

## Red Metropolitana de Salud

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

# Documentación y Sistematización Estrategia Atención Primaria en Salud en el Municipio de Barbosa

Red Metropolitana de Salud

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







**Documentación y Sistematización**  
Estrategia Atención Primaria en Salud  
en el Municipio de Barbosa

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

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

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

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

Hernando Alonso Cataño Vélez, **alcalde del Municipio de Barbosa**

### **Equipo de trabajo**

Profesionales, técnicos y auxiliares de la ESE Hospital San Vicente de Paúl y la Secretaría de Salud del Municipio de Barbosa

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

### **Interventoría AMVA**

Raúl Cano Jaramillo, Profesional Contador

### **Coordinación de la publicación**

Oficina Asesora de Comunicaciones del Área Metropolitana del Valle de Aburrá  
Centro de Investigaciones y Prospectiva Institución Universitaria Esumer

### **Diseño Gráfico**

Centro de Investigaciones y Prospectiva Institución Universitaria Esumer

### **Impresión**

LIBRO ARTE

### **Primera edición**

Julio de 2014, Medellín

### **Nota de derechos reservados**

Prohibida la reproducción parcial o total de esta publicación sin autorización por escrito del Área Metropolitana del Valle de Aburrá. Para utilizar información contenida en ella se deberá citar la fuente.

## PRESENTACIÓN

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

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

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

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

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

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

**CARLOS MARIO MONTOYA SERNA**  
Director

<b>Capítulo 1 Documentación</b>	<b>9</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>10</b>
<b>2. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>12</b>
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>13</b>
3.1. OBJETIVO GENERAL	13
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
<b>4. METODOLOGÍA</b>	<b>14</b>
<b>5. CONTEXTUALIZACIÓN</b>	<b>15</b>
5.1. UBICACIÓN	15
5.2. POBLACIÓN	15
5.3. ECONOMÍA	16
5.4. CULTURA	16
5.5. ASEGURAMIENTO EN SALUD 2013	16
<b>6. ANTECEDENTES</b>	<b>17</b>
<b>7. MARCO NORMATIVO</b>	<b>21</b>
<b>8. ESTRATEGIA EN EL TERRITORIO</b>	<b>23</b>
8.1. DEFINICIÓN	23
8.2. ALCANCE	25
8.3. RECTORÍA - PLANEACIÓN COMO SE HA REALIZADO APS FORMULACIÓN	29
8.4. ENFOQUE	38
8.5. RUTA METODOLÓGICA	39
8.6. ESTRUCTURA PARA EL FUNCIONAMIENTO	40
8.6.1. CONVENIO - CONTRATO	40
8.6.2. EQUIPOS BÁSICOS	42
8.6.3. FUNCIONES	42
8.6.3.1. FUNCIONES DE LA SECRETARÍA DE SALUD (DLS)	42
8.6.3.2. FUNCIONES DEL PERSONAL QUE REALIZA LA VISITA FAMILIAR	42
8.6.3.3. FUNCIONES DEL PERSONAL QUE REALIZA EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS	43
8.7. PUBLICACIÓN OBJETO (CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN EN EL TERRITORIO)	44
8.8. COBERTURA	45
8.9. ÁMBITOS DE ACCIÓN (ENTORNOS)	48
8.10. PRIORIDADES (LÍNEAS DE ACCIÓN)	49
8.11. RUTA DE ATENCIÓN	49
8.11.1. PARA LA COMUNIDAD	50
8.11.2. POR SECTOR	51
8.12. COMPONENTE INTER E INTERSECTORIAL	52
8.13. COMPONENTE DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA	52
8.14. SISTEMA DE INFORMACIÓN	52
8.15. RECURSOS (FINANCIEROS, HUMANOS Y LOGÍSTICOS)	53
8.15.1. RECURSO HUMANO Y FINANCIERO	53
8.16. INDICADORES	53
8.17. RESULTADOS (LOGROS)	53

<b>CAPÍTULO 2 SISTEMATIZACIÓN</b>	<b>59</b>
<b>1. PRESENTACIÓN</b>	<b>60</b>
<b>2. METODOLOGÍA SOBRE LA DOCUMENTACIÓN Y LA SISTEMATIZACIÓN</b>	<b>61</b>
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>66</b>
3.1. OBJETIVO GENERAL	66
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	66
<b>4. ANÁLISIS CRÍTICO DE LOS COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA</b>	<b>67</b>
4.1. DIMENSIÓN DE DESARROLLO	69
4.2. DIMENSIÓN ESTRATÉGICA	69
4.3. DIMENSIÓN DE GESTIÓN	70
4.4. DIMENSIÓN DE ACTORES	71
<b>5. MODELO PROPUESTO</b>	<b>72</b>
5.1. DIMENSIÓN 1: DESARROLLO	73
5.1.1. ENFOQUE	73
5.1.2. FUNDAMENTOS	74
5.1.3. PRINCIPIOS	75
5.2. DIMENSIÓN 2: ESTRATÉGICA	76
5.2.1. OBJETIVOS	77
5.2.2. ESTRATEGIAS	77
5.2.3. ACCIONES ESTRATÉGICAS	78
5.3. DIMENSIÓN 3: GESTIÓN	79
5.3.1. RUTA METODOLÓGICA	80
5.3.2. ACTIVIDADES	81
5.3.3. TRANSVERSALES	82
5.4. DIMENSIÓN 4: ACTORES	83
5.4.1. SUJETOS	83
5.4.2. INSTITUCIONES	84
<b>6. ANÁLISIS DEL MUNICIPIO DE BARBOSA</b>	<b>87</b>
6.1. GENERALIDADES DEL MUNICIPIO DE BARBOSA	87
6.2. DESCRIPCIÓN MODELO EN ESCENA DEL MUNICIPIO DE BARBOSA	91
6.2.1 DIMENSIÓN DE DESARROLLO	91
6.2.2. DIMENSIÓN 2: ESTRATÉGICA MUNICIPIO DE BARBOSA	94
6.2.3. DIMENSIÓN 3: GESTIÓN MUNICIPIO DE BARBOSA	96
6.2.4. DIMENSIÓN 4: ACTORES - MUNICIPIO DE BARBOSA	99
<b>7. ANÁLISIS DE BRECHAS</b>	<b>101</b>
<b>8. HALLAZGOS GENERALES</b>	<b>108</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>111</b>

# Capítulo 1 Documentación

## 1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud -OMS define el sistema de salud como la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud de la población (1). La mayoría de los sistemas de salud nacionales comprenden el sector público, privado, tradicional e informal. Sus cuatro funciones principales son: la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión (2).

La Ley 100 de 1993 estableció el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia -SGSSS, cuyo objeto es garantizar los derechos irrenunciables de las personas y comunidades, generando las condiciones de acceso en todos y cada uno de los niveles de atención, para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la podrían afectar (3).

La Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud es una estrategia para garantizar los derechos de los ciudadanos tiene como propósito mejorar la salud de la población, mejorar la calidad de los servicios en salud brindar la accesibilidad con un modelo administrativo orientado hacia el aumento de coberturas, la efectividad del servicio, la competitividad en el medio y la racionalización del recurso (4).

La implementación de la estrategia Atención Primaria en Salud (APS) en el Sistema de Salud es entendida como la asistencia sanitaria basada en métodos y tecnologías sencillas, científicamente fundamentadas y sencillamente aceptables, que estén al alcance de los individuos, familias y comunidad (5). Se implementa con el fin de ampliar la accesibilidad a los servicios de salud, elevar la calidad, facilitar la integración de la atención, racionalizar los costos y hacer partícipe a la comunidad (6).

En el Municipio de Barbosa desde los años 80 aproximadamente, la estrategia de APS comienza a implementarse según lineamientos de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia (DSSA), coordinado por el Hospital público y financiado con recursos departamentales, para desarrollar acciones de promoción y prevención, por promotores de salud de las diferentes veredas del Municipio entrenadas con capacidad resolutoria, dentro de sus funciones también estaba realizar censos poblacionales y demanda inducida en zona urbana, Las intervenciones se clasificaban de acuerdo al riesgo familiar y poblacional, en riesgo alto o riesgo bajo; generándose un diagnóstico de la situación de salud de cada una de las veredas. Luego se formaron equipos denominados ECODES (Equipo Comunitario de Salud) conformados por personal interdisciplinario de salud y sanitario (Medico, odontólogo, enfermera, auxiliar de enfermería, vacunadores, higienista,

saneamiento Ambiental, psicólogo, nutricionista y promotor de salud), buscando mayor calidad en la contribución a la solución de las necesidades de la población. Dicho equipo hacia los años 90 y debido a cambios legislativos desaparecen y quedan nuevamente solo las promotoras de salud realizando actividades de demanda inducida, búsqueda de susceptibles y actividades de vacunación principalmente.

A partir del año 2008 el plan territorial de salud en el eje de salud pública se desarrollan las acciones de promoción de la salud y calidad de vida con el enfoque de Atención Primaria en Salud con recursos departamentales y municipales del sistema general de participaciones, en donde se hace selección y priorización de la población a ser intervenida, a partir de diagnósticos municipales, teniendo en cuenta accesibilidad a los servicios e indicadores de importancia.

En el año 2013 la E.S.E Hospital San Vicente de Paúl, evidencia la necesidad de realizar un trabajo más articulado y decide comenzar a formular un modelo de prestación de servicios basado en Atención Primaria en Salud.

## 2. JUSTIFICACIÓN

La conferencia internacional sobre APS, reunida en Alma Ata (Unión Soviética) en Septiembre de 1978, definió como acción urgente por parte de los gobiernos, personal de la salud y la comunidad mundial proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo. Se pretendía lograr que la salud adquiriera el carácter de derecho fundamental y así obtener el logro más alto posible de salud como objetivo social en todo el mundo, con la intervención de todos los sectores sociales y económicos de salud (7).

En Colombia, a los 18 años de instalado el SGSSS, se hace prioritario que éste corrija la inequidad, la exclusión social y el déficit de cobertura de los servicios y garantice el derecho a la salud, respondiendo de manera integral a las necesidades de la población y brindando un impacto más contundente en la situación de salud de la población y sus determinantes.

Esta búsqueda por un nuevo sistema de salud conduce necesariamente a nuevos enfoques conceptuales, metodológicos y la adecuación de sus servicios; en última instancia, a desarrollar modelos de atención debidamente asentados en los pilares básicos del desarrollo social y le permitan a la población el mayor disfrute de la vida (8).

La implementación del modelo de Atención Primaria en Salud es de suma importancia ya que permite involucrar de manera integral a los actores del sistema: prestadores, usuarios, familias y entorno, partiendo del análisis del contexto socio-familiar y los factores de riesgo que afectan de manera directa e indirecta la salud de la población (9).

## 3. OBJETIVOS

### 3.1. OBJETIVO GENERAL

Documentar la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud en el Municipio de Barbosa, Antioquia, 2008 - 2013.

### 3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer los objetivos, metas y actividades que se definieron para la implementación de la estrategia de APS en el Municipio de Barbosa, entre 2008-2013.
- Referir los recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros empleados para la implementación de la estrategia de APS en el Municipio de Barbosa, en el periodo 2008-2013.
- Georreferenciación de las familias beneficiadas con la implementación de la estrategia APS en el Municipio de Barbosa, en el periodo 2008-2013.
- Describir los principales logros, limitaciones y dificultades resultantes en la implementación de la estrategia de APS en el Municipio de Barbosa, en el periodo 2008-2013.

## 4. METODOLOGÍA

Se realizó una investigación documental, la cual consiste en realizar una recolección, selección y análisis de la información que existe en el Municipio de Barbosa, sobre la implementación y ejecución de la Atención Primaria en Salud a través del tiempo, con el fin de generar un documento escrito y consolidado de la estrategia en el Municipio.

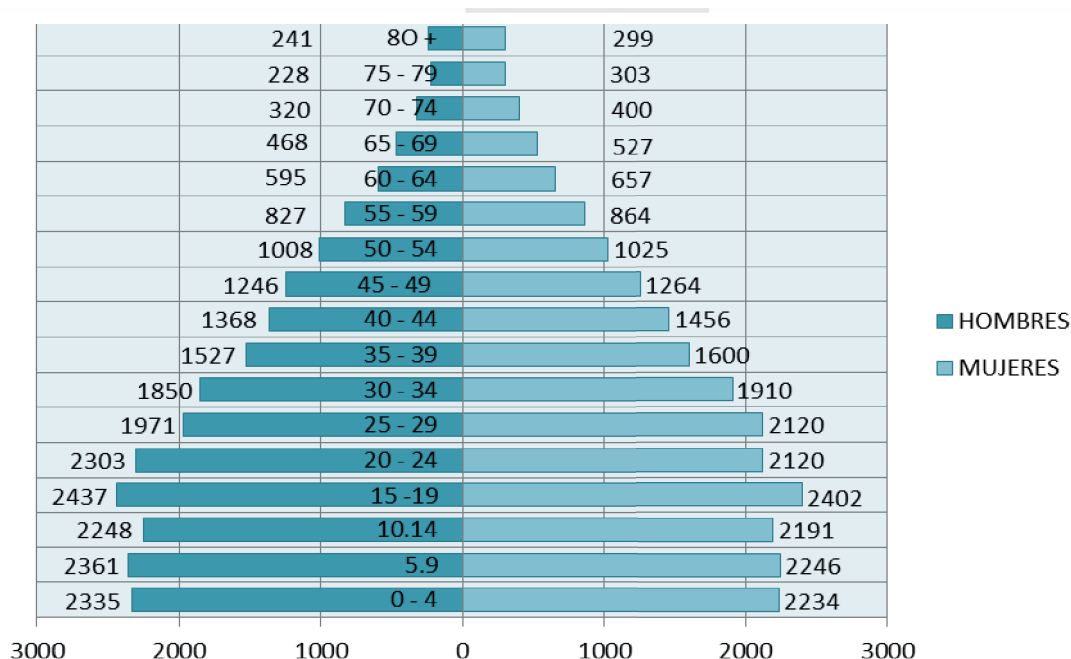
La recolección de la información se obtuvo por medio de fuentes primarias y secundarias; mediante fuentes primarias: se realizó un grupo focal en el cual participaron 3 personas (2 técnicas en salud pública y 1 Auxiliar de enfermería) que trabajaron como promotoras de salud desde los inicios de la estrategia en el Municipio, en cuanto a las secundarias: Se realizó la revisión de los registros de años anteriores, archivados en la Subsecretaría de Salud, de los cuales solo se encontró evidencia a partir del año 2008; también se revisó de la información contenida en el software SIMAPS de los años 2011 y 2012.

## 5. CONTEXTUALIZACIÓN

**5.1. UBICACIÓN:** El Municipio de Barbosa está situado al norte de la ciudad de Medellín, en el Valle de Aburrá, una de las nueve regiones en las que se divide cultural y geográficamente el Departamento de Antioquia. Se conoce como la puerta de entrada al Valle de Aburrá por el norte de la región metropolitana. (10)

Limita al oriente con el Municipio de Santo Domingo, al occidente con el Municipio de Girardota, al norte con el Municipio de Don Matías y al sur con los municipios de Concepción y San Vicente. (10)

**5.2. POBLACIÓN:** Tiene una Población de 46.951 habitantes según reporte del DANE a Marzo de 2011. (10)



Fuente: DANE marzo de 2011

**5.3. ECONOMÍA:** La base de su economía en la actualidad es la industria, entre las que figuran 80 grandes empresas de actividades de manufacturas, cartón, papeles finos, textiles, químicos, alimentos, confecciones como: Papelsa, Colombiana Kimberly Colpapel, Tejicondor, Andercol, Líquido Carbónico, Cryogas, Tinturas y Telas, Avícola Marruecos, Super Pollo Paisa, Cárnicos del Norte, entre otras. En el sector agrario se están fomentando como productos alternativos la caña, el café, las naranjas y productos de pan, como el maíz, la yuca, el plátano y el frijol; la piña aún se produce pero en menor escala, debido al traslado que tuvo este producto por la compra de fincas que fueron convertidas para el recreo y el descanso. (10)

**5.4. CULTURA:** Se resalta La Piña como un símbolo muy ligado a los barboseños, la cual se ha empleado tradicionalmente para representar a Barbosa en importantes eventos de carácter departamental y Metropolitano. En honor a ella se celebra en el Municipio la ya famosa Fiesta de la Piña (10)

**5.5. SEGURAMIENTO EN SALUD 2013:**

Régimen subsidiado: 18.143

Régimen contributivo: 18.650

## 6. ANTECEDENTES

En 1978, apareció la declaración de Alma Ata, carta de formalización de la APS en el mundo. Allí fue reconocida por los líderes mundiales como una estrategia que recoge el pensamiento de salud para todos los pueblos en su universalidad humana. En este año, con Alma Ata se estableció la meta 'Salud para todos en el año 2000' (8).

En los años 80, se fortaleció el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud-SILOS- como estrategia para la APS y se renovó la participación en salud. Para los años 90, se generaron globalmente, reformas en los diversos sistemas sociales, incluyendo el de salud, liderado por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (8).

A partir de 2003, se estableció un escenario de reflexión sobre el impacto de los indicadores de la salud pública y la persistencia y vigencia mundial de los determinantes sociales, culturales y políticos que intervienen el proceso salud y enfermedad de los colectivos; se repensó la APS como estrategia para enfrentar los desafíos sobre el futuro de la salud en las Américas (8).

Para el año 2005, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS, promueven la atención primaria renovada como eje para la organización de los sistemas de salud, esta posición se ratifica con el informe de la salud en el mundo de 2008. 'La atención primaria en salud más necesaria que nunca' (8).

En el mismo año 2008, en el ámbito departamental, se identificó tiempo perdido para la salud pública y se reconocieron las bondades de la APS como la estrategia por excelencia para lograr las metas del Pacto por la Salud Pública de Antioquia. Así, surgió en la Dirección de Salud Pública de la Dirección Seccional de Salud y Protección Social y la Gobernación de Antioquia, la iniciativa de impulsar la APS Renovada con promotores y promotoras de la vida (8).

Desde el año 2010 el Departamento de Antioquia, la APS es una realidad en 63 municipios, esto ha sido posible por el compromiso y el esfuerzo que han asumido los municipios y el departamento para hacer una inversión conjunta y mantener una relación de esfuerzos con la asesoría y asistencia técnica de un grupo de profesionales vinculados a la SSSA, a las administraciones municipales, docentes y contratistas de la Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería y de la Empresa Cooperativa de Servicios de Educación y Salud-ECOSESA (8).

La decisión política en el departamento de Antioquia se basó en criterios técnicos. El diseño de los planes de acción partió de identificar las condiciones de pobreza e inequidad y de diagnosticar la situación de salud y nutrición, para mejorar las acciones de cambio y generar una nueva cultura

con sentido social. Basar las decisiones políticas en criterios técnicos favoreció en gran medida la implementación de la estrategia en los municipios, pues la evidencia técnica argumentó a favor de la necesidad de programas y acciones (11).

La APS Surgió nuevamente en la Ley 1438 de 2011, como integrante tanto del SGSSS, del que constituye la función central y núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad (12). La APS representa el primer contacto que tienen los individuos y su familia con el sistema de salud, en la medida que permite llevar los servicios de salud lo más cerca posible hasta donde la gente vive y trabaja, constituyendo el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (13).

En el Municipio de Barbosa comienza la estrategia hacia los años 80, con el nombre de plan de atención básica, con promotores de salud, por iniciativa de la Seccional de Salud de Antioquia y a nivel municipal con el Dr. Duque, Director de Hospital San Vicente de Paúl en ese entonces.

Para estos años se contaba con 25 promotoras, capacitadas por la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, los presidentes de la junta de acción comunal y los líderes comunitarios eran los que enviaban 3 o 4 candidatas que veían con capacidad, aptitud y actitud para ocupar el cargo, y de estas era elegida una por la comisión del hospital (enfermera profesional, director del hospital, encargado de saneamiento ambiental, vacunador y Auxiliar de enfermería encargada de los promotores), la elección se realizaba por medio de una entrevista en la que observaban el perfil. Estas se inscribían en la DSSA, y eran capacitadas durante 6 meses, en los cuales se subsidiaba el transporte y alimentación.

Al finalizar la capacitación, el director del hospital, la enfermera jefe y un encargado de la DSSA, presentaban formalmente la promotora a la comunidad con un acto de posesión, realizaban misa y una ceremonia de protocolo.

Los primeros 4 años del programa las promotoras eran voluntarias, no tenían contrato, ni sueldo, pero les daban una bonificación mensual, luego fueron contratadas por el Hospital a término indefinido y vinculado, con disponibilidad completa; día de descanso el domingo pero quedaban disponibles, con vacaciones anuales por 15 días hábiles, con subsidio de transporte. Inicialmente realizaban una inducción de 3 meses en el hospital, pasando por todos los servicios (obstetricia, aplicación de medicamentos y programas de consulta externa ahora llamados de promoción y prevención) esto se realizaba con el fin de fortalecer los conocimientos y conocer bien las ofertas institucionales.

Las Promotoras recibían los siguientes insumos de dotación: pesa, metro, linterna, equipo de partos, corneta de pinar, termómetro, gasas, algodón, alcohol, isodine, mechero, recipientes para toma de muestras (baciloscopia), placa portaobjetos, tijeras, pinzas, tensiómetro, fonendo, solución salina, esparadrapo, microporo, guantes, preservativos, pastillas de planificación familiar, sueros oral, jarra medidora, cuchara, vasos, tetero de 8 onzas y vendían acetaminofén

La coordinadora de las promotoras inicialmente fue una Auxiliar de enfermería hasta que comenzaron las enfermeras comunitarias en 1990. La auxiliar realizaba la programación mensual y la enfermera coordinadora del área le daba el visto bueno.

Lo primero que realizaban era diligenciar la ficha familiar, al finalizar la recolección de toda la vereda, los discriminaban por edades simples y lo consolidaban en una ficha conjunta de toda la vereda, luego se clasificaban las familias por riesgo (Alto: embarazadas, menores de un año sin vacunar, excretas y basuras a campo abierto, aguas no tratadas, enfermedades crónicas y riesgo Bajo). A las familias clasificadas con riesgo alto se les realizaban 6 visitas al año y a las de bajo riesgo 3 visitas al año.

Luego se realizaba un croquis con los riesgos, donde se le asignaba un número a cada vivienda, el censo de la población y se realizaba el diagnóstico de la vereda.

Papelería: Censo poblacional, ficha familiar, hoja de canalización (para saber que niños tenían que vacunar), hoja de remisión, papelería propios del hospital de los programas realizados.

Acciones realizadas: Visitas familiares, diagnóstico por vereda, vacunación, ingreso y control de planificación familiar, ingreso y control de crecimiento y desarrollo, atención del parto y recién nacido, controles prenatales, curaciones, inyectología, tomas seriadas de presión, remisión de pacientes con HTA, vacunación de mascotas, repartir bienestarina a los niños de bajo peso y a todas las gestantes, asistir a reunión cada mes.

Reunión de cada mes: 8am – 5pm Se presentaban informes de las veredas, vacunación de niños y mascotas, se realizaba programación para el mes siguiente con cada una de las promotoras, actualización y capacitación en diferentes temas, se hacían pedidos y entrega de insumos para el mes y se realizaba el pago.

Las Auxiliares de enfermería encargada del programa de promotoras realizaban un informe mensual consolidado de todas las visitas realizadas en las diferentes veredas.

La enfermera encargada del departamento de enfermería escogía las veredas al azar y realizaba visitas sorpresas para verificar ejecución del programa.

Todas las veredas del municipio eran intervenidos con la estrategia y en el área urbana se realizaba censo de la población, demanda inducida y vacunación.

Financiación: Secretaria de agricultura, comité de cafeteros y DSSA (pozos sépticos, estanque de alevinos, huertas caseras, se dieron unidades sanitarias).

Hacia los años 90 se conformó el ECODES (Equipo Comunitario de Salud), un equipo comunitario de salud interdisciplinario (Médico, odontólogo, enfermera, auxiliares de enfermería, vacunadores, higienista, saneamiento ambiental, psicólogo, nutricionista y promotor de salud). Este equipo salía todos los días a las diferentes veredas en brigadas de salud y se quedaban en ella hasta que terminaban las acciones en la totalidad de la población. Este equipo finalizó hacia el 95 - 96 con la llegada de la ley 100.

Vuelve nuevamente y aparece el promotor de salud en la vereda haciendo su labor solo, esta vez solo con 7 promotores, para la totalidad de las veredas.

Hacia el 2005 hubo un cambio de perfil del promotor donde este se limitaba a realizar búsqueda de susceptibles, vacunación y demanda inducida. A este año continuaban 7 promotores, pero ya

no en el programa de promotores, sino en el servicio de vacunación.

En el 2009 los promotores de salud, según directrices de la DSSA deben formarse como técnicas profesionales en salud pública, para esta fecha el municipio de Barbosa contaba con 4 promotores de los cuales solo 2 pudieron acceder a esta formación ya que las otras 2 no tenían título de bachiller, quienes en 2010 y 2011 se jubilaron.

En el Municipio de Barbosa el 21 de Julio de 2008 se presenta proyecto "Familia Saludable" formulado según los lineamientos establecidos por la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, el cual fue revisado por el departamento; y el Municipio envía nuevamente el proyecto, con las observaciones sugeridas el 31 de Octubre de 2011. En el año 2009 no se encontró documentación que registre las acciones. Para el año 2010 se encuentra informe de asesoría y asistencia técnica por parte de la SSSA con fecha del 2 de Marzo de 2010 por la profesional Nairobi Cárdenas Velásquez, con el objetivo de direccionar el modelo APS según los lineamientos departamentales del modelo contemplado bajo la ruta metodológica, en el informe, ítems: Resultados Segunda parte: Situación encontrada, expresa que "en el Municipio aún no está implementada la estrategia de APS, pero se tiene la voluntad política del Sr. Alcalde, DLS, ESE para ejecutarla de acuerdo a los lineamientos departamentales.

Para la implementación de la estrategia en el municipio durante el periodo 2010-2013, se han realizado convenios interadministrativos cofinanciados por la SSSA en los años 2010 y 2011; en los años 2011, 2012 y 2013 con recursos municipales del Sistema General de Participaciones (SGP) para salud pública. Los convenios se han ejecutado con el fin de implementar la estrategia APS, en el marco de la promoción de salud, prevención de enfermedad y estilos de vida saludables, a través de la demanda inducida a los servicios de salud y oferta interinstitucional municipal, para influir de esta manera en el mejoramiento de la calidad de vida de las familias del Municipio.

Es importante mencionar que en el año 2012 en el plan de desarrollo Municipal, Barbosa vuela alto y para los años 2012 y 2013 en el plan operativo anual fue incluida la estrategia de APS.

## 7. MARCO NORMATIVO

Declaración de Alma Ata 1978 en donde fue aprobado el propósito de alcanzar la “Salud para todos”.

Resolución CD44.R6 de 2003 OMS/OPS invitando a los estados miembros a adoptar una serie de recomendaciones para fortalecer la APS.

Objetivos de desarrollo del Milenio 2000 - 2015.

Constitución Política de 1991 Art. 48: La seguridad social fue definida como 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. Como uno de los elementos que garantizan el derecho a la seguridad social; Art. 49: contempla que el Estado debe garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Ley 715 de 2001 Sistema General de Participación, por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos.

Ley 10 de 1990 Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.

Ley 100 de 1993 en el marco del cual se establecen sus principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad unidad y participación para la prestación de los servicios en salud. Garantiza el cubrimiento de las contingencias económicas y de salud, y la prestación de servicios sociales complementarios, en los términos y bajo las modalidades previstas por esta ley.

Ley 60 de 1993 por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.

Ley 1122 de 2007 en la cual se obliga a las Empresas Promotoras de Salud –EPS de los regímenes contributivo y subsidiado a garantizar la integralidad y continuidad en la prestación de los servicios de salud, además de atender con celeridad y la frecuencia que requieran las patologías de los usuarios

Decreto 3039 de 2007 Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.

Resolución 425 de 2008 por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución,

seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales.

Resolución 412 de 2000, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

Ley 1450 de 2011 Plan Nacional de Desarrollo, Prosperidad para todos.

Ley 1438 de 2011 en la cual se adopta la APS como una estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad, garantizando un mayor nivel de bienestar a los usuarios. TITULO I Disposiciones generales Art. 2, 3, 4, 5, TITULO II Salud Publica, Promoción y Prevención y Atención Primaria en Salud.

Resolución 1841 de 2013: Plan decenal de Salud Pública.

POAI años: 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013.

## 8. ESTRATEGIA EN EL TERRITORIO

### 8.1. DEFINICIÓN

En la Declaración de Alma Ata en 1978, APS se definió como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación” (13).

Es por esta razón que la APS representa el primer contacto que tienen los individuos y su familia con el sistema de salud en la medida que permite llevar los servicios de salud lo más cerca posible hasta donde la gente vive y trabaja, constituyendo el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (14).

La Atención Primaria en Salud es una estrategia que busca ampliar las coberturas, elevar la calidad, facilitar la integración de la atención, racionalizar los costos y hacer participar a la comunidad. Además, es necesario diferenciar la implementación de la APS como una estrategia y no como un programa o proyecto; Como estrategia, le corresponde al Estado incluirla y promoverla dentro de su plan de desarrollo nacional, a la vez que todos los países estando en la misma dinámica deben generar y potenciar un progreso en el desarrollo social de todos los pueblos del mundo. La APS como programa se limita al sector salud y queda restringido el concepto a las actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, sin la participación de los otros sectores (13).

La estrategia APS se dirige a “Promover el acceso oportuno a los servicios de salud, vivienda, infraestructura y nutrición en las familias del Departamento de Antioquia desde la demanda, para lograr una distribución equitativa de los programas y favorecer el desarrollo humano sostenible, especialmente en las comunidades que han sido víctimas de la inequidad y la marginación” (11).

Los elementos de APS están definidos desde la declaración de Alma Ata, que aunque han sido expresados en terminología diferente, contempla cinco elementos fundamentales que le dan a la APS características bien definidas: la atención centrada en las personas, en forma integral, integradora, continua y con participación de los usuarios, las familias y las comunidades (15). Aunque la APS se dirige a toda la población, se han desarrollado tres enfoques: (8).

-Los dirigidos a poblaciones especiales: niños, madres, escolares, trabajadores, discapacitados, adulto mayor, otros.

-Los dirigidos a la salud en general: alimentación y nutrición, salud bucal, saneamiento, agua potable, entre otros.

-Programas de protección, prevención y control de enfermedades.

En el Municipio de Barbosa, desde la estructura del plan operativo anual, diseñado a partir de las prioridades del plan decenal de salud pública, evidencia el interés por dar cumplimiento a los lineamientos internacionales y nacionales de la estrategia. Estas prioridades en su orden según el Decreto 3039 de 2007 son:

1. Salud infantil. (Prioridad en la que se encuentran inmersas la estrategia IAMI y AIEPI)
2. Salud sexual y reproductiva.
3. Salud oral.
4. Salud mental y las lesiones violentas evitables.
5. Enfermedades transmisibles y las zoonosis.
6. Enfermedades crónicas no transmisibles. (Prioridad desde la cual se trabaja además con población de capacidades diferentes)
7. Nutrición.
8. Seguridad sanitaria y del ambiente.
9. Seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral.
10. Gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

Para dar cumplimiento a estas prioridades se establecen varias estrategias:

- Trabajo a nivel familiar (visita familiar – elaboración de historia familiar diagnóstico por familia – priorización de necesidades – elaboración de un plan de acción - seguimiento)
- Encuentros educativos dirigidos a todo tipo de población tanto en zona rural como urbana, con el fin de promocionar herramientas sobre estilos de vida saludables.
- A través de información, educación y comunicación (IEC), por medio de materia impreso y programas radiales.
- Difusión y demanda inducida a las programas de promoción y prevención según la resolución 412/2000, y a las diferentes estrategias del ministerio de salud y protección social (IAMÍ – AIEPI – Maternidad segura – De cero a siempre).
- Gestión del trabajo inter y transectorial.

## 8.2. ALCANCE

En el Municipio de Barbosa a través del tiempo, las diferentes administraciones y los cambios legislativos, la elección de la población objeto se ha realizado de diferentes formas, a continuación se encuentra la elección de la población de los años que se encuentra evidencia.

### • **Inicio de la Estrategia en el Municipio** (Años 80 Aproximadamente)

Las visitas familiares se realizaban en la totalidad del área rural; favoreciendo a todas las familias que habitaban las veredas, priorizando con un mayor número de visitas anuales a las familias que se encontraban clasificadas con riesgo alto. Y en la totalidad de las familias del área urbana se realizaba demanda inducida, búsqueda de susceptibles y vacunación en general.

### • **Año 2004 a 2007 (PAB Plan de Atención Básica)**

-Población urbana y rural: Aproximadamente 9.000 familias, con visitas de canalización.

-Menores de 5 años y mujeres de 10 a 49 años: Con acciones de vacunación, con acciones de vacunación y acción de prevención de IRA y EDA.

-Población general: Con acciones de Vigilancia Epidemiológica.

-No se encuentra evidencia de la realización de visitas familiares.

### • **Año 2008 2011 (Plan de salud Pública)**

El plan de Salud Pública se ejecuta bajo el enfoque del plan de intervenciones colectivas y la Estrategia de atención primaria en salud, las acciones colectivas en las visitas familiares están enfocadas a la promoción de la salud y calidad de vida, prevención de los riesgos en salud y la vigilancia en salud.

Según el decreto 3039 determina las acciones de salud pública prioritarias y de acuerdo a la categoría municipal se ejecutan, el municipio de Barbosa en este periodo pasó de ser categoría cuarta a categoría tercera donde debe planear y ejecutar las diez prioridades de salud pública.

-Salud Infantil

-Salud sexual y reproductiva

-Salud Oral

-Salud Mental y lesiones violentas evitables

-Enfermedades Transmisibles y zoonosis

-Seguridad sanitaria y del ambiente

- Enfermedades crónicas no transmisibles
- Nutrición
- Seguridad en el trabajo y enfermedades de origen laboral

### •VISITAS FAMILIARES BAJO LA ESTRATEGIA APS: AÑO 2010

-Desde la ejecución de visitas familiares, bajo la estrategia de atención primaria en salud:

Inicialmente se seleccionaron 10 veredas según su nivel de vulnerabilidad y la dificultad que esta población tuviera para acceder a los servicios de salud, elaborando el recorrido que se debía hacer para llegar a ella en el carro, se optó por escoger solo 6 veredas pues el acceso a estas no era el mejor y estaban muy distantes unas de otras.

Para elegir las veredas se tuvo en cuenta el conocimiento de personal del hospital que conoce el Municipio y han realizado brigadas de salud constantemente y por más de 10 años en dicho lugar.

Las veredas seleccionadas fueron:

**Guayabal** con un número aproximado de 122 familias.

**La Aguada** 103 familia aproximadamente.

**La Gómez** con 74 familias.

**La Tolda** aproximadamente con 86 familias.

**Pantanillo** con 100 familias aproximadamente

**San Eugenio** que cuenta con 91 familias

### •VISITAS FAMILIARES BAJO LA ESTRATEGIA APS: AÑO 2011

- Implementación de las políticas de salud sexual y reproductiva
- Reducción del impacto en salud de la violencia intrafamiliar
- Promoción de estilos de vida saludables
- Salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas
- Inspección, vigilancia y control de factores de riesgo ambientales
- Adulto mayor

-Nutrición

-Desde la ejecución de visitas familiares, bajo la estrategia de atención primaria en salud:

Fueron seleccionadas 17 veredas, incluyendo las 6 del año 2010:

**-Aguas Claras:** Con reporte de 43 familias intervenidas, sobre 43 familias totales en la vereda. 140 personas beneficiadas, de un total de 140 personas de la vereda.

**-La Chorrera:** No se encuentra información.

**-Pantanillo:** Con reporte de 88 familias intervenidas, sobre 101 familias totales en la vereda. 425 personas beneficiadas, de un total de 448 personas.

**-La Aguada:** Con reporte de 83 familias intervenidas, sobre 88 familias totales en la vereda. 329 personas beneficiadas, de un total de 343 personas.

**-Tablazo Popalito:** Con reporte de 63 familias intervenidas, sobre 73 familias totales en la vereda. 217 personas beneficiadas, de un total de 246 personas.

**-La Cuesta:** Con reporte de 93 familias intervenidas, sobre 106 familias totales en la vereda. 341 personas beneficiadas, de un total de 384 personas.

**-Guayabal:** Con reporte de 112 familias intervenidas, sobre 124 familias totales en la vereda. 452 personas beneficiadas, de un total de 489 personas.

**-Pachohondo:** Con reporte de 33 familias intervenidas, sobre 33 familias totales en la vereda. 123 personas beneficiadas, de un total de 123 personas.

**-La Tolda:** No se encuentra información.

**-La Herradura:** Con reporte de 97 familias intervenidas, sobre 107 familias totales en la vereda. 325 personas beneficiadas, de un total de 348 personas.

**-Las Lajas:** Con reporte de 35 familias intervenidas, sobre 39 familias totales en la vereda. 134 personas beneficiadas, de un total de 149 personas.

**-Monteloro:** Con reporte de 50 familias intervenidas, sobre 60 familias totales en la vereda. 176 personas beneficiadas, de un total de 199 personas.

**-La Cejita:** Con reporte de 54 familias intervenidas, sobre 54 familias totales en la vereda. 176 personas beneficiadas, de un total de 176 personas.

**-Volantín:** Con reporte de 58 familias intervenidas, sobre 62 familias totales en la vereda. 190 personas beneficiadas, de un total de 209 personas.

**-Popalito:** Con reporte de 51 familias intervenidas, sobre 66 familias totales en la vereda. 196 personas beneficiadas, de un total de 150 personas.

**-San Eugenio:** Con reporte de 71 familias intervenidas, sobre 78 familias totales en la vereda. 319 personas beneficiadas, de un total de 319 personas.

**-La Gómez:** No se encuentra información.

### •VISITAS FAMILIARES BAJO LA ESTRATEGIA APS: AÑO 2012

-Desde la ejecución de visitas familiares, bajo la estrategia de atención primaria en salud:

**-Pantanillo:** Con reporte de 84 familias intervenidas, sobre 101 familias totales en la vereda. 346 personas beneficiadas, de un total de 448 personas.

**-Guayabal:** Con reporte de 81 familias intervenidas, sobre 124 familias totales en la vereda. 298 personas beneficiadas, de un total de 489 personas.

**-La Cuesta:** Con reporte de 83 familias intervenidas, sobre 106 familias totales en la vereda. 255 personas beneficiadas, de un total de 384 personas.

**-Las Lajas:** Con reporte de 29 familias intervenidas, sobre 39 familias totales en la vereda. 104 personas beneficiadas, de un total de 149 personas.

**-Volantín:** Con reporte de 69 familias intervenidas, sobre 62 familias totales en la vereda. 213 personas beneficiadas, de un total de 209 personas.

**-Pachohondo:** Con reporte de 33 familias intervenidas, sobre 33 familias totales en la vereda. 110 personas beneficiadas, de un total de 123 personas.

**-Popalito:** Con reporte de 85 familias intervenidas, sobre 66 familias totales en la vereda. 224 personas beneficiadas, de un total de 250 personas.

**-Tablazo Popalito:** Con reporte de 63 familias intervenidas, sobre 73 familias totales en la vereda. 215 personas beneficiadas, de un total de 246 personas.

**-La Gómez:** Con reporte de 60 familias intervenidas, sobre 61 familias totales en la vereda. 254 personas beneficiadas, de un total de 260 personas.

**-La Chorrera:** Con reporte de 130 familias intervenidas, sobre 101 familias totales en la vereda. 217 personas beneficiadas, de un total de 415 personas.

### •VISITAS FAMILIARES BAJO LA ESTRATEGIA APS: AÑO 2013

-Desde la ejecución de visitas familiares, bajo la estrategia de atención primaria en salud se visitaron 6 barrios y se le hizo seguimiento a 16 familias de la vereda Pantanillo.

**-La esmeralda:** Con reporte de 139 familias intervenidas, sobre 172 familias totales en el barrio, con un total de 388 personas beneficiadas.

**-San Rafael:** Con reporte de 77 familias intervenidas, sobre 82 familias totales en el barrio, con

un total de 232 personas beneficiadas.

**-Buenos Aires:** Con reporte de 128 familias intervenidas, sobre 142 familias totales en el barrio, con un total de 326 personas beneficiadas.

**-Porvenir:** Con reporte de 100 familias intervenidas, sobre 108 familias totales en el barrio, con un total de 317 personas beneficiadas.

**-Barrios de Jesús:** Con reporte de 160 familias intervenidas, sobre 219 familias totales en el barrio, con un total de 464 personas beneficiadas.

**-Progreso:** Con reporte de 134 familias intervenidas, sobre 144 familias totales en el barrio, con un total de 388 personas beneficiadas.

### 8.3. RECTORÍA – PLANEACIÓN COMO SE HA REALIZADO APS FORMULACIÓN

La estrategia de Atención Primaria en Salud, en el Municipio de Barbosa desde sus inicios en los años 90 hasta el periodo de gobierno 2007 a 2011 fue planeada y financiada por la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, la Dirección local de salud para el periodo de gobierno 2012 – 2015, replantea el plan de Salud Pública para ser ejecutado tanto del plan de intervenciones colectivas como a través de la estrategia de atención primaria en salud, formulada y financiada con los recursos asignados al municipio por el sistema general de participaciones.

Si bien como se ha mencionado anteriormente la estrategia en el Municipio viene desarrollándose desde los años 90, no existen soportes de su ejecución de todos los años, solo se encuentra evidencia de los siguientes años:

- Año 2004: Priorizaciones en el Plan de Atención básico (PAB)

- PAI y reducción de la mortalidad evitable.

- Implementación de la política de salud sexual reproductiva.

- Promoción de estilos de vida saludables para la prevención y control de las enfermedades crónicas.

- Año 2006: Priorizaciones en el Plan de Atención básico (PAB)

- PAI.

- Vigilancia y Control de las enfermedades de interés en salud pública.

- Vigilancia y Control de IRA y EDA.

- Priorización en los años 2010 y 2011

- Salud sexual y reproductiva.

- Promoción de estilos de vida saludables.
- Salud mental (prevención consumo de sustancias psicoactivas y violencia intrafamiliar).
- Factores de riesgo ambientales.
- Trabajo con Adulto mayor.
- Nutrición.
- Priorización en los años 2012 y 2013
- Salud infantil.
- Salud sexual y reproductiva.
- Salud Mental.
- Enfermedades transmisibles y zoonosis.
- Seguridad sanitaria y del ambiente.
- Enfermedades crónicas no trasmisibles.
- Nutrición.
- Seguridad en el trabajo y enfermedades de origen laboral.

**MUNICIPIO DE BARBOSA ANTIOQUIA - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL - PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA 2004**

PROYECTO	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	META	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	RESPONSABLE
Programa ampliado de inmunizaciones, reducción de enfermedades inmunoprevenibles prevalentes en la infancia y de la mortalidad infantil.	Determinación de la población a vacunar según nivel de aseguramiento, monitoreo, control y ampliación de coberturas de vacunación.	1 Ronda de Canalización en el área urbana.	Realizar 3.850 Visitas Familiares.	3.000	11'550.000	Promotoras Rurales de Salud
		1 Ronda de Canalización en el área rural.	Realizar 5.250 Visitas Familiares.	8.500	44'625.000	Promotoras Rurales de Salud
		2 Rondas de Vacunación por concentración en el área rural.	Realizar 2 Jornadas de Vacunación por concentración en 47 Veredas.	4'250.000	8'500.000	Promotoras Rurales de Salud
		4 Jornadas de Vacunación.	Realizar 4 Jornadas de Vacunación por concentración en el área urbana.	3'500.000	14'000.000	MD Coordinadora Enfermera Aux. Enfermería Vacunadora PRS Personal de apoyo
Solicitud y distribución de biológicos según programación . Mantenimiento de la cadena de frío y control de calidad de los biológicos. Consolidación y reporte de la información.	Programación de cohortes. Pedidos y distribución de biológicos oportunos. Control de temperatura y aseó de nevera y termos. Alimentación del PAISOFT.		Garantizar al 100% de la población a vacunar, biológicos de calidad. Realizar, analizar y presentar cada mes, el 100% de los informes del programa de vacunación, con calidad y oportunidad.		3'000.000	Vacunadora PRS MD Coordinadora
		Implementación, monitoreo y apoyo al funcionamiento de las unidades de rehidratación oral comunitarias (UROG) y de las unidades comunitarias de atención de las infecciones respiratorias agudas (UAIAC).	Realizar el censo de hogares Comunitarios del área urbana y rural. Realizar 2 talleres de capacitación para las Madres comunitarias del área urbana y rural, sobre el manejo de los casos de IRA y EDA, a nivel comunitario.		2'000.000	MD Coordinadora Enfermera Aux. Enfermería PRS

PROYECTO	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	META	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	RESPONSABLE
	Fortalecimiento de la Vigilancia Epidemiológica. Investigación de casos y búsqueda activa de contactos. Toma y envío de muestras al Laboratorio Departamental de Salud Pública. Consolidación y reporte de la información.	Información y análisis de la morbimortalidad por IRA y EDA en el Municipio. Realización del Comité de Vigilancia Epidemiológica. Actualización al personal de salud sobre los protocolos de vigilancia epidemiológica, guías integrales de atención y normas técnicas y administrativas de los programas. Realizar las investigaciones epidemiológicas de campo, en todos los casos sospechosos de enfermedades inmunoprevenibles, TBC y Lepra.	Realizar análisis y notificación inmediata e individual de muertes por IRA y EDA en menores de 5 años. Informar y evaluar mensualmente, la presencia de hospitalizaciones por IRA y EDA. Realizar el CVE una vez al mes. Realizar 2 talleres para el personal de salud. Realizar las IEC, la notificación oportuna, el estudio de contactos y el análisis en el 100% de los casos; así mismo, gestionar y vigilar la administración de los medicamentos en los casos de TBC y Lepra.	800	1'600.000	Médico Enfermera Aux. Enfermería.
<b>SUBTOTAL</b>	Diseño, desarrollo y evaluación de estrategias de IEC para la promoción del uso de anticonceptivos y la prevención de la maternidad no deseada, las Enfermedades de transmisión Sexual y el cáncer de cuello uterino.	Producción de material educativo. Realización de talleres para estudiantes del grado 11º del área urbana y rural.	Realizar 2.000 plegables alusivos al tema de la Salud Sexual y Reproductiva. Realizar 3 talleres por grupo, para los estudiantes del grado 11º del área urbana (11 grupos de 40).	50.000	1'650.000	
					92'000.000	

PROYECTO	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	META	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	RESPONSABLE
	Vigilancia y control de la mortalidad materna y perinatal y de la morbilidad por cáncer de cuello uterino.	Fortalecimiento del programa de Control Prenatal y seguimiento a la gestante. Actualización del diagnóstico y desarrollo de la vigilancia de la mortalidad materna y perinatal.	Realizar análisis y Realizar 3 talleres por grupo para los estudiantes del grado 11° del área rural (4 grupos de 40). Realizar el monitoreo periódico de la cobertura y calidad del Programa de Control Prenatal, atención del parto, detección temprana del cáncer de cuello uterino y el tratamiento y notificación de los casos de Sífilis y VIH gestacional y congénita. Realizar el análisis y la notificación inmediata e individual de casos de muerte materna y perinatal.		750.000	Personal Médico, de Enfermería, Laboratorio y Promoción y Prevención.
<b>SUBTOTAL</b>					<b>5'000.000</b>	
Promoción de estilos de vida saludables para la prevención y control de las enfermedades crónicas	Diseño, desarrollo y evaluación de estrategias IEC para el fomento del autocuidado, el ejercicio físico, la dieta adecuada y los ambientes libres de humo.	Producción de material educativo sobre los comportamientos, actitudes y prácticas para modificar los factores de riesgo a sociados a enfermedades crónicas. Realización de taller es lúdico recreativos, con grupos de la población.	Realizar 2.500 plegables.  Realizar 6 talleres (1 cada mes), con grupos conformados con niños, jóvenes y adultos.	800	2'000.000	MD Coordinadora Enfermera
				500.000	3'000.000	Médico Enfermera Aux. Enfermería Gerontólogo
<b>SUBTOTAL</b>					<b>5'000.000</b>	
<b>TOTAL</b>					<b>102'000.000</b>	

**MUNICIPIO DE BARBOSA - ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL  
PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA - PLAN OPERATIVO ANUAL 2006**

<b>PROBLEMA LINEA DE BASE</b>	<b>PROPUESTA DE INTERVENCIÓN</b>	<b>OBJETIVO A 4 AÑOS</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS AÑO 2006</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>VALOR</b>	<b>FUENTE DE FINANCIACION</b>	<b>RESPONSABLE</b>
Coberturas del 82% para DPT, Antipolio, Hemofilius tipo b y Hepatitis B; de 89% para SRP y fiebre amarilla de 61% para BCG; de 47% para Toxioide Ttránico en gestante y de 39% para Td total mueres en edad fértil todas bajo estándares protectores. infantil.	Divulgación de los derechos de la población, a recibir las vacunas, los riesgos de las epidemias y la importancia de las vacunas para prevenir enfermedades	Lograr coberturas del 95% o mas, en BCG, VOP, DPT, Hepatitis B, Hemofilius tipo b, SRP Y Fiebre Amarilla, En los niños menores de 5 años y Td en las mujeres en edad fértil y gestantes.	Aumentar coberturas de vacunación en un 13% o mas, con VOP, DPT, Hepatitis tipo B, en los menores de 1 año; aumentar un 6% las coberturas con SRP Y Fiebre amarilla, en los niños de 1 año; aumentar un 34% las coberturas con BCG a recién nacidos y aumentar un 20% las coberturas de vacunación en Td, en mujeres en edad fértil y gestantes.	Elaborar el Plan Operativo Anual 2005 y el cronograma de actividades.  Realización de 1 charla radial sobre generalidades y esquema de vacunación. 17 charlas sobre enfermedades inmunoprevenibles.  Realización de 1 charlas radiales sobre vacunación y 9 charlas reacciones post vacuñales.  Avisos radiales  Avisos parroquiales	395.328  16.472  280.024  16472  148248	Sistema General de Participación	Enfermera coordinadora del PAB.  Enfermera coordinadora del PAB.  Enfermera coordinadora del PAB.  Enfermera coordinadora del PAB.
	Información y orientación sobre las jornadas de vacunación.		Mantener en O la incidencia de poliomielitis, Tétanos neonatal, Sarampión, Difteria y Fiebre Amarilla.  Eliminar la Rubéola y La Rubéola Congénita.		589608  474962		

PROBLEMA LINEA DE BASE	PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	OBJETIVO A 4 AÑOS	RESULTADOS ESPERADOS AÑO 2006	ACTIVIDADES	VALOR	FUENTE DE FINANCIACION	RESPONSABLE
	Divulgación de los signos y síntomas de alarma, factores protectores de la IRA y la EDA y de la importancia del uso de las sales de rehidratación oral, para prevenir la deshidratación. Información sobre los aspectos básicos de la Tuberculosis, factores y conductas de riesgo y la importancia de la consulta precoz.	Lograr coberturas del 95% o más, en BCG, VOP, DPT, Hepatitis B, Hemofilus tipo b, SRP Y Fiebre Amarilla, En los niños menores de 5 años y Td en las mujeres en edad fértil y gestantes.	Mantener en 0 La mortalidad por EDA e IRA en menores de 5 Años.	Charla sobre EDA, 29 urbanas 12 rurales a madres comunitarias  Charla sobre IRA, 29 urbanas 12 rurales a madres comunitarias  Charla sobre Tuberculosis, 29 urbanas 12 rurales a madres comunitarias	589608  474962  589608	Sistema General de Participación	Enfermera coordinadora del P.A.B.
Coberturas del 82% para DPT, Antipolio, Hemofilus tipo b y Hepatitis B; de 89% para SRP Y fiebre amarilla de 61% para BCG; de 47% para Toxoide Títanico en gestante y de 39% para Td total mujeres en edad fértil todas bajo estándares protectores.	Prevención:  Canalizar en el área urbana y rural, para identificar y orientar la población susceptible para vacunación y para la actualización de croquis, así como del carnet y de la historia individual de vacunación.	Canalizar el 100% de las áreas de la zona rural y urbana, para lograr coberturas de vacunación del 95% más, con BCG, VOP, DPT, Hepatitis B, Hemofilus tipo b, SRP Y Fiebre Amarilla, en los niños menores de 5 años y con Td, en mujeres en edad fértil y gestantes.	Realizar una Ronda de Canalización en el 100% de las áreas de la zona rural y urbana.  Realizar 2 rondas de búsqueda de susceptibles en las áreas urbana y rural.	Visitas familiares de canalización en 4847 viviendas del área urbana y en el área rural, con vacunación casa a casa, una vez al año.	44.629806  44.629806	Sistema General de Participación	Enfermera Coordinadora del IPAB  Amalia García  Oneida Bedoya  Mónica Posada  Isabel Callejas  Carmen Callejas  Georgina Henao  Emma Morales

PROBLEMA LINEA DE BASE	PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	OBJETIVO A 4 AÑOS	RESULTADOS ESPERADOS AÑO 2006	ACTIVIDADES	VALOR	FUENTE DE FINANCIACIÓN	RESPONSABLE
		Identificar la población susceptible de vacunación Mantener en O la incidencia de Poliomelitis, Tétanos neonatal, Sarampión, Difteria y Fiebre Amarilla. Eliminar La Rubéola y Rubéola Congénita.	Realizar 4 jornadas masivas de vacunación en el año.	Visitas a hogares comunitarios, guarderías y colegios tanto del área urbana como rural para vacunar y monitorear.  Vacunación masiva en las JVN, con la ubicación de 4 personas por puesto, por parte de la E.S.F. Y un puesto con 2 personas por parte de la ISS.	1.341.696  1.224.704	Sistema General de Participación	Gladis Rojo Tatiana Gervina Deyarina Alzate Blanca Duque
Incidencia en el municipio de las diferentes enfermedades objeto de vigilancia epidemiológica especial: varicela 2.1, accidente raro 1, dengue 0.6, tuberculosis 0.4, malaria por vivax 0.2, hepatitis 0.4, hepatitis a 0.2, hepatitis b 0.08 por 100 habitantes.	Vigilancia en salud pública: Actualización del personal de salud en todo lo relacionado con el cumplimiento de los protocolos de vigilancia epidemiológica, guías generales de atención, normas técnicas y administrativas y lineamientos del PAI. Actualización del censo de hogares comunitarios y capacitación de las madres comunitarias sobre el uso de las sales de rehidratación oral.	Mantener en O la población susceptible a vacunar. Mantener en O la mortalidad por FDA e IRA en menores de 5 años.  Mantener en O la incidencia de Mortalidad Materna Y disminuir en un 50% la incidencia de mortalidad perinatal.	Realizar 4 monitores rápidos e cobertura e vacunación posteriores a cada jornada masiva de vacunación. Monitorar los casos menores de 5 años hospitalizados por FDA y IRA. Manejar EL 100% de los casos sospechosos de las enfermedades inmunoprevenibles, según los protocolos de vigilancia epidemiológica.	Investigación epidemiológica de campo al 100% de los casos sospechosos de enfermedades objeto de vigilancia especial.  Realizar 4 monitores rápidos a 20 Casas del área urbana.	95.876.270	<b>TOTAL</b>  Sistema General de Participación	

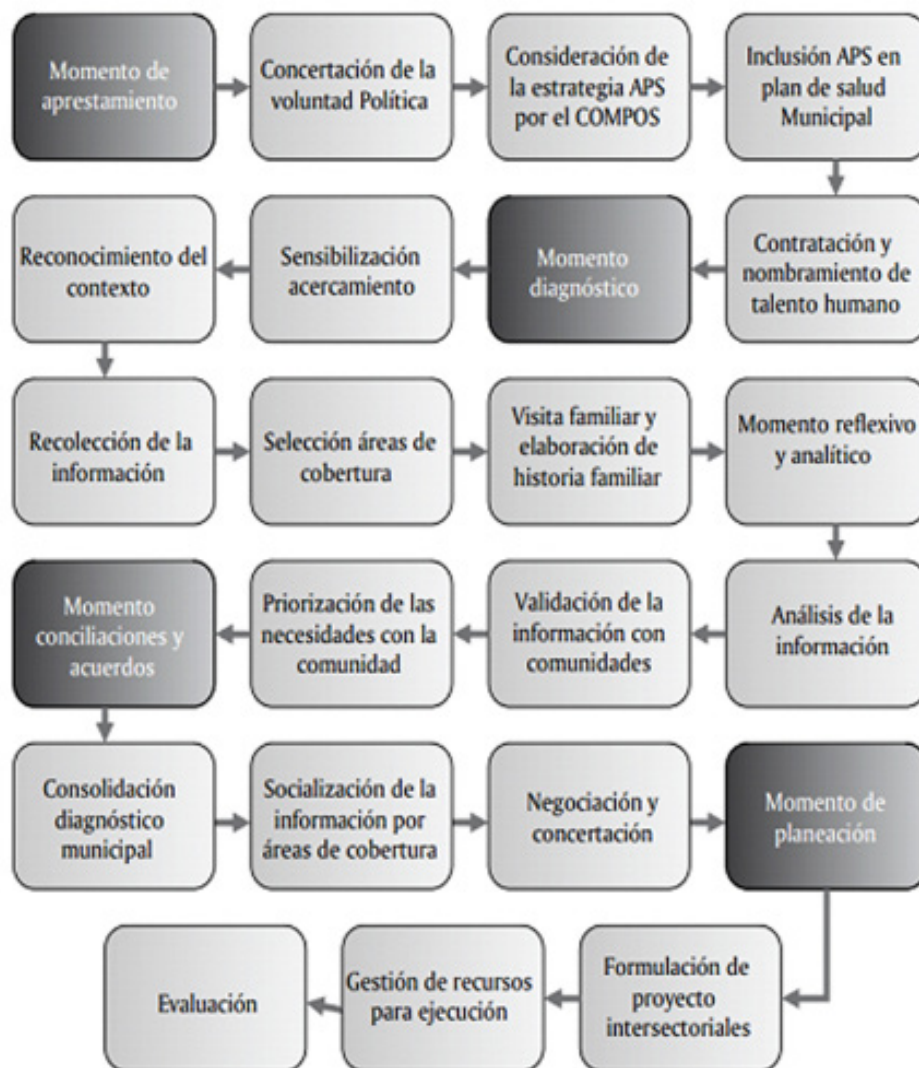
PROBLEMA LINEA DE BASE	PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	OBJETIVO A 4 AÑOS	RESULTADOS ESPERADOS AÑO 2006	ACTIVIDADES	VALOR	FUENTE DE FINANCIACION	RESPONSABLE
Incidencia de la infección respiratoria aguda (ira), de 137/000 de los cuales, el 421% son en menores de 5 años, e incidencia de la enfermedad	Implementación, monitoreo y apoyo de las unidades de Rehidratación Oral Comunitarias (UROC) y unidades Comunitarias de atención de las Infecciones de Respiración Aguda (UAIRACs) en los Hogares Comunitarios y en sitios de difícil acceso de la población a los servicios de salud.	Estudiar con basiloscopias seriadas, el 100% de los sintomáticos respiratorios captados por cualquiera de los servicios	Consolidar, analizar y remitir oportunamente la información de la vigilancia epidemiológica.	Capacitación a madres comunitarios sobre UAIRAS en el auditorio	474.962	Sistema General de Participación	Gladis Rojo Tatiana Gavina Deyanira Alzate Blanca Duque
Diarrea Aguda (EDA), de 50% son menores de 5 años.	Búsqueda activa de casos sospechosos Institucionales y comunitarios de Sarampión, parálisis Flácida aguda y cuadros ictericos febriles.	Manejar el 100% DE los casos sospechosos de enfermedades inmunoprevenibles según los protocolos de vigilancia epidemiológica.	Visitas a 29 hogares comunitarios del área urbana	Visitas a 12 hogares del área rural	1.236.200	TOTAL	Enfermera coordinadora del P.A.B. Enfermera coordinadora del P.A.B. Enfermera coordinadora del P.A.B. Enfermera coordinadora del P.A.B. Enfermera coordinadora del P.A.B. Enfermera coordinadora del P.A.B. Enfermera coordinadora del P.A.B.
	Vigilancia del funcionamiento y conservación de la red de frío, para garantizar la calidad del biológico.	Notificar en forma oportuna el 100% de eventos que se presenten					
	Realización de manera oportuna y acorde a los protocolos, las investigaciones epidemiológicas de campo, en los casos sospechosos o probables de Enfermedad Inmunoprevenibles, Tuberculosis y Lepra y gestión oportuna de los medicamentos.	Consolidar, analizar y remitir oportunamente la información de vigilancia epidemiológica. Notificar en forma oportuna el 100% de eventos que se presenten					
	Consolidación, Análisis y remisión oportuna, de la Información sobre coberturas de vacunación, notificación de eventos, informes epidemiológicos e informes trimestrales de los programas.	Consolidar, analizar y remitir oportunamente la información de vigilancia epidemiológica.					

## 8.4. ENFOQUE

El Municipio de Barbosa, viene trabajando la estrategia de APS desde sus inicios con un enfoque familiar, dirigiendo sus acciones de promoción de la salud y prevención de los factores de riesgo, a través de los cinco momentos propuestos por la Dirección Seccional de Salud de Antioquía:

- Momento de aprestamiento: Entendido como la preparación y la disposición del municipio para acoger el modelo, implica acciones para la sensibilización y promoción del Modelo, desde el nivel central hacia Alcaldes y actores municipales relacionados, así como la concertación de voluntades políticas, la inclusión del modelo en los planes municipales, una vez sea formulada la propuesta para la implementación, hasta la contratación del talento humano obedeciendo a los perfiles establecidos. (16)
- Momento de diagnóstico: Inicia con procesos relacionadas con el primer acercamiento del talento humano a las comunidades y municipios, la sensibilización de actores y sectores relacionados con el modelo, la recolección de información de tipo cualitativo y cuantitativo que permita obtener un contexto municipal con base en el cual se puedan establecer áreas prioritarias para la cobertura y la asignación de familias según normas de concentración y rendimiento para el trabajo de campo del equipo de salud, finalizando con el proceso de visita domiciliaria. (16)
- Momento reflexivo y analítico: Permite el reconocimiento de la información por parte del colectivo, pues es el espacio que se tiene para analizar los hallazgos arrojados por el Sistema de Información de Atención Primaria en Salud (SIMAPS) sobre el estado del desarrollo humano de las familias y de la comunidad en sus contextos. (16)
- Momento de conciliaciones y acuerdos: Es el momento que procede a la validación de la información por las comunidades y con las familias beneficiarias en cada área de cobertura o vereda. (16)
- Momento de planeación: Gestión por proyectos que respondan a la solución de las necesidades de las familias, priorizadas de manera participativa, proyectos de carácter educativo (9).

## 8.5. RUTA METODOLÓGICA (16)



Fuente: Elaboración propia

## 8.6. ESTRUCTURA PARA EL FUNCIONAMIENTO

### 8.6.1. CONVENIO – CONTRATO

INFORM / AÑO	2010	2011	2012	2013
<b>Nro. de convenio</b>	No. 2010CF160418	No. 000295	No. 00178	No. 000277
<b>Fecha</b>	2 de nov. de 2010	28 de junio de 2011	11 de julio de 2012	15 de julio de 2013
<b>Nombre</b>	Familia saludable mediante la estrategia de atención primaria en salud aps renovada.	Convenio interadministrativo, para la prestación de servicios, plan municipal de salud de intervenciones colectivas y atención primaria en salud, suscrito entre el municipio de Barbosa y el Hospital San Vicente de Paúl de Barbosa.	Contrato para la prestación de servicios, plan municipal de salud de intervenciones colectivas y atención primaria en salud, suscrito entre el municipio de Barbosa y el Hospital San Vicente de Paúl de Barbosa.	Convenio para la prestación de servicios, plan municipal de salud: salud pública, prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales a través de la estrategia de atención primaria en salud y el plan de intervenciones colectivas suscrito entre el municipio de Barbosa y el Hospital San Vicente de Paúl de Barbosa.
<b>Objeto del convenio y/o contrato</b>	Contribuir a mejorar condiciones de salud de la población, para dar cumplimiento al objeto del convenio interadministrativo celebrado con el Departamento de Antioquia DSSA.	El objeto del convenio lo constituye la realización de actividades y/o procedimientos de los ejes temáticos del plan municipal de salud, estrategia de Atención Primaria en salud y demás acciones del plan de intervenciones colectivas "PIC", según lineamientos definidos por la Nación y el Departamento y las prioridades del Municipio, dimensiones en	Lo constituye la realización de actividades y/o procedimientos de los ejes temáticos del plan municipal de salud, estrategia de Atención Primaria en salud y demás acciones del plan de intervenciones colectivas "PIC", según lineamientos definidos por la Nación y el Departamento y las prioridades del Municipio, dimensiones en las siguientes áreas subprogramáticas:	"Realización de actividades de los Ejes Programáticos del Plan municipal de Salud; Salud Pública y Prevención, Vigilancia y Control de los Riesgos profesionales a través de la Estrategia Atención Primaria en Salud y del Plan de Intervenciones Colectivas PIC", según lineamientos definidos por la Nación, el Departamento y las prioridades del Municipio, dimensionados en las áreas subprogramáticas de:

INFORM / AÑO	2010	2011	2012	2013
<b>Objeto del convenio y/o contrato</b>	Contribuir a mejorar condiciones de salud de la población, para dar cumplimiento al objeto del convenio interadministrativo celebrado con el Departamento de Antioquia DSSA.	las siguientes áreas subprogramáticas:  a) Acciones de promoción de la salud y calidad de vida. b) Acciones de prevención de los riesgos en salud (biológicos, sociales, ambientales y sanitarios. c) Acciones de vigilancia en salud y gestión del conocimiento. d) Acciones de gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.	a) Acciones de promoción de la salud y calidad de vida. b) Acciones de prevención de los riesgos en salud (biológicos, sociales, ambientales y sanitarios. c) Acciones de vigilancia en salud y gestión del conocimiento. d) Acciones de gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.	a) Acciones de promoción de la salud y calidad de vida. b) Acciones de prevención de los riesgos en salud. c) Acciones de vigilancia en salud y gestión del conocimiento. d) Acciones de gestión integral del desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública”.
<b>Fecha de inicio</b>	17 de Sep. de 2010	28 de Jun. de 2011	1 de Agt. de 2012	1 de Agt. de 2012
<b>Fecha de finalización</b>	31 de Marzo de 2011	15 de Dic. de 2011	31 de Dic. de 2012	31 de Dic. de 2012

Nota: No se encuentra información de años anteriores al 2010

Fuente: Elaboración propia

## 8.6.2. EQUIPOS BÁSICOS

RECURSO HUMANO	2010		2011		2012		2013	
	VISITA FAMILIAR	PIC	VISITA FAMILIAR	PIC	VISITA FAMILIAR	PIC	VISITA FAMILIAR	PIC
Profesional de enfermería	1		1		1		1	1
Auxiliares en salud pública	3		0		0	0	0	0
Auxiliares de enfermería	5		6		6	0	4	0
Digitador	1		1		1	0	1	0
Psicólogo	0		1	3	0	3	1	2
Higienista	0		1		0	1	1	
Médico	0		0		0	0	1	
Nutricionista	0		0		0	1	1	
Trabajador social				1				
<b>Total</b>	<b>10</b>		<b>14</b>		<b>13</b>		<b>13</b>	

## 8.6.3. FUNCIONES

### 8.6.3.1. FUNCIONES DE LA SUBSECRETARÍA DE SALUD (DLS)

- Formular, ejecutar y evaluar la estrategia
- Gestión y administración de los recursos para el desarrollo de la estrategia
- Gestión y supervisión del acceso a la prestación de los servicios de salud de la población barboseña
- Impulsar mecanismos de participación social y el ejercicio pleno de los derechos y deberes en salud y seguridad social

### 8.6.3.2. FUNCIONES DEL PERSONAL QUE REALIZA LA VISITA FAMILIAR

- Promoción de la salud y calidad de vida
- Prevención de la enfermedad

- Diligenciamiento de ficha o historia familiar
- Definir problemas prioritarios
- Verificar que la familia comprendió las recomendaciones
- Hacer acuerdos
- Registrar los acuerdos para verificar en la próxima visita
- Determinar fecha para la próxima visita
- Realizar seguimiento y verificación de cumplimiento de acuerdos y demanda inducida.
- Consolidar y presentar el informe de actividades mensuales con sus respectivos soportes
- Cumplir el objeto, actividades y metas establecidas en el POAI
- Asistir y participar en reuniones administrativas y técnicas que se programen
- Gestionar la parte logística para el desarrollo de las actividades
- Mantener buenas relaciones en términos de respeto y responsabilidad

### **8.6.3.3. FUNCIONES DEL PERSONAL QUE REALIZA EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS**

- Promoción de la salud y calidad de vida por medio de encuentros educativos en instituciones educativas urbanas, rurales y grupos focales y acompañamiento familiar.
- Prevención de la enfermedad a través de encuentros educativos y acompañamiento familiar.
- Desarrollo de estrategias de información, educación y comunicación, a través de programas radiales, elaboración de materiales audio-visual, volantes, plegables y material impreso en general.
- Acompañamiento a las brigadas extramurales.
- Consolidar y presentar el informe de actividades mensuales con sus respectivos soportes
- Cumplir el objeto, actividades y metas establecidas en el POAI
- Asistir y participar en reuniones administrativas y técnicas que se programen
- Gestionar la parte logística para el desarrollo de las actividades
- Mantener buenas relaciones en términos de respeto y responsabilidad

## 8.7. POBLACIÓN OBJETO (CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN EN EL TERRITORIO)

En los años 2008-2011, los criterios que se tuvieron en cuenta para la selección de las veredas a intervenir con la estrategia de Atención Primaria en Salud fueron:

- Veredas en las cuales se registraba mayor índice de Violencia
- Registro de la procedencia (vereda) de las personas con el mayor número de consultas a la E.S.E, independiente el motivo de consulta
- Dificultades de acceso a los servicios de salud

En el año 2013 se realizó un análisis del comportamiento de algunos indicadores en los últimos años en el Municipio de Barbosa, como lo son: embarazo en adolescente, enfermedad diarreica aguda (EDA), infección respiratoria aguda (IRA), ingresos al programa de hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), intentos de suicidio, entre otros y así definir la población objeto.

<b>EMBARAZO ADOLESCENTE</b>				
	2010	2011	2012	TOTAL
ZONA URBANA	79	65	85	85
ZONA RURAL	67	60	47	47
<b>TOTAL DE &lt;19 AÑOS</b>	<b>146</b>	<b>125</b>	<b>132</b>	<b>132</b>

<b>INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA</b>				
	2010	2011	2012	TOTAL
IRA < 5 AÑOS	2207	1760	1452	5419
ZONA URBANA	1347	1097	964	3408
ZONA RURAL	842	650	479	1971
OTROS	18	13	9	40

<b>ENFERMEDAD DIARRÉICA AGUDA</b>				
	2010	2011	2012	TOTAL
EDA < 5 AÑOS	626	518	419	1560
ZONA URBANA	388	342	265	995
ZONA RURAL	231	171	140	542
OTROS	7	5	14	26

<b>INGRESOS HTA – DM</b>				
	2010	2011	2012	TOTAL
ZONA URBANA	160	169	165	494
ZONA RURAL	135	37	91	263
<b>TOTAL DE INGRESOS</b>	<b>295</b>	<b>206</b>	<b>256</b>	<b>757</b>

<b>INTENTO SUICIDA</b>			
	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>ZONA URBANA</b>	14	6	6
<b>ZONA RURAL</b>	10	19	6
<b>OTRO</b>	2	0	4
<b>TOTAL</b>	26	25	16

Como se puede observar, el área urbana a pesar de tener más acceso a los servicios de salud, muestra mayor morbilidad. Así mismo los barrios priorizados fueron aquellos con mayor vulnerabilidad.

**DIFICULTADES:** Diferencia en el número de barrios que aparecen en Planeación Municipal y los que maneja la oficina del SISBEN en el Municipio. **PLANEACIÓN MUNICIPAL** (El Portón, Buenos Aires, Santiago de los Caballeros, Aguas Calientes, Robles, El Progreso, Barrios de Jesús, Pepe sierra, Pepe Sierra II, Santa Mónica, Centro, Leticia, 30 de Mayo, Cecilia Caballero y La esmeralda) **SISBEN:** Los anteriores más: Bicentenario, Guayabal, el Porvenir, los Ángeles, Los Búcaros, San Rafael y Villa Roca. A la fecha es esta actualizado el PBOT Plan Básico de Ordenamiento Territorial el cual podrá dar claridad a la organización del territorio y a las competencias de las entidades para su desarrollo e inversión.

Logros en 2013: Se logró definir barrios a abordar

<b>BARRIOS</b>	<b>N° FAMILIAS SEGÚN SISBEN</b>	<b>N° FAMILIAS SEGÚN PLANEACIÓN</b>
La Esmeralda	245	151
Buenos Aires	286	108
Porvenir	180	No estipulado como barrio
San Rafael	2	40
Barrios de Jesús	355	157
El Progreso	270	140
<b>TOTAL</b>	<b>1338</b>	<b>589</b>

Fuente: Elaboración propia

## 8.8. COBERTURA

La estrategia APS del Municipio de Barbosa ha tenido en cuenta sus 58 veredas para beneficiarlas, considerando que gran parte de la población vulnerable se concentra en ellas, por esta razón, cada año se realiza un estudio de las veredas y las necesidades de sus habitantes, haciendo una priorización de las que tienen factores de riesgo críticos que puedan deteriorar la salud.

En el año 2010, se seleccionaron 6 veredas para ser intervenidas por la estrategia APS; y para el año siguiente, año 2011 se beneficiaron 17, en este año se quiso ampliar la cobertura de la estrategia y así poder beneficiar más veredas y por ende a más familias y personas.

En el año 2012, se seleccionaron 10 veredas para ser intervenidas por la estrategia, de las mismas seleccionadas del año anterior, ya que se determinó realizar seguimiento de las familias, a través de segunda, tercera y cuarta visita para verificar si las familias estaban cumpliendo con las recomendaciones y remisiones dadas por el equipo de trabajo en terreno de APS. Es de anotar que en la segunda visita se debió realizar nuevamente la historia familiar por el cambio en la plataforma del SIMAPS

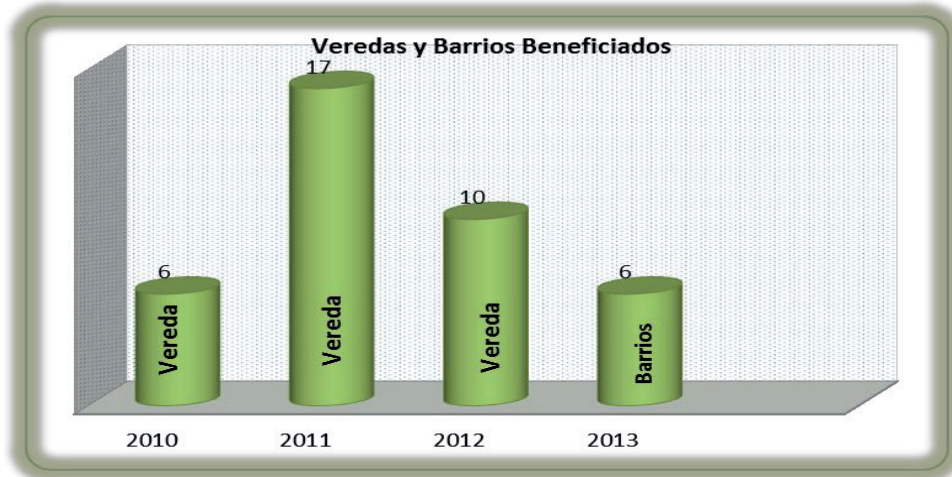
En el año 2013 de acuerdo al diagnóstico realizado, se encontró que el área urbana era la que se debía de intervenir debido al alto número de consultas registradas el último año y porque el mayor número de embarazos adolescentes, se registraban en área urbana. Se priorizaron 6 barrios debido a su vulnerabilidad.

	N° de Familias Según Planeación	N° de Familias Según SISBEN	Total de visitas realizadas	N° personas beneficiadas	N° viviendas donde no había nadie	Vivienda desocupada	No recibe la visita	Total de viviendas en el Barrio	% De viviendas visitadas
Vda. Pantanillo			16						
Barrio La Esmeralda	147	245	139	388	9	9	15	172	81%
Barrio Buenos Aires	105	286	128	326	9	2	3	142	90%
Barrio San Rafael	40	2	77	232	3	1	1	82	93%
Barrio Porvenir	No estipulado como barrio	180	100	317	7	1	0	108	92%
Barrios de Jesús	157	355	160	464	52	3	4	219	73%
Barrio El Progreso	147	245	139	388	9	9	15	172	81%
<b>TOTAL</b>	<b>589</b>	<b>1338</b>	<b>754</b>	<b>2116</b>	<b>87</b>	<b>16</b>	<b>26</b>	<b>867</b>	<b>87%</b>

Nota: No se encuentra información de años anteriores al 2010

Fuente: Elaboración propia

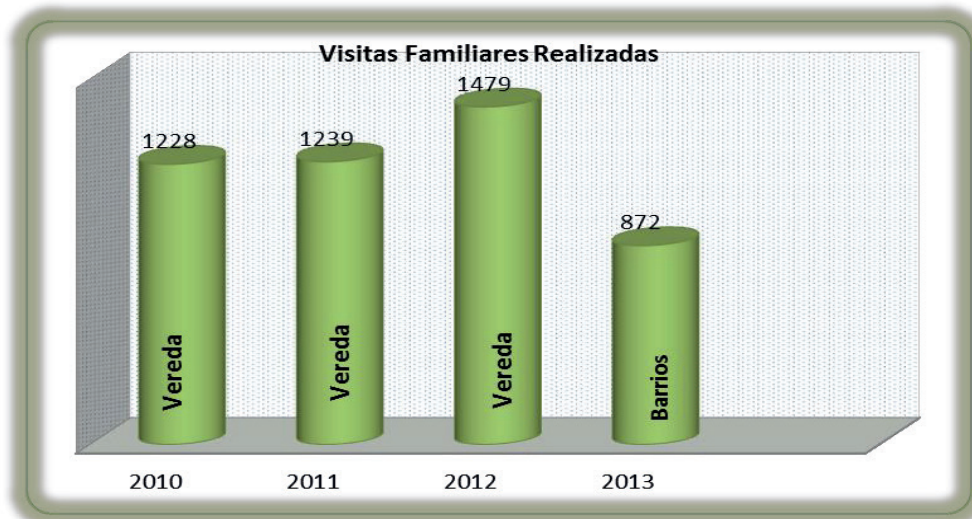
Figura N 1 Número de Veredas y Barrios beneficiados con la estrategia APSR



Fuente: Datos tomados del archivo de la ESE HSPV.

- En el año 2012 se realizaron visitas en las veredas Pantanillo, Guayabal, La cuesta, Las Lajas, Volantin, Pachohondo, Popalito, Tablazo Popalito, La Gomez y La Chorrera.
- En el año 2013 se realizaron visitas en los barrios: La esmeralda, San Rafael, Buenos Aires, El Porvenir, El Progreso y Barrios de Jesus.

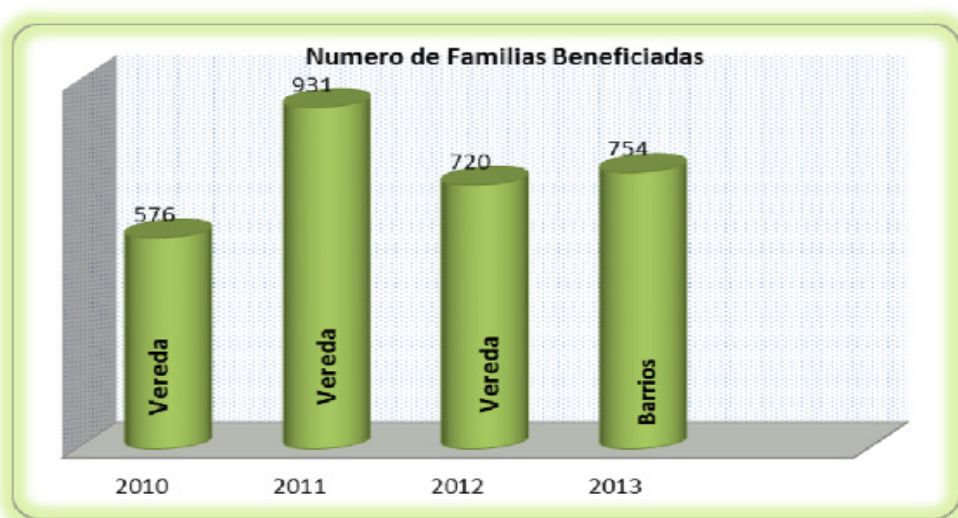
Figura N 2. Número de Visitas Realizadas



Fuente: Datos tomados del archivo de la ESE HSPV

En este mismo sentido, en las veredas/barrios beneficiados por la estrategia, se hicieron visitas por primera, segunda y tercera vez en el periodo 2010-2013, en el año que más se realizaron visitas familiares fue en el 2012 con un total de 1479 visitas, siguiendo el año 2011 con 1239 visitas familiares, aunque es de aclarar que solo se encontró información de las familias visitadas en 14 (Aguas claras, Pantanillo, La Aguada, Tablazo Popalito, La Cuesta, Guayabal, Pachohondo, La Herradura, Lajas, Monteloro, La cejita, Volantín, Popalito, San Eugenio) de las 17 veredas; de la Chorrera, La Tolda y La Gómez no se encuentran datos. El año 2012 con 1228 visitas familiares realizadas, para el año 2013 se realizaron visitas de primera vez y algunas de segunda, visita en la cual se ejecutaba algunos puntos claros que habían quedado como plan de acción para la familia; por ejemplo, intervención por medicina general, psicología, nutrición o actividades propias de los programas de promoción y prevención: consulta del joven, planificación familiar, crecimiento y desarrollo y vacunación. Se realizaron 872 visitas.

Figura N 3. Familias beneficiadas con la estrategia APS, Barbosa, 2010-2013.



Fuente: Datos tomados del archivo de la ESE HSVP

Se evidencia en el número de familias beneficiadas por la estrategia APS en el periodo 2010-2013, que en el año 2010 la cobertura osciló en 576 familias, mientras que en el año 2012 osciló en 720 familias, teniendo el año 2011 el mayor registro con 931 familias, en el año 2013 se benefició un total de 754 familias, todas del área urbana.

## 8.9. ÁMBITOS DE ACCIÓN (ENTORNOS)

- El Hogar: A través de visitas familiares, las cuales se realizan en los cinco momentos propuestos por la dirección seccional de Salud de Antioquía: momento de aprestamiento, momento de diagnóstico, momento reflexivo y analítico, momento de conciliaciones y acuerdos y el momento de planeación. Desde el comienzo de la estrategia hasta el año 2012 se priorizaba la zona rural, buscando favorecer la accesibilidad a los servicios de salud y de esta manera favorecer un poco

la equidad. En el 2013 las visitas se realizaron en zona urbana, buscando impactar y mejorar indicadores importantes a nivel municipal y nacional como los son, el embarazo adolescente, control de enfermedades crónicas, manejo de IRA y EDA y reconocimiento de los signos de alarma.

- La escuela: Tanto en las instituciones educativas urbanas, como en las rurales se han venido trabajando educación en salud infantil, sexual y mental. Se encuentra evidencia de este trabajo en la E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Barbosa, desde el año 2008 hasta la fecha; en los soportes encontrados no se evidencia diagnóstico referente en estos tres ejes, solo se evidencia ejecución de actividades. Solo en el año 2013, se realiza un análisis de la situación de salud sexual y reproductiva (SSR) y salud mental de los jóvenes y adolescentes escolarizados en los 4 colegios Urbanos y en los 3 rurales con mayor población, a partir del cual se enfocaron las acciones.
- El Trabajo: Desde el año 2010 se encuentra evidencia de trabajo a nivel educativo con población Informal, en el cual a partir de esta fecha se ha venido realizando en el Municipio una caracterización de esta población y abordaje en diferentes temáticas que ayuden a disminuir riesgos laborales. En el 2013 además se realizó un análisis del perfil de morbilidad a nivel laboral de las empresas del Municipio, logrando identificar las causas más comunes de enfermedad profesional y accidentes laborales
- Comunitario: A través del tiempo de una u otra forma siempre se ha incentivado a la participación de la comunidad. En cuanto a las visitas familiares, al comienzo de la estrategia las promotoras de salud eran escogidas por la misma comunidad (Presidente de la Junta de acción comunal), ahora en el momento de acercamiento a la comunidad, siempre se busca el portero (persona que nos presenta a la comunidad, generalmente es el presidente de la junta de acción comunal o un líder reconocido), también se le realiza devolución de lo encontrado y se confronta con lo que ellos consideran sus necesidades. En la parte de encuentros educativos, son una población objeto a capacitar por lo que año tras año se realiza actividades de tipo educativo con ellos. (AIEPI, prevención de enfermedades crónicas, salud sexual y reproductiva, salud mental, higiene oral, nutrición, entre otros, han sido temas abordados con esta población).

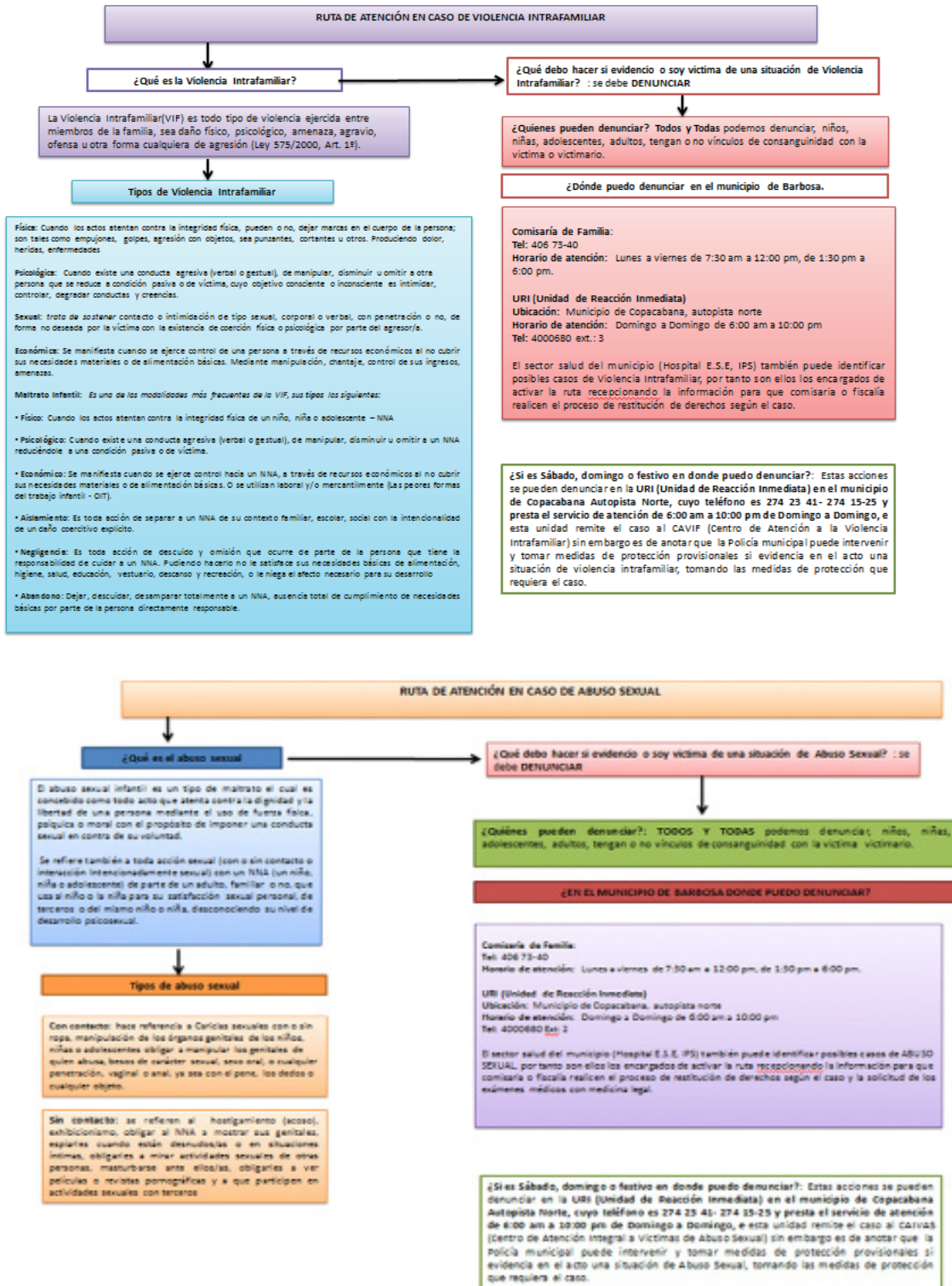
## 8.10. PRIORIDADES (LÍNEAS DE ACCIÓN)

### 8.11. RUTA DE ATENCIÓN

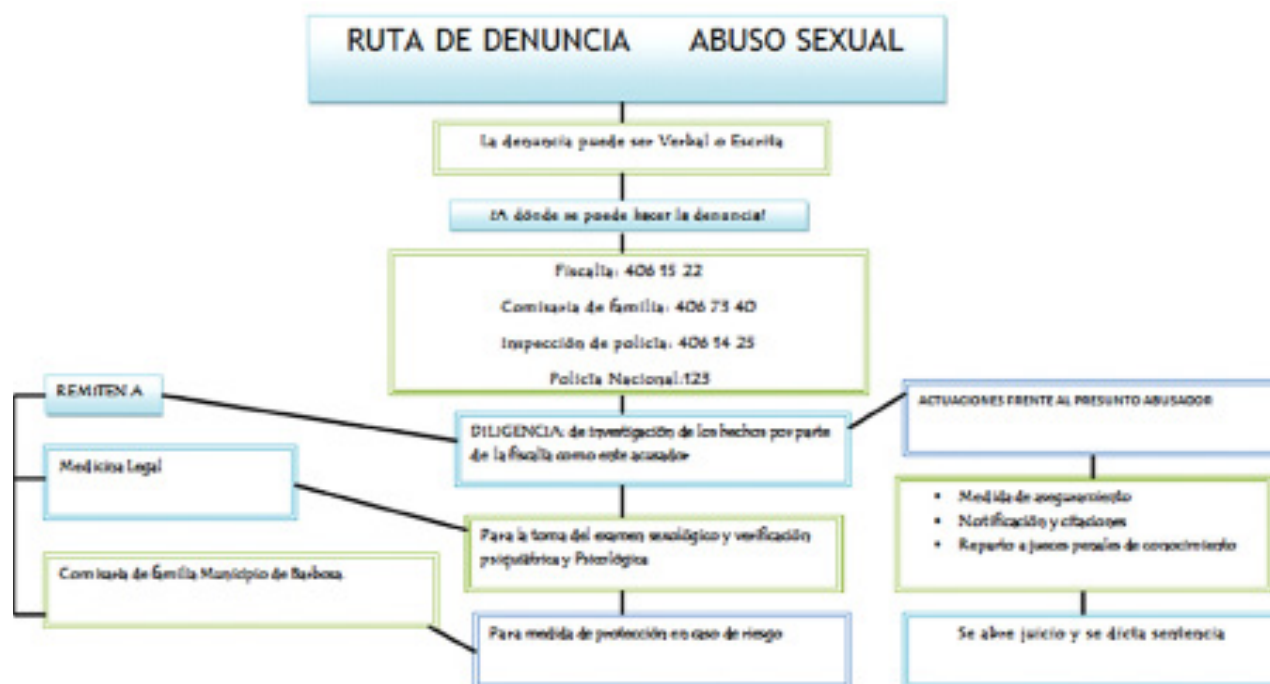
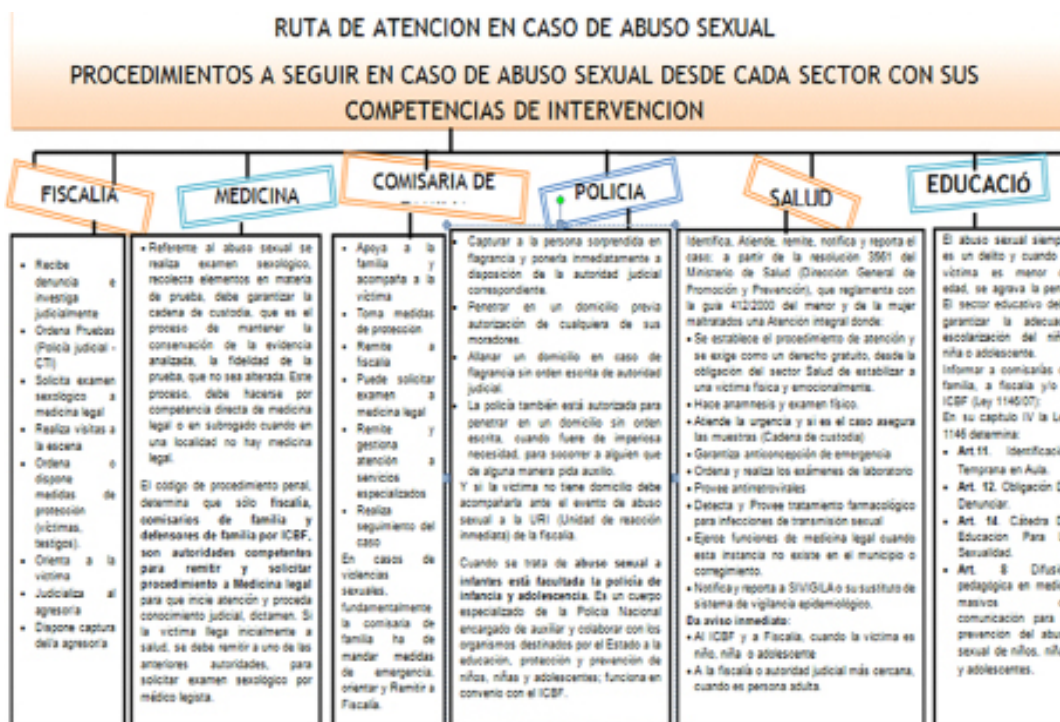
No se cuenta con una ruta de atención definida, las rutas se han definido según cada administración y no se encuentra evidencia de ellas por escrito. Las únicas rutas de atención que se encuentran escritas y funcionales en el municipio es la de violencia intrafamiliar/maltrato infantil y Abuso/violencia sexual. Ámbitos de acción (Entornos)

- El Hogar: A través de visitas familiares, las cuales se realizan en los cinco momentos propuestos por la dirección seccional de Salud de Antioquía: momento de aprestamiento, momento de diagnóstico, momento reflexivo y analítico, momento de conciliaciones y acuerdos y el momento de planeación. Desde el comienzo de la estrategia hasta el año 2012 se priorizaba la zona rural, buscando favorecer la accesibilidad a los servicios de salud y de esta manera favorecer un poco la equidad. En el 2013 las visitas se realizaron en zona urbana, buscando impactar y mejorar indicadores importantes a nivel municipal y nacional como los son, el embarazo adolescente, control de enfermedades crónicas, manejo de IRA y EDA y reconocimiento de los signos de alarma.

## 8.11.1. PARA LA COMUNIDAD



## 8.11.2. POR SECTOR



## **8.12. COMPONENTE INTER E INTERSECTORIAL**

Convenio interadministrativo de la Alcaldía con la ESE Hospital San Vicente de Paúl para la ejecución de las acciones de salud pública, la prestación de servicios de salud.

Comisaria de Familia

Programas de complementación alimentaria

Familias en acción

Estrategia unidos

Concertación con secretaría de educación, y cultura

Inder para promover el ejercicio físico como clave en la promoción de estilos de vida saludable

## **8.13. COMPONENTE DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA**

Socialización de la estrategia con actores comunitarios como los líderes de las acciones comunales en el componente de Planeación

Realización del consejo territorial de seguridad social en salud en el competente de planeación y evaluación.

## **8.14. SISTEMA DE INFORMACIÓN**

El sistema de información que se utiliza es el mismo de la Secretaria Seccional de Salud de Antioquia, el SIMAPS. Adicionalmente a este en el año 2013 se implementó un formato en Excel con el fin de realizarle seguimiento a la demanda inducida, trabajo intersectorial (sobre todo en la parte de aseguramiento), evidencia de algunas condiciones de vida de interés, edad, entre otros.

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

### 8.15.1. RECURSO HUMANO Y FINANCIERO

<b>RECURSOS FINANCIEROS</b>	<b>2010 EJECUTADO</b>	<b>2011 EJECUTADO</b>	<b>2012 EJECUTADO</b>	<b>2013 PROYECTADO</b>
Recurso humano	85,500,000	36,162,400	55,368,156	99,885,500
Recursos físicos	10,000,000	15,051,696	8,738,804	46,475,000
Recursos tecnológicos	-	-	-	-
Servicios públicos	-	-	-	-
Administración	-	-	3,221,848	-
Apoyo logístico	-	-	150,000	7,150,000
Emisora	-	-	180,000	14,300,000
<b>Convenio del programa</b>	<b>\$95,500,000</b>	<b>\$51,214,096</b>	<b>\$73,218,822</b>	<b>\$164,723,000</b>

## 8.16. INDICADORES

No se encontró evidencia de la existencia de indicadores estandarizados a evaluar en el Municipio para la estrategia de atención primaria en salud.

## 8.17. RESULTADOS (LOGROS)

- Elaboración de indicadores

<b>VISITAS FAMILIARES</b>	% de Cumplimiento de visitas familiares realizadas	Total de visitas Realizadas x 100/ Total de visitas programadas
	% de Remisiones efectivas a través de la estrategia APS por programa	Número de personas remitidas al programa de CyD que fueron atendidas* 100 / Total de personas remitidas al programa de CyD
		Número de personas remitidas al programa de DAJ que fueron atendidas* 100 / Total de personas remitidas al programa de DAJ
		Número de personas remitidas al programa de DAJ que fueron atendidas* 100 / Total de personas remitidas al programa de DAJ
		Número de personas remitidas al servicio de citologías que fueron atendidas* 100 / Total de personas remitidas al servicio de citologías
		Número de personas remitidas al programa de planificación familiar que fueron atendidas* 100 / Total de personas remitidas al programa de planificación familiar
		Número de personas remitidas al programa de higiene oral que fueron atendidas* 100 / Total de personas remitidas al programa de higiene oral
		Número de personas remitidas al servicio de vacunación que fueron atendidas* 100 / Total de personas remitidas al servicio de vacunación
		Número de personas remitidas al programa de hipertensión que fueron atendidas* 100 / Total de personas remitidas al programa de hipertensión

<b>ASEGURAMIENTO</b>	Porcentaje de menores de 10 años con obesidad	Número de menores de 10 años con Obesidad *100 /Total de menores de 10 años evaluados
----------------------	-----------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------

<b>PIC</b>	Total de Acciones Educativas realizadas desde Atención Primaria	Total de Acciones educativas realizadas en forma colectiva/Total de acciones educativas programadas
	Número de actividades educativas por temática	Número de actividades educativas en Salud Infantil * 100 / Total de actividades educativas programadas
		Número de actividades educativas en Salud Sexual * 100 / Total de actividades educativas programadas
		Número de actividades educativas en Salud Oral * 100 / Total de actividades educativas programadas
		Número de actividades educativas en Salud Mental
		Número de actividades educativas en estilos de vida saludables, prevención y detección temprana HTA - DM * 100 / Total de actividades educativas programadas
		Prevención y detección temprana del Cáncer de mama y cervix * 100 / Total de actividades educativas programadas
		Nutrición - Alimentación Balanceada * 100 / Total de actividades educativas programadas
	Número de personas que participan en actividades educativas por temática	Número de personas que participan en actividades educativas por temática

<b>SALUD INFANTIL</b>	Cobertura de niños menores de seis años con esquemas completos de vacunación	Niños menores de 6 años con esquema de vacunación completo*100 / total de niños menores de 6 años
	Cobertura en vacunación de niños de 1 a 4 años con esquema de vacunación completo	Niños menores de 1 – 4 años con esquema de vacunación completo*100 / total de niños entre 1- 4 años
	Cobertura en vacunación de niños de 1 a 4 años con esquema de vacunación completo	Niños menores de 1 – 4 años con esquema de vacunación completo*100 / total de niños entre 1- 4 años
	Cobertura en niños menores de 1 año con esquema de vacunación	Niños menores de 1 año con esquema de vacunación completo*100 / total de niños menores de 1 año

<b>NUTRICIÓN</b>	Proporción de menores de 10 años con evaluación nutricional por indicadores antropométricos	Número de menores de 10 años con evaluación nutricional por indicadores antropométricos*100 / total de menores de 10 años
	Porcentaje de menores de 10 años con desnutrición crónica	Número de menores de 10 años con desnutrición crónica *100 /Total de menores de 10 años evaluados
	Porcentaje de menores de 10 años con desnutrición global	Número de menores de 10 años con desnutrición global *100 /Total de menores de 10 años evaluados
	Porcentaje de menores de 10 años con desnutrición aguda	Número de menores de 10 años con desnutrición aguda *100 /Total de menores de 10 años evaluados
	Porcentaje de menores de 10 años con sobrepeso	Número de menores de 10 años con sobrepeso *100 /Total de menores de 10 años evaluados
	Porcentaje de menores de 10 años con obesidad	Número de menores de 10 años con Obesidad *100 /Total de menores de 10 años evaluados

<b>SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA</b>	Proporción de mujeres de 25 a 69 años que se han tomado la citología	Número de mujeres de 25 a 69 años que se han tomado la citología*100 / Número de mujeres de 25 a 69 años
	Porcentaje de citologías alteradas	Numero de resultados de citologias alteradas *100 /Numero de Citologias realizadas
	Índice de embarazos en adolescentes	Número de embarazos en adolescente *100 /Número total de embarazadas
	Porcentaje de jóvenes y adolescentes que ingresan a planificación familiar	Número de jóvenes y adolescentes que ingresan a planificación familiar *100 /Total de jóvenes y adolescentes
	Porcentaje de jóvenes y adolescentes con adherencia al programa de planificación familiar	Número de jóvenes y adolescentes que asisten al programa de planificación familiar *100 /Total de jóvenes y adolescentes inscritos en el programa de planificación familiar
	Mortalidad de mujeres en edad fértil	Mortalidad en mujeres en edad fértil *100 / Total de Mortalidad en mujeres

<b>ATENCIÓN DE LA MADRE Y EL RECIEN NACIDO</b>	Porcentaje de gestantes con atención prenatal por médico o enfermera	Número de gestantes con atención prenatal * 100 / total de gestantes
	Muerte materna	Número de muertes maternas *100 / Total de partos atendidos
	Muerte perinatal	Número de Muertes perinatales *100 /Total de partos atendidos
	Sífilis gestacional	Número de mujeres con sífilis gestacional * 100 / Total de mejores gestantes
	HB	Número de mujeres gestantes con HB * 100 / Total de mejores gestantes
	VIH - SIDA	Número de pacientes con VIH/SIDA

<b>VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA</b>	Número de casos de vigilancia epidemiológica de obligatoria notificación, identificados por el equipo básico y reportado a la entidad responsable	Número de casos de vigilancia epidemiológica de obligatoria notificación, identificados por el equipo básico y reportado a la entidad responsable.
----------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>GESTIÓN</b>	Número de pactos o acuerdos intersectoriales en relación con la adopción de la estrategia de Atención Primaria en Salud	Número de pactos o acuerdos intersectoriales en relación con la adopción de la estrategia de Atención Primaria en Salud.
	Número de actividades encaminadas a generar o fortalecer organizaciones de participación social en salud	Número de actividades encaminadas a generar o fortalecer organizaciones de participación social en salud

<b>ENFERMEDADES CRÓNICAS</b>	Porcentaje de asistencia al control de HTA	Número de usuarios que asistieron al control Hipertensión Arterial *100 /Total de usuarios citados al control de Hipertensión Arterial
	Porcentaje de Usuarios con Hipertensión controlados	Número de usuarios con Hipertensión controlados *100 /Total de usuarios que asistieron al control de Hipertensión arterial
	Porcentaje de Usuarios con Hipertensión Arterial descontrolados remitidos a visitas familiares	Número de Usuarios con Hipertensión Arterial descontrolados remitidos a visitas familiares *100 /Total de Usuarios con Hipertensión Arterial descontrolados
	Porcentaje de Usuarios con Hipertensión Arterial descontrolados que se les realizó visita familiar	Número de Usuarios con Hipertensión Arterial descontrolados que se les realizó visita familiar *100 /Total de Usuarios con Hipertensión Arterial descontrolados
	Porcentaje de asistencia al control de DM	Número de usuarios que asistieron al control DM *100 /Total de usuarios citados al control de DM
	Porcentaje de Usuarios con DM controlados	Número de usuarios con DM *100 /Total de usuarios que asistieron al control de DM
	Porcentaje de Usuarios con DM descontrolados remitidos a visitas familiares	Número de Usuarios con DMI descontrolados remitidos a visitas familiares *100 /Total de Usuarios con DM descontrolados
	Porcentaje de Usuarios con DM descontrolados que se les realizo visita familiar	Número de Usuarios con DM descontrolados que se les realizo visita familiar *100 /Total de Usuarios con DM descontrolados

<b>SALUD MENTAL</b>	Número de personas con intento de suicidio	Número de personas con intento de suicidio
	Porcentaje de suicidios	Número de suicidios *100 / Total de defunciones

<b>SALUD ORAL</b>	Porcentaje de morbilidad por caries	Número de usuarios con caries de la dentina *100 /Total de citas programadas en el servicio de odontología
	Porcentaje de Morbilidad por fluorosis	Numero de usuarios con fluorosis *100 / Total de citas programadas en el servicio de odontología

# Capítulo 2 Sistematización

## 1. PRESENTACIÓN

La sistematización de la estrategia APS en el Municipio de Barbosa 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 Barbosa y la ESE San Vicente de Paúl, la cual tiene como propósito constituir un ejercicio de gestión del conocimiento que permita hacer una reflexión sobre la práctica de atención y además reconocer elementos de análisis significativos en pro del enriquecimiento de la práctica.

Para el Municipio de Barbosa existen diferentes retos en asuntos relacionados con la atención en salud y en general con el acceso al sistema de salud. En esta ocasión se presentarán algunos de los datos más significativos, como indicadores de afiliación al sistema, además de las principales enfermedades que aquejan al Municipio evidenciando que la estrategia de APS se desarrolla en un Municipio. Lo anterior tiene como reto fundamental el acceso a salud y el mejoramiento de la atención. Así mismo, por ser un Municipio donde su composición territorial es mayormente rural, es importante permitir el acceso a la población por la lejanía del área urbana de algunas de las veredas.

Para el desarrollo de este ejercicio ha sido importante el trabajo realizado previamente por el Municipio en el proceso de documentación, el cual ha permitido aportar a la construcción del modelo en escena, y además ha contado con el aporte de actores importantes como las familias, las comunidades y los equipos de trabajo.

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

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

Con este documento se pretende motivar la discusión, la reflexión y el análisis de la estrategia de APS en el Municipio, así como la articulación y la integración de los diferentes actores involucrados en el proceso y la construcción de pilares para el mejoramiento de la estrategia en su conjunto.

## 2. METODOLOGÍA SOBRE LA DOCUMENTACIÓN Y LA SISTEMATIZACIÓN

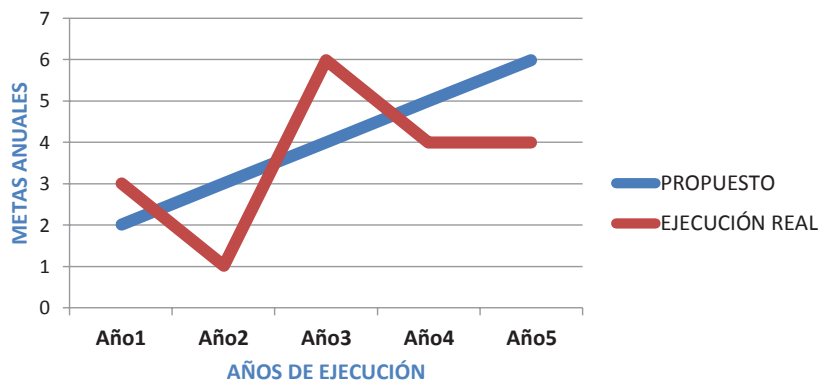
El desarrollo de una estrategia normalmente tiene dos miradas: la que se realiza a partir de los ideales del desarrollo de la estrategia (la cual viene dada por las orientaciones de los actores e instituciones proponentes) y otra mirada desde los actores que la ejecutan, y se benefician de la misma.

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

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

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

Gráfico N°1: Visiones de Desarrollo de la Estrategia



Fuente: Elaboración propia

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

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

Desde perspectivas más recientes y como lo señala Torres (1998), se ha entendido a la sistematización como "una modalidad de conocimiento de carácter colectivo sobre unas prácticas de intervención y acción social que a partir del reconocimiento e interpretación crítica de los sentidos y lógicas que la constituyen, busca cualificarla y contribuir a la teorización del campo temático en el que se inscribe" (pág. 3).

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

El Centro de Investigaciones y Prospectiva de la Institución Universitaria Esumer, ha desarrollado una serie de sistematizaciones sociales, empresariales y territoriales, dando como resultado la construcción de un modelo de sistematización de experiencias, el cual será retomado para la presente sistematización en tanto que permita de manera crítica, realizar un análisis de los momentos centrales del proyecto, como son:

- **Modelo propuesto:** Precisión conceptual con el objetivo de hallar elementos transversales en el análisis.

- **Modelo en escena:**

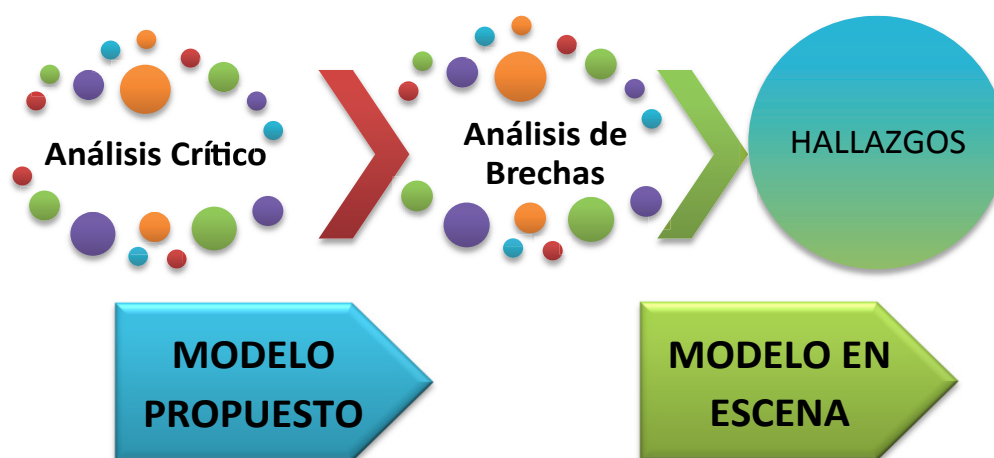
  - o Análisis crítico que permite contrastar la conceptualización con el contexto del programa

  - o Análisis de brechas desde lo conceptualizado o los propósitos del programa, con los componentes y la ejecución dada en el proceso.

- **Modelo a proponer:** Modelación a partir de las conveniencias, contingencias, aciertos, hallazgos, y aprendizajes de los dos modelos anteriores.

Sin embargo y dado el alcance de la presente sistematización, se tomaron los dos primeros modelos (propuesta y en escena) para hacer el ejercicio de sistematización. Como se describe en la Figura N°1, se muestra como se realizó un primer análisis crítico de la información general hallada en los lineamientos de la estrategia de Atención Primaria en Salud. A partir de esta información, se permitió esbozar el modelo propuesto, en donde se hizo un análisis crítico de lo encontrado en la realidad, (entendida como la mirada desde los actores ejecutores y la información encontrada de la experiencia) y se construyó el modelo en escena. A partir de allí, se realizó un análisis de brechas de lo encontrado entre un modelo y el otro, lo que permite dar cuenta finalmente de los principales hallazgos de la sistematización.

Figura N°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, que es un ejercicio desarrollado por los equipos de trabajo del Municipio de Barbosa. Es por esto, que se hará una distinción entre el proceso de documentación y sistematización.

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

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

“1. Acción y efecto de documentar. 2. Documento o conjunto de documentos, preferentemente de carácter oficial, que sirven para la identificación personal o para documentar o acreditar algo”. RAE

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

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

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

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

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

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

Fuente: Elaboración propia

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

## 3. OBJETIVOS

### 3.1. OBJETIVO GENERAL

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

### 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

## 4. ANÁLISIS CRÍTICO DE LOS COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA

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

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

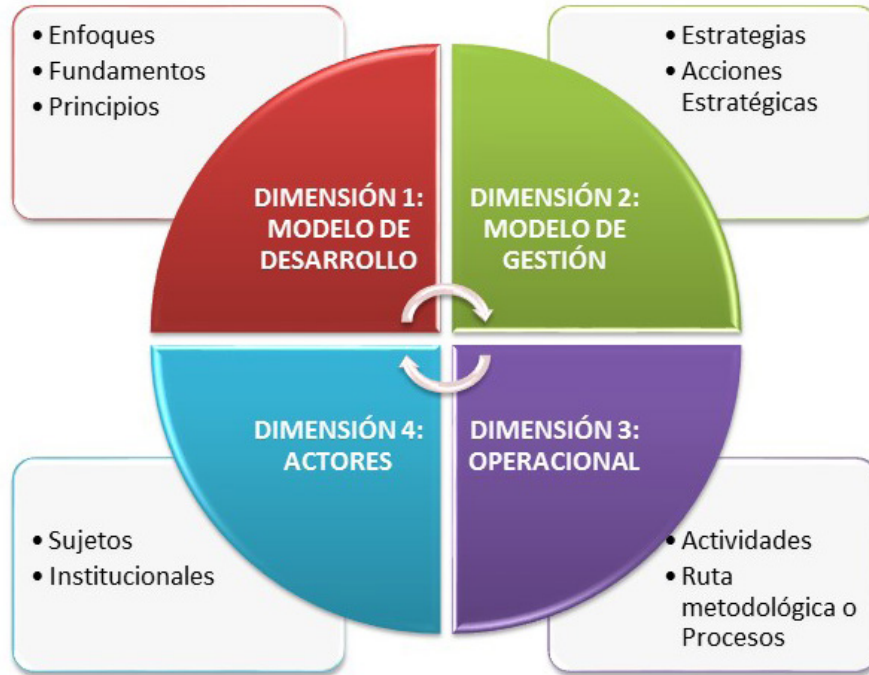
Comprender la APS como una parte, ha llevado a que la estrategia sea abordada desde cuatro componentes conceptuales, los cuales permitirán disgregar (sin perder el fin de la misma) como un ejercicio de comprensión en las siguientes dimensiones conceptuales y de abordaje de la estrategia. Por eso tienen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

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

Para la realización de este componente se definieron las Dimensiones y Categorías partiendo de los referentes internacionales, nacionales y locales para la estrategia APS definidas por: la Organización Mundial de la Salud –OMS y la Organización Panamericana de la Salud –OPS, los cuales reorientaron la estrategia establecida APS hacia la Atención Primaria en Salud Renovada – APSR. En cuanto a los referentes nacionales se tuvo en cuenta lo estipulado en la Ley 100 de 1993, al igual que el Decreto 3039 de 2007, por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 y la Ley 1438 de 2011 por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Finalmente a nivel local se tuvo en cuenta los lineamientos de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de

Antioquia – SSSYPSA y los documentos realizados por cada municipio (Barbosa, Girardota y Copacabana).

Figura N°2: Estrategia De Atención Primaria En Salud- APS



Fuente: Elaboración propia

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

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

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

- Bosquejar el programa APS, sus componentes y relación con los impactos esperados en sus diferentes etapas y momentos y desde diferentes actores.

#### 4.1. DIMENSIÓN DE DESARROLLO



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

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

#### 4.2. DIMENSIÓN ESTRATÉGICA



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

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

#### 4.3. DIMENSIÓN DE GESTIÓN



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

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

#### 4.4. DIMENSIÓN DE ACTORES



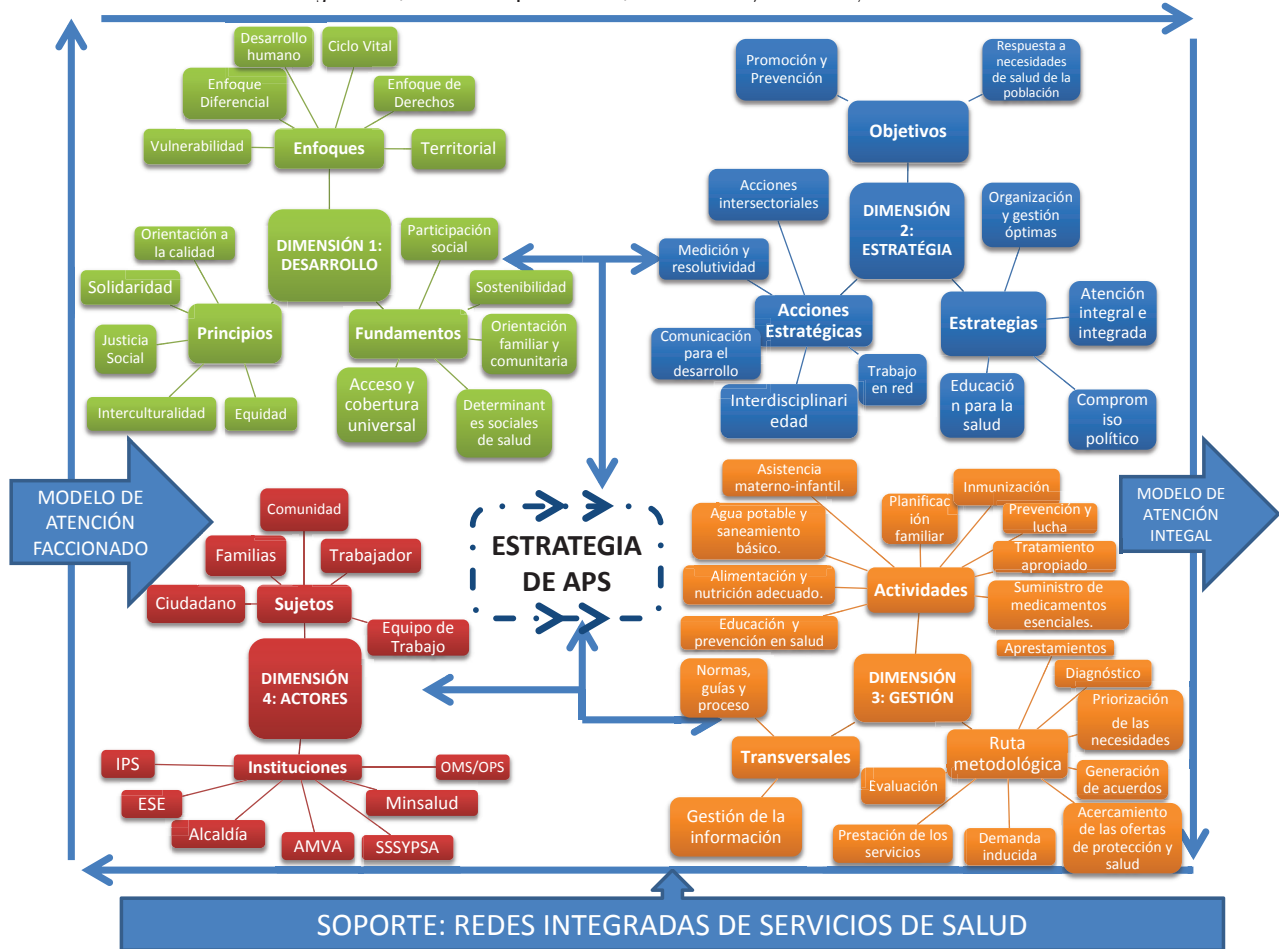
Los actores se pueden clasificar en Sujetos e Instituciones, donde los sujetos son partícipes “activos o pasivos” de la estrategia ya sea como ejecutores de la misma, beneficiarios o intermediarios. Aquí cada uno de ellos posee diversas expectativas, que generan lazos entre conceptos, actores sociales,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

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

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

## 5. MODELO PROPUESTO

Figura N°3: Modelo Propuesto APS: Dimensiones, Variables y Elementos

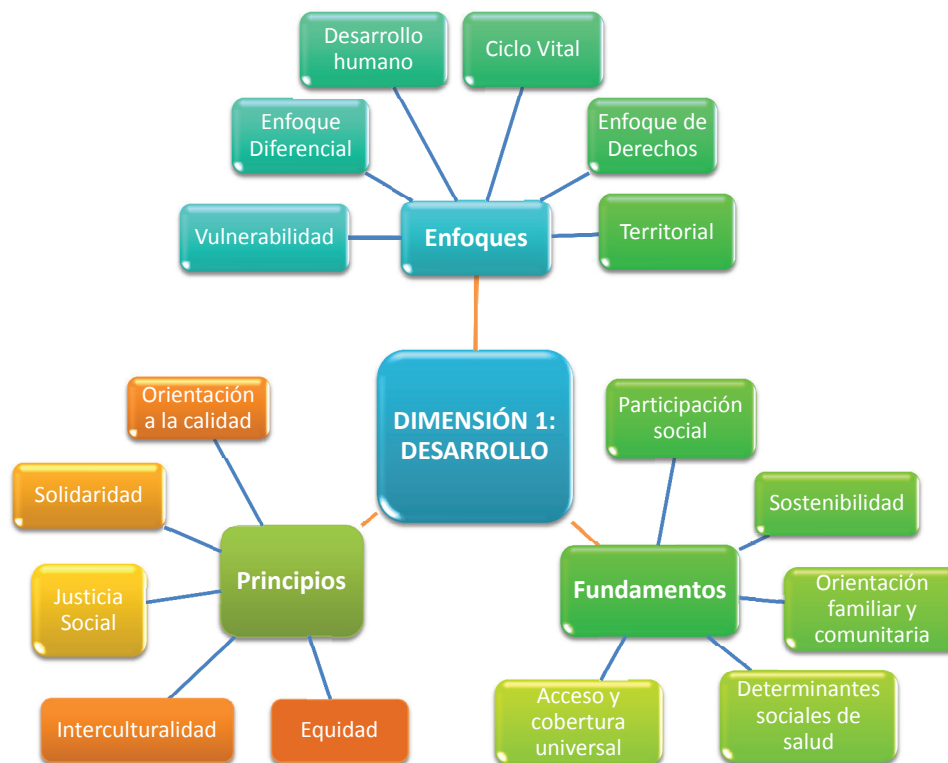


Fuente: Elaboración propia

Como se mencionó anteriormente, el modelo propuesto surge del "Ideal" de la estrategia APS a realizar en el territorio, donde ésta se concibe como un modelo integral para la atención primaria en salud y donde además cada una de las dimensiones, categorías y elementos que la componen, interactúan de manera sinérgica para garantizar de esta forma el derecho al acceso a la salud. Para comprender mejor cada uno de estos elementos, se realizará un análisis de cada uno de estos componentes por dimensión, para así tener una visión más profunda de la estrategia APS, desarrollada en los municipios de la prueba piloto.

## 5.1. DIMENSIÓN 1: DESARROLLO

Figura No. 4: Dimensión 1: Desarrollo



Fuente: Elaboración propia

### 5.1.1. ENFOQUE

Del mismo modo, la estrategia APS que se pretende analizar en los municipios parte de un Enfoque de Desarrollo Humano. **Esta forma de ver el desarrollo se centra en ampliar las opciones que tienen las personas para llevar la vida que valoran, es decir, en aumentar el conjunto de cosas que las personas pueden ser y hacer en sus vidas. Así el desarrollo es mucho más que el crecimiento económico, este es solo un medio para expandir las opciones de la gente (PNUD).**

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

Un segundo elemento del enfoque de la estrategia APS y que va en vía del desarrollo humano es priorizar los recursos hacia aquellas comunidades donde existen poblaciones vulnerables, las cuales por sus condiciones requieren mayores esfuerzos de las instancias y organizaciones público, privadas y comunitarias, para así garantizar el acceso a sus derechos que en este caso es la salud.

Del mismo modo, se plantea el **enfoque diferencial** el cual posee un doble significado: es a la vez un método de análisis y una guía para la acción. En el primer caso, emplea una lectura de la realidad que pretende hacer visibles las formas de discriminación contra aquellos grupos o pobladores considerados diferentes por una mayoría o por un grupo hegemónico. En el segundo caso, el análisis toma en cuenta que se debe brindar una adecuada atención y protección de los **derechos de la población**, y a su vez garantizar el derecho a la salud cuando las necesidades de la población lo requieran, sin importar sus condiciones de ciclo vital, estrato socioeconómico, lugar de residencia (urbano-rural), entre otros.

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

Por último y no menos importante se encuentra el **enfoque territorial**, donde el territorio se convierte en un ente vivo, producto de las interacciones sociales, económicas, políticas y culturales. En este caso, el desarrollo parte de un proceso endógeno, cuyos ejes centrales son la movilización del potencial de desarrollo del territorio y la capacidad de la comunidad de liderar los procesos. En este asunto el fortalecimiento del capital social es fundamental para el logro de los objetivos que se traza la estrategia APS.

### 5.1.2. FUNDAMENTOS

La **participación social** se concibe como un eje transversal, fundamentados en nociones del estado de derecho consagrado a partir de la Constitución de 1991, que dice que tanto la participación ciudadana y el derecho a la salud como derecho fundamental son requisitos para lograr el desarrollo humano integral. Es así como la comunidad, las organizaciones sociales y otras instituciones (públicas, privadas y comunitarias), aportan en la identificación e intervención de la situación de salud, ya sea en procesos de planeación o en la promoción y consolidación de factores protectores de la salud. Como lo afirma la OPS ésta “**convierte a los individuos en socios activos en la toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, en la definición de las prioridades y en la garantía de la rendición de cuentas**” (p 24, 2007).

Donde la **Orientación familiar y comunitaria** como lo menciona la OPS “supone que un sistema de salud basado en la APS no descansa exclusivamente en una perspectiva individual o clínica. Por el contrario, emplea la perspectiva de la salud pública al hacer uso de la información familiar y comunitaria para identificar riesgos y decidir el orden de prioridad de las intervenciones. Se considera que la familia y la comunidad son los ejes principales de la planificación y la intervención del sistema”. ( p. 26. 2007)

Mientras que **el acceso y la cobertura universal**, implica a la totalidad de los pobladores del municipio, facilitar la provisión de servicios de salud cuando las necesidades de la población así lo requieran, sin importar sus condiciones de ciclo vital, estrato socioeconómico, lugar de residencia (urbano-rural), entre otros. Por lo cual es fundamental abordar cuales son **los determinantes sociales de la salud**, que no solo obedecen en aspectos relacionados con la salud, sino que además:

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

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

### 5.1.3. PRINCIPIOS

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

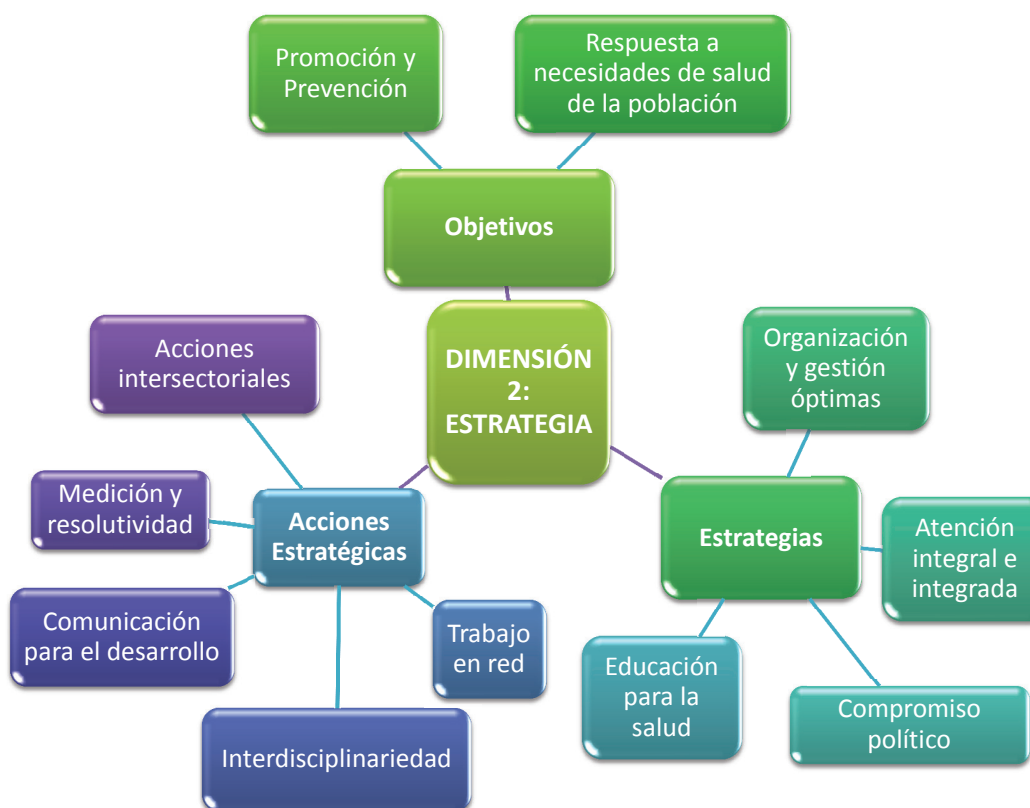
Por otro lado, es importante como principio de la APS **la interculturalidad**, la cual permite reconocer la identidad y la autodeterminación de los pueblos con sus propios sistemas de salud, teniendo en cuenta sus consideraciones de carácter étnico, identidad sexual y de género, entre otros. De esta forma podrá existir complementariedad entre la estrategia APS y los sistemas propios de los pueblos. Lo anterior implica elementos de igualdad y equidad entre los diferentes grupos poblacionales que permiten el relacionamiento y convivencia armónica de todos los individuos en un territorio.

Esto supone que la estrategia APS está basada en el principio de **equidad**, que permita direccionar la estrategia a las personas y población más vulnerable, y así contribuir al cierre de brechas de desigualdad existentes en la región, en especial en el acceso a los factores de salud. Esto bajo esquemas de justicia social, que implica que las políticas públicas realizadas por los entes nacionales, departamentales y locales, se encuentren enfocados en toda la población, en especial a los más vulnerables. Mediante el diseño de políticas públicas concretas que permitan satisfacer las necesidades de las personas desfavorecidas, debe haber una asignación de metas y recursos para cumplirlas. Del mismo modo, debe existir la incorporación de la sociedad para la planificación y el control del sistema de salud, que se traduzcan en acciones concretas para la mejora en los determinantes sociales de la salud.

Por último y no menos importante, una estrategia APS basada en el principio de **solidaridad**, que conlleva a que todos los miembros de la sociedad trabajen por el derecho a la salud, siendo la APS la que integre todos los estamentos intersectoriales e interinstitucionales. Y por supuesto, el fomento la partición comunitaria, donde la acción colectiva del conjunto de la sociedad forma sinergias positivas para la sostenibilidad del sistema y con lo que pretende generar soluciones más eficientes y eficaces a las necesidades de salud que enfrenta la población.

## 5.2. DIMENSIÓN 2: ESTRATÉGICA

Figura No. 5: Dimensión 2: Estratégica



Fuente: Elaboración propia

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

### 5.2.1. OBJETIVOS

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

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

### 5.2.2. ESTRATEGIAS

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

Por consiguiente, se requiere de un **compromiso político** por parte de todos los actores que hacen parte del sistema. Este acuerdo de voluntades entre los sujetos e instituciones, no solo garantiza los recursos físicos y financieros para su puesta en marcha, sino que con el acuerdo de voluntades de parte los entes territoriales en pro de la estrategia, va a permitir una **Atención Integral e Integrada** que conlleve a que el paquete de servicios disponibles debe ser la adecuada para atender las necesidades de salud de las personas en el territorio. Esto deriva que la estrategia APS debe contemplar varias actividades como programas PyP, autocuidado, saneamiento básico, políticas públicas en salud, planeación, entre otros. Como señala la OMS/OPS, **la integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la prevención, la atención primaria, secundaria, terciaria y paliativa.** ( p. 26. 2007)

Con lo dicho se exige del sistema una coordinación entre los actores que llevan a cabo **la estrategia (públicos, privados y comunitarios), y por supuesto, “la atención integrada requiere el desarrollo de redes de servicios y de proveedores, sistemas de información y gestión apropiado, incentivo, políticas y procedimientos, así como la capacitación de los proveedores de salud, personal de apoyo y de los administradores. (p. 26. 2007)**

De igual manera, la estrategia APS demanda de prácticas **de organización y gestión óptimas que permitan la innovación para mejorar constantemente la provisión de atención de forma que sea segura, cumpla las normas de calidad, ofrezca lugares de trabajo satisfactorios para los trabajadores de la salud y dé respuesta a las necesidades de los ciudadanos. Las buenas prácticas de gestión incluyen entre otras, la planificación estratégica, la investigación operativa y la evaluación del desempeño. (OPS. p. 26. 2007)**

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

### **5.2.3. ACCIONES ESTRATÉGICAS**

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

**“creando sinergias entre el sector de la salud y otros sectores y actores, como las escuelas, los lugares de trabajo, los programas de desarrollo económico y urbano, la mercadotecnia y el desarrollo agrarios, y la provisión de agua y saneamiento, entre otros”. ( p. 28. 2007)**

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

Para lograr lo anterior, se hace necesario el **Trabajo en Red** de todos los actores que se encuentran dentro y fuera del sistema de salud, lo cual reduce los problemas de fragmentación existentes dentro del sistema de salud, como lo son mayores costos económicos y sociales, poca eficiencia y efectividad del sistema de salud, la duplicidad de esfuerzos y el desperdicio de recursos humanos, financieros y tecnológicos (que restringen la efectividad de la aplicación de la estrategia APS).

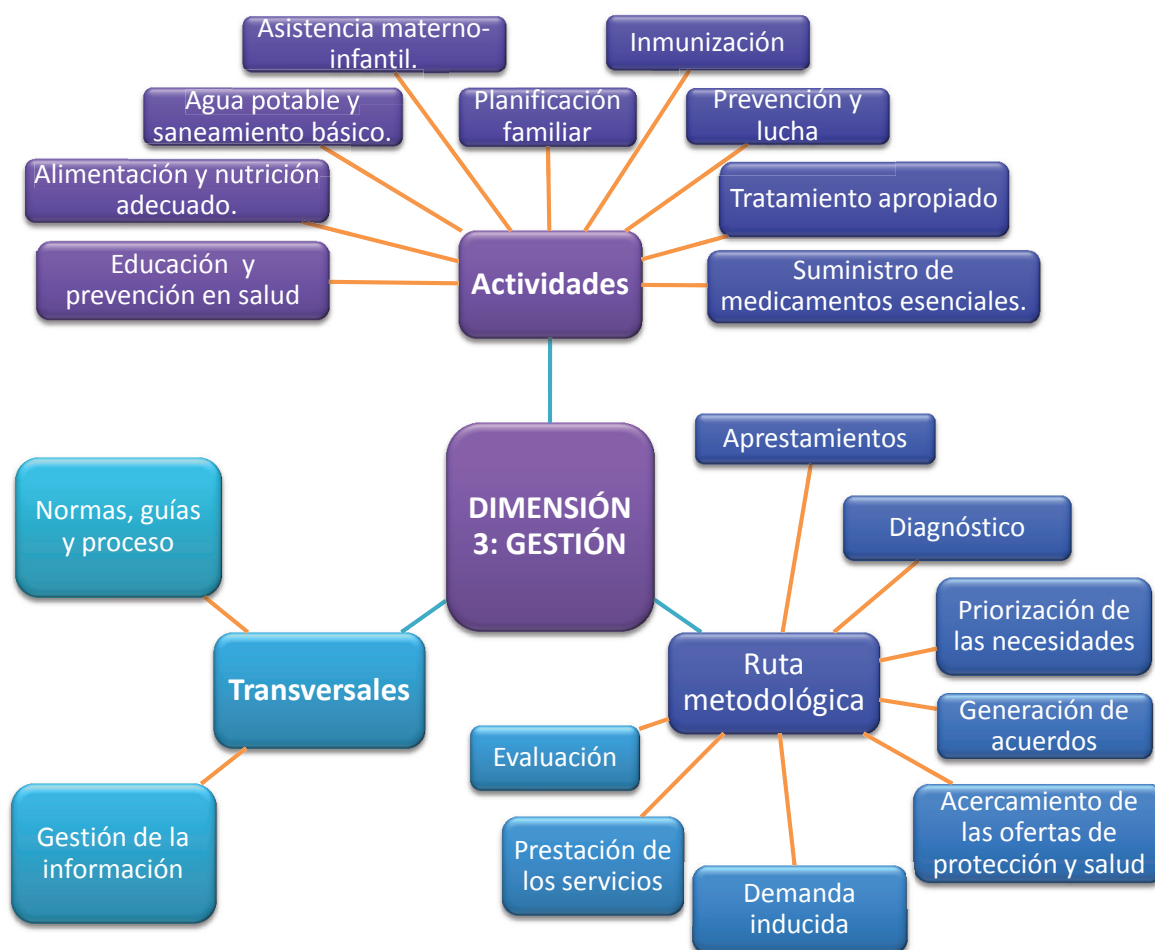
Del mismo modo, una **comunicación para el desarrollo** dentro de la estrategia permite no solo un mejor diálogo entre los diversos actores que realizan o son beneficiarios de la aplicación de la ella, sino que permiten la misma construcción y puesta en marcha de la estrategia APS, ya

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

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

### 5.3. DIMENSIÓN 3: GESTIÓN

Figura No. 6: Dimensión 3: Gestión



Fuente: Elaboración propia

### 5.3.1. RUTA METODOLÓGICA

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

Analizando la **ruta metodológica** se muestra un camino común recomendado por parte de estas entidades encontrando como primer momento el **Aprestamiento**, entendido como un momento inicial a la ejecución de la propuesta. Esto supone que hay que realizar un proceso de análisis de los recursos que se tienen en el territorio para llevar a cabo ésta y la voluntad política o institucional por parte de las autoridades presentes en el territorio. Además conlleva a la concertación con los actores e instituciones claves presentes en el Municipio a favor de disponer los recursos tanto financieros, físicos, humanos y comunicacionales para la ejecución de la propuesta.

Luego de ello se encuentra el momento **diagnóstico** el cual se refiere al reconocimiento municipal de los factores relacionados con la salud como otros condicionantes tanto de las principales problemáticas, como de los asuntos potencializadores de la salud. Además se tiene en cuenta el conocimiento familiar a través de herramientas como la Historia Familiar y la información estadística que tienen las entidades a través de sus programas, proyectos y/o servicios.

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

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

**Acercamiento de las ofertas de protección y salud.** Una vez se han logrado acuerdos con los actores y entidades del territorio se inicia una etapa de gestión de lo previamente planeado. En esta etapa es importante resaltar el trabajo que realiza el equipo de APS el cual tiene bajo su responsabilidad la atención bajo los lineamientos y acuerdos previamente establecidos. En lo que refiere a la oferta de protección y salud, en los documentos presentados se define como un momento fundamental el poder llevar a las familias, comunidades, ciudadanos y otros entornos de trabajo los diferentes programas, proyectos, servicios definidos para mejorar los condicionantes de salud y los sociales tanto los prestados por el equipo base de APS. Estos son normalmente articulados a las ESE e IPS como los prestados en el territorio por el ente municipal, departamental, nacional y a lo que refiere a lo público o como entidades privadas o del tercer sector que 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 esta requiere que las familias se articulen a otras rutas establecidas por el sistema de salud presentes en el territorio y que no solo sea a través de la visita y en términos de jornadas especiales, sino que las comunidades, familias y sus integrantes puedan llegar a las rutas establecidas por el sistema de salud y otros sistemas de apoyo.

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

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

### 5.3.2. ACTIVIDADES

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

- **Educación y prevención en salud:** Entendida como dar al individuo y a las comunidades las capacidades necesarias para su autocuidado.
- **Alimentación y nutrición adecuada:** Permitir al individuo el desarrollo adecuado de sus actividades físicas y mentales diarias, al igual que el buen mantenimiento de la salud, y así mismo una alimentación y nutrición adecuada disminuye los factores de riesgo en salud.
- **Agua potable y saneamiento básico:** Es uno de los factores claves para la prevención y protección de la salud, para prevenir la aparición de enfermedades endémicas, como la diarrea y el paludismo, y permitir la conservación de la salud pública en el territorio.
- **Asistencia materno-infantil:** Como expresión máxima de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, aún se constituye como un grave tema de salud pública. Esta asistencia a través de intervenciones apropiadas y eficaces permite reducir la mortalidad y morbilidad, y contribuye a la mejor salud, calidad de vida y equidad, en torno a una maternidad sin riesgo y nacimientos seguros.
- **Planificación familiar:** Entendida como el proceso de planeación de la familia, en donde todos los miembros puedan tener las condiciones sociales, psicológicas y

económicas para asumir una paternidad y maternidad responsable.

•**Inmunización principales enfermedades infecciosas:** La aplicación del 100% de la población en el esquema de vacunación, permite no solo resguardar la salud del individuo de aquellas enfermedades prevenibles, sino que conlleva a la conservación de la salud pública a nivel familiar y comunitario.

•**Prevención y lucha:** Enfermedades endémicas locales: Las enfermedades endémicas son aquellas enfermedades infecciosas que afectan de forma permanente, en determinados períodos a una región. Se entiende por endémica una enfermedad que persiste durante un tiempo determinado en un lugar concreto y que afecta o puede afectar a un número importante de personas.

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

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

### 5.3.3. TRANSVERSALES

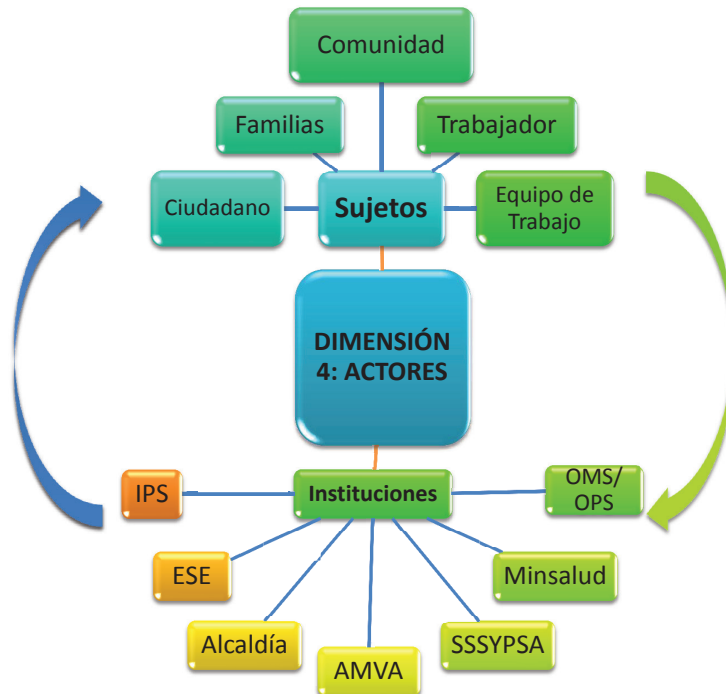
Los transversales son aquellos elementos del modelo que sirven de apoyo a la gestión de la estrategia. La presencia de estos ayuda a que la realización de la estrategia sea acorde a las necesidades de los entornos y la población y también a que la ejecución de ésta sea más eficiente y efectiva.

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

Otro elemento es la gestión de la información, la cual es un apoyo en la toma de decisiones y en la definición de nuevas acciones de acuerdo a lo diagnosticado y a las necesidades encontradas en el territorio. Una adecuada gestión de la información, implica un manejo sistémico de la información, apropiados sistemas de información y una comunicación asertiva de la información encontrada.

## 5.4. DIMENSIÓN 4: ACTORES

Figura No. 7: Dimensión 4: Actores



Fuente: Elaboración propia

### 5.4.1. SUJETOS

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

- **Ciudadano:** son todas las personas sujetas a derechos pero también a deberes, donde son participes activos de la apuesta de la estrategia, los cuales deben ejercer mayor control sobre su propia salud y son esenciales para abordar la raíz de los determinantes sociales de la salud.
- **Familia:** Como núcleo central de la sociedad, es esencial para la identificación de los riesgos y planificación e intervención del sistema, dado que ellos tienen la capacidad de transmitir los conocimientos y realizar las acciones concretas, para de esta forma transformar sus estilos de vida en pro de mejores niveles de salud.

•**Comunidad:** Es la llamada a convertirse en socias activas en la determinación de prioridades, la gestión, la evaluación y la regulación del sector de la salud.

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

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

#### 5.4.2. INSTITUCIONES

Para definir las instituciones representativas del proceso de APS se indagó por aquellas que generaban influencia en las orientaciones del Modelo tanto en el nivel internacional, nacional, departamental y subregional. De esta manera se encontró que algunas de ellas daban orientaciones de propósito, otras de orden metodológico y otras en términos de acciones, metas e indicadores.

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

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

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

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

Uno de los aportes más significativos que ha tenido la OPS con la estrategia de APS es su postura clara frente a la necesidad de renovar la estrategia de APS en el mundo, por los nuevos desafíos y cambios que se han dado desde la declaración de 1978 a estos días. Sobresale de

**esta manera la declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la atención primaria de salud del año 2005 en Montevideo.**

En Colombia la autoridad nacional en los temas de Salud es el **Ministerio de Salud y Protección Social** el cual posee funciones específicas en los temas de políticas públicas en materia de salud, salud pública, y promoción social en salud, bajo el Decreto 4107 de 2011, (Minsalud - página oficial). Esta entidad que ha sufrido varias transformaciones en los últimos años debido a la unión del ministerio del trabajo y luego separación del mismo, es hoy quien se responsabiliza de todos los temas de salud pública de interés nacional.

En relación a la APS en Colombia, la normatividad vigente ha venido configurando una serie de disposiciones que ha llevado a un terreno propicio para el desarrollo de esta estrategia. Sin embargo podemos nombrar como una de las más significativas a la ley 1438 ( 2011) por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones donde se destaca el título 2 de esta ley en temas relacionados con salud pública, promoción y prevención y Atención Primaria en Salud.

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

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

A nivel departamental se tiene como actor central a la **Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia –SSSYPSA**, entidad adscrita a la gobernación de Antioquia y creada en el 2008 por el Decreto Departamental 2575. La entidad se encarga de definir las metas e indicadores departamentales en los asuntos relacionados con la Salud de los Antioqueños. En la actualidad y como orientación del Plan de Desarrollo Antioquia, la más Educada 2012 - 2015, tiene dentro de la línea Estratégica 4: Inclusión Social 5 componente en donde el primero se denomina Condiciones básicas de Bienestar, el cual refiere a la salud como uno de los elementos más importantes en el desarrollo de la población. De esta manera, éste componente desarrolla tres programas, siendo el primero Antioquia Sana, programa que tiene como marco de referencia todo lo relacionado con la APSR.

En un marco más local encontramos tres actores claves: **Alcaldías, Empresas Sociales de Estado – ESE y las IPS**, que son actores claves de orden institucional en el marco de la estrategia de APS pues son quien finalmente ejecutan la estrategia en territorio. Por esto, las **Alcaldías y sus Secretarías de Salud** juegan un papel importante ya que son las que tienen bajo su responsabilidad la ejecución del Plan de Desarrollo de sus respectivos municipios. Para los tres municipios seleccionados, Girardota, Copacabana y Barbosa el tema de salud es parte constitutiva y fundamental del desarrollo de los componentes sociales y mejoramiento de las condiciones de vida de sus municipios.

Por su parte, las **Empresas Sociales del Estado –ESE “constituyen una categoría especial de entidad pública, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas o reorganizadas por ley o por las asambleas o concejos”** (Decreto 1876 de 1994). Para el Caso de Barbosa se cuenta con la ESE -San Vicente de Paul.

Estas tres ESE tienen a su cargo los equipos de trabajo de APS que están en los hospitales. Del mismo modo, los equipos de promotores responsables del acompañamiento familiar, son los ejecutores de la estrategia en términos del manejo de la información, desarrollo de las actividades y seguimiento de las mismas.

## 6. ANÁLISIS DEL MUNICIPIO DE BARBOSA

### 6.1. GENERALIDADES DEL MUNICIPIO DE BARBOSA

El municipio de Barbosa es uno de los cuatro municipios ubicados al norte del Valle de Aburrá que cuenta con una extensión de 206 km<sup>2</sup> de los cuales 203 km<sup>2</sup> equivalen al 98,5% del área rural. Está constituida por 58 veredas y 2 corregimientos, donde se encuentra asentada la mayor parte de la población. Según información del DANE, para el 2011 el municipio contaba con una población de 46.951 mil habitantes, de los cuales el 54,73% se encuentra en el área rural y el resto en el área urbana. Así mismo, el 49.7% de la población son hombres y el 50.3% mujeres.



Fuente: Encuesta de calidad de vida 2011 expandida, Municipio de Barbosa.

La población que habita en Barbosa es joven dado que el 55,51%, son personas menores de 30 años, seguido de los adultos (personas entre los 30 a 59 años) que corresponden al 33,95% y finalmente el 13,27% son personas adultas mayores.

Por otra parte, en cuanto a las viviendas se tiene que el municipio cuenta con 13.477 de las cuales el 44% se encuentran ubicadas en el casco urbano y el 56% en el área rural, lo cual muestra que si bien la población de Barbosa pertenecen mayormente al área rural, la estrategia APS ha sido dirigida a cubrir el área rural, dadas las dificultades de acceso a la salud por su ubicación por fuera del casco urbano del municipio.

Cuadro N°2: Viviendas Según Estrato Socioeconómico

ESTRATO DE LA VIVIENDA	URBANO	RURAL	TOTAL	%
Estrato 1	611	1.324	1.935	14,36
Estrato 2	4.247	5.025	9.272	68,80
Estrato 3	1.020	722	1.742	12,93
Estrato 4	3	289	292	2,17
Estrato 5	0	142	142	1,05
Estrato 6	0	94	94	0,70
<b>Total viviendas</b>	<b>5.881</b>	<b>7.596</b>	<b>13.477</b>	<b>100,00</b>

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

Así mismo, en cuanto al estrato socioeconómico de las viviendas se tiene el mayor porcentaje de ellas ubicadas en los estratos 1 y 2 que equivalen al 83,16% del total de las viviendas, donde el estrato 2 es el que posee mayor porcentaje de participación con casi el 68,8%.

Cuadro N°3: Índice de Calidad de Vida

AÑO	URBANO	RURAL	TOTAL	%
2005	60,9	52,7	56,8	
2007	73,0	71,0	72,8	15,98
2009	76,5	66,0	75,6	2,78
2011	63,6	61,3	62,3	-13,28

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

De la misma manera, en la encuesta de calidad de vida 2011 expandida del municipio de Barbosa, informan que el índice de calidad de vida del Barbosa en los últimos 2 años (2.009 al 2.011) ha venido disminuyendo, ubicándose en el año 2011 en 62,3, lo cual representa una disminución frente al año 2.009 en -13,28 puntos. Esto se ve reflejado en otros indicadores como la tasa de analfabetismo en la población mayor de 5 años que es de 19,50%; al igual que el 15,72% de los hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas –NBI; 66,48% de las viviendas rurales no poseen conexión al alcantarillado y el 11,7% no posee acueducto.

Por otro lado, en cuanto a los indicadores y cifras que se relacionan con el tema de salud se tiene que el 90,31% se encuentra afiliado a cualquier régimen de salud, mientras que el 9,69% informaron que no se encuentra afiliado a ningún régimen de salud y (equivalen a 4.549). En el área rural el porcentaje de personas sin ningún tipo de afiliación es de 9,72% que equivalen a 2.498 personas. Mientras que en el área urbana es de 9,64% personas sin estar afiliadas a ningún tipo de régimen de salud.

**Cuadro N°4.** Personas según afiliación al sistema de seguridad social en salud

<b>Afiliación al sistema de seguridad social</b>	<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>	<b>Urbano</b>	<b>Rural</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
No sabe - no responde	159	219	328	50	377	0,80
No está afiliado y no está identificado en el SISBEN	823	626	653	797	1.450	3,09
No está afiliado y está identificado en el SISBEN	1.373	1.349	1.071	1.651	2.722	5,80
Es contributivo cotizante, tiene EPS	5.990	2.670	3.711	4.949	8.660	18,44
Beneficiario del régimen contributivo	4.796	7.601	4.444	7.953	12.397	26,40
Subsidiado. Tiene EPS-Subsidiada	8.687	9.367	9.041	9.014	18.055	38,45
Régimen especial (FFAA, Ecopetrol y magisterio)	113	56	123	47	169	0,36
Beneficiario del régimen especial	1.394	1.730	1.904	1.220	3.124	6,65
<b>Total vivienda</b>	<b>1.394</b>	<b>23.619</b>	<b>21.274</b>	<b>25.680</b>	<b>46.954</b>	<b>100,00</b>

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

Teniendo en cuenta la información anterior, una estrategia como la APS que se desarrolla en el municipio, permite el acceso a salud a aquellas personas que por diversos motivos no se encuentran afiliados a cualquiera de los regímenes existentes, así mismo, por ser un municipio donde su composición territorial es mayormente rural es importante permitir el acceso a la población dado la lejanía del área urbana de algunas de las veredas.

Otro elemento a tener en cuenta en cómo se encuentra la salud en Barbosa, es lo relacionado con el esquema de salud. El esquema de vacunación por edad tiene mayor porcentaje de niños menores de 1 año con un 98%, casi a la par de los niños de 0 a 5 años con un 97%, las madres gestantes tienen completo el esquema de vacunación un 85% y las no gestantes un 60% en el municipio de Barbosa.

Cuadro N°5. Principales Causas de Hospitalización en Barbosa

TIPO DE ENFERMEDAD	N°	%
Enfermedades del sistema respiratorio	255	22,5%
Embarazo, parto y puerperio	204	18,0%
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	112	9,9%
Traumatismos, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causas externas	106	9,3%
Enfermedades del sistema genitourinario	102	9,0%
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	77	6,8%
Enfermedades del sistema circulatorio	71	6,3%
Enfermedades del sistema digestivo	65	5,7%
Tumores (neoplasias)	30	2,6%
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	24	2,1%
Trastornos mentales y del comportamiento	23	2,0%
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	19	1,7%
Enfermedades endocrinas , nutricionales y metabólicas	19	1,7%
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	14	1,2%
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	13	1,1%

Fuente: Elaboración propia con información del Anuario Estadístico de Antioquia -2012

Igualmente, si se observa las principales causas de hospitalización en el municipio se evidencia que muchas de ellas se pueden evitar mediante la implementación de la estrategia APS. Tal es el caso de las enfermedades del sistema respiratorio; llevar un adecuado esquema de control prenatal, manipulación de sustancias tóxicas en los hogares, enfermedades parasitarias, entre otras. Junto con lo anterior se tiene que las principales causas de mortalidad en el Municipio de Barbosa según lo informado por el plan de desarrollo, se encuentra asociadas a enfermedades tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón, diabetes mellitus, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca, neumonía, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores. De ahí la importancia de la estrategia APS, en la cual muchos de sus programas están dirigidos a los temas en salud que más afectan a la población en general.

## 6.2. DESCRIPCIÓN MODELO EN ESCENA DEL MUNICIPIO DE BARBOSA



Fuente: Elaboración propia

### 6.2.1. DIMENSIÓN 1: DE DESARROLLO

El Municipio de Barbosa es uno de los más rurales del Área Metropolitana del Valle de Aburrá al contar con un área rural del total del territorio del 98%, dando como consecuencia que más de la mitad de la población vive en zonas rurales. Agregando a lo anterior se describirá a continuación como se desarrolla actualmente la estrategia de APS, en los componentes centrales como son la Dimensión de Desarrollo, la Dimensión Estratégica, la de Gestión y la de Actores.

Para Iniciar con la Dimensión de Desarrollo es importante mencionar que el Municipio de Barbosa ha desarrollado una estrategia siguiendo muy de cerca los lineamientos de la SSSYPSA. Como parte de los enfoques que direccionan esta estrategia se encuentra un enfoque de Vulnerabilidad, de Derechos y de Accesibilidad.

Figura No. 8: Dimensión 1: Modelo de Desarrollo - Barbosa



Fuente: Elaboración propia

Con relación al de **Vulnerabilidad** se encuentra que la intervención desarrollada en el Municipio de Barbosa direccionada desde la Alcaldía Municipal y ejecutada por la ESE San Vicente de Paul busca enfocarse en aquellas personas, familias o población específica que por sus características sociales, económicas o del entorno se caracteriza por ser más vulnerable a ciertos riesgos que no le permitan llevar a cabo una vida más saludable. El enfoque de vulnerabilidad del municipio refiere a un asunto amplio, no se trata de ciertas poblaciones ya caracterizadas como vulnerables como son poblaciones desplazadas, mujeres jefas de hogar, personas en situación de calle o demás; se refiere a aquellas dadas por los objetivos del municipio que buscan el mejoramiento de salud. En este punto se posee una condición o un contexto que no le permite desarrollarse plenamente, tal es el caso de jóvenes que han venido requiriendo unas necesidades de salud sexual y reproductiva específicas o los trabajadores de ciertas actividades productivas que no llevan ciertos hábitos de vida saludable.

Otro de los enfoques claros presentes en el Municipio de Barbosa es lo que refiere a la **Accesibilidad**, puesto que la estrategia de APS busca que la población habitante del municipio pueda acceder al sistema de salud y que la APS sea un facilitador de este proceso, mejorando los niveles de cobertura y facilitando el acceso de la población más alejada del casco urbano o aquellos que tienen dificultades en general de incorporarse a los programas y servicios que tiene el municipio para el mejoramiento de la salud de su población.

Con relación al enfoque de **Derechos** este refiere al contexto del desarrollo de la estrategia de APS en la orientación que esta tiene hacia ver la salud como uno de los derechos fundamentales de la población y que es a través de esta estrategia en donde se logra que la población se acerque al cumplimiento del mismo. De igual modo, la salud como derecho fundamental da el lineamiento del proceder y los logros que se esperan obtener con la ejecución de la misma. El enfoque de derechos está fuertemente relacionada con una mirada de desarrollo en donde el

solo hecho de ser un habitante de un territorio se hace merecedor de una serie de condiciones de vida que dignifiquen su vida.

Además, en el marco de la dimensión de desarrollo se encuentran cuatro **fundamentos** en los cuales se sustenta la propuesta de APS en el Municipio de Barbosa, y se encuentran los temas de **salud pública, salud física, salud mental, salud sexual y reproductiva y salud ocupacional**. Estas soportan la idea que para Barbosa hay un importante énfasis en comprender la salud como objetivo superior, pero así mismo como base y medio para mejorar las condiciones de vida de la población.

Con relación al tema de salud pública la estrategia pretende que en el marco de su desarrollo se mejoren los entornos y la relación de los habitantes con éstos, y que permita mejorar las condiciones individuales y colectivas de quienes se involucran en APS de manera directa o indirecta.

Para el caso de salud infantil, hay un énfasis importante de este tema en lo desarrollado y propuesto de la estrategia, pues se ve en esta población un grupo poblacional vulnerable y a la vez con potencial de desarrollo de nuevas prácticas saludables que permitan ir haciendo transformaciones generacionales desde la primera infancia.

De esta misma manera en el tema de salud mental la estrategia evidencia que este tema ha sido abandonado por varias de las acciones emprendidas por el sistema de salud. La estrategia permite movilizar factores protectores de la salud general de la población, sobre todo en aquellas poblaciones más rurales en donde el tema ha sido poco tratado o tratado de manera superficial y aislada.

Frente al tema de la salud sexual y reproductiva fue definido como un componente constitutivo de la propuesta de APS a partir del análisis realizado en el proceso. Si bien no estaba planteado inicialmente, la realidad mostró la necesidad de abordar este tema en la ruralidad sobre todo en la cabecera municipal, por lo que fue ganando importancia a lo largo del proceso hasta convertirse en un elemento central de la estrategia.

Finalmente con relación al tema de salud ocupacional, la estrategia de APS ha enfocado su trabajo no solo en la familia, sino también en el contexto del trabajo, haciendo un énfasis en las relaciones informales laborales que propician entornos poco saludables, por lo que esta unidad se tomó como un escenario a acompañar.

Otro de los elementos constitutivos de la dimensión de desarrollo son los principios que orientan la implementación de la estrategia, en donde se encuentra que existen cuatro principios que buscan transversalizar la ejecución. Algunas de ellas se realizan de manera consiente, pensadas y planeadas y otras pueden ser detectada a partir del análisis de lo vivenciado o por los apuntes realizados por los equipos de trabajo. Estos principios son la **interdiscipliniedad, la respuesta a las necesidades de salud de la población, la APS como el primer contacto con el Sistema de Salud y la búsqueda de la calidad de vida**.

La interdisciplinariedad es un asunto que se evidencia como un transversal al proceso. La importancia que se le da a que la intervención realizada responde a las necesidades complejas de la población que implica que esta sea abordada desde lo multi- disciplinar tanto desde los equipos de trabajo como desde las acciones que se emprenden con la población. Del mismo modo este acompañamiento permite dar respuesta a las necesidades de la población entendida, que dé respuestas concretas y de fácil apropiación de la población llevando en todo momento al mejoramiento de la salud de los habitantes del municipio.

Ubicar a la estrategia de APS como el primer contacto con el sistema de salud, o en otras palabras, como la puerta de entrada al sistema de salud, propicia un campo en donde ésta es facilitadora de un asunto mayor y no solo como una parte. Más bien está relacionada con la necesidad de que existan facilitadores del acceso que inviten a ingresar al sistema y que le den a este sistema una bienvenida más amigable a los usuarios y beneficiarios.

Finalmente, y en relación a los principios que soportan y movilizan la estrategia, en Barbosa se encuentra la calidad de vida, no solo como fin sino también como medio en donde la estrategia promueve en cada una de las acciones realizadas y gestiona las que faltan para aportar a que las personas y familias involucradas para que accedan al sistema de salud y se les garantice una mejor y mayor calidad de vida en su cotidianidad.

## 6.2.2. DIMENSIÓN 2: ESTRATÉGICA MUNICIPIO DE BARBOSA

La dimensión estratégica da cuenta tanto de los objetivos y las estrategias principales desarrolladas por el Municipio por la ESE San Vicente de Paul (operador de la estrategia) como de la orientación dado por la Alcaldía para llevar a cabo la APS. Estas deben dar respuesta a las principales problemáticas del municipio en los temas de Salud que para el caso de Barbosa refieren al aumento de la cobertura, el acceso de los programas de la población rural, el mejoramiento del esquema de vacunación en menores de edad, además de patologías relacionadas con hábitos poco saludables o falta de información y formación adecuada. A continuación, se describe lo anteriormente dicho.

Figura No.,9: Dimensión 2 Estratégica – Barbosa



Fuente: Elaboración propia

Los objetivos encontrados en la ejecución de la estrategia de APS son tres: **promoción de salud, prevención de enfermedad y estilos de vida saludables**. En estos objetivos es donde la estrategia espera tener logros palpables con la población de Barbosa, para que sean las personas las que puedan generar cambios a partir de la intervención, acompañamiento y seguimiento realizado a la estrategia de APS.

Con relación al tema de promoción de la salud y prevención de la enfermedad encontramos que desde inicios del desarrollo de la estrategia de APS en el municipio ha existido un énfasis en desarrollar actividades encaminadas a estos dos asuntos, tanto con el equipo de promotores anteriores al 2011 como con el equipo actual. Existe una concentración de esfuerzos por desarrollar acciones que estén encaminadas a que la población comprenda que la salud es fundamental para el mejoramiento de su calidad de vida y que esto se logra si desarrollan acciones de prevención de aspectos generales que puedan afectar su salud e incentivando otras que mejoren las actuales condiciones de salud de las personas. Por eso, estos dos son parte de los objetivos centrales de esta estrategia.

Otros de los objetivos tiene que ver con los estilos de vida saludable, lo cual conlleva a que haya una gestión de una serie de acciones tanto colectivas como individuales y desde el equipo base contratado para el desarrollo de éstas. Debe haber una articulación con otras entidades presentes en el municipio para que la población sea acompañada, (familias, niños, jóvenes, adultos trabajadores y se pueda tener un cambio en la forma en como abordan cotidianamente su salud.

Con relación a las **estrategias** se encontró una priorización hacia el **acompañamiento en salud** de los diferentes entornos en los que interviene la estrategia de APS como son la escuela, la familia, el trabajo y la comunidad. En ellos se ha realizado acompañamiento para diagnosticar las necesidades y de esta manera establecer planes que permitan la resolutivez de las necesidades detectadas. Algunas de ellas a través de la intervención concreta de los equipos en problemas detectados en las familias, en otros casos se complementaba con la gestión de apoyos en los temas de salud de otras instancias institucionales al interior de la alcaldía o entidades del orden nacional con presencia en el municipio.

El tema de Educación para la salud es una de las estrategias transversales, la cual posibilita una mayor apropiación de los objetivos planteados a través de las diversas actividades propuestas por la estrategia de APS, lo cual ha llevado a que los promotores, los profesionales de salud, las acciones colectivas, los programas articulados a la estrategia, busquen generar un proceso formativo que coadyuve a la gestión del cambio de hábitos, pensamientos, modelos mentales o prácticas cotidianas que no aportan a la salud física psicológica y en general a la salud pública del municipio.

Articulado a lo anterior se encuentra la otra estrategia transversal y es la de la comunicación para la salud por medio de la cual se ha pretendido llegar a un número importante de habitantes con un mensaje claro y contundente por los canales como radio, prensa o producción de piezas comunicacionales de la Alcaldía y el hospital que permitan construir un lenguaje común con los habitantes.

De esta manera se ha logrado articular a la estrategia APS en temas de educación, comunicación y acompañamiento, las cuales se evidencian en acciones estratégicas diversas como poner un énfasis en el papel de los promotores en educar a las familias y sus integrantes en temas como salud oral, sexual, infantil, mental, estilos de vida saludable, prevención y detección del cáncer de mama y cérvix, nutrición, entre otros.

Por tanto se ha logrado que el equipo básico e interdisciplinario de la estrategia vaya hasta el lugar de vivienda, trabajo o estudio de la población que se quiere acompañar para dar respuesta concreta a necesidades diversas como las de medicina general, odontología, psicología, entre otras. Lo anterior acompañado de mensajes educativos o reforzados a través de otros medios distintos a las visitas que permita que las familias se motiven a cambiar y transformar su relación con la salud.

### 6.2.3. DIMENSIÓN 3: DE GESTIÓN MUNICIPIO BARBOSA

La dimensión de gestión para el caso de Barbosa explica cómo fue desarrollada la estrategia de APS en el municipio, dando cuenta de la ruta metodológica utilizada para dar respuesta a los objetivos y propósitos planteados, así como las principales actividades, (aquellas que tienen un sentido substancial a la ejecución de la estrategia), pues son las que permiten operacionalizar el contenido dado a este ejercicio. Finalmente los transversales son elementos que permiten hacer una gestión efectiva de la estrategia. A continuación se muestra como se está desarrollando la estrategia en este municipio

Figura No. 10: Dimensión 3: Gestión – Barbosa



Fuente: Elaboración propia

La **ruta metodológica** definida por el Municipio de Barbosa para dar desarrollo a su propuesta está fuertemente articulada al direccionamiento dado por la SSSYPSA y se define en cuatro momentos significativos: el aprestamiento, el diagnóstico, la conciliación y acuerdos y el plan de intervención. Estos se presentan como un paso a paso que la estrategia APS ha utilizado para cumplir con los objetivos planteados.

- Aprestamiento:** Refiere a los momentos previos del desarrollo de la estrategia en donde se organizan una serie de elementos que luego van a ser necesarios para el buen desempeño de la misma como la concertación de la voluntad política, el proceso de selección del talento humano, el conocimiento de programas y servicios que sirvan de apoyo a las necesidades que se puedan detectar, y fundamental la inclusión de esta propuesta en la planeación municipal.

- Diagnóstico:** Se lleva a cabo a través de acciones como sensibilización y acercamiento, reconocimiento del contexto y selección de las áreas de cobertura. Para el caso de Barbosa en los años 2011 y 2012 fueron priorizadas las veredas y para el año 2013 el área urbana, la recolección de la información a través de la visita familiar y la elaboración de la historia familiar, el cual va acompañado de un momento Reflexivo- Analítico, en el cual se realiza el análisis de la información, la socialización y validación de la información con las comunidades, en donde con estas últimas se definen las prioridades a abordar.

- Conciliación Acuerdos:** En este apartado se procede a la consolidación de la información municipal obtenida de la información familiar y la que se encuentra en el hospital. Luego se realiza la información por áreas de cobertura y validación de la información por las comunidades y con las familias beneficiarias en cada área de cobertura o vereda.

- Planes de Intervención:** Refiere a un momento de retroalimentación de la planeación de la estrategia que permite avanzar hacia objetivos mayores tales como formulaciones de proyectos y gestión de recursos de necesidades que van más allá de los recursos locales y cercanos que se tienen. Sin embargo, en estos años se ha realizado un mayor énfasis en la planeación de la articulación institucional que a otro tipo de proyectos, proceso que finaliza con una etapa de evaluación de la ejecución del año en curso.

Con relación a las Actividades estas están articuladas a la ruta metodológica que se ha llevado a cabo durante la ejecución. Sobresalen actividades como visitas familiares, intervención colectiva, servicios amigables y los programas radiales, las cuales soportan el que hacer de la estrategia y con ellas se pretende que los habitantes del municipio accedan de manera más fácil a la estrategia.

- Visitas familiares:** Está bajo la responsabilidad del equipo básico de APS y los promotores, el cual es realizado a las familias, pero también en las instituciones educativas, organizaciones comunitarias y empresas con el objetivo de hacer un acompañamiento que dé respuesta a las necesidades detectadas. Si bien las visitas

tienen como indicador la remisión a programas, en algunas ocasiones da pie para dar respuesta concreta a esas necesidades brindando mayor resolución de las mismas.

- **Intervención colectiva:** Estas se realizan en los diferentes entornos seleccionados por el equipo de APS. Se desarrolla un proceso inicial de planeación de las mismas denominado Plan de Intervención Colectivas – PIC- y el cual ha seguido los lineamientos departamentales, donde estas se realizan con un énfasis fuerte en la educación en salud especialmente en cuatro temas: promoción de la salud, prevención de riesgos, vigilancia en salud y acciones de gestión de la estrategia.

- **Servicios amigables:** Se desarrollan normalmente en espacios de formación de población joven con el objetivo de atender los temas de salud sexual y reproductiva por lo cual se brinda un espacio físico para abordar estos temas de manera tranquila por los jóvenes, dando orientaciones por parte del personal de APS.

- **Programas radiales:** Se realiza en la emisora local. Estos programas se emiten dos veces por semana con una duración de una hora en la cual se tratan temas específicos de interés para la población y relacionados con la salud. Por ejemplo, enfermedades inmunoprevenibles. También en este espacio se abre la línea telefónica para dar respuesta a las inquietudes de la comunidad según los temas tratados.

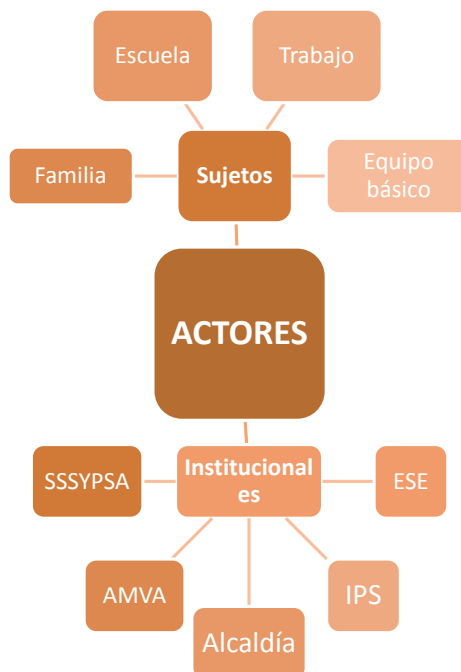
Finalmente los transversales refieren a aquellos elementos constantes que se han planteado en el marco de la estrategia para soportar la operación de las diferentes actividades y llevar a cabo la ruta establecida, entre ellas se encuentra:

- **Análisis de la información:** Se desarrolla a lo largo de la ejecución de la estrategia e incluye el registro de la información, la producción de datos que permitan dar a conocer los resultados, avances, necesidades y en general los datos cuantitativos y cualitativos de la población acompañada.

- **Demandas inducidas:** Es desarrollado por el equipo básico y por los promotores de salud, quienes evalúan las necesidades detectadas de los integrantes de la familias o de la población acompañada y se hace la remisión a un programa específico del hospital o de los programas, proyectos o servicios articuladas a la estrategia de parte de algunas entidades municipales, departamentales o nacionales, también se desarrolla el seguimiento permanente a la demanda que permita conocer la efectividad de la misma.

## 6.2.4. DIMENSIÓN 4: ACTORES – MUNICIPIO BARBOSA

Figura No. 11: Dimensión 4: Actores – Barbosa



Fuente: Elaboración propia

Con relación a los **actores**, estos son los que tienen un rol fundamental en la puesta en marcha de la estrategia. Son estos los que llevan a cabo la estrategia de APS y son los que finalmente permiten que la estrategia tome el sentido que se le ha querido dar desde el proceso de planeación. Entre los más importantes se encuentran los siguientes:

**La familia:** Se han involucrado en los años 2011 y 2012 familias pertenecientes a 17 veredas del Municipio y para el 2013 familias pertenecientes a 6 barrios del área urbana del Municipio. Son ellos el objeto inicial del acompañamiento familiar.

**Escuela:** Se seleccionan algunas instituciones educativas tanto del área rural como urbana en donde se hace énfasis en los temas relacionados con la salud infantil, juvenil sexual y mental.

**Trabajo:** Haciendo un mayor énfasis en trabajadores del sector informal, es un ámbito que involucra la realización de diagnósticos que luego permitan intervenir los temas de riesgos laborales.

**Equipo básico:** Entenderemos en este apartado aquellos que tienen a su cargo la ejecución de la estrategia y lo conforman el equipo interdisciplinario del hospital, los promotores y el equipo directivo de la Secretaría de Salud, conformado por profesionales, tecnólogos y técnicos de diferentes ramos del conocimiento.

**Los actores institucionales** identificados en el Municipio de Barbosa son los encargados de la orientación, planeación y ejecución de la puesta en marcha de la estrategia APS en el territorio. En primer lugar se encuentra la **Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia – SSSYPSA**, la cual ha sido la encargada de dar la orientación metodológica y el aporte de los recursos para llevar a cabo la estrategia APS en el Municipio.

Es así como la ejecución de ella ha estado a cargo de la **ESE San Vicente de Paul** en articulación con la **Alcaldía del Municipio, especialmente la Subsecretaría de Salud**, pues son estas dos entidades las encargadas de establecer las acciones estratégicas, la gestión y priorización de los recursos, así como el establecimiento hacia que personas de la población que van a ser beneficiarios de la estrategia APS. Igualmente, las dos IPS asentadas en el Municipio aportan a la estrategia en la medida que los servicios ofrecidos por estas, son articulados a las necesidades de la población mediante la atención de la demanda inducida que se realiza dentro de la estrategia por el equipo básico que pertenece a la estrategia APS.

## 7. ANÁLISIS DE BRECHAS

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

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

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

MODELO PROPUESTO	REFERENCIA	MODELO ACTUAL	BRECHAS
<b>DIMENSIÓN 1: DE DESARROLLO</b>			
<b>ENFOQUES</b>			
Vulnerabilidad	Alcaldías	Vulnerabilidad	<p>*Uno de los elementos encontrados es que la estrategia APS no viene trabajando bajo enfoques diferenciales que para el caso implica una comprensión de las diferencias de salud según las características, expectativas y necesidades de la población, a lo que se suma que tampoco se evidencia que sus intervenciones tengan claramente el enfoque de ciclo vital dado que esto se trata de manera somera.*</p> <p>*Hay una apuesta por el tema de vulnerabilidad, derechos y accesibilidad, estos enfoques orientan el trabajo los cuales se hacen monitoreando las necesidades de salud de la población en torno a la atención que se realiza en el hospital, sin embargo es importante que este enfoque sea profundizado en relación a las acciones emprendidas.</p>
Enfoque Diferencial	Gobernación de Antioquia - Minsalud - Ley 1438		
Desarrollo humano	Gobernación de Antioquia	Derechos	
Ciclo Vital	Gobernación de Antioquia		
Enfoque de Derechos	OPS		
Territorial	Minsalud - Ley 1438		
		Accesibilidad	
<b>FUNDAMENTOS</b>			
Participación social	OPS - Minsalud - Ley 1438		<p>*Las bases del trabajo realizado en el Municipio de Barbosa no se articulan a las orientaciones dadas por organismos internacionales, nacionales y locales entre ellos los dados por la OPS en tanto no se evidencia una apuesta definida por los temas de participación social, sostenibilidad y recursos adecuados, determinantes sociales de salud, elemento que se encuentra dentro del Plan Decenal de Salud.</p>
Sostenibilidad y Recursos Adecuados	OPS		
Orientación familiar y comunitaria	OPS	Parcial	
Determinantes sociales de salud			
Acceso y cobertura universal	OPS	Parcial	

		Salud pública	<p>*Con relación al tema de orientación familiar y comunitaria hay una articulación parcial, en tanto el trabajo hace énfasis en la familia pero en menor medida en la orientación comunitaria.</p> <p>*El eje de los fundamentos de la estrategia de APS está en los temas de Salud Pública, Infantil, Mental, Sexual y Reproductiva y ocupacional, en tanto se concibe la estrategia fuertemente enfocada en el tema de salud más que en determinantes sociales.</p>
		Salud infantil	
		Salud mental	
		Salud sexual y reproductiva	
		Salud ocupacional	
<b>PRINCIPIOS</b>			
Equidad	OPS		<p>*En relación a los principios también se encuentra poca conexión con los lineamientos dados por las entidades en tanto no se concibe claramente como elemento axiológico aspectos como la equidad, la interculturalidad, la justicia social y la orientación a la calidad.</p>
Interculturalidad	Minsalud - Ley 1438		
Justicia Social	OPS		
Solidaridad	OPS		
Orientación a la calidad	OPS		
Primer contacto	OPS	Primer contacto con sistema de salud	<p>*Solo se encuentra articulación con el sexto principio dado por la OPS y es en lo que refiere a comprender la estrategia APS como el primer contacto con el sistema de salud, elemento al que se hace hincapié en la orientación y desarrollo de la estrategia.</p> <p>*Se conciben en el Municipio otros aspectos de principio como son la interdisciplinabilidad, las respuestas a las necesidades de salud de la población y el mejoramiento de la calidad de vida.</p>
		Interdisciplinabilidad	
		Respuesta a las necesidades de salud de la población	
		Calidad de vida	

## DIMENSIÓN 2 DE ESTRATEGIA

### OBJETIVOS

Promoción y Prevención	OPS	Promoción de salud	<p>*Con relación a los objetivos hay una articulación en busca de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y las respuestas a las necesidades de salud de la población por lo que los objetivos se coordinan entre unos y otros.</p> <p>*Se destaca un tema que se le da importancia en el Municipio y es lo relacionado con los estilos de vida saludables en tanto este se concibe como fundamenta para el logro de lo propuesto.</p>
		Prevención de enfermedad	
Respuesta a necesidades de salud de la población	OPS	Se trabaja como principio y como objetivo	
		Estilos de vida saludables	

### ESTRATEGIAS

Organización y gestión óptimas	OPS		<p>*En torno a las estrategias definidas para llevar a cabo, APS se articulan en un componente, la Educación para la salud, dado que esta se desarrolla en prácticas permanentes las cuales son intencionadas hacia la formación</p> <p>*No se encuentra articulación con estrategias como organización y gestión óptimas, Atención integral e Integrada ni compromiso político, estos son asuntos que aún no hacen parte constitutiva de la propuesta</p> <p>*Se hace un mayor énfasis en temas como el acompañamiento en salud y la comunicación, esta última más desde un proceso de instrumentalización (herramientas para la comunicación) que como un eje transversal.</p>
Atención integral e integrada	OPS		
Compromiso político (Responsabilidad y Rendición de cuentas)	OPS		
Educación para la salud	Minsalud - Ley 1438	Educación para la salud	
		Acompañamiento en salud	
		Comunicación para la salud	

### ACCIONES ESTRATÉGICAS

Trabajo en red	Minsalud - Ley 1438		
Interdisciplinariedad	Minsalud - Ley 1438		

Comunicación para el desarrollo	Minsalud - Ley 1438 - Alcaldías		
Medición y resolutiveidad	Minsalud - Ley 1438		
Acciones intersectoriales	OPS		
<b>DIMENSIÓN 3: GESTIÓN</b>			
<b>RUTA METODOLÓGICA O PROCESOS</b>			
Aprestamientos	SSSYPSA	Análisis de información	<p>*En términos generales, la ruta metodológica se ajusta a la propuesta por la SSSYPSA - Gobernación de Antioquia en donde se aborda una mirada paso a paso en donde se parte de un trabajo inicial de aprestamiento terminando con la evaluación; sin embargo, no son nombrados de la misma manera o no se le da tanta fuerza.</p> <p>*El único paso que no se viene desarrollando se manera clara es el momento de evaluación el cual se hace parcialmente y sin una ruta clara.</p>
Diagnóstico	SSSYPSA - Minsalud	Diagnóstico familiar	
Priorización de las necesidades		Plan de intervención	
Generación de acuerdos			
Acercamiento de las ofertas de protección y salud			
Demanda inducida		Se desarrolla como actividades	
Prestación de los servicios			
Evaluación			
		Intervención colectiva	
		Visitas familiares	
<b>ACTIVIDADES</b>			
Educación y prevención en salud	OMS- OPS - Minsalud - Gobernación		<p>* Los lineamientos dados por los referentes abordados en la construcción del modelo propuesto son poco claros solo en los primeros documentos de APS y en algunos de la gobernación de Antioquia lo que ha permitido utilizar ciertas prácticas usuales del sistema de salud para acercar a la comunidad como son las brigadas de salud, servicios amigables, y los programas radiales en donde se desarrollan temas articulación a los definidos en el</p>
Alimentación y nutrición adecuado	OMS - Gobernación de Antioquia SSSYPSA - Alcaldías-		
Agua potable y saneamiento básico	OMS		
Asistencia materno-infantil.	OMS - Gobernación - SSSYPSA - Alcaldías-		

Planificación familiar	OMS - Gobernación de Antioquia SSSYPSA - Alcaldías-		<p>modelo propuesto en especial a los que refieren a alimentación y nutrición, asistencia materno infantil, planificación familiar y prevención.</p> <p>*En relación a las demandas inducidas se retoma como una actividad la cual se encuentra concebida en el modelo propuesto como parte de la ruta metodológica.</p>
Inmunización	OMS - Gobernación de Antioquia SSSYPSA - Alcaldías-		
Prevención y lucha	OMS- OPS - Minsalud - Gobernación		
Tratamiento o cuidados apropiado	OPS		
Suministro de medicamentos esenciales	Minsalud		
		Brigadas de salud	
		Servicios amigables	
		Demandas inducidas	
		Programas radiales	
<b>RUTA METODOLÓGICA O PROCESOS</b>			
Gestión de la información	Minsalud - Ley 1438		<p>La gestión de la información no aparece claramente como un elemento transversal de la estrategia, al igual que las normas, guías y procesos; los cuales permiten focalizar mejor los procesos y más cuando estos son escasos como en Barbosa.</p>
Normas, guías y proceso	Minsalud - Ley 1438		

## DIMENSIÓN 4 : ACTORES

### SUJETOS

Ciudadano	Minsalud		<p>*Para el caso de Barbosa se ha trabajado fuertemente en términos del entorno como son familia, trabajo, equipo básico y escuela, estos sujetos del acompañamiento se articulan a lo propuesto por la OPS.</p> <p>* Así mismo, se contempla como una fortaleza la integración del trabajo informal a la estrategia APS, dado que este contempla otros sujetos, diferentes a lo propuesto por las directrices internacionales.</p> <p>*Aún no se conciben otros entornos como el ciudadano y falta avanzar en el trabajo comunitario, en términos de fortalecer el tema de comunidades organizadas.</p>
Familias	OPS/OMS/ MINSALUD/ SSSYPSA/ AL- CALDIAS	Familia	
Comunidad	OPS/OMS/ MINSALUD/ SSSYPSA/ AL- CALDIAS		
Trabajador	OPS	Trabajo	
Equipo de Trabajo	OPS	Equipo básico	
		Escuela	

### INSTITUCIONES

OMS/OPS	OMS/OPS		<p>En relación a los actores institucionales si bien los organismos internacionales tienen una importancia en torno a ser los generadores de lineamientos de trabajo, enfoques y en general las apuestas de la estrategia APS, hay en la ejecución de la estrategia una relación más directa con instituciones locales fundamentales para el desarrollo de la misma como es la Alcaldía, las ESE y las IPS.</p> <p>Así misma, la estrategia APS para su fortalecimiento cuenta con entidades como el Área Metropolitana y la apuesta que está haciendo junto con los municipios que conforman el área y envigado, la Red Metropolitana de Salud y con ello la APS como parte de esta estrategia.</p>
Minsalud	Minsalud		
SSSYPSA	SSSYPSA	SSSYPSA	
Alcaldía	Alcaldía	Alcaldía	
ESE	Minsalud	ESE	
IPS	Minsalud	IPS	

## 8. HALLAZGOS GENERALES

### EL DIRECCIONAMIENTO DE LA ESTRATEGIA DESDE LA SSSYPSA

El modelo de desarrollo de la estrategia APS del Municipio de Barbosa da cuenta de las orientaciones generales dadas en gran medida por la SSSYPSA, lo cual se refleja en todas las dimensiones que se evaluó la estrategia; como por ejemplo el enfoque hacia los temas de vulnerabilidad y derechos.

Así mismo, en la ruta metodológica que se establece en el municipio, esta sigue el paso a paso que se estableció desde la SSSYPSA. No obstante, el estar tan apegada a la directriz departamental no ha permitido que se consolide un modelo propio que permita llegar de forma más efectiva y eficaz al territorio municipal.

### DEBILIDAD DE LA APUESTA APS EN EL TERRITORIO

Lo anterior se refuerza teniendo en cuenta que al día de hoy, no hay un consolidado marco normativo legal municipal, que propenda a la continuidad de la estrategia a lo largo del tiempo. Además, esta debe ir acompañada de la existencia de voluntad política y una comunidad doliente del tema. En este sentido, la estrategia APS no es vista como parte de una estrategia integral de cara a la generación de mayores estándares de calidad de vida dentro del municipio.

Así mismo, la debilidad institucional que presenta la ESE San Vicente de Paúl de Barbosa (encargada de la ejecución de la estrategia en el territorio), se refleja en dos aspectos fundamentales: en primer lugar, la existencia de un equipo débil para la ejecución de la estrategia y en segundo lugar la discontinuidad de la estrategia, que trae como consecuencia la pérdida eficacia, eficiencia, y también la pérdida de los acumulados en capital humano que posee el municipio. Esto implica la realización de reprocesos que conducen a mayores gastos y no poseer una estrategia de largo aliento en Barbosa.

De igual manera, se observa un incipiente proceso de integración de la estrategia APS con otras secretarías diferentes a la de salud, lo cual lleva a que APS no se ha desarrollado desde la articulación e integración. Es decir, la estrategia APS está encaminada más a los temas de salud que a los determinantes sociales de la salud, lo cual no refleja concretamente las nuevas visiones de la APSR que implique una sincronización con una apuesta a la intersectorialidad en términos del modelo propuesto. No obstante, cabe resaltar que la acción estratégica de la demanda inducida ha permitido cierto nivel de articulación de la estrategia con las IPS del Municipio.

Del mismo modo, la participación del Municipio de Barbosa en la Red Metropolitana de Salud

liderada por el Área Metropolitana del Valle de Aburrá y la Institución Universitaria Esumer, permite ir avanzando en la concepción de ver la APS como una estrategia, en la medida en que los actores institucionales se están concientizando de la importancia de esta. Además, la estrategia APS se ve fortalecida a nivel nacional en la medida que esta hace parte del Plan Decenal de Salud Pública 2013 – 2021.

## **LA ESTRATEGIA APS BASA SU TRABAJO EN LOS ENTORNOS (FAMILIA, ESCUELA Y TRABAJO)**

El principal elemento diferenciador de la estrategia APS de Barbosa frente a los otros municipios de la prueba piloto, es el trabajo en los diferentes entornos en los cuales se desenvuelven las personas, siendo principalmente la familia, la escuela y el trabajo. Sin embargo, hay que señalar que si bien el modelo propuesto incluye al entorno laboral, solo en este municipio se establece lo laboral, como un entorno el cual va enfocado como parte de la intervención de la estrategia, especialmente hacia el trabajo informal. Dado que estos tipos de trabajo, poseen mayores condiciones de vulnerabilidad y las personas generalmente no cuentan con protección frente a su trabajo.

Es decir, el trabajo de entorno es el elemento direccionador del desarrollo de la estrategia, en tanto ven en estos una posibilidad de transformar realidades encontradas, teniendo como base la familia, pero sin olvidar otros de importancia. No obstante, el trabajo que realiza la estrategia APS con la comunidad no se evidencia tan fuerte, lo cual puede implicar no dejar capacidades instaladas en la comunidad.

## **DISCONTINUIDAD EN LOS PROCESOS**

Otro elemento importante encontrado en el desarrollo de la estrategia APS en Barbosa ha sido que los criterios de selección de los beneficiarios no son suficientemente claros para definir la intervención en el territorio. Es así como disminuye la atención de la estrategia APS en el área rural donde viven más del 50% de la población, a los cuales se les llevó las acciones del Planes de Intervenciones Colectivas PIC. En el área urbana, debido a la utilización de nuevos criterios de selección de población beneficiaria establecidos por el número de consultas y embarazos adolescentes, implicó el redireccionamiento de la estrategia hacia esta comunidad.

Una estrategia implica procesos y acciones estratégicas de mediano y largo plazo, que le permita a la población beneficiaria del proceso poder incorporar en ellas las acciones en pro de la salud. Esto necesariamente conlleva a que las personas cambien sus estilos de vida y concepción del cuidado de la salud, que requieren cambios culturales y sociales de largo aliento. Al igual que las acciones de parte del ente gubernamental para la mejora de los determinantes sociales de salud, como son la vivienda, acueducto y alcantarillado, educación, entre otros.

Lo anterior indica que no hay un foco estratégico que conduzca a la estrategia APS y que la lleve a poder incorporar nuevos elementos para la mejora de la salud de los habitantes del Municipio de Barbosa, sin abandonar los acumulados y las apuestas que se estén realizando en el territorio. Por eso se recomienda continuar con los procesos ya establecidos y en la medida de lo posible incorporar nuevos componentes a la estrategia APS.

## LA GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información que tiene el Municipio si bien es importante para la toma de decisiones y considerada como un elemento central de la gestión, éste es fragmentado y no se le da la profundidad necesaria. El asunto se puede evidenciar en el hecho en que el municipio cambió los criterios de priorización de la estrategia de APS, a partir de datos de corto plazo sin profundizar en las implicaciones que tiene para el acompañamiento rural y para al acompañamiento de la población urbana.

Con relación a los componentes de comunicación para el desarrollo, en el marco de la ejecución de la estrategia, ésta se ha concebido de manera central y como un elemento importante. Sin embargo, solo es asumida con acciones informativas y transformadoras de prácticas y hábitos.

### **La estrategia APS como una estrategia para alcanzar los máximos niveles de salud**

La estrategia APS es vista como un programa o proyecto que se desarrolla en el territorio. Esta tiene una mirada de corto plazo dado que no se desarrolla de forma continua dentro del municipio por la dinámica misma de contratación y apropiación de recursos. Igualmente, como estrategia ésta no es vista aún como uno de los ejes fundamentales para alcanzar los máximos niveles de salud. Aquí la estrategia APS es la puerta de entrada al sistema de salud, y el Municipio de Barbosa en este sentido ha venido avanzando. Sin embargo, falta mayor articulación con los otros componentes del sistema de salud.

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

## BIBLIOGRAFÍA

- Acevedo, J. Sistematización de experiencias Proyecto: "Asociación de Medios de Comunicación Ciudadanos y Comunitarios de Medellín - la REDECOM". FAONG. Medellín. 2008.
- ÁREA METROPOLITANA DEL VALLE DE ABURRÁ. Plan Integral de Desarrollo Metropolitano –PIDM– 2008-2020 Hacia la integración regional sostenible. Medellín. 2007.
- ÁREA METROPOLITANA DEL VALLE DE ABURRÁ. Plan de Gestión 2012- 2015 – Pura Vida. Medellín, Agosto de 2012.
- CEP Alforja. La sistematización de experiencias, práctica y teoría para otros mundos posibles. CEAL- Itermon Oxfam, San José, Mayo 2012.
- Departamento Administrativo de Planeación Departamental. Anuario Estadístico de Antioquia -2012
- INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA ESUMER. propuesta técnica y económica para apoyar la conformación e implementación de la Red Metropolitana de Salud del Valle de Aburrá periodo 2013 – 2015.
- Dirección Seccional y Protección Social de Antioquia. Lineamientos para la promoción de la salud con-sentido humano en Antioquia. 1° ed. Antioquia: Universidad de Antioquia; 2010.
- Plan de Desarrollo Municipal de Barbosa. Barbosa Vuela Alto. 2012 – 2015. Hernando Alonso Cataño Vélez
- Organización Mundial de la Salud. Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado en: [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/) Febrero 2014
- OMS/UNICEF. Atención Primaria de Salud. Informe de la conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata, URSS, 6-12. septiembre, 1978, Organización Mundial de la Salud: Ginebra, 1978.

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

- Organización Mundial de la Salud –OMS. ¿Qué es un sistema de salud? [Internet] Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/28/es/index.html> [Consultado: 29 de agosto de 2012].
- Suarez R. Financiamiento de los Sistemas de Salud, experiencias internacionales. Quito, 2012. [Internet] Disponible en: <http://www.orasconhu.org/ckfinder/userfiles/files/001-CASE-Ruben%20Suarez.pdf> [Consultado: 11 de octubre de 2012].
- Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993, Diciembre 23, por el cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C: El Congreso, 1993.
- Ministerio de la Protección Social. Política nacional de prestación de servicios de salud. Colombia, 2005. [Internet] Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Politica%20Nacional%20de%20Prestaci%C3%B3n%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf> [Consultado: 29 de agosto de 2012].
- Organización Panamericana de la Salud. Renovando la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de posición de la OPS/OMS. Nueva York: Organización Panamericana de la Salud; 2005.
- Rondón R, Doria M, Romero A. La Atención Primaria: Aproximación a su comprensión. Caracas: Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina; 1986.
- Organización Mundial de la Salud. De Alma Ata al año 2000: Reflexiones a medio camino. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1991.
- Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. Lineamientos para la promoción de la Salud con-sentido humano en Antioquia. Antioquia: Gobernación de Antioquia; 2010.
- Dirección Seccional y Protección Social de Antioquia. Lineamientos para la promoción de la salud con-sentido humano en Antioquia. 1° ed. Antioquia: Universidad de Antioquia; 2010. 133 – 139p.
- Alcaldía de Barbosa. [Internet] Disponible en: <http://barbosa.aredigital.gov.co/institucional/Paginas/Presentacion.aspx> [Consultado: 5 de agosto de 2013]

- Antioquia. Dirección Seccional de Salud y Protección Social. Lineamientos para la promoción de la salud con-sentido humano en Antioquia. Medellín: Gobernación de Antioquia, Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia; 2010.
- Organización Mundial de la Salud. De Alma Ata al año 2000: Reflexiones a medio camino. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1991.
- Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de posición de la OPS/ OMS. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2007.
- Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria de salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma- Ata URSS, 6- 12 de Septiembre de 1978. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1978
- Hospital San Vicente de Paúl. Experiencia de la estrategia de atención primaria de la salud del Municipio de Alcalá Valle. En: 6° Congreso Internacional de Salud Pública: Atención Primaria en Salud, un compromiso de todos con la equidad; Medellín 2009 Jun 11-13. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública; 2009.
- Dirección Seccional de Salud y Protección social de Antioquia. Lineamientos para la promoción de la salud con-sentido humano en Antioquia: 1°Ed. Antioquia: Universidad de Antioquia; 2010. 596 p.

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



 [www.metropol.gov.co](http://www.metropol.gov.co)

**PURA VIDA**