza la presentación de los integrantes del programa de APS, que participarán en la actividad, dando a conocer los nombres y cargos correspondientes, así como las actividades realizadas por el programa de Salud Pública y APS.

- Desarrollo del taller: se expone el tema preparado pretendiendo involucrar a la comunidad de manera activa y participativa, generando en ellos la necesidad de cooperación e introyección de la temática trabajada. En la medida en que se va dictando el taller, se van resolviendo las dudas que surgen con respecto al tema.

El taller se diseña de manera lúdica e incluyen dramatizados, canciones, obras de títeres, videos, entre otros, para permitir que la población elabore conocimientos y resuelva inquietudes de manera creativa. En caso de que la población o la temática tratada no permitan utilizar esta metodología, se realiza de manera expositiva.

Resolución de inquietudes y aclaraciones: Al finalizar la presentación se abre un espacio para resolver inquietudes o aclarar aspectos que surgieron en el taller.

Aplicación de la encuesta de satisfacción para talleres

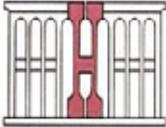
Al finalizar la actividad, se toma una muestra de la población para que realice la evaluación o encuesta de satisfacción, esta encuesta se diligencia por medio de un formato que evalúa aspectos como: el curso del taller y el responsable de la actividad. La Evaluación del curso del taller incluye la coherencia entre los objetivos y el contenido del curso o taller, enfoque y orientación de los temas tratados; mientras que la evaluación del Responsable tiene en cuenta el dominio de los temas, orden, coherencia y claridad en la exposición.

Población Objeto:

Grupos e individuos de las diferentes veredas del municipio de Sabaneta y casos específicos del casco urbano.

Aprobó:

Firma:

GUÍA DE CAPACITACION	Código: F-AM-022	 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "VENANCIO DIAZ DIAZ" MUNICIPIO DE SABANETA</p>
	Versión: 00	
	Página 1 de 4	

Secretaría o Dependencia: SALUD PUBLICA	Elaborada Por: NORMA LISETH DELGADO VILLAMIZAR
Temática: Aplicación de talleres educativos por enfermería, APS.	Fecha: 4 de Junio de 2010
<p>Justificación</p> <p>En los últimos tiempos, el tema de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad ha sido ampliamente difundido en la comunidad con el fin de fortalecer la calidad de vida y de salud de individuos y colectivos. Sin embargo, al hablar de salud en ocasiones se omiten los conocimientos adquiridos previamente por la población, saberes empíricos, saberes transmitidos culturalmente y saberes dados a conocer por personal idóneo en estos temas; es por esta razón que se requiere realizar capacitaciones y talleres educativos por profesionales de Enfermería, ya que por medio de estos, se logra resolver inquietudes, se corrigen practicas inadecuadas, se brindan conocimientos en salud y sobre todo se logra la sensibilización de las personas para que adquieran hábitos saludables.</p> <p>Objetivo</p> <p>Promover conocimientos de salud en la comunidad principalmente en grupos poblacionales priorizados en el área rural del municipio de Sabaneta, que permitan sensibilizar a la comunidad en la práctica de estilos de vida saludables, a través de talleres educativos enfocados a subsanar las principales necesidades de estos grupos.</p> <p>Pautas de procedimiento (Condiciones Generales)</p> <p>Materiales: cartulinas, marcadores, fomi, portafolio, volantes, computador portátil, papel, objetos para estimulación como figuras de colores y que emitan sonidos, entre otros.</p> <p>Competencia profesional en enfermería con énfasis en promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas y de salud pública.</p> <p>Capacidad de manejo de grupo, motivación y creatividad.</p> <p>Principios éticos como: respeto, responsabilidad, puntualidad, liderazgo y compromiso.</p> <p>Procedimiento:</p> <p>Identificación de los grupos priorizados para capacitación en enfermería.</p> <p>La identificación de los grupos priorizados se logra a través de la difusión del programa y oferta de servicios a madres FAMI, líderes comunales, directivos de instituciones educativas, jardines infantiles y hogares comunitarios o por solicitud directa de estas entidades al grupo de profesionales o promotoras del grupo APS.</p> <p>Selección de los temas a tratar en el taller</p> <p>La selección de los temas a desarrollar en los talleres, se define en común acuerdo con los grupos en los cuales se llevará a cabo la actividad de acuerdo a las necesidades en salud observadas; en algunas ocasiones se proponen los temas al grupo y en otras oportunidades el grupo realiza reunión interna para definir el tema.</p>	

Programación del taller

Generalmente, la coordinadora del programa de APS o las promotoras, establecen la fecha y la hora para la realización del taller, esta actividad se realiza en compañía de un representante del grupo ya sea por vía telefónica o personalmente según la disponibilidad de ambas partes.

El lugar para realizar el taller, usualmente es definido por la comunidad y solo en algunas ocasiones, se sugiere el lugar por el personal de APS, en caso de que el sitio elegido por el grupo, no sea apto para desarrollar la actividad.

De acuerdo a lo anterior, la coordinadora del programa establece la fecha, la hora y la enfermera interviene en el taller educativo.

Planeación del Taller

El profesional de Enfermería prepara las ayudas audiovisuales, materiales y metodología a utilizar según el tema a tratar y las características de los asistentes como la edad, cantidad de participantes, nivel educativo, intereses, entre otros.

Recolección de Datos de los Asistentes

Mediante la utilización de los formatos establecidos se realiza la recolección de la información y firma de los asistentes al taller educativo.

Realización del taller

- Introducción: Uno de los líderes se encarga de preparar al grupo para la actividad a desarrollar, realiza comentarios pertinentes y la presentación del expositor.

- Presentación: una vez inicia el taller, el profesional de enfermería realiza la presentación de los integrantes del programa de APS, que participarán en la actividad, dando a conocer los nombres y cargos correspondientes, así como las actividades realizadas por el programa de Salud Pública y APS.

- Desarrollo del taller: se expone el tema preparado pretendiendo involucrar a la comunidad de manera activa y participativa, generando en ellos la necesidad de cooperación e introyección de la temática trabajada. En la medida en que se va dictando el taller se van resolviendo las dudas que surgen con respecto al tema.

El taller se diseña de manera lúdica e incluye: dramatizados, canciones, obras de títeres, entre otros, para permitir que la población elabore conocimientos y resuelva inquietudes de manera creativa. En caso de que la población o la temática tratada no permita utilizar esta metodología, se realiza de manera expositiva.

Resolución de inquietudes y aclaraciones: al finalizar la presentación, se abre un espacio para resolver inquietudes o aclarar aspectos que surgieron en el taller.

Aplicación de la encuesta de satisfacción para talleres

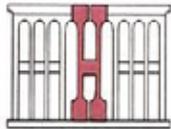
Al finalizar la actividad, se toma una muestra de la población para que realice la evaluación o encuesta de satisfacción, esta encuesta se diligencia por medio de un formato que evalúa aspectos como: el curso del taller y el responsable de la actividad. La evaluación del curso del taller, incluye la coherencia entre los objetivos y el contenido del curso o taller, enfoque y orientación de los temas tratados; mientras que la evaluación del responsable, tiene en cuenta el dominio de los temas, orden, coherencia y claridad en la exposición.

Población Objeto:

Grupos e individuos de las diferentes veredas del municipio de Sabaneta y casos específicos del casco urbano.

Aprobó:

Firma:

GUÍA DE CAPACITACION	Código: F-AM-022	 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "VENANCIO DIAZ DIAZ" MUNICIPIO DE SABANETA</p>
	Versión: 00	
	Página 1 de 4	

<p>Secretaría o Dependencia: SALUD PÚBLICA</p> <p>Temática: Aplicación de visitas educativas Promotoras, Atención Primaria en Salud.</p>	<p>Elaborada Por: LUZ MARY RESTREPO LAURA ALVAREZ BIBIANA OSPINA PAULA ORTIZ SANDRA MIRA CONSUELO CASTAÑO Fecha: 4 de Junio de 2010</p>
<p>Justificación: Uno de los principales temas en los que se requiere acompañamiento en el municipio de Sabaneta, es en el del sector Salud; esta necesidad se evidencia con mayor fuerza en la zona rural del municipio, ya que esta población se encuentra en más alto riesgo, no solo ambiental sino también Psicosocial. Para cubrir esta necesidad, la población rural cuenta con el acompañamiento de la Promotora de Vida, la cual se encuentra en capacidad de brindar educación en temas de Salud tanto física como mental. La familia, en acompañamiento de la Promotora, crea planes educativos en los cuales exponen sus necesidades; para que en el tiempo estipulado, se refuercen conocimientos y se apliquen nuevas estrategias partiendo del conocimiento adquirido que permita prevenir enfermedades de base y mejorar los aspectos familiares y psicosociales de la comunidad específica.</p> <p>Objetivo: Brindar educación para las familias priorizadas mediante visitas periódicas, con el fin de sensibilizar a cada miembro de la familia, logrando cambios positivos en la convivencia y mejorando su salud física y mental.</p> <p>Pautas de Procedimiento (Condiciones Generales) Materiales de apoyo como folletos, carteles, plegables y portafolios. Personal idóneo capacitado, con ética y principios profesionales que permitan el acercamiento a las familias. Conocimiento del perfil epidemiológico de la vereda.</p> <p>Procedimiento: Elaboración de la historia familiar Se realiza visita domiciliaria para detectar el estado físico y emocional de la familia, al igual que el entorno en el cual conviven. Esta información queda recopilada en una ficha familiar que luego es utilizada como base de datos.</p> <p>Priorización de la familia Priorizar las familias vulnerables que requieren un acompañamiento más frecuente por parte del personal de salud, se priorizan según las siguientes condiciones: Domicilios con pisos de tierra. Hacinamiento.</p>	

Domicilios sin alcantarillado.

Familias con menores de 18 años desescolarizados.

Familias en situación de desplazamiento.

Niños menores de 6 meses sin lactancia materna exclusiva.

Niños menores de 5 años con Infección Respiratoria Aguda (IRA) o Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en el último semestre.

Niños menores de 5 años sin atención preventiva odontológica.

Niños menores de 5 años con alteraciones nutricionales.

Niños menores de 5 años con episodios de violencia intrafamiliar.

Niños menores de 5 años con cuadro de vacunación incompleto para la edad.

Niños menores de 12 años que viven solos o pasan la mayor parte del día solos.

Niños menores de 5 años que no están en el programa de crecimiento y desarrollo.

Personas con enfermedades como: cáncer, Infecciones de transmisión sexual, VIH.

Mujeres embarazadas.

Mujeres en edad fértil (de 15 a 45 años) o con vida sexual activa, antes de los quince años sin citología en el último año.

Mujeres menores de 15 años en embarazo o con hijos.

Mujeres en edad fértil o con vida sexual activa antes de los quince años, sin planificación familiar.

Adultos mayores de 45 años con enfermedades Crónicas sin control.

Adultos mayores que viven solos o pasan la mayor parte del día solos.

Elaboración del plan de acción educativo

Realización del plan educativo según las necesidades de la familia, teniendo en cuenta que en cada visita se le dará educación en dos temas de interés para la familia, quedando así un total de tres visitas con 6 temas de educación.

Algunos de estos temas son:

Deberes y derechos en salud

Prevención del cáncer

Manejo y signos de alarma de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) e Infección Respiratoria Aguda (IRA)

Cuidados de la Hipertensión arterial

Cuidados en la Diabetes Mellitus

Planificación familiar

Estos temas se desarrollan a través de charlas, talleres y ayudas didácticas; en algunas ocasiones se deja material informativo relacionado con el tema a tratar en cada visita.

Programación de las visitas Educativas a la Familia

La promotora acuerda con las familias los días y las horas en las cuales se van a programar las visitas de manera que la sea efectiva para ambas partes.

Ejecución del Plan de Acción

De acuerdo al plan de acción elaborado por las familias y habiendo detectado sus necesidades específicas, se realiza la visita domiciliaria con el fin de dar educación en los temas seleccionados previamente.

Población Objeto:

Familias de la zona rural priorizadas con alguna necesidad específica del municipio de Sabaneta.

Aprobó:

Firma:

GUÍA DE CAPACITACION	Código: F-AM-022	
	Versión: 00	
	Página 1 de 3	

Secretaría o Dependencia: SALUD PÚBLICA	Elaborada Por: DIANA VIRGINIA MIRA RAMÍREZ
Temática: Aplicación de talleres educativos por Nutrición, APS.	Fecha: 15 de Junio de 2010

Justificación

La Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad tiene una relación estrecha con los hábitos alimentarios y estilos de vida saludables, ya que la alimentación y aprovechamiento de nutrientes influye directamente sobre la salud de los individuos ya sea como factor protector o desencadenante de enfermedades; debido a esto, es indispensable que se realice educación alimentaria a la comunidad con el fin de generar conciencia de una alimentación balanceada y por ende contribuir a la reducción del riesgo de enfermedad.

Objetivo

Promover conocimientos sobre temas alimentarios en la comunidad principalmente en grupos poblacionales priorizados en el área rural del Municipio de Sabaneta, que permitan sensibilizar a la comunidad en la práctica de hábitos de alimentación saludables, a través de talleres educativos enfocados a subsanar las principales necesidades de estos grupos.

Pautas de Procedimiento (Condiciones Generales)

Materiales: Cartulinas, marcadores, fomi, portafolio, volantes, computador portátil, papel, módulos de alimentos, entre otros.

Competencia profesional en Nutrición con énfasis en promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas y de salud pública.

Capacidad de manejo de grupo, motivación y creatividad.

Principios éticos como: respeto, responsabilidad, puntualidad, liderazgo y compromiso.

Procedimiento:

Identificación de los grupos priorizados para capacitación en Nutrición.

La identificación de los grupos priorizados se logra a través de la difusión del programa y oferta de servicios a madres FAMI, líderes comunales, directivos de instituciones educativas, jardines infantiles y hogares comunitarios o por solicitud directa de estas entidades al grupo de profesionales o promotoras del grupo APS.

Selección de los temas a tratar en el Taller

La selección de los temas a desarrollar en los talleres, se define en común acuerdo con los grupos en los cuales se llevará a cabo la actividad de acuerdo a las necesidades en salud observadas; en algunas ocasiones se proponen los temas al grupo y en otras oportunidades el grupo realiza reunión interna para definir el tema.

Programación del taller

Generalmente la coordinadora del programa de APS o las promotoras establecen la fecha y la hora para la realización del taller, esta actividad se realiza en compañía de un representante del grupo ya sea por vía telefónica o personalmente

según la disponibilidad de ambas partes.

El lugar para realizar el taller usualmente es definido por la comunidad y solo en algunas ocasiones se sugiere el lugar por el personal de APS en caso de que el sitio elegido por el grupo no sea apto para desarrollar la actividad.

Planeación del Taller

El profesional de Nutrición prepara las ayudas audiovisuales, materiales y metodología a utilizar según el tema a tratar y las características de los asistentes como la edad, cantidad de participantes, nivel educativo, intereses, entre otros.

Recolección de Datos de los Asistentes

Mediante la utilización de los formatos establecidos se realiza la recolección de la información y firma de los asistentes al taller educativo.

Realización del taller

- Introducción: uno de los líderes se encarga de preparar al grupo para la actividad a desarrollar, realiza comentarios pertinentes y la presentación del expositor.

- Presentación: una vez inicia el taller, el profesional de Nutrición realiza la presentación de los integrantes del programa de APS, que participarán en la actividad, dando a conocer los nombres y cargos correspondientes, así como las actividades realizadas por el programa de Salud Pública y APS.

- Desarrollo del taller: Se expone el tema preparado pretendiendo involucrar a la comunidad de manera activa y participativa, generando en ellos la necesidad de cooperación e introyección de la temática trabajada. En la medida en que se va dictando el taller se van resolviendo las dudas que surgen con respecto al tema.

El taller se diseña de manera lúdica e incluyen dramatizados, canciones, obras de títeres, entre otros, para permitir que la población elabore conocimientos y resuelva inquietudes de manera creativa. En caso de que la población o la temática tratada no permita utilizar esta metodología, se realiza de manera expositiva.

Resolución de Inquietudes y aclaraciones: Al finalizar la presentación se abre un espacio para resolver inquietudes o aclarar aspectos que surgieron en el taller.

Aplicación de la encuesta de satisfacción para talleres

Al finalizar la actividad, se toma una muestra de la población para que realice la evaluación o encuesta de satisfacción, esta encuesta se diligencia por medio de un formato que evalúa aspectos como: el curso del taller y el responsable de la actividad. La evaluación del curso del taller incluye la coherencia entre los objetivos y el contenido del curso o taller, enfoque y orientación de los temas tratados; mientras que la evaluación del responsable tiene en cuenta el dominio de los temas, orden, coherencia y claridad en la exposición.

Población Objeto:

Grupos e individuos de las diferentes veredas del municipio de Sabaneta y casos específicos del casco urbano.

Aprobó:

Firma:

CAPÍTULO 3 SISTEMATIZACIÓN

1. PRESENTACIÓN

La sistematización de la estrategia APS en el municipio, ha sido propuesta en el marco de la estrategia de la Red Metropolitana de Salud, como una apuesta del Área Metropolitana del Valle de Aburrá, en alianza con la Institución Universitaria ESUMER, el municipio de Sabaneta y la ESE Hospital Venancio Díaz Díaz; cuyo propósito es constituir un ejercicio de gestión del conocimiento que posibilite reflexionar sobre la práctica de atención primaria y reconocer elementos de análisis significativos en pro del enriquecimiento de la estrategia.

La estrategia de APS en el municipio de Sabaneta, ha abordado como elemento central la búsqueda de una mayor salud de las familias, bajo un enfoque de riesgo y de promoción y prevención; en donde se busca un mejoramiento efectivo de la salud, de los habitantes que hacen parte de la estrategia, en el municipio de Sabaneta. Además, ha sido central para la ejecución la evaluación cualitativa y la gestión de la información, como elementos transversales, en donde la promoción y la participación, son igualmente elementos claves de los propósitos establecidos.

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

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

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

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

2. METODOLOGÍA SOBRE LA DOCUMENTACIÓN Y LA SISTEMATIZACIÓN

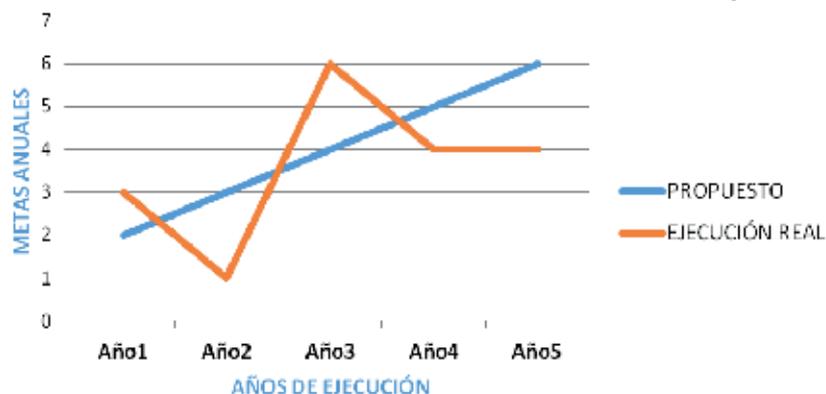
El desarrollo de una estrategia normalmente tiene dos miradas: la que se realiza a partir de los ideales del desarrollo de la estrategia, (la cual normalmente viene dada por las orientaciones de los actores e instituciones proponentes), y la otra mirada, desde los actores que la ejecutan, llevan a cabo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

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

En la gráfica a continuación se ilustra la manera en cómo, normalmente, se desarrollan las dos visiones de una estrategia, en términos de las metas que se espera se cumplan en los años de ejecución de la misma; la línea azul, corresponde a la visión que tienen los 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, la cual corresponde a una visión cíclica y con crisis en años de ejecución del proceso.

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

Gráfico 1. Visiones de Desarrollo de la Estrategia



Fuente: Elaboración propia.

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

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

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

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

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

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

Modelo propuesto:

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

Modelo en escena:

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

Modelo a proponer:

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

Sin embargo, y dado el alcance de la presente sistematización, se tomaron los dos primeros modelos: (propuesta y en escena), para hacer el ejercicio de sistematización, como se describe en el Figura N°1, allí se muestra cómo se realizó un primer **Análisis Crítico de la Información** general, hallada en

los lineamientos de la estrategia de APS; lo que permitió esbozar el **modelo propuesto**, a partir de esta información y realizar, igualmente, un análisis crítico de lo encontrado en la realidad, entendida ésta, como la mirada desde los actores ejecutores y la información encontrada de la experiencia; con lo anterior, se construyó el modelo en escena, a partir de allí, se realizó un **análisis de brechas** de lo encontrado entre un modelo y el otro, lo que permite dar cuenta, finalmente, de los principales **hallazgos** de la sistematización.

Figura 1. Modelo De Sistematización



Fuente: Elaboración propia.

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

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

Según la Real Academia de la Lengua Española, se entiende el proceso de documentación como: "1. Acción y efecto de documentar. 2. Documento o conjunto de documentos, preferentemente de carácter oficial, que sirven para la identificación personal o para documentar o acreditar algo"

Desde un enfoque investigativo, el IRC, define la documentación como:

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

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

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

Cuadro 1. Diferencias entre Sistematización y Documentación

DOCUMENTACIÓN	SISTEMATIZACIÓN	DIFERENCIAS
La documentación da cuenta fiel del desarrollo de la experiencia	La documentación apoya la interpretación del desarrollo de la experiencia	La interpretación de la experiencia
Da cuenta del modelo en escena	Da cuenta del modelo propuesto, en escena y modelo a proponer	Incluye un ámbito más amplio de lo analizado
Los datos estadísticos son importantes	Los datos estadísticos son fundamentales	Los datos estadísticos
La visión de los diferentes actores es opcional, puede dar cuenta solo de una mirada institucional	La visión de los diferentes actores es necesaria para dar cuenta de las diferentes miradas	El papel de los actores
Describe lo ejecutado, da cuenta de una parte del ciclo	Implica un proceso de retroalimentación entre lo planeado y lo ejecutado del ciclo de la experiencia	La retroalimentación del ciclo
Es un apoyo a la gestión colectiva del conocimiento	Se convierte en una herramienta de gestión colectiva de conocimiento	Gestión colectiva del conocimiento

Fuente: Elaboración propia.

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

3. OBJETIVOS

3.1. GENERAL:

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

3.2. ESPECÍFICOS:

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

4. MODELO PROPUESTO: ANALISIS CRÍTICO DE LOS COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA

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

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

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

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

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

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS); los cuales reorientaron la estrategia establecida APS hacia la APSR. En cuanto a los referentes nacionales, se tuvo en cuenta lo estipulado en la Ley 100 de 1993, al igual que el Decreto 3039 de 2007, por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 y la Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se

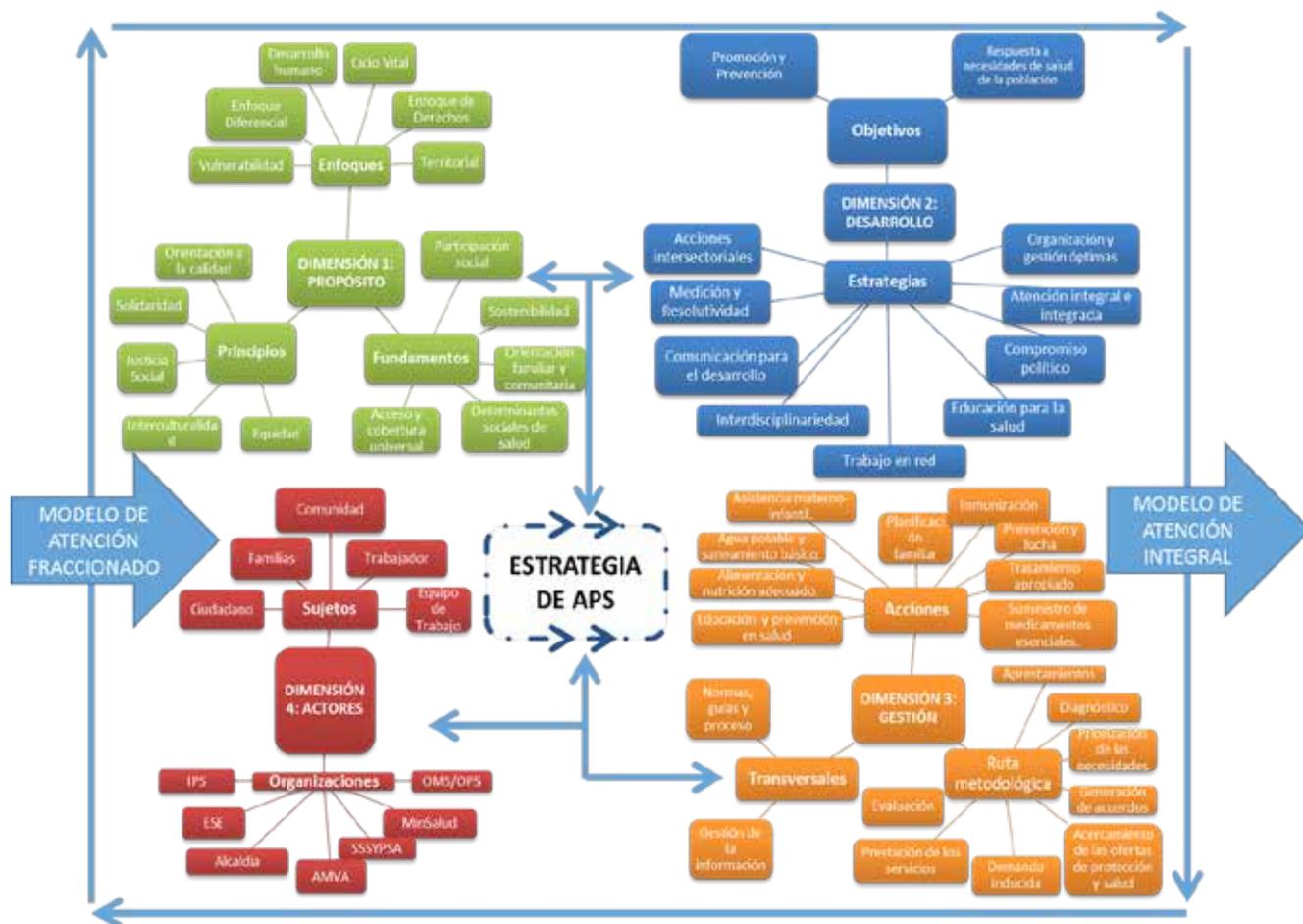
reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Finalmente, a nivel local, se tuvo en cuenta los lineamientos de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (SSSPSA).

Figura 2. Estrategia de Atención Primaria En Salud- APS



Fuente: Elaboración propia.

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



Fuente: Elaboración propia.

IPS: Institución Prestadora de Salud.

ESE: Empresa Social del Estado.

AMVA: Área Metropolitana del Valle de Aburrá.

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

MINSALUD: Ministerio de Salud y Protección Social.

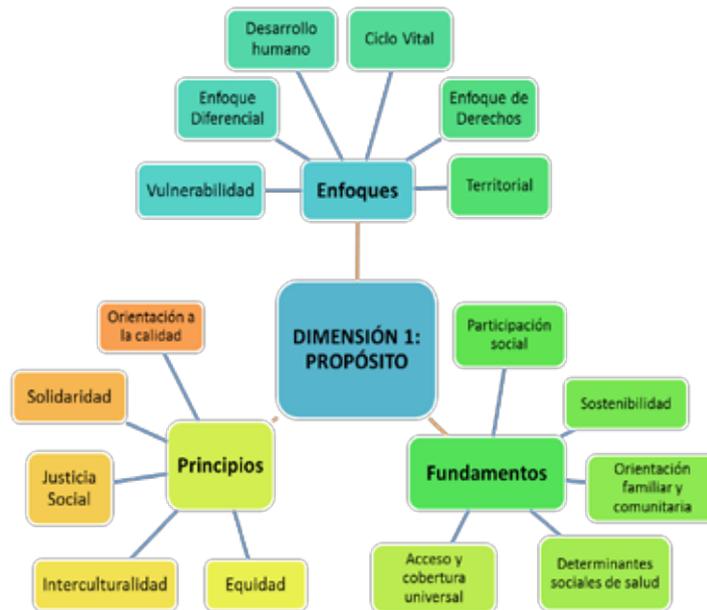
OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

4.1. DIMENSIÓN 1: PROPÓSITO

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

Figura 4. Dimensión 1: Propósito



Fuente: Elaboración propia.

4.1.1. Enfoques

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

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

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

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

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

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

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

4.1.2. Fundamentos

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

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

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

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

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

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

4.1.3. Principios

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

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

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

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

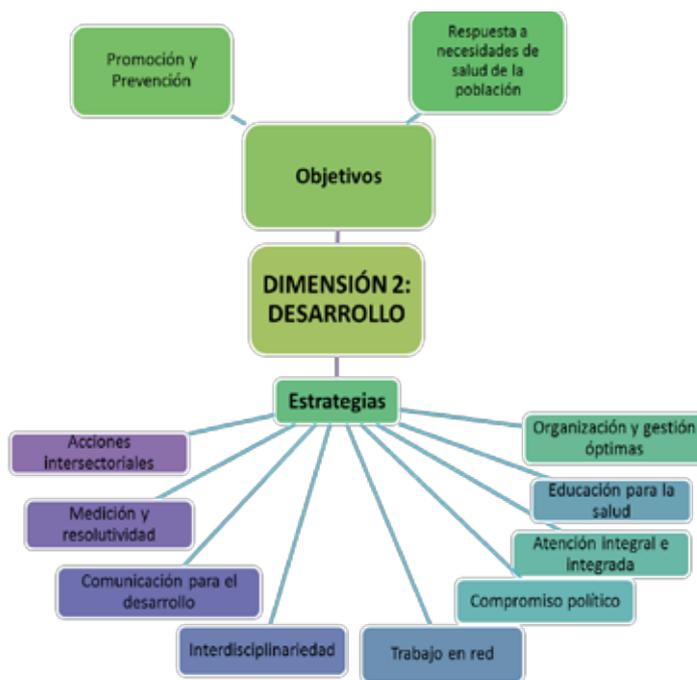
4.2. DIMENSIÓN 2: DESARROLLO

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

Según Tejada:

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

Figura 5. Dimensión 2: Desarrollo



Fuente: Elaboración propia.

Desarrollo

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

4.2.1. Objetivos

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

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

4.2.2. Estrategias/Programas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

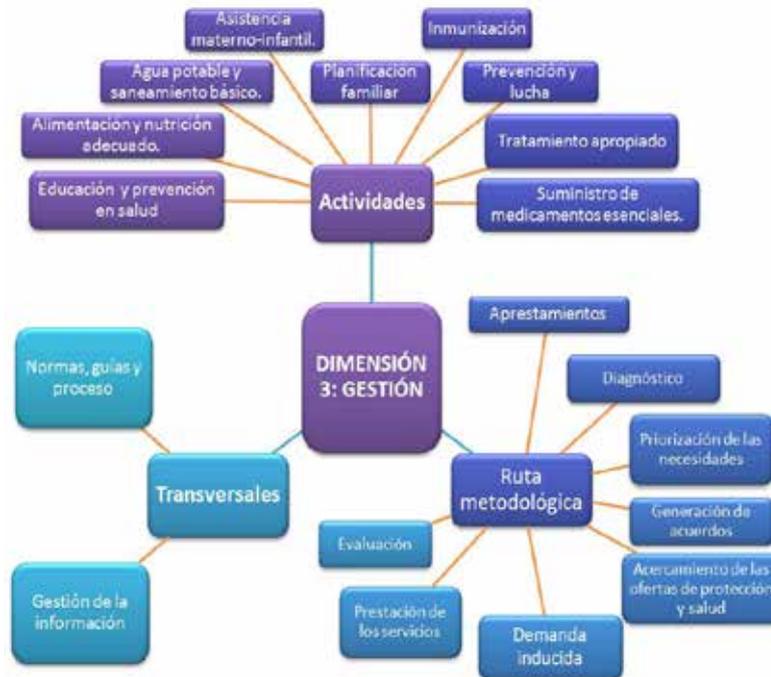
La Medición y Resolutividad de la estrategia APS, son fundamentales como mecanismo de planeación de la estrategia, pues va más allá de las cifras y datos de personal atendido, dando cuenta de lo efectiva y eficaz que es la aplicación de la estrategia en el territorio.

4.3. DIMENSIÓN 3: GESTIÓN

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

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

Figura 6. Dimensión 3: Gestión



Fuente: Elaboración propia.

4.3.1. Ruta Metodológica

La Ruta Metodológica da cuenta del camino común recomendado por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y la SSSPSA (Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia), encontrando como primer momento: **el Aprestamiento**, entendido este como los momentos iniciales a la ejecución de la propuesta y que implica realizar un proceso de análisis de los recursos que se tienen en el territorio para llevarla a cabo y la voluntad política o institucional por parte de las autoridades presentes en el territorio; además, implica la concertación con los actores e instituciones claves presentes en el municipio a favor de disponer los recursos, tanto financieros, físicos, humanos y comunicacionales, para la ejecución de la propuesta.

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

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

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

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

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

La prestación de los servicios, corresponde concretamente, a los servicios de salud o sociales, prestados por los equipos en campo, que llevan a la resolutivez de una necesidad o problemática encontrada en el territorio. Estos últimos tres momentos reseñados, se desarrollan a través de diferentes acciones estratégicas, como pueden ser: visitas familiares, brigadas de salud, encuentros formativos, visitas a lugares de estudio o trabajo entre otros.

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

4.3.2. Acciones

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

Estas acciones son las siguientes:

- **Educación y Prevención en Salud:** consiste en dar al individuo y las comunidades, las capacidades necesarias para su autocuidado.
- **Alimentación y Nutrición Adecuada:** permiten al individuo, el desarrollo apropiado de sus actividades físicas y mentales diarias, para un adecuado estado de salud, así como una alimentación y nutrición correcta, que redundan en la disminución de los factores de riesgo en salud.
- **Agua Potable y Saneamiento Básico:** es uno de los factores clave para la prevención y protección de la salud, en razón que evita la aparición de enfermedades endémicas, como: la diarrea y el paludismo, procurando la conservación de la salud pública en el territorio.
- **Asistencia Materno-Infantil:** como expresión máxima de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, aún constituye un grave tema de salud pública; la cual a través de intervenciones apropiadas y eficaces, en torno a una maternidad sin riesgo y nacimientos seguros, puede no sólo reducir la mortalidad y morbilidad, sino que se contribuye en la mejor condición de salud, calidad de vida y equidad.
- **Planificación Familiar:** entendida esta como el proceso de planeación de la familia, que permite a todos los miembros, tener las condiciones sociales, psicológicas y económicas, para asumir una paternidad y maternidad responsable.

- **Inmunización de las Principales Enfermedades Infecciosas:** la aplicación del 100% de la población en el esquema de vacunación, permite no sólo resguardar la salud del individuo de aquellas enfermedades prevenibles, sino también, la conservación de la salud pública a nivel familiar y comunitario.
- **Prevención y Lucha:** Enfermedades Endémicas Locales: las enfermedades endémicas, son aquellas enfermedades infecciosas que afectan, de forma permanente o en determinados períodos, una región, y que persiste durante un tiempo determinado, afectando un número importante de personas.
- **Tratamiento Adecuado:** el proporcionar un tratamiento adecuado, no sólo garantiza la mejora a las necesidades de salud del individuo y la comunidad; sino además, la óptima utilización de los recursos del sistema de salud. Este debe ser enfocado al cuidado de la enfermedad, pero muy especialmente, a la realización de otras acciones de promoción y prevención en salud, realizando intervenciones acorde a las necesidades de la población.
- **Suministro de Medicamentos Esenciales:** se refiere a la entrega efectiva de los medicamentos, en el momento oportuno, para el tratamiento de la enfermedad; así como, a que sean de calidad y adecuados para ello.

4.3.3. Transversales

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

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

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

4.4. DIMENSIÓN 4: ACTORES

Los actores se pueden clasificar en: Sujetos e Instituciones; donde los sujetos son 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 prácticas alrededor de esta, pero también, “rompimiento” de esos mismos aspectos.

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

Así mismo, la existencia de entidades de carácter público, privadas y mixtas, que son las encargadas de la planificación y ejecución de la estrategia, hacen que se contrapongan sus propios intereses, por el beneficio de la misma (lo ideal).

Sin embargo, la lucha por “el poder”, hace que el proceso de negociación sea constante, para viabilizar las acciones a seguir, en pro del cumplimiento de los objetivos trazados.

Figura 7. Dimensión 4: Actores



Fuente: Elaboración propia.

IPS: Institución Prestadora de Salud

ESE: Empresa Social del Estado

AMVA: Área Metropolitana del Valle de Aburrá

SSSPSA: Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

MINSALUD: Ministerio de Salud y Protección Social

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

4.4.1. Sujetos

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

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

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

4.4.2. Organizaciones

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

Inicialmente, se debe nombrar en el orden internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS), entidad de orden internacional adscrita a la Organización de Naciones Unidas (ONU); organización que nació en el año de 1948 y se responsabiliza de: *“El Liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política, basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales”* Organización Mundial de la Salud (2015).

Es la OMS la que en el año de 1978 hace la declaración de la APS en Alma-Ata; busca promover la Salud Pública y declarar la salud, como un objetivo social sumamente importante; declaración que al día de hoy, sigue teniendo vigencia en términos de que 35 años después, de haber sucedido la declaración, muchos de los propósitos siguen sin cumplirse, aunque han habido avances parciales en algunos temas.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), funciona como oficina regional para los países de América de la OMS; sin embargo, su creación es anterior a esta; la OPS fue creada en 1902, esta organización tiene como misión: *“Liderar esfuerzos colaborativos estratégicos entre los Estados Miembros y otros aliados, para promover la equidad en salud, combatir la enfermedad, y mejorar la calidad y prolongar la duración de la vida de los pueblos de las Américas” Organización Panamericana de la Salud (2015).*

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

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

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

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

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

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

En el Nivel Departamental, se tiene como un actor central: la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (SSSPSA); entidad adscrita a la Gobernación de Antioquia, creada en el 2008 por el Decreto Departamental 2575; entidad que se encarga de definir las metas e indicadores departamentales en los asuntos relacionados con la Salud de los antioqueños, esta entidad en la actualidad y como orientación del Plan de Desarrollo: "Antioquia la Más Educada" 2012 – 2015; tiene dentro de la línea Estratégica 4: Inclusión Social, cinco (5) componentes; en donde el primero se denomina Condiciones Básicas de Bienestar, el cual refiere a la salud como uno de los elementos más importantes en el desarrollo de la población, de esta manera, este componente desarrolla tres programas, siendo el primero: "Antioquia Sana", programa que tiene como marco de referencia todo lo relacionado con la APS R.

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

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

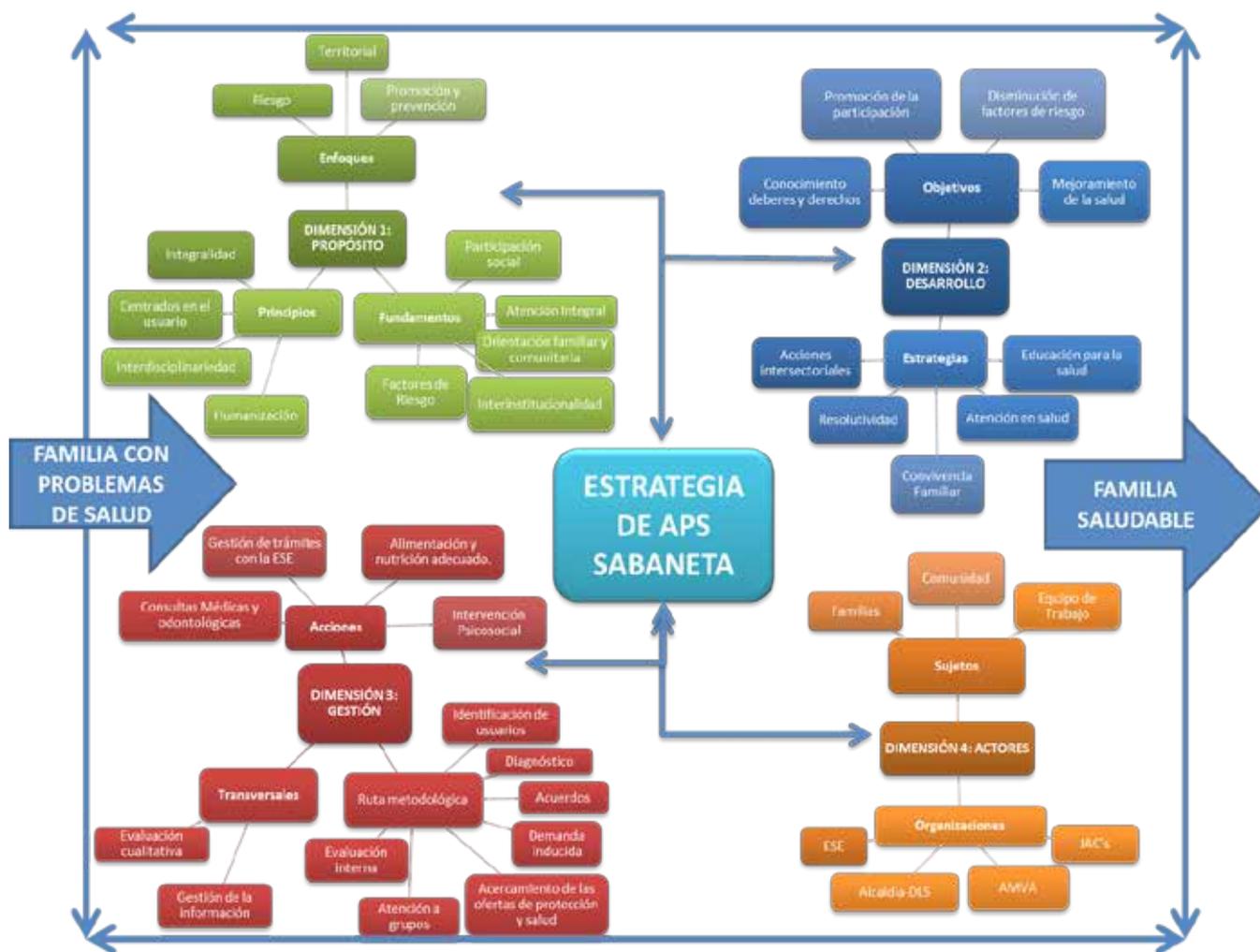
En la ESE, los equipos de promotores responsables del acompañamiento familiar, son los ejecutores de la estrategia en términos del manejo de la información, desarrollo de las actividades y seguimiento de las mismas.

5. ANALISIS DEL MUNICIPIO

En el municipio de Sabaneta, ubicado en el sur del Área Metropolitana, en límites con el municipio de Envigado e Itagüí; la APS tiene antecedentes desde el año 1994, cuando comienza el programa de: “Promotoras de Salud”, por jurisdicción de la SSSPSA. Estas promotoras eran elegidas por elección popular y tenían que cumplir con dos requisitos fundamentales: tener un nivel de escolaridad mínimo de cuarto grado de primaria aprobado y vivir en la vereda para la que se eligiera. Estas promotoras iban a las veredas, hacían campañas de promoción, diligenciaban la ficha de identificación familiar y hacían remisiones de demanda inducida al hospital.

Posteriormente, este programa pasó a manos de la Secretaría de Salud y tuvo un lapso de discontinuidad, siendo retomado a partir del año 2007, aproximadamente; aunque se desarrollaron algunas acciones desde el año 2005, en un proceso con participación del SENA, denominado: “Viviendas Saludables”, donde se seguían los lineamientos establecidos por la Organización Panamericana de Salud. A partir de allí, se han venido cualificando las acciones y ampliando la cobertura de atención, consolidando un modelo de implementación, que hoy es la carta de navegación de la municipalidad en esta materia, identificado a partir de cuatro dimensiones: Propósito, Desarrollo, Acciones y Sujetos.

5.1. DESCRIPCIÓN MODELO EN ESCENA DEL MUNICIPIO DE SABANETA



Fuente: Elaboración propia.

5.1.1. Dimensión de Propósito

La Atención Primaria en Salud -APS- en el municipio de Sabaneta, es concebida como una estrategia que, con orientaciones desde la OMS y la OPS, busca facilitar el acceso de los servicios de salud a la población más vulnerable, más distante y con carencias en el sistema de afiliación y procura promover las diferentes acciones de salud pública, que se van estipulando a través del tiempo. Es una estrategia que lleva la atención a los hogares, estableciendo un vínculo entre la comunidad y el personal de salud que va a las veredas.

La estrategia APS es coordinada por la Dirección Local de Salud, y ejecutada por el Hospital Venancio Díaz Díaz, contando con participación de otras organizaciones del municipio; con el propósito de alcanzar un abordaje integral de la población más vulnerable, superando la atención asistencial de salud, que no había mostrado transformaciones significativas en los indicadores de salud.

Figura 9. Dimensión 1: Propósito



Fuente: Elaboración propia.

5.1.1.1. Enfoques

En el trabajo por lograr esta transformación en Sabaneta, en la primera dimensión del Modelo, denominada: "Propósito", se contienen los enfoques, principios y fundamentos; que orienta la estrategia, a partir de tres enfoques:

El primero se denomina: **Riesgo "Familiar"**, el cual reconoce que la salud está condicionada por una serie de factores del entorno que la ponen en riesgo, entre los cuales, se encuentran determinantes sociales, físicos y económicos; enmarcados en la comunidad, la familia y la persona. El reconocimiento de las causas de la enfermedad, es uno de los insumos básicos de la estrategia APS en el municipio de Sabaneta, de donde se proyectan las estrategias que se consideran más importantes para mejorar las condiciones de vida generales de la población.

El segundo enfoque se denomina: **Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad**. Esta mirada, entiende la APS como una estrategia que debe lograr empoderamiento frente a su responsabilidad en el cuidado de la salud, tanto entre las personas, como en cada uno de sus entornos; para lo cual, se les presenta información asociada de la oferta de salud de las instituciones del municipio, que tienen la particularidad de estar cercanas a la población, lo cual facilita su acceso. Además de ello, se realizan actividades educativas en salud, donde se entregan a las personas y sus familias, contenidos asociados a las prácticas saludables, para que sean puesta en marcha, con los recursos inmediatos disponibles; procurando, bajo este enfoque, ir reduciendo paulatinamente, la atención en los hogares y las comunidades; es decir que, bajo este enfoque, se busca el acercamiento de las personas a las instituciones prestadores de servicios de salud del municipio.

El tercer enfoque corresponde con: lo **Territorial**, a partir de donde se dirige la APS a lo rural, comprendiendo que allí, hay unas dinámicas propias que definen características particulares que determinan patrones comportamentales diferentes; además de presentar una cobertura más limitada, por estar en la periferia del municipio. Es a partir de este enfoque, que el abordaje de la población ha logrado darse en un 100% respecto de lo proyectado.

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

A partir de estos enfoques, se entiende que hay una corresponsabilidad entre la familia y las organizaciones públicas que intervienen los factores determinantes de la salud, por lo que se procura el empoderamiento de sus miembros y de la comunidad en general, a través del reconocimiento de las condiciones de riesgo de su entorno y el compromiso con la transformación de las prácticas desfavorables a la salud; lo que conlleva a la auto-atención de las condiciones básicas mínimas que previenen la enfermedad.

5.1.1.2. Principios Generales

Correspondientemente, los principios generales que dan cuerpo a estos enfoques de la estrategia APS son: **La Integralidad**, es un principio que en la esencia de la APS, presenta una orientación que entiende la importancia de la atención asistencial en las instituciones, para resolver aquellas situaciones que afectan la salud; mas no como la condición única de la salud, puesto que no se entiende ésta como un asunto referido, exclusivamente, al campo de la enfermedad; sino como una condición en la que debe darse ausencia de esta, pero por evitar que surja y no por el resultado de procesos curativos, sin excluir estos últimos. De esta forma, se procura una intervención educativa e informativa en los diferentes aspectos relacionados con la salud, procurando la instalación de los conocimientos básicos necesarios para orientar prácticas saludables y acceso a los sistemas de salud.

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

La humanización es un principio que orienta la APS a partir de la amabilidad y calidez hacia las personas en la oferta de los servicios y el acompañamiento, tanto en lo individual, como en lo familiar; entendiendo que el acercamiento de la salud no se trata sólo de un servicio técnico, sino de un compromiso con la vida y el bienestar, que va más allá de cumplir con un deber requerido, de tal forma que se pueda llegar

a la configuración de espacios de confianza y articulación, donde la corresponsabilidad, permita tejer acciones en favor del bienestar individual y general.

Finalmente, se define que **la atención este centrada en el usuario**, como un principio en el que se asume al usuario y su familia, como el eje central de la atención y el acompañamiento; donde el reconocimiento de sus condiciones particulares, desde su misma experiencia, constituye la materia prima para lograr brindar resolución a su estado biopsicosocial, dado que la atención dirigida, sólo desde conocimiento técnico, no logra reconocer y por tanto, ser efectiva a partir de las particularidades del entorno de la personas.

5.1.1.3. Fundamentos

Como fundamentos de la estrategia APS se tienen: la participación social, atención integral, orientación familiar y comunitaria, interinstitucionalidad, factores de riesgo.

La **participación** es un fundamento central en la APS para el municipio de Sabaneta, dado que se presenta como una forma en la cual, la salud se eleva del individuo y la familia a un nivel comunitario, comprometiéndolos a las vecindades con el desarrollo de prácticas saludables, haciéndolos conscientes de que la salud, no es sólo un asunto individual, sino que cada persona es responsable de su salud y de la de los demás; de donde sea posible que la misma comunidad identifique y demande las acciones necesarias para mejorar las condiciones de salud de su entorno. Es importante registrar que siendo esta una base central, es aún un camino que debe fortalecerse significativamente en el municipio y de manera continuada en el tiempo; que procure seguir avanzando, progresivamente, de una mentalidad individual a una colectiva.

En particular, la existencia de las Juntas de Acción Comunal se tornan en una garantía para mejorar las condiciones de participación en los barrios, procurando herramientas para lograr prácticas saludables, en razón de la confianza que la APS viene generando en las comunidades, registrando casos donde son éstas las que demandan la presencia de la estrategia, lo cual es un logro muy significativo.

Este fundamento se comprende de manera articulada, al de **la Interinstitucionalidad**; donde se define la salud como un aspecto de la vida que no está asociado sólo a las instituciones prestadoras de servicios; sino a todas aquellas que contribuyen a las prácticas y los conocimientos en materia de salud, desde el ámbito político, económico, social, de infraestructura, etc., de donde se hace necesario tejer redes interinstitucionales, para lograr que el tratamiento de la salud, aporte a una intervención integral de las condiciones favorables a una vida saludable de la población; permitiendo generar soluciones a las problemáticas identificadas, siendo estas redes elemento integrador a los proyectos de salud familiar.

Los factores de riesgo, en correspondencia con uno de los enfoques de la estrategia APS, se presentan como una base, que procura comprender que la salud, no se trata sólo de la atención de la enfermedad; sino que está condicionada por factores físicos, sociales y culturales, que ponen en riesgo de enfermedad a los individuos y sus familias, teniendo factores biológicos como son: la exposición a múltiples virus y bacterias, y factores sociales y culturales, que evidencian comportamientos que pueden conducir o favorecer la enfermedad, y que a su vez, facilitan la transmisión de enfermedades y la ocurrencia de accidentes.

Orientación familiar y comunitaria, es un fundamento que aparece como base para la orientación e intervención, que considera la familia y la comunidad, como el eje central para el mejoramiento de las condiciones de salud y la mitigación de riesgos en un entorno específico, superando la visión individualizada de la salud; por lo cual, se trabaja a partir de la información disponible sobre la familia, en complemento con la información de la comunidad, donde el individuo queda integrado al ser parte de estas.

Finalmente, **la atención integral**, es un fundamento que permite comprender la importancia de realizar un abordaje individual, manteniendo unas garantías colectivas, que supera la atención asistencial desarticulada; haciendo consiente al individuo, de que la salud no es sólo un aspecto biológico, sino que depende de una serie de determinantes sociales, que deben ser intervenidos simultáneamente en el entorno de la comunidad, la familia y del individuo mismo; donde sus prácticas sociales e individuales, favorecen o desfavorecen una mejor condición de salud, que pueda sostenerse en el tiempo.

5.1.2. Dimensión de Desarrollo

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

Son cuatro los objetivos de la estrategia APS en el municipio de Sabaneta: disminución de los factores de riesgo, mejoramiento de la de salud, promoción de la participación y conocimiento en deberes y derechos.

Figura 10. Dimensión 2: Desarrollo



Fuente: Elaboración propia.

5.1.2.1. Objetivos

En primer lugar, es un propósito central, **la disminución de factores de riesgo**; dado que parte del hecho y de acuerdo a uno de los fundamentos de la estrategia en el municipio, de que la salud, no se trata sólo de la atención de la enfermedad; la salud está condicionada por factores físicos, sociales y culturales, que ponen en riesgo de enfermedad a los individuos y sus familias. Por tanto, el reconocimiento de las causas de la enfermedad, así como de los factores que pueden proteger a las personas de esta, es un punto de partida fundamental para trazar las acciones estratégicas, que permitan impactar desde diferentes ámbitos, derivando en la mitigación de todas las condiciones identificadas, que vulneran y ponen en riesgo a la población.

En articulación con este objetivo, se tiene un segundo, orientado al: **mejoramiento de la salud**, donde se procura la generación de acciones, que van más allá de la atención de situaciones de enfermedad. Este objetivo busca que la estrategia APS, posibilite generar condiciones de salud en las comunidades, las familias y las personas; que sean promovidas especialmente por ellas mismas, para lo cual se complementa con un tercer objetivo de: **conocimiento en deberes y en derechos de salud**, partiendo del hecho de que debe instalarse, esto es, entregarse y que se apropie, la información, como un pilar para la transformación de comportamientos que vulneran las personas, en razón que el desconocimiento es generador en muchas ocasiones de omisiones o acciones equivocadas; pero que además, hace consciente a las familias y las comunidades de su corresponsabilidad en el cuidado de la salud propia y de su aporte al cuidado de la salud de los demás.

Un cuarto, y último objetivo está orientado a: **promover la participación**, siendo un propósito central que procure la intervención de la comunidad en el proyecto integrando Comunidad-Hospital-Municipio; en el propósito común de transformar las condiciones de vida, mediante la integración de prácticas colectivas saludables.

5.1.2.2. Estrategias

Para lograr con éxito estos objetivos, se vienen implementando cinco (5) estrategias en la ejecución de APS.

Educación para la Salud: pilar fundamental para garantizar los principios de la APS en el municipio. Esta estrategia se traza como un camino eficiente para hacer de conocimiento de las comunidades, las familias y los individuos, la información asociada a las condiciones de salud y las prácticas para su promoción y mantenimiento en las mejores condiciones posibles, evitando favorecer todas las situaciones que pongan en riesgo de enfermedad a uno o más integrantes de la familia, y conduciendo a su empoderamiento, para garantizar mayor autocuidado en las personas.

Atención en Salud: define una intervención y acompañamiento a las comunidades, entendiendo que hay condiciones de mayor prioridad, que deben ser cobijados, para garantizar el bienestar de las familias y sus integrantes; en donde la identificación de condiciones de mayor riesgo, son intervenidas para evitar que el individuo enferme o si ya está enfermo, que pueda tener un proceso de recuperación más exitoso y efectivo. Esta estrategia es acompañada de las **acciones intersectoriales**, que se traza como un camino para la atención de diferentes situaciones que están relacionadas con la salud, pero que no dependen solamente de la atención que los organismos directamente responsables de ésta, puedan prestar; dado que los determinantes sociales de la salud son multidimensionales, lo que obliga

a pensar en la APS como un proceso que involucra diferentes sectores para lograr un mayor impacto en la transformación de las condiciones básicas del entorno inmediato, para prevenir la enfermedad, y garantizar prácticas de salud óptimas.

Así mismo, **la resolutivez**, es una estrategia central que se procura en armonía con estas dos, dado que para el municipio de Sabaneta, la APS no se queda sólo en un nivel preventivo; sino que debe lograr ir más allá en la atención, mediante la gestión de trámites de salud, por intermedio de las promotoras; quienes de acuerdo a la situación presentada, buscan establecer la ruta de atención para lograr la intervención y el tratamiento en las mejores condiciones posibles, a lo cual se hace un seguimiento para garantizar que dicho tratamiento sea efectivo, desde el comportamiento del paciente. Y aunque se han logrado avances significativos, también es un aspecto en el que se registran diferentes dificultades, dado que no todos los actores centrales de la salud, como son IPS y EPS, tienen disposición para integrarse a la estrategia APS.

Finalmente, se tiene el acompañamiento en convivencia familiar, respondiendo al criterio de afectación de la salud por la existencia de conflictos individuales o colectivos, dado que se entiende que los determinantes de la salud no corresponden sólo a las condiciones biológicas, sino también, a las emocionales, determinadas por aspectos de convivencia colectiva al interior de las familias y de éstas, con otras en el ambiente comunitario.

5.1.3. Dimensión de Gestión

Para la puesta en marcha del modelo de ejecución de la estrategia APS en el municipio de Sabaneta, en el marco de la dimensión denominada: "Gestión", se identifican tres aspectos estructurantes: Ruta Metodológica, Acciones, y Transversales; los cuales se dan de manera articulada en el territorio y constituyen los factores visibles por las comunidades y las instituciones.

Figura 11. Dimensión 3: Gestión



Fuente: Elaboración propia.

5.1.3.1. Ruta Metodológica

En primer lugar, se encuentra la ruta metodológica; la cual identifica el paso a paso para la ejecución de la estrategia APS. Para el municipio de Sabaneta, se parte de una acción de **identificación de los usuarios**, la cual se da, principalmente, de dos formas: por un lado, se parte de las bases de datos disponibles en la ESE, en donde se identifican las familias que deben ser intervenidas, porque vienen siendo parte del proceso; para lo cual, se hace una visita a campo, para la actualización de datos. En segunda instancia, a través de estas mismas visitas de actualización de datos, los promotores, siguiendo los criterios establecidos, identifican familias nuevas para ser integradas a la estrategia.

Una vez son identificadas las familias, se procede a la realización de un **diagnóstico**, para lo cual es aplicada una ficha de información familiar, donde se da cuenta de aspectos biológicos, así como de aspectos sociales, culturales y económicos. A partir de este diagnóstico se establecen los factores que deben ser trabajados con cada familia, y más específicamente, con cada integrante; de igual forma, se identifican las gestiones necesarias para atender alguna situación de enfermedad que se padezca en el momento, con lo que se genera un plan de acción del que se derivan acuerdos con cada familia beneficiaria, los cuales consisten en adoptar prácticas de prevención y/o cuidado de situaciones que sean favorables a la salud, haciendo a las familias responsables de su propia condición de salud, sea por la atención o por la búsqueda de los servicios institucionales necesarios para garantizarla.

Además del diagnóstico, se les socializan las **ofertas de protección y salud** por parte de las entidades del municipio, responsables y encargadas de la atención de situaciones de enfermedad; derivándose, de acuerdo a las condiciones específicas de cada familia, un proceso de demanda inducida; el cual, permite la resolutivez de las situaciones detectadas, teniendo que algunas de ellas no están directamente relacionadas con la salud en el campo de lo biológico, pero que sí son aspectos que pueden requerirse para la prestación de un servicio. Esta es una actividad que permite a la población acceder a diferentes tratamientos, que en muchas ocasiones, no se dan, ya sea por desinformación, desconfianza o desmotivación de los usuarios.

Una vez que ha avanzado en las acciones con diferentes familias, se hace una verificación del cumplimiento de los acuerdos establecidos, de donde se hacen los correctivos necesarios o se refuerzan los aspectos que así lo requieran.

Además de la atención familiar, mediante el trabajo de campo, son identificados los grupos de la comunidad que requieran de un acompañamiento de la estrategia, estableciendo relación con los líderes, con quienes se definen las necesidades que permiten trazar un plan de trabajo con cada uno de ellos, para la realización de asesorías. Entre estos grupos se tienen instituciones educativas, hogares infantiles, grupos de tercera edad y Juntas de Acción Comunal, entre otros.

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

5.1.3.2. Acciones

Para el cumplimiento de esta ruta metodológica, se realizan diferentes acciones que permiten hacer el abordaje de la población beneficiaria de acuerdo a los objetivos trazados para la misma. Con base al diagnóstico inicial de las familias, se identifican las necesidades de atención y acompañamiento; a partir de las situaciones de mayor riesgo, se traza un plan de atención, en donde se programa: atención médica, odontológica y asesoría nutricional, cubriendo aspectos biológicos básicos, para la garantía de condiciones de salud idóneas a las condiciones de vida particulares de cada población; así mismo, estos aspectos de la atención, van orientados a la generación de prácticas saludables de autocuidado, donde se le brinda información a los usuarios respecto a las posibilidades que tienen a partir de los recursos disponibles.

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

Una cuarta acción, tiene que ver con: la gestión de trámites para la atención en salud en la ESE; la cual, consiste en vincular a las familias y las comunidades, a los servicios del Hospital Venancio Díaz Díaz; no sólo mediante la socialización de los servicios, sino a través de la gestión de remisiones y atenciones específicas, dadas las situaciones identificadas por parte de las promotoras, lo cual se integra al proceso de las familias, para hacerle seguimiento y verificar la eficacia de la atención en la transformación de las condiciones de vida de las personas atendidas.

5.1.3.3. Transversales

Estas acciones son soportadas en dos acciones transversales, que permiten su articulación y fortalecimiento en el territorio: en primer lugar, aparece la: Gestión de la Información, que en principio se desarrollaba de manera manual; hoy es pilar del acompañamiento desde la identificación de beneficiarios y durante todo su proceso. Hoy se cuenta con dispositivos electrónicos para la recolección de la información de los individuos y sus respectivos grupos familiares, que a través de un aplicativo en plataforma ANDROID, permite consolidar la información de las familias, para lograr un control más efectivo, dado que la información se actualiza permanentemente, permitiendo además remitir la información a la ESE, para realizar acciones pertinentes a las necesidades identificadas por el equipo APS; lo cual, constituye un significativo avance, en la medida en que permite, posteriormente, hacer seguimientos a las intervenciones hechas en cada caso, manteniendo la integralidad en la gestión de la información de las familias y los individuos.

Esta acción cumple el propósito de convertir la estrategia APS en una generadora de datos para la municipalidad, de donde puede derivarse información para la construcción de estrategias de atención pertinente y relevante para la población; por lo cual, se ha venido consolidando esta acción como un eje central de la APS.

Una segunda acción transversal corresponde con la evaluación cualitativa interna, desarrollada de manera permanente, para verificar el cumplimiento de metas de la estrategia e identificar las acciones de mejoras y diseñar los correctivos necesarios. Esta acción de evaluación del proceso, se desarrolla generando información a partir de las actividades realizadas, de donde se sacan valoraciones de resultados frente a lo planeado.

5.1.4. Dimensión de Actores

Figura 12. Dimensión 4: Actores



Fuente: Elaboración propia.

ESE: Empresa Social del Estado

DLS: Dirección Local de Salud

AMVA: Área Metropolitana del Valle de Aburra

JAC: Junta de Acción Comunal

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

5.1.4.1. Sujetos

La familia congrega a los individuos en relaciones de convivencia, además de las de consanguinidad, siendo el escenario primario del comportamiento del individuo; por lo cual, se torna en el sujeto colectivo de interés de la APS en el municipio de Sabaneta, toda vez que a través de su intervención,

se llega al individuo, en razón de que éste es responsable de su salud y a su vez, de la de los demás, (especialmente, de la de los integrantes de la familia). No puede concebirse la APS desde lo individual, toda vez que la familia se muestra como la estructura básica, en la que se generan riesgos, pero así mismo, en la cual se hace más efectivo gestionarlos, teniendo una atención individual, basada en el compromiso con lo colectivo.

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

5.1.4.2. Organizaciones

En un segundo lugar, se identifican las organizaciones, con las cuales logra integrarse la estrategia APS para llevar acciones que mejoren las condiciones de los individuos, las familias y sus entornos; las cuales constituyen un elemento fundamental en el logro de transformaciones proyectadas, dado que cristalizan la idea de que la salud, no es sólo responsabilidad de las organizaciones directamente encargadas de su atención, sino que la salud, es producto de determinantes biológicos, físicos y sociales. Estas organizaciones corresponden a públicas y privadas, evidenciando la articulación inter-organizacional, que se ha ido consolidando en el municipio: Dirección Local de Salud de la Administración Municipal, ESE. Hospital Venancio Díaz Díaz, Área Metropolitana del Valle de Aburrá, Juntas de Acción Comunal.

6. ANÁLISIS DE BRECHAS

El análisis de brechas permite comparar, analíticamente los objetivos, propósitos y apuestas que se plantearon los formuladores, las instituciones responsables, el Área Metropolitana, y todos los demás actores que participaron en la formulación del programa y la puesta en marcha de este; en este análisis, 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.

CUADRO 6. ANÁLISIS DE BRECHAS

MODELO PROPUESTO	REFERENCIA	MODELO ACTUAL	BRECHAS	ACIERTOS
DIMENSIÓN 1: PROPÓSITO				
ENFOQUES				
Vulnerabilidad	Alcaldías		<p>*Un enfoque fundamental de la estrategia, está definido por la promoción de la salud y la promoción de la enfermedad, comprendiendo la APS como una estrategia especialmente educativa, superando lo meramente informativo, en donde se busca instalar los conocimientos básicos en salud, para lograr transformar prácticas desfavorables a la salud en prácticas saludables, relacionados con lo biológico, lo social, lo cultural y lo económico, entre otros aspectos; con lo cual se mejoren las condiciones de vida del individuo, la familia, el barrio, la escuela y la empresa.</p> <p>*Aunque hay una consideración respecto a la priorización de la población de niños, niñas y adultos mayores, la perspectiva desarrollada se orienta a todos los individuos, en una concepción universal de la APS, concibiendo además los derechos como un elemento más de lo operativo.</p> <p>*La consideración de universalidad, proyecta la vulnerabilidad como una característica, más que como un enfoque, haciendo de este elemento un factor más operativo en campo, para priorizar, y no tanto para orientar las acciones.</p> <p>*Para el desarrollo de la estrategia APS, se reconoce la importancia de identificar las particularidades de las familias, lo cual propicie un acompañamiento que responda a las necesidades de cada una de ellas, en garantía de sus derechos individuales, no desde una orientación misional, sino como un aspecto operativo.</p> <p>*Los enfoques definidos para el desarrollo de la estrategia ven en el individuo, la familia y la comunidad: los escenarios fundamentales de su accionar, donde el territorio se torna en un referente de sus condiciones de vida, mas no en una forma de comprender como determinante de la salud, la construcción social del mismo.</p>	<p>*Se concibe la salud como una condición asociada a múltiples factores, más allá de lo biológico; la cual se comporta dentro de un campo de riesgos que deben ser reconocidos para poder comprender las causas de la enfermedad, permitiendo dirigir acciones para su mitigación, y en la medida de lo posible, a su eliminación; lo que conduce a mejores condiciones de vida y por tanto, de salud, mostrando implícito un enfoque de desarrollo humano, mediante la transformación de prácticas que impacten necesidades axiológicas y existenciales de los individuos y sus familias.</p>
Enfoque Diferencial	Gobernación de Antioquia Minsalud - Ley 1438			
Desarrollo Humano	Gobernación de Antioquia			
Ciclo Vital	Gobernación de Antioquia			
Enfoque de Derechos	OPS			
Territorial	Minsalud - Ley 1438			
		Enfoque de riesgos		
		Promoción de la salud y prevención de la enfermedad		

MODELO PROPUESTO	REFERENCIA	MODELO ACTUAL	BRECHAS	ACIERTOS
FUNDAMENTOS				
Participación Social	OPS Minsalud - Ley 1438	Participación Social	<p>*Se comprende como parte de las bases para el desarrollo de la estrategia, el abordaje integral de la salud, en razón de que ésta contempla una multidimensionalidad; es decir, no se relaciona sólo con la atención de la enfermedad, sino que está relacionada a través de condiciones: biológicas, sociales, culturales, incluso políticas; que al ser descuidadas, vulneran las condiciones de vida, afectando la buena salud de las personas e impactando sus entornos familiares y comunitarios. En esta integralidad se concibe de igual forma, que la salud no es responsabilidad sólo de las IPS, sino que es necesario tejer redes con todos aquellos organismos que pueden impactar los entornos de las personas y las comunidades, generando mejores condiciones de habitabilidad y por consiguiente, de vida.</p>	<p>*La participación social aparece como un aspecto fundamental para la concepción de la APS en el municipio de Sabaneta, toda vez que se comprende que en esta estrategia, si bien el individuo es donde se evidenciarán las transformaciones en salud, es su vinculación con el entorno lo que le permitirá la adecuada gestión de factores de riesgo en su entorno, por lo que la familia y la comunidad, son factores clave para que se dé dicha transformación; por ello, el empoderamiento es necesario para comprometer al individuo mismo y su familia, en el cuidado de su salud.</p> <p>* Hay una comprensión de que la salud no se remite solamente a lo biológico, sino que está relacionada con todas las circunstancias que definen la condiciones de vida de las personas, las familias y sus entornos; por lo que orienta las bases de su comprensión e intervención, a partir de los determinantes sociales de la salud, reconociendo las causas de la enfermedad, de acuerdo a la identificación y mitigación de los riesgos generados por el entorno.</p>
Sostenibilidad	OPS			
Orientación Familiar y Comunitaria	OPS	Orientación familiar y comunitaria		
Determinantes Sociales de la Salud	Gobernación de Antioquia Minsalud - Ley 1438, Plan Decenal de Salud Pública	Factores de riesgo		
Acceso y Cobertura Universal	OPS			
		Interinstitucionalidad		
		Atención integral		
PRINCIPIOS				
Equidad	OPS		<p>*La universalidad de la APS se constituye en un aspecto orientador de toda la estrategia, pero que no está expreso en el modelo de manera específica, puesto que el trabajo de los promotores se dirige a todas las comunidades sin distinción sobre criterios específicos, siendo que se ha hecho más difícil abordar a la población urbana.</p> <p>*La orientación a la calidad no se presenta como un aspecto esencial de la estrategia APS, sino más bien como un resultado de lo operativo, lo que puede conducir a resultados más técnicos y menos misionales en esta materia, es decir, la calidad más como un resultado que una orientación.</p> <p>*Se concibe la salud a partir de una comprensión interdisciplinaria, esto es, que no está mediada sólo por asuntos biológicos, sino que se integra a los diferentes ámbitos de la vida social; en la cual, todos los sectores impactan las condiciones que la afecta favorable o desfavorablemente; por ello, su abordaje no puede darse desde un sólo ámbito, toda vez que sería un esfuerzo marginal, sino que debe garantizarse una integralidad, reconociendo la necesidad de intervenir en todos ellos, tornándose esto, en un aspecto esencial para este modelo.</p>	
Interculturalidad	Minsalud - Ley 1438			
Justicia social	OPS			
Solidaridad	OPS			
Orientación a la calidad	OPS			
		Integralidad		
		Centrados en el usuario		
		Interdisciplinariedad		
		Humanización		

MODELO PROPUESTO	REFERENCIA	MODELO ACTUAL	BRECHAS	ACIERTOS
DIMENSIÓN 2: DESARROLLO				
OBJETIVOS				
Promoción de la salud y prevención de la enfermedad	OPS	Conocimiento en deberes y derechos, Disminución de factores de riesgo	*La promoción de la participación se presenta como un alcance de la estrategia, en razón de la comprensión de su importancia en la transformación de los entornos, para lo que la comunidad debe lograr un empoderamiento, reconociendo en materia de deberes y derechos todos aquellos aspectos que ponen en riesgo la salud. Así mismo, se entiende que el fortalecimiento de la participación comunitaria, redundará en el fortalecimiento de las relaciones de la comunidad con la institucionalidad, lo que se convierte en un canal para acercar la salud a las familias y sus integrantes.	*Se comprende que la estrategia se dirige a un propósito que reconozca lo objetivo y lo subjetivo en el acompañamiento y tratamiento de los factores asociados a la salud; además, que la APS debe lograr resultados en los comportamientos preventivos, y no sólo, en la asistencia a la enfermedad. *Aunque se presenta de manera más desagregada, los objetivos propuestos desde la APS de Sabaneta, evidencian una orientación hacia el propósito de dar respuesta a las necesidades de salud de la población, reconociendo en ello factores de riesgo, educativos, de articulación y acceso, que son necesarios considerar, para brindar un acompañamiento integral a la población. *La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, se convierten en un eje que orienta la estrategia metodológica de acompañamiento e intervención con individuos, familias y comunidades; evidenciado la preocupación por lograr un sujeto empoderado, capaz de autocuidado individual y colectivo.
Respuesta a necesidades de salud de la población	OPS	Mejoramiento de la salud		
		Promoción de la participación		
ESTRATEGIAS				
Organización y Gestión Óptimas	OPS		*La interdisciplinariedad es un aspecto que da lugar al propósito de la estrategia APS en el territorio, lo que indica que en comparación con un modelo propuesto, este aspecto corresponde más a lo misional que a lo operativo; es decir, se tiene no como medio, sino como fin. *La evaluación y seguimiento a los procesos desarrollados por la estrategia APS, se conciben como una acción más operativa del proceso de gestión. *Participación comunitaria tiene una concepción de fundamento, esto es, se eleva más a lo misional-orientador, como un sustento de la APS. *La educación para la salud es comprendida en el entorno inmediato de la familia y la comunidad, quedando pendiente la integración de los ambientes educativos y laborales, escenarios de gran importancia en el cuidado de la salud.	*Se proyecta el empoderamiento de los diferentes sujetos, a partir de una estrategia educativa en prácticas y derechos de salud; lo que los hace partícipes, de la garantía de la transformación de los hábitos comportamentales, superando la idea asistencialista propia de la enfermedad. *Se orienta una atención primaria y secundaria, en el marco de una forma de atención a la salud, que supera la idea que corresponde sólo a los servicios que brinde el sistema institucional de salud, sumando los determinantes sociales de la salud como aspectos que deben ser igualmente trabajados, para garantizar condiciones idóneas en la población, a partir de los recursos disponibles en el entorno inmediato y de la capacidad de articulación de los organismos públicos y privados, en función de las necesidades de salud. *El desarrollo de la APS se orienta a partir de la entrega de información y conocimientos en materia de salud, a los individuos, las familias y las comunidades, para lograr su transformación comportamental; lo que se acompaña de gestión en salud, esto es, integra la prevención y la atención como dos aspectos indisolubles en la garantía derechos de salud.
Atención Integral e Integrada	OPS	Atención en salud		
Compromiso Político	OPS			
Educación para la Salud	Minsalud - Ley 1438	Educación para la salud		
Trabajo en Red	Minsalud - Ley 1438			
Interdisciplinariedad	Minsalud - Ley 1438			
Comunicación en Desarrollo	Minsalud - Ley 1438			
Medición y Resolutividad	Minsalud - Ley 1438	Resolutividad		
Acciones Intersectoriales	OPS	Acciones Intersectoriales		
		Convivencia familiar		

MODELO PROPUESTO	REFERENCIA	MODELO ACTUAL	BRECHAS	ACIERTOS
DIMENSIÓN 3: GESTIÓN				
ruta metodológica				
Aprestamiento	SSSPSA Minsalud	Identificación de usuarios		*Se tiene un camino claro para la puesta en marcha de la APS en el municipio, a partir de la identificación y priorización de la atención, sin aplicación de criterios de selección por exclusión, aunque hay una focalización en las veredas. Este camino se corresponde con lo establecido por los organismos y entidades responsables y autoridades en materia de salud, teniendo algunos elementos implícitos que dan cumplimiento a un acompañamiento y atención en salud a la población del municipio, abarcando desde un ámbito educativo, hasta un ámbito de gestión en salud; pasando por aspectos comportamentales y de atención básica; así como de evaluación y seguimiento a los procesos desarrollados, para dar garantía a las condiciones de eficacia y eficiencia que deben cumplirse en la implementación de la APS.
Diagnóstico	SSSPSA Minsalud	Diagnóstico		
Priorización de Necesidades	SSSPSA Minsalud			
Generación de Acuerdos	SSSPSA Minsalud	Acuerdos		
Acercamiento de las Ofertas de Protección y Salud	SSSPSA Minsalud	Acercamiento de las ofertas de protección y salud		
Demanda Inducida	SSSPSA Minsalud	Demanda inducida		
Prestación de los Servicios	SSSPSA Minsalud	Atención a grupos		
Evaluación	SSSPSA Minsalud	Evaluación cualitativa		
ACCIONES				
Prevención y lucha	OMS/OPS Minsalud Gobernación de Antioquia		*Entre los aspectos no abordados por la implementación de la estrategia, se contemplan los medicamentos y agua potable y saneamiento básico. Respecto al primero, se encuentra que no hay alcance directo; no obstante, la gestión en salud realizada por los promotores ante instituciones de salud, aporta a que se cumpla esta acción estratégica de manera indirecta. El segundo aspecto, no aborda directamente, toda vez que en la mayor parte de la población de municipio, este no representa una situación de riesgo considerable en la población urbana y rural cercana, como ocurre de igual forma en los municipios del Valle de Aburrá y otros aledaños, que reciben el servicio de las empresas estatales encargadas de la materia.	*Se implementan acciones que permiten cumplir con los propósitos de la estrategia APS de acercamiento de la salud a la comunidad; a través de estrategias de educación, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención adecuada en diferentes ámbitos biológicos y psicosociales; así como, la promoción de la cultura del autocuidado, entre otros aspectos, inscribiéndose en los propuesto por el modelo establecido por las organizaciones de salud, a nivel internacional, nacional y local.
Tratamiento Apropiado	OPS	Atención médica y odontológica Atención Psicosocial Gestión de trámites con la ESE		
Asistencia Materno-Infantil	OMS Gobernación de Antioquia SSSPSA Alcaldías			
Agua Potable y Saneamiento Básico	OMS			
Alimentación y Nutrición Adecuadas	OMS Gobernación de Antioquia SSSPSA Alcaldías	Alimentación y nutrición adecuadas		
Educación y prevención en salud	OMS/OPS Minsalud Gobernación			
Suministro Medicamentos Esenciales	MinSalud			

MODELO PROPUESTO	REFERENCIA	MODELO ACTUAL	BRECHAS	ACIERTOS
TRANSVERSALES				
Normas, guías y procesos	Minsalud - Ley 1438	Evaluación cualitativa	*Se reconoce que la generación de instrumentos, que permitan normalizar y estandarizar el desarrollo de la APS, es una acción que debe ser fortalecida, especialmente en el ámbito evaluativo, dado que aunque se desarrollan acciones de mejora, aún no se disponen de herramientas totalmente claras que transversalicen el proceso en su totalidad.	*Hay una correspondencia en la generación de herramientas que permiten estandarizar los procedimientos para dar cumplimiento al plan anual definido desde la Dirección Local de Salud, estableciendo acciones de mejora para garantizar una adecuada gestión en cumplimiento de los propósitos de la APS en el territorio. *La gestión de la información es un pilar fundamental en la garantía del acompañamiento y la atención de la población, en razón que de allí se deriva los datos necesarios para identificar, focalizar, priorizar y hacer seguimiento a cada una de las familias. Aunque esta es una de las acciones a ser fortalecidas en el futuro, es un eje central en la concepción de la estrategia APS, en el municipio.
Gestión de la información	Minsalud - Ley 1438	Gestión de la información Identificación de beneficiarios		
DIMENSIÓN 4: ACTORES				
SUJETOS				
Ciudadano	Minsalud		*El ámbito de la empresa y las condiciones laborales, no está contemplado en la implementación de la estrategia APS, aunque es clara su importancia, en la generación de condiciones de salud óptimas en la población.	*El ciudadano no es un actor expreso en la estrategia, pero está contemplado a partir de la familia, como sujeto base de la transformación de las condiciones de vida para el mejoramiento de la salud, de donde el individuo y la familia son los sujetos centrales en la estrategia APS en el municipio de Sabaneta, allí se concentran las acciones de los promotores, a partir del entorno inmediato de estos, quienes no sólo se proyectan desde lo técnico, sino que además, se acercan como apoyo de las familias en diferentes aspectos, generando confianza y credibilidad de los beneficiarios, lo que deriva en una mayor efectividad de las acciones desarrolladas, dado que las familias se empoderan a partir de reconocimiento de la importancia de los comportamientos favorables a la salud, esto es, lo hacen no desde la necesidad, sino desde el convencimiento. *Se reconoce la comunidad como un sujeto central de la estrategia, y con quien se han logrado importantes avances en la generación de confianza, especialmente a través de las Juntas de Acción Comunal, con quienes logran desarrollarse actividades orientadas a los integrantes de los territorios, procurando el acompañamiento, de igual a forma, a grupos sociales como son: los hogares infantiles y los grupos de tercera edad.
Familiar	OMS/OPS Minsalud SSSPSA Alcaldías	Familia		
Comunidad	OMS/OPS Minsalud SSSPSA Alcaldías	Comunidad		
Trabajador	OPS			
Equipo de trabajo	OPS	Equipo de trabajo		

MODELO PROPUESTO	REFERENCIA	MODELO ACTUAL	BRECHAS	ACIERTOS
INSTITUCIONES				
Instituciones Prestadoras de Salud	Minsalud		<p>*La referencia a los organismos orientadores de APS a nivel internacional, nacional y local; corresponde con los lineamientos políticos y normativos seguidos en la implementación de la estrategia en el territorio, pero no como aliados del proceso, a partir de la articulación e intercambio de información u otro tipo de recursos.</p> <p>*Se integran organismos privados y comunitarios a la gestión que no están directamente relacionados con el sector de la salud, haciendo un aporte significativo a las condiciones que favorecen las condiciones de salud de individuos, familias y comunidades.</p>	<p>*El papel de los promotores ha sido fundamental en el acercamiento de la población a los servicios que presta el Hospital Venancio Díaz Díaz; así como algunas organizaciones privadas, con las cuales se logran intervenciones específicas, lo que ha llevado a la gestión de los entornos de las familias, a partir de múltiples intervenciones; así mismo, se logran intervenciones específicas, en situaciones presentadas con los individuos, relacionadas con asuntos directos e indirectos a la salud, que generan condiciones para favorecerla, siendo base y garantía de una cobertura integral.</p>
ESE	Minsalud	ESE Venancio Díaz Díaz		
Alcaldía	Alcaldía	Dirección Local de Salud		
Área Metropolitana del Valle de Aburrá				
SSSPSA				
Ministerio de Salud	Minsalud			
OMS/OPS	OMS/OPS			
		Juntas de Acción Comunal		
		Universidad San Martín		

Fuente: Elaboración propia.

7. HALLAZGOS GENERALES

La prevención y la atención como dos aspectos indisolubles en la garantía de los derechos de salud

La implementación de la estrategia APS en el municipio de Sabaneta, tiene una clara orientación a promover la salud y prevenir la enfermedad, como un pilar clave en el acercamiento de la salud a las personas y sus familias; teniendo en muchos casos población que compromete su bienestar por desconfianza, poca iniciativa, falta de información, subvaloración de los riesgos, entre otras razones; haciendo de esta estrategia una oportunidad para cada uno de los sujetos involucrados en el proceso. Para lograr este propósito, se desarrollan acciones educativas, de atención básica, asesoría médica, odontológica, nutricional, psicosocial, etc., con lo cual se ha pasado de una comprensión asistencial de la salud, a una comprensión del autocuidado, viendo la salud como un ámbito de la vida que está integrado al entorno y no sólo a los centros de atención.

No obstante, se concibe una clara y directa relación entre esta forma de comprender la salud y la atención de las instituciones, desarrollando acciones de atención a personas enfermas y de prevención a personas no enfermas; donde el equipo de promotores cumple un papel fundamental en el acercamiento de la información necesaria y la gestión requerida en cada caso particular, para acceder a los servicios médicos directos, integrando los tratamientos de allí derivados al seguimiento familiar de compromisos y comportamientos necesarios para que estos sean efectivos.

Con esta orientación no sólo se está logrando la transformación de los comportamientos y los entornos de individuos y familias; sino que además, se está garantizando que los tratamientos médicos sean efectivos, dado que se identificó una gran debilidad en la atención de salud, evidenciando prácticas desfavorables tan simples, como no seguir el protocolo de consumo de los medicamentos en un tratamiento, hasta dejar de practicarse exámenes importantes, por tener una concepción de lentitud y “tramitología” para acceder a los procesos de consulta y atención especializada.

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

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

Así, se evidencia que la gestión de la información en todo su proceso de diseño, captura, administración y tabulación; ha sido una de las preocupaciones constantes del municipio, dado que los avances son significativos, llegando en la actualidad a contar con un sistema fundamentado en dispositivos electrónicos de captura de datos y aplicativos de administración, que permite consolidar la información de las familias en plataformas WEB, identificando cada caso, lo que posibilita un seguimiento integral a los procesos desatados con todos sus integrantes; a través de acuerdos, incluso aunque versen sobre la atención en salud; siendo que esto no corresponde directamente a la estrategia. Esta identificación, se apoya en herramientas de geo-referenciación, lo que permite no sólo disponer de información, sino poder administrarlas espacialmente.

Esta preocupación por la información es continua, proyectando actualmente, la necesidad de llevarla a una mayor estandarización de los instrumentos de recolección de información, para la generación de indicadores cuantitativos; los cuales permitan poner a conversar la estrategia APS, con los macro-indicadores del municipio.

Equipo de promotores, aspecto a fortalecer en la estrategia APS

El equipo de promotores, durante las diferentes vigencias administrativas, ha logrado llevar a las comunidades focalizadas los servicios de salud, así como la información educativa y en derechos de salud, entre otros muchos elementos vinculados a las acciones definidas en los planes anuales de implementación; pero es necesario resaltar, que este papel ha logrado trascender el encargo misional para el que fueron creados los cargos, llegando a un nivel de reconocimiento por parte de las familias, dado que se han tornado en referentes de confianza en la administración municipal, para las comunidades en que hacen presencia; lo cual tiene un efecto directo en la eficacia y eficiencia de la estrategia para el municipio, integrando al perfil profesional, un perfil vocacional, en el cual es necesario contar con habilidades no académicas, sino más bien, de índole relacional, para lograr hacer parte del equipo APS.

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

Por esto, si bien la estrategia en sí misma constituye una concepción humana e integral de la salud, es claro que el recurso humano logra traducir esta concepción en acciones, estableciendo un perfil vocacional, además del profesional, que es exigido a los promotores, siendo un aspecto que no queda registrado en los procesos evaluativos en forma directa; pero que debe ser integrado, dado que es una variable de alto impacto en el éxito de la APS.

Lo anterior, es producto de un gran logro para el municipio de Sabaneta, el cual consiste en la continuidad de las personas en el equipo de trabajo; no obstante, esta continuidad está afectada por lapsos de interrupción significativos; es decir, se ha logrado una baja rotación de los integrantes del equipo, durante las diferentes vigencias de la estrategia, pero entre un período y otro, se registran

tiempos de suspensión para una parte de ellos, (en razón de lo administrativo, principalmente); por lo cual, esta situación se presenta como una de sus principales debilidades a ser fortalecidas, toda vez que el equipo de promotores, es la base humana de la estrategia. Aquí, es importante registrar que este fortalecimiento, no sólo debe proyectarse a lograr mayor continuidad del equipo de promotores, sino además, a poder ampliarlo para llegar a una mayor cobertura poblacional.

Consultas sobre diferentes aspectos de salud: muestra de las transformaciones generadas en la población.

Aunque es un aspecto que puede ser registrado en diferentes municipios de diferentes formas, en unos más explícito que en otros; en Sabaneta se resalta la respuesta que han generado las familias intervenidas, a partir de su demanda a la institucionalidad, para el desarrollo de acciones de acompañamiento e intervención en situaciones de salud mental, convivencia, entre otros aspectos no biológicos relacionados con la salud. Esta acción desde la población, se convierte en evidencia de, en primer lugar, un empoderamiento en materia de salud; y en segundo lugar, y como logro fundamental, una comprensión de sus entornos, como todo aquello que condiciona la situación de vida y por tanto de salud, que supera la atención de la enfermedad como referente de la vida sana.

Esta situación que se ha venido presentando con las familias intervenidas, a falta de un sistema de indicadores de impacto estructurado, se convierte en la evidencia del impacto de la APS en la transformación de las condiciones mentales y físicas que orientan las prácticas de las personas, sobre aspectos relacionados, directa e indirectamente, con su condición de bienestar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acevedo, J. (2008). Sistematización de experiencias Proyecto: "Asociación de Medios de Comunicación Ciudadanos y Comunitarios de Medellín - la REDECOM". Medellín: FAONG
- Alcaldía de Sabaneta. (2012). Plan de Desarrollo Municipal Sabaneta 2012-2015 "Sabaneta, una construcción social". Recuperado de: <<http://www.youblisher.com/p/448134-Plan-de-Desarrollo-Sabaneta-2012/>>
- Área Metropolitana del Valle de Aburrá, Institución Universitaria Esumer. (2014). Documentación y sistematización de la estrategia de Atención Primaria en Salud en el municipio de Copacabana. Medellín: Institución Universitaria Esumer
- Área Metropolitana del Valle de Aburrá. (2012). Plan de Gestión 2012- 2015: Pura Vida. Medellín. Recuperado de: [http://www.metropol.gov.co/Planeacion/DocumentosAreaPlanificada/Plan de gestión Pura Vida 2012-2015.pdf](http://www.metropol.gov.co/Planeacion/DocumentosAreaPlanificada/Plan%20de%20gesti%C3%B3n%20Pura%20Vida%202012-2015.pdf)
- Área Metropolitana del Valle de Aburrá. (2013) Acuerdo Metropolitano No. 9: por medio del cual se crea y conforma la Red Metropolitana de Salud. Recuperado de: <http://www.metropol.gov.co/institucional/Paginas/normatividad.aspx?RootFolder=%2FInstitucional%2FAcuerdos%20Metropolitanos%2F2013&FolderCTID=0x012000215D1EBAE409B84FA46D6011E1BEB3C7&View={7725CB75-1531-4A5C-AF50-6171CE864F86}>
- Área Metropolitana del Valle de Aburrá. (2014). Observatorio Metropolitano de Información. Recuperado de: <http://www.metropol.gov.co/observatorio/Paginas/Noticias.aspx>
- Área Metropolitana del Valle de Aburrá. (2012). Plan de Gestión 2012- 2015: Pura Vida. Medellín. Recuperado de: [http://www.metropol.gov.co/Planeacion/DocumentosAreaPlanificada/Plan de gestión Pura Vida 2012-2015.pdf](http://www.metropol.gov.co/Planeacion/DocumentosAreaPlanificada/Plan%20de%20gesti%C3%B3n%20Pura%20Vida%202012-2015.pdf)
- Área Metropolitana del Valle de Aburrá. (2007). Plan Integral de Desarrollo Metropolitano –PIDM– 2008-2020 Hacia la integración regional sostenible. Medellín.
- Colombia. Presidencia de la República. Decreto 2193. Diario oficial 45604. Bogotá, D.C. 8 de julio 2004. Recuperado de < <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=14136>>

- Departamento Administrativo de Planeación Departamental. (2012). Anuario Estadístico de Antioquia -2012. Medellín. Gobernación de Antioquia.
 - Dirección Seccional y Protección Social de Antioquia. (2010). Lineamientos para la promoción de la salud con-sentido humano en Antioquia. Medellín: Universidad de Antioquia.
 - Durana, I. (1984). Estrategias de enseñanza aprendizaje en la APS. Washington: OPS/OMS.
- Echeverry, O. (2011). La atención primaria en salud: una nueva oportunidad. Recuperado de: salud.univalle.edu.co/pdf/plan.../aps_documento_previo_al_foro.
- Gobernación de Antioquia. (2012). Plan de Desarrollo Departamental 2012-2015 "Antioquia la más Educada". Recuperado de: <http://antioquia.gov.co/index.php/component/content/article/228-plan-de-desarrollo-2012-2015/7546-este-es-nuestro-plan-de-desarrollo>
 - Institución Universitaria Esumer. (2013). Propuesta técnica y económica para apoyar la conformación e implementación de la Red Metropolitana de Salud del Valle de Aburrá periodo 2013 – 2015. Medellín: Institución Universitaria Esumer.
 - Jara Holliday, O. (2012). La sistematización de experiencias, práctica y teoría para otros mundos posibles. CEAL- Itermón Oxfam. San José: CEP Alforja.
 - Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Recuperado de: <http://prestadores.minsalud.gov.co/SIHO/>
 - Ley 100 de 1993: Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 41.148. Colombia. Leyes, decretos, etc. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>
 - Ley 1122 de 2007, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Recuperado de: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%201122%20DE%202007.pdf>
 - Ley 1438 de 2011: Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Colombia. Leyes, decretos, etc. Bogotá
 - Ley 1438 de 19 Enero 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema general de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Recuperado de: <https://www.invima.gov.co/images/pdf/normatividad/medicamentos/leyes/Ley%201438%20de%202011.pdf>

- Ministerio de Salud y Protección Social. Gobernación de Antioquia. (2013). Análisis de Situación de Salud: ASIS. Sabaneta. Recuperado de: <<http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/SitePages/Busqueda.aspx>>
- Martínez, S. (2003). Valoración epidemiológica de las actividades de Atención Primaria en Salud. En: Revista Cubana de Medicina General Integral, 19 (1). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000100011
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). Documento Marco de Atención Primaria en Salud en Colombia. Recuperado de: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Atenci%C3%B3n-Primaria-en-Salud-.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012b). Plan Decenal de Salud Pública. Recuperado de: <http://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>
- Municipio de Sabaneta, ESE Hospital Venancio Díaz Díaz. (2008). Informe Anual de la estrategia de Atención Primaria en Salud. Sabaneta: Municipio de Sabaneta
- Municipio de Sabaneta, ESE Hospital Venancio Díaz Díaz. (2009). Informe Anual de la estrategia de Atención Primaria en Salud. Sabaneta: Municipio de Sabaneta
- Municipio de Sabaneta, ESE Hospital Venancio Díaz Díaz. (2010). Informe Anual de la estrategia de Atención Primaria en Salud. Sabaneta: Municipio de Sabaneta
- Municipio de Sabaneta, ESE Hospital Venancio Díaz Díaz. (2011). Informe Anual de la estrategia de Atención Primaria en Salud. Sabaneta: Municipio de Sabaneta
- Municipio de Sabaneta. (2012). Plan de Desarrollo Municipal Sabaneta 2012-2015 "Sabaneta, una construcción social". Recuperado de: <http://www.youblisher.com/p/448134-Plan-de-Desarrollo-Sabaneta-2012/>
- Municipio de Sabaneta. (2014). Análisis situacional de Salud del municipio de Sabaneta. Sabaneta: Alcaldía de Sabaneta
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Acerca de la OMS. Recuperado de: <http://www.who.int/about/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Recuperado de: www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (1997). Conferencia Internacional de Yakarta. Recuperado de: www.promocion.salud.gob.mx/dgps/.../5_Declaracion_de_Yakarta.pdf

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado de: http://www.who.int/social_determinants/es/
- Organización Mundial de la Salud, UNICEF. (1978). Atención Primaria de Salud. Informe de la conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata, URSS, 6-12. Septiembre de 1978, Organización Mundial de la Salud. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C.
- Organización Panamericana de la Salud. (2015). Visión, misión y valores. Recuperado de: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=92:vision-mision-y-valores
- Pardo, A.; Ángel, M. (2005). Análisis de datos con SPSS 13 Base. McGraw Hill. Madrid.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2014). ¿Qué es el Desarrollo Humano? Recuperado de: <http://www.pnud.org.co/sitio.shtml?apc=i1-----Gs=aGm=aGe=AGc=02008#.U1CE6PI5M1Y>
- Real Academia Española. (2014). Diccionario de la lengua española [Dictionary of the Spanish Language] (22nd ed.). Madrid.
- Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. (2014). Recuperado de: www.dssa.gov.co
- Sigerist, H. (1991). Qué es la Promoción de la Salud. Organización Panamericana de la Salud: Washington
- Whitehead, M. y DAHLGREN, G. (2006). Levelling up (part 2). World Health Organization: Copenhagen.

