

**Canalización y prestación de servicios de salud preventivos en la implementación de la Atención Primaria en Salud. Zona rural. El Peñol 2012-2014.**

**Channeling and provision of preventive health services in the implementation of the Primary Health Care. The Peñol. 2012-2014.**

**Juan Carlos Peña Henao**

**Trabajo de investigación para optar al título de Magister en Salud Pública**

**Asesor**

**Álvaro Franco Giraldo**

**Profesor Facultad Nacional de Salud Pública UdeA. DrSP**

**Universidad de Antioquia  
Facultad Nacional Salud Pública  
Héctor Abad Gómez  
Medellín  
2016**

***A mi esposa Mónica, mis hijas Camila y Alejandra,  
determinantes para alcanzar este objetivo.***

## Contenido

Lista de tablas.....	5
Lista de figuras .....	7
Lista de anexos.....	8
Siglas .....	9
Glosario.....	11
Resumen .....	14
Abstract.....	15
1. Introducción.....	16
2. El problema y antecedentes .....	18
3. Justificación.....	20
4. Objetivos.....	23
4.1. General .....	23
4.2. Específicos .....	23
5. Marcos .....	25
5.1. Conceptual .....	25
5.2. Normativo .....	28
5.3. Territorial.....	33
5.4. Estado del arte.....	35
6. Metodología.....	47
6.2. Población .....	47
6.3. Criterios de inclusión: .....	47
6.4. Criterios de exclusión: .....	48
6.5. Fuentes de información.....	48
6.6. Variables y categorías .....	50
6.7. Selección y desarrollo de las técnicas de recolección de información .....	51
6.8. Control de errores y sesgos.....	52
6.9. Plan para el procesamiento y análisis de datos .....	52
6.10. Aspectos éticos.....	57

6.11. Manejo de datos .....	58
6.12. Comunicación de resultados .....	58
7. Resultados.....	60
8. Discusión .....	90
9. Conclusiones.....	99
10. Recomendaciones .....	102
Agradecimientos.....	104
Referencias .....	105
Anexos .....	117

## Lista de tablas

Tabla 1. Indicadores de estructura demográfica municipio de El Peñol, 2005, 2012-2014. .....	65
Tabla 2. Distribución porcentual de la población intervenida por el EBS y los intervenidos por promotores de salud, canalizada y atendida en servicios de protección específica de la estrategia APS. El Peñol, 2012-2014. ....	71
Tabla 3. Distribución porcentual de la población canalizada y atendida en servicios de protección específica. Zona rural. Municipio de El Peñol. 2012-2014.....	73
Tabla 4. Distribución porcentual de la población atendida en servicios de protección específica, según nivel de escolaridad. Zona rural. Municipio de El Peñol. ....	74
Tabla 5. Distribución porcentual de la población atendida en servicios de protección específica, según grupo de edad. Zona rural. Municipio de El Peñol. 2012-2014. ....	74
Tabla 6. Exploración de la posible asociación entre la prestación de servicios de protección específica en la población intervenida por EBS y población intervenida por promotores de salud. Zona rural. Municipio de El Peñol. 2014. ....	75
Tabla 7. Distribución porcentual de la población intervenida por el EBS y solo por los promotores de salud canalizada y atendida en servicios de detección temprana. Zona rural. El Peñol, 2012-2014. ....	76
Tabla 8. Distribución porcentual de la población canalizada y atendida en servicios de detección temprana, según vereda. Zona rural. Municipio de El Peñol. 2012-2014.....	77
Tabla 9. Distribución porcentual de la población canalizada y atendida en servicios de detección temprana, según grupo de edad. Zona rural. Municipio de El Peñol. ....	78
Tabla 10. Distribución porcentual de la población canalizada y atendida en servicios de detección temprana, según nivel de escolaridad. Zona rural. Municipio de El Peñol. ....	79
Tabla 11. Distribución porcentual de la población canalizada y atendida en servicios de detección temprana, según estado civil. Zona rural. Municipio de El Peñol.....	80

Tabla 12. Distribución porcentual de la población canalizada y atendida en servicios de detección temprana, según ocupación. Zona rural. Municipio de El Peñol. ....	81
Tabla 13. Exploración de la posible asociación entre la prestación de servicios de detección temprana en la población intervenida por el EBS y los intervenidos solo por promotor. Zona rural. Municipio de El Peñol. 2012-2014. ....	82
Tabla 14. Población intervenida por el EBS y los intervenidos solo por promotor de salud canalizada y atendida en servicios de salud según eventos de interés en salud pública. Zona rural. El Peñol, 2012-2014. ....	83
Tabla 15. Distribución porcentual de la población canalizada y atendida en servicios de salud, según eventos de interés en salud pública. Zona rural. Municipio de El Peñol. 2012-2014. ....	84
Tabla 16. Distribución porcentual de la población canalizada y atendida en servicios de salud, según eventos de interés en salud pública, según grupo de edad. Zona rural. Municipio de El Peñol. 2012-2014. ....	85
Tabla 17. Distribución porcentual de la población canalizada y atendida por eventos de interés en salud pública, según escolaridad. Zona rural. El Peñol, 2012-2014. ....	86
Tabla 18. Distribución porcentual de la población canalizada y atendida por eventos de interés en salud pública, según estado civil. Zona rural. Municipio de El Peñol. 2012-2015. ....	87
Tabla 19. Distribución porcentual de la población canalizada y atendida por eventos de interés en salud pública, según ocupación. Zona rural. El Peñol, 2012-2014. ....	88
Tabla 20. Exploración de la posible asociación entre la prestación de servicios de salud según eventos de interés en salud pública en la población intervenida por el EBS y los intervenidos solo por los promotores de salud. Zona rural. El Peñol, 2012- 2014. ....	89

## Lista de figuras

Figura 1. Mapa de la división político administrativa de El Peñol Antioquia.....	34
Figura 2. Comparación entre las tasas brutas de natalidad y mortalidad por mil habitantes del municipio de El Peñol, 2011 a 2014. ....	63
Figura 3. Comparación entre las tasas mortalidad general y mortalidad infantil del municipio de El Peñol, 2011 a 2014.....	64
Figura 4. Población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Zona rural. El Peñol. 2012-2014. ....	67
Figura 5. Población por aseguradora. Zona rural. Municipio de El Peñol. 2014.....	67
Figura 6. Población según nivel del Sisben. Zona rural. Municipio de El Peñol. 2014. ....	68
Figura 7. Pirámide poblacional según distribución de la población por sexo y grupo de edad. Zona rural. Municipio de El Peñol.....	69

## Lista de anexos

Anexo 1. Instrumento «Historia Familiar» Atención Primaria en Salud Renovada. Departamento de Antioquia.....	117
Anexo 2. Operacionalización de las variables.....	126
Anexo 3. Acta de compromiso de confidencialidad. Base de datos APS, RIPS, SIVIGILA, PAI y 4505 de la ESE Hospital San Juan de Dios. El Peñol 2012–2014.....	128
Anexo 4. Solicitud de Acceso a Bases de Datos .....	130
Anexo 5. Carta de autorización consulta base de datos ESE Hospital San Juan de Dios. Municipio de El Peñol. ....	132
Anexo 6. Aval del Comité de Programa. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. ....	133
Anexo 7. Aval del Comité de Ética. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.....	134
Anexo 8. Plan de divulgación y utilización de resultados .....	135

## Siglas

**APSR:** Atención Primaria en Salud Renovada.

**ASIS:** Análisis de la Situación de Salud

**CIE10:** Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10

**DSS:** Determinantes Sociales de la Salud

**DANE:** Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

**EBS:** Equipo Básico de Salud.

**EDA:** Enfermedad Diarreica Aguda

**ESE:** Empresa Social del Estado.

**HTA:** Hipertensión Arterial

**IRA:** Infección Respiratoria Aguda

**NBI:** Necesidades Básicas Insatisfechas

**ODM:** Objetivos de Desarrollo del Milenio

**ONU:** Organización de Naciones Unidas.

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

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

**PAI:** Programa Ampliado de Inmunizaciones.

**PIC:** Plan de Intervenciones Colectivas.

**POT:** Plan de Ordenamiento Territorial.

**POS:** Plan Obligatorio de Salud.

**RIPS:** Registro Individual de Prestación de Servicios.

**SGSSS:** Sistema General de Seguridad Social en Salud

**SIVIGILA:** Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

**SISBEN:** Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios.

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

## Glosario

**Canalización:** Mecanismo de gestión, como la abogacía y acompañamiento a las familias para promover el acceso efectivo a los servicios de salud preventivos.

**Comunidad:** grupo específico de personas que a menudo viven en una zona geográfica definida, comparten la misma cultura, valores y normas, y están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo.

**Demanda de servicios:** Percepción de la necesidad de atención de salud para prevenir, tratar o rehabilitar alguna situación que haya quebrantado la salud de las personas.

**Demanda inducida:** Acción de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica y detección temprana y la adhesión a los programas de control.

**Derecho a la salud:** La salud como bien público y como derecho fundamental irrenunciable de los habitantes del país.

**Descripción:** Representación de algo a través del lenguaje, dando una idea general, aportando información con distintos grados de detalle posibles.

**Detección temprana:** actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad.

**Determinantes de la salud:** condiciones en que las personas nacen, viven, trabajan y envejecen y como impactan sobre su propia salud, la de sus familias, comunidad y entorno.

**Enfermedades de interés en salud pública:** Son aquellas enfermedades que presentan un alto impacto en la salud colectiva y ameritan una atención y seguimiento especial.

**Equidad en salud:** es la noción amplia de justicia social, es la disposición que existe y que a partir de las necesidades de las personas se guía la distribución de las oportunidades para el bienestar.

**Igualdad en salud:** es un principio que reconoce a todos los ciudadanos capacidad para los mismos derechos.

**Prestación de servicios de salud:** Es un servicio que una institución o una entidad otorga a una persona con el objetivo de proteger y cuidar su salud.

**Prevención de la enfermedad:** Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

**Promoción de la salud:** aquella que proporciona a los pueblos los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer mayor control sobre la misma.

**Protección Específica:** actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de las personas frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad.

**Razón de Prevalencia - RP:** Medida de asociación que Indica cuántas veces es más probable que los individuos expuestos presenten la enfermedad respecto los no expuestos.

**Reorientación de los servicios sanitarios:** cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios que se centre en las necesidades del individuo como una persona completa, en equilibrio con las necesidades de grupos de la población.

**Resultados de salud:** Un cambio en el estado de salud de un individuo, grupo o población atribuible a una intervención o serie de intervenciones planificadas, independientemente de que la intervención tenga o no por objetivo modificar el estado de salud.

**Satisfacción de necesidades:** Estado de bienestar, definido como sensación subjetiva de agrado, placer, dicha, complacencia, armonía, el buen vivir, calidad de vida, el disfrute de la existencia y vida digna.

## Resumen

Promover el acceso efectivo a los servicios de salud preventivos en el marco de la Atención Primaria en Salud, es una de las principales funciones de gestión en torno a la garantía del derecho a la salud. **Objetivo:** Describir el comportamiento de la canalización a servicios, la prestación de servicios de salud y su posible asociación con la estrategia Atención Primaria en Salud en la población que habita la zona rural del municipio de El Peñol. **Metodología:** estudio descriptivo transversal de temporalidad retrospectiva con fuente de información secundaria 2012-2014, 20.634 registros, analizando la demanda canalizada y la efectiva atención en los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. **Resultados:** La efectividad en atención en los territorios intervenidos por el equipo básico de salud fue del 30% y en territorios intervenidos solo por promotores fue del 20%. Se halló asociación entre ser intervenido por la estrategia atención primaria en salud y los programas de: salud bucal, planificación familiar, detección temprana de cáncer de cérvix, y con los eventos de vigilancia en salud: hipertensión, infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda y sobrepeso. **Conclusiones:** Los resultados de este estudio indican que las poblaciones intervenidas por el equipo básico de salud fue en un 10% mayor su cobertura en programas de detección temprana, protección específica y control de eventos de interés en salud pública que las poblaciones intervenidas solo por promotores de salud, lo que resalta la importancia de que en los municipios se implementen o mantengan los equipos básicos de salud como puerta de entrada al sistema de salud. Se recomienda desarrollar investigaciones para establecer el impacto en la salud a partir de la atención primaria en salud.

**Palabras claves:** Atención Primaria de Salud, Prestación de Servicios, Promoción, Prevención, Necesidades y demandas de servicios de salud.

## Abstract

Promote effective access to preventive health services as part of primary health care is one of the main functions of local management regarding the guarantee of the right to health. **Objective:** Describe the behavior of the pipeline to services, the provision of health services and their possible association with Primary Health Care Strategy in the population living in the rural area of the municipality of El Peñol. **Methodology:** retrospective descriptive study of temporality with secondary information source 2012-2014, 20,634 records, analyzing the channeled demand and effective care in health promotion and disease prevention. **Results:** The effectiveness of care in the territories seized by the basic health team was 30% and in territories operated only by promoters was 20%. oral health, family planning, early detection of cervical cancer, and events health surveillance: association between being involved in the strategy primary health care and programs was found hypertension, acute respiratory infection, acute diarrheal disease and overweight. **Conclusions:** The results of this study indicate that populations taken over by the basic health team - EBS was 10% greater coverage in early detection programs, specific protection and control of events of interest in public health that intervened populations only by promoters health, underscoring the importance of the municipalities are implemented or maintain basic health teams as a gateway to the health system. It is recommended to carry out research to establish the impact on health from the primary health care.

**Key words:** Primary Health Care, Service Delivery, Promotion, Prevention, Needs and demands of health services.

## 1. Introducción

Una de las acciones claves de la atención primaria en salud renovada, es la canalización, entendida como un mecanismo de gestión para promover el acceso efectivo a los servicios de salud preventivos, dando respuesta a una problemática identificada, siendo la abogacía una de las principales funciones de gestión local en torno a la garantía del derecho a la salud de las personas (1). Los Sistemas de Salud ejercen una influencia determinante en las condiciones de vida de la población y tienen la responsabilidad responder a la demanda de atención de carácter preventivo, curativo y de rehabilitación a una población, estas son necesidades sentidas que se expresan en demanda de atención, por lo tanto, existen necesidades insatisfechas y se ofrecen servicios para atenderlas.

De acuerdo con lo anterior, los sistemas de salud en Latinoamérica han realizado cambios buscando adaptarse a la atención primaria en salud (APS) como base de la prestación del servicio de salud, integrando las acciones de promoción, prevención, atención, detección y rehabilitación en un solo sistema (2).

Dicha prestación de servicios de salud se logra mediante la plena satisfacción de una necesidad de atención sentida. Sin embargo, suelen presentarse múltiples barreras, algunas de tipo económico, geográfico y otras de carácter administrativo producto de la organización del sistema de salud, sectorización, cobertura y costo (3).

La forma de enfermar y morir en una población están determinadas por diversos procesos de cambio (4), para su mayor comprensión surge el estudio de los determinantes de la salud OMS 2005, que se refiere a las condiciones en que las personas nacen, viven, trabajan y envejecen y como impactan sobre su propia

salud, tema que ayudará a entender los cambios en la salud y como estos determinan las necesidades de salud y la demanda de servicios de salud.

Con este trabajo se pretende dar a conocer el comportamiento de la prestación de servicios de salud preventiva a la población que habita en la zona rural frente a la demanda canalizada a servicios de salud, en el marco de la estrategia atención primaria en salud renovada (APS-R), como política pública concreta.

La generación de conocimiento sobre la tendencia de la demanda de servicios y sobre la prestación de los servicios de salud, puede aportar a los actores institucionales e intersectoriales información para impulsar programas y formular políticas que den respuestas a las necesidades de la población.

## 2. El problema y antecedentes

“La salud es concebida como una construcción histórica social, resultante de procesos políticos que determinan situaciones concretas de los grupos poblacionales en la realidad territorial. A su vez la salud es el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, psíquicas, sociales y culturales del individuo con su entorno y con la sociedad, que le permite acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida” (5)

Una de las dimensiones como condición de vida en las cuales se observan mayores desigualdades es en la prestación de servicios de salud, ya que el proceso de búsqueda de atención en salud muchas veces no se completa, o incluso no inicia, debido a múltiples barreras (6) económicas (ocupación, ingresos), geográficas (tiempos de viaje, el medio de transporte, distancia al lugar de atención) y administrativas (horarios de atención, fragmentación en la entrega de servicios, medicamentos, trámites, afiliación al sistema) que limitan o no permiten la efectiva prestación de servicios de salud preventivos.

En el mundo, cerca de 10 millones de niños < 5 años fallecen por enfermedades “prevenibles” al año. En Las Américas mueren al año 250.000 niños < 5 años, los cuales son causa del 60-80% de las consultas pediátricas y entre el 40-50% de las hospitalizaciones (7).

En el municipio de El Peñol, se ha verificado la existencia de grandes disparidades en materia de morbilidad evitable entre la población que habita la zona rural con respecto a la zona urbana: la hipertensión, la diabetes, infecciones respiratorias agudas, enfermedad diarreica aguda, hipertensión gestacional, entre otras, como primeras causas de consulta (8) atribuibles en alta proporción a causas que se

pueden evitar con la ejecución de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

La inequidad en la prestación de servicios de salud se evidencia con la baja cobertura en controles médicos en las zonas rurales del municipio, la cual para el 2012 era del 37%, frente a la zona urbana donde la cifra se encuentra alrededor de un 93%. Las diferencias son marcadas entre las zonas, donde aquellas más pobres y lejanas son las que registran menores niveles de cuidado médico. (9)

Un alto porcentaje de población rural del municipio no hace uso oportunamente de servicios de salud preventivos, desencadenando otros problemas como la disminución del nivel de salud y el aumento de los servicios de alto costo, como hospitalización y urgencias.

Dada la evidencia de problemas en salud persistentes, el municipio de El Peñol, en el año 2012, estableció dentro de sus objetivos prioritarios, el cambio del modelo hegemónico de atención del sistema de salud actual hacia la atención primaria en salud renovada, con una medicina más humanitaria e integral. Este cambio implica el paso la atención biomédica, hacia la atención biopsicosocial con enfoque familiar; de lo curativo a la promoción de la salud, al trabajo intersectorial y al fortalecimiento de la participación comunitaria.

Surge entonces la pregunta: ¿Cómo fue la demanda canalizada y la prestación de servicios de salud preventivos de los habitantes de la zona rural del municipio de El Peñol, a partir de la implementación de la estrategia atención primaria en salud en los años 2012-2014?

### **3. Justificación**

En los últimos veinte años, la organización de las Naciones Unidas – ONU, ha mantenido una preocupación sobre los temas que afectan las condiciones de vida de la población mundial y en el escenario actual, los problemas relacionados con las enfermedades prevenibles y evitables que inciden en los diferentes ámbitos de desarrollo de los seres humanos: biológico, psíquico, emocional, espiritual, social y cultural. Es por ello, que en aras de garantizar el más alto nivel posible de salud, debe trabajarse sobre dichos factores (10).

La salud entonces es una de las condiciones más importantes de la vida humana, es por ello que se promueve la necesidad de una distribución equitativa en salud para que las personas puedan alcanzar una vida sana sin enfermedades y sufrimientos evitables (11). Aunque el discurso sobre equidad es un tema frecuente en salud, persisten inaceptables desigualdades en los grupos poblacionales.

Los modelos clásicos europeos de seguro social bismarckiano con base en cotizaciones sociales obligatorias de empleados y empleadores y el modelo Beveridgeano de servicio nacional de salud de acceso universal financiado con impuestos influenciaron las políticas de salud en Suramérica, pero no fueron plenamente implementados. En la mayoría de los países de la región, persiste una importante segmentación de la protección social en salud con la presencia de diversos subsistemas con distintas reglas de financiación, afiliación, acceso a prestaciones y red de servicios, atención a grupos poblacionales de acuerdo a su estatus laboral, pertenencia social y capacidad de pago. Para cada grupo poblacional, tanto los servicios de salud cubiertos como los prestadores, son diferentes y conforman subsistemas de distintas clases con importantes inequidades; además con fragmentación y ausencia de coordinación entre las

instituciones públicas y privadas de seguridad social contribuyendo a la discontinuidad de los cuidados y a la ineficiencia (12).

En algunos países de la región se busca la construcción de sistemas de salud orientados por una APS integral, como coordinadora de los cuidados en una red integrada de servicios y articuladora de acciones comunitarias e intersectoriales que incidan sobre los determinantes sociales para promover la salud, reducir las inequidades en salud y garantizar el derecho universal al acceso a los servicios de salud. Servicios de salud que a través de APS se caracterizan por actividades desarrolladas habitualmente en el primer nivel de atención, con un patrón común caracterizado por atención domiciliaria, en los territorios más alejados (a demanda y programada) y el suministro de medicamentos, inmunizaciones, planificación familiar, medicina general, atención materno infantil, actividades de vigilancia, promoción y prevención, pretendiendo garantizar una atención integral del individuo, la familia y la comunidad (12).

La salud pública se ha encargado de reunir evidencias sobre los determinantes sociales y las desigualdades para hacer visible sus relaciones, con el único objetivo de reducirlas a través de generación de políticas públicas, entre ellas la atención primaria en salud renovada adoptada en el municipio de El Peñol, (12,13) y entre sus principales actividades están; la identificación de necesidades (demanda de atención) y la prestación de servicios de salud preventivos.

La preocupación fundamental de la prestación de servicios de salud preventivos es intervenir a la población sana y disminuir el riesgo de complejizar enfermedades ya adquiridas, abordando la conducta o el estilo de vida de las personas. En intervenciones con alto costo-efectividad, la evidencia científica ha confirmado que la implementación de este tipo de prestaciones favorece el nivel de salud poblacional a un bajo costo para la sociedad.

Soportado en la Ley 100 de 1993 que define la salud como un bien público esencial y además, crea las condiciones de acceso a servicios de salud, con calidad, oportunidad y eficiencia, el municipio de El Peñol implementó entonces, la estrategia atención primaria en salud renovada, centrando su interés en el cuidado esencial de la salud de las personas (14), iniciando en la zona rural de su territorio con objetivos claros establecidos en el Plan de Desarrollo Municipal 2012-2015 (15). Esta estrategia se ha desarrollado continuamente durante los últimos tres años 2012-2014, así como también orienta los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, estrategia utilizada para lograr una mayor equidad social. A la vez que se ha considerado que este tipo de estudios son útiles para evaluar necesidades del cuidado de la salud y para el planteamiento de la provisión de un servicio, al igual para evaluar el impacto de medidas dirigidas a reducir la carga de la enfermedad en una población.

Con la finalidad de mejorar el estado de salud de la población rural del municipio, este estudio de canalización y prestación de servicios de salud preventivos le permite a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud que tienen presencia en el territorio orientar los recursos humanos, físicos y técnicos hacia la población más vulnerable y además de conocer la eficacia de las estrategias y programas sociales implementadas en su municipio.

## **4. Objetivos**

### **4.1. General**

Describir el comportamiento de la canalización a servicios, la prestación de servicios de salud y su posible asociación con la estrategia atención primaria en salud en la población que habita la zona rural del municipio de El Peñol, 2012-2014.

### **4.2. Específicos**

Describir como se desarrolló la estrategia de Atención Primaria en Salud en el municipio de El Peñol durante los años 2012-2014.

Describir la población del área rural del municipio intervenida por el equipo básico de salud – EBS y los intervenidos solo por promotores de salud según aspectos sociodemográficos.

Caracterizar la demanda canalizada a servicios de salud preventivos de detección temprana, protección específica y enfermedades de interés en salud pública en la población intervenida, a través de la revisión de bases de datos de registro de canalizaciones de la estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada de la zona rural del municipio de El Peñol.

Identificar la prestación de servicios de salud preventivos de detección temprana, protección específica y enfermedades de interés en salud pública realizadas (demanda efectiva) a través de la revisión de bases de datos de registro de atención a la población beneficiaria de la Atención Primaria en Salud de la zona rural del municipio de El Peñol.

Explorar la posible asociación entre la prestación de servicios de detección temprana, protección específica y enfermedades de interés en salud pública con la estrategia Atención Primaria en Salud en la zona rural del municipio de El Peñol.

## **5. Marcos**

### **5.1. Conceptual**

En 1978, en el marco de la Conferencia Internacional de Alma-Ata, antigua Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, se estableció que la estrategia de Atención Primaria en Salud–APS, forma parte integrante del sistema nacional de salud del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas. Igualmente, estableció que todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con el objeto de iniciar y mantener la atención primaria en salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. Además, señaló la necesidad de que el sector salud no actúe sólo, sino que se requería la participación de otros sectores para alcanzar la salud para todos en el año 2000 (16).

El objetivo principal de las acciones intersectoriales es mejorar las condiciones de vida de las personas, y modificar los sistemas de salud establecidos para combatir las enfermedades. A su vez, esas condiciones están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas (16).

Las enseñanzas aprendidas durante más de un cuarto de siglo son aspectos claves para reinterpretar la estrategia propuesta de APS-R, de forma que se pueda afrontar los desafíos epidemiológicos en materia de salud del siglo XXI para esta renovación, siendo necesario rescatar el legado de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma Ata (1978). Entre las razones que justifican la renovación de la APS se encuentran: la

necesidad de corregir las debilidades e incoherencias en los distintos enfoques de la APS; el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre buenas prácticas; el reconocimiento creciente de la APS como estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las desigualdades en materia de salud; y, por último, el creciente consenso respecto a que la APS es un enfoque sólido para abordar las causas de la falta de salud y de las desigualdades. Se considera que un enfoque renovado de la APS es una condición esencial para cumplir con los compromisos internacionales vinculados a objetivos de desarrollo del Milenio, así como para abordar los determinantes sociales de la salud (17).

El enfoque de determinantes de la salud, se define como las condiciones en que las personas nacen, viven, trabajan y envejecen y como impactan sobre su propia salud, la de sus familias, comunidad y entorno (17). Mediante este enfoque se plantea la integración de múltiples procesos humanos y las interacciones que generan; así como comprender y actuar sobre las relaciones entre “(...) las condiciones de vida y situaciones de salud (...)” (4).

Dentro de esas condiciones esta la “Satisfacción de Necesidades” que buscan las personas y las comunidades para alcanzar un estado de bienestar, de sensación subjetiva de agrado, placer, dicha, complacencia, armonía, el buen vivir, calidad de vida, el disfrute de la existencia y vida digna. Max Neef clasifica en categorías existenciales, las necesidades de: Ser, Tener, Hacer y Estar y en categorías axiológicas, las necesidades de: Subsistencia, Protección, Afecto, Entendimiento, Participación, Ocio, Creación, Identidad y Libertad (18).

Necesidades humanas fundamentales que son las mismas en todas las culturas y en todos los períodos históricos. Lo que cambia a través del tiempo y de las culturas es la manera o los medios utilizados para la satisfacción de las necesidades. Cada sistema económico, social y político adopta diferentes estilos para la satisfacción de las mismas necesidades humanas fundamentales. En cada

sistema éstas se satisfacen (o no) a través de diferentes tipos de satisfactores. Uno de los aspectos que define una cultura es su elección de satisfactores (18).

Un satisfactor puede contribuir simultáneamente a la satisfacción de diversas necesidades; a la inversa, una necesidad puede requerir de diversos satisfactores para ser satisfecha. Ni siquiera estas relaciones son fijas. Pueden variar según el momento, el lugar y las circunstancias (18). En consecuencia, haremos énfasis en la necesidad axiológica de tener y en las existenciales de protección (seguridad social) y participación (derechos y obligaciones).

El acceso a los servicios de salud como un componente del derecho a la salud más tangible y valorado por la población, más allá de la atención asistencial, es la resolución concreta de una necesidad de los seres humanos (19). La prestación de los servicios de salud se logra mediante la plena satisfacción de una necesidad de atención percibida. Sin embargo, también se sabe que entre aquella necesidad de salud y la atención de la misma suelen presentarse múltiples barreras. Algunas de tipo económica, física y otras de carácter administrativo producto de la organización del sistema de salud, sus niveles de atención, sectorización, cobertura y costo (3).

La demanda por atención médica es descrita por Musgrove como “lo que un paciente quiere y por lo que está dispuesto a pagar un precio” (20). El precio no siempre es monetario, también puede ser emocional, de tiempo, de desplazamiento o de otra naturaleza. En este sentido, la finalidad de un análisis de la demanda por los servicios de salud es identificar el grado de equidad de los servicios prestados y las estrategias que se podrían seguir para llegar de manera efectiva a los grupos que más necesitan la atención de los servicios de salud.

Los servicios prestados en Colombia se desarrollan a través de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y

efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte. Para este proyecto se consideró hacer: a) un análisis a los programas de detección temprana como las alteraciones del crecimiento y desarrollo, embarazo, cáncer de cuello uterino, cáncer de seno, agudeza visual y detección temprana de enfermedad general; b) los programas de protección específica: como vacunación, atención preventiva en salud bucal, planificación familiar a través de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de las personas frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad, y el análisis de las enfermedades de interés en salud pública: como alteraciones asociadas a la nutrición (desnutrición y sobrepeso), infección respiratoria Aguda, enfermedad diarreica aguda, hipertensión arterial y diabetes (21).

Como mecanismo de gestión para promover el acceso a los servicios sociales y de salud desde el plan de intervenciones colectivas se adoptó la canalización, lo que en la operación de las acciones se puede traducir como la generación de canales de interacción efectivos entre instituciones nacionales, departamentales y locales del desarrollo social para la efectiva prestación de servicios de salud, que fortalezcan la respuesta a una problemática identificada. Considerando que una de las principales funciones de gestión local es la abogacía en torno a la garantía del derecho de las personas que se encuentran en estado de vulneración (1).

## **5.2. Normativo**

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuada (ONU, 1948) (22), así como el derecho al nivel más alto posible de salud (ONU, 1976) (23). Se asume la salud como bien público y como derecho fundamental según ciertas normas como la Sentencia T-760 de 2008 de Corte Constitucional, irrenunciable de los habitantes del país (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

De otra parte, el concepto de promoción de la salud ha sido planteado en diferentes espacios internacionales y nacionales, explícita o implícitamente. En el plano internacional se cuenta con la Declaración de Alma Atta 1978, Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud Ottawa 1986, Declaración de Yakarta 1997, Carta de Bangkok 2006, Informe de Naciones Unidas 2010 y la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales, Brasil 2011.

La Declaración de Alma-Ata 1978 (16) señala en su declaración III, la promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de vida y a alcanzar la paz mundial. En la primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en Ottawa 1986 (24), la promoción de la salud se definió como aquella que proporciona a los pueblos los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer mayor control sobre la misma.

Más tarde, en 1997, se da la Declaración de Yakarta (25) sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI y la incidencia de la educación en ésta. En ella se plantea la necesidad de nuevas formas de acción, afirma que el desafío está en movilizar el potencial para la promoción de la salud inherente en muchos sectores de la sociedad, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y entre el sector público y privado, en las comunidades locales y dentro de las familias.

Durante el Siglo XXI puede enumerarse la Carta de Bangkok (26) para la Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado (2006), en la cual se hace referencia a aplicar mejor las estrategias de reconocida eficacia y usar nuevos puntos de acceso y respuestas innovadoras.

El Informe de Naciones Unidas 2010, debate sobre los temas que afectan las condiciones de vida de la población mundial y, en el escenario actual, los

problemas relacionados con las enfermedades prevenibles y evitables que inciden en los diferentes ámbitos del desarrollo de los seres humanos (27).

Finalmente, en el ámbito internacional se llevó a cabo la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales, Brasil 2011 (28), en donde se debate sobre la mala distribución de la atención de salud y el hecho de no prestar asistencia sanitaria a quienes más lo necesitan.

En el ámbito nacional, el Plan de Desarrollo “Prosperidad para Todos” 2010 – 2014” periodo en el cual se enmarco este estudio en el Capítulo IV: Igualdad de oportunidades para la prosperidad social, como condiciones necesarias para disminuir los niveles de pobreza y de desigualdad, expresa que el Sistema de Protección Social está compuesto por: 1. Seguridad Social Integral. 2. Acceso a servicios. 3. Formación en capital humano. 4. Manejo de riesgos en crisis. Con este sistema se busca mejorar la calidad de vida de la población, mediante la protección ante diferentes riesgos. En tal sentido, se requiere fortalecer las estrategias orientadas a la gestión del riesgo en salud, entre las cuales se encuentra la atención primaria en salud (29).

El actual Plan de Desarrollo 2015-2018, el Ministerio de la Protección Social ha establecido el Modelo Integral de Salud - MIAS, modelo de salud que permita mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud en lugares apartados de la geografía nacional, basado en el enfoque de salud familiar y comunitaria y en la gestión integral del riesgo.

La Resolución 1841 de 2013, mediante la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, invita a trabajar desde tres líneas estrategias de acción a saber: 1. Promoción de la salud. 2. Gestión de la salud pública y 3. Gestión del riesgo en salud. Éste señala la necesidad de planear las acciones, luego de un análisis previo de la situación de salud, de tal forma que las acciones sean

dirigidas y respondan a las verdaderas necesidades que en salud enfrentan las comunidades (30).

El Plan de Desarrollo Departamental 2012-2015, “Antioquia la más Educada” En la Línea 4 “Inclusión Social”, Componente 4.1 “Componente: Condiciones Básicas De Bienestar”, Programa “Antioquia Sana” se propone diseñar e implementar un Modelo de Atención en Salud integrado, que garantice el cumplimiento de la política pública de prestación de servicios, que mejore la accesibilidad a los servicios, con calidad y suficiencia; que esté orientado por la estrategia de atención primaria en salud Renovada, que involucre los diferentes actores en las redes integradas de servicios de salud (RISS) (31).

Se cuenta con la Constitución Política de Colombia 1991 (32) que consagra en el artículo 93, la obligatoriedad de cumplimiento de los tratados y convenios que ratifique el país.

Con base en el desarrollo de las competencias consagradas en la Ley 100 de 1993 (33), Ley 715 de 2001 (34), la Ley 1122 de 2007 (35), “por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud”, en su artículo 33, relacionado con el Plan Nacional de Salud Pública, cuyo objetivo es la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y de los diferentes niveles territoriales para actuar, hace referencia este plan a la inclusión de “los modelos de atención, como: salud familiar y comunitaria, atención primaria y atención domiciliaria.” Numeral i) del mismo artículo.

Además, se cuenta con la Ley 1438 de 2011 (36), por medio de la cual se reformó el Sistema General de Seguridad Social en Colombia y estableció:

**Artículo 1°. Objeto de la ley.** Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente y sano saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

**Artículo 12. De la atención primaria en salud.** Adóptese la Estrategia de Atención Primaria en Salud que estará constituida por tres componentes integrados e interdependientes: **los servicios de salud**, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana. (36)

Puede verse que esta norma, hace un llamado explícito al trabajo entre los diversos sectores que inciden en la salud pública.

La Resolución 3374 de 2000 “por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados”. La Prestación individual de servicios de salud incluye Todos los servicios de salud, sean éstos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, que se presten como parte de un plan de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud por fuera de éste (37).

Resolución 4505 de 2012 “Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento”(38).

El Acuerdo 117 de 1998 establece que los servicios de Protección Específica y de Detección temprana no son demandados por los usuarios en forma espontánea y, por lo tanto, las Empresas Promotoras de Salud y Entidades Adaptadas y

Transformadas deben diseñar e implementar estrategias para inducir la demanda a estos servicios, de manera que se garanticen las coberturas necesarias para impactar la salud de la colectividad. El artículo 1° define la obligatoriedad del cumplimiento de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en Salud Pública por parte de las mencionadas entidades y, en los artículos 5 y 6, se establece los grupos de riesgo objeto de intervención por las actividades preventivas y la aplicación de guías integrales de atención para las enfermedades de interés (39).

La Resolución 412 de 2000 adoptó las Normas Técnicas y Guías de Atención, para el desarrollo de las acciones de Protección Específica y Detección Temprana y la atención de las Enfermedades de Interés en Salud Pública (21).

### **5.3. Territorial**

El Peñol es un municipio de Colombia, localizado en la subregión Oriente del departamento de Antioquia. Limita por el norte con el municipio de Concepción; por el nororiente con el municipio de Alejandría; por el occidente con los municipios de San Vicente, El Santuario y Marinilla; por el sur, con el municipio de Granada, y por el oriente con el municipio de Guatapé. Toda la macro-región donde se localiza este municipio de El Peñol es conocida como "El Oriente Antioqueño". Dista 69 kilómetros de Medellín, capital del departamento de Antioquia (40).

Fundado en 1714 en el sitio conocido como "Viejo Peñol", donde permaneció hasta el año de 1978, cuando se efectuó el traslado a una nueva cabecera, pasó de ser un municipio agrícola a dedicarse a explotar el turismo (40).

Cuenta con 23 veredas en división política, con una población total de 16.146 hab. (2013), población urbana: 8.615, población rural: 7.531(41). Alfabetismo: 90.8% (2005), zona urbana: 92.7%, zona rural: 88.8% (42).



Figura 1. Mapa de la división político administrativa de El Peñol Antioquia  
Fuente: página web municipio de el peñol - Antioquia.

Según las cifras presentadas por el DANE del censo 2005, la composición etnográfica del municipio es: Mestizos y Blancos (99,6%) Afrocolombianos (0,4%).

Economía: agricultura, ganadería y turismo.

Educación: en el municipio la población con primaria y secundaria aprobada completamente representa el 29 % de la población, mientras que la población con educación superior es tan solo 1,06%. Básica primaria incompleto: 32,94%, Básica primaria completa: 18,12%, Básica secundaria y media incompleta: 14,87%, Básica secundaria y media completa: 10,47%, Tecnología incompleta: 0,21%, Tecnología completa: 0,52%, Universidad incompleta: 0.61%, Universidad completa: 0.40%, Postgrado completo: 0,14%, Ninguno: 21,69%, Total: 16.934. Elaboración: Diagnóstico EOT Maser (15).

Salud: La cobertura en salud del municipio es del 97,38%; el 78.6% de las personas están inscritas bajo el régimen subsidiado y el 23% bajo el régimen contributivo. El 95% de la población sisbenizada está inscrita en los niveles 1, 2 y 3. Las altas cifras de suicidios 18.8 por cien mil habitante para 2014, la deficiente infraestructura en salud y el mejoramiento de la calidad en los servicios médicos, la promoción y prevención en torno a hábitos de vida saludable son los grandes retos en materia de salud (15). La población según DANE para el 2013 era de 16.146 habitantes y según Sisben era de 18.438, para este estudio se trabajó con cifras DANE.

#### **5.4. Estado del arte**

En la Declaración de Alma-Ata de 1978, la carta de formalización de la atención primaria en el mundo, fue reconocida por líderes mundiales como la estrategia que recoge el pensamiento de salud para todos los pueblos y definió la APS como: “El cuidado sanitario esencial basado en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”. Igualmente, se señaló que la “Atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, como del desarrollo social y económico de la comunidad; y, representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud, llevando la atención de salud lo más cercano del lugar de residencia y trabajo de la población” (16).

El séptimo punto de la Declaración aprobada en la Conferencia Internacional sobre APS, define lo siguiente:

vii. La Atención Primaria de Salud:

**1.** Es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública.

**2.** Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas.

**3.** Comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales.

**4.** Entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores, y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores.

**5.** Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la Atención Primaria de Salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales, y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar.

**6.** Debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados.

7. Se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad (16).

La OMS y la OPS en 2005, definieron los Sistema de Salud Basados en la Atención Primaria como un enfoque amplio para la organización y operación de sistemas de salud y que proclaman valores que orientan al derecho de alcanzar el nivel de salud más alto posible como su principal objetivo, al tiempo que maximizan la equidad y la solidaridad. Este derecho, como derecho humano fundamental que exige la intervención del Estado y el aporte de otros sectores sociales y económicos, además del sector salud, maximizando además la equidad y la solidaridad del sistema.

Un sistema basado en APS es guiado por principios, como son el dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad. Principios que permiten comprender que la salud es multicausal, que está determinada no solo por la fisiología, sino también que intervienen las condiciones socioeconómicas, políticas y culturales OMS, 2005; que la asistencia sanitaria no debe reducirse a la atención de enfermedades, que los sistemas y servicios de salud deben actuar teniendo en cuenta el contexto sociocultural.

Un sistema de salud basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales que garantizan acceso a servicios de salud y cobertura universal, atención integral, integrada, énfasis en prevención y promoción, atención apropiada, orientación familiar y comunitaria, participación

comunitaria, organización y gestión óptima, políticas y programas pro-equidad, primer contacto del usuario con el sistema, recursos humanos apropiados, recursos adecuados y sostenibles y acciones intersectoriales (OPS/OMS, 2005). Estos elementos permiten actuar frente a los determinantes de la salud y dar respuesta integral a las necesidades en salud de las personas y las comunidades.

No obstante, la APS integral no era alcanzable para el Banco Mundial y la UNICEF, por su amplitud, alto costo y cantidad de personal entrenado requerido; como alternativa se propuso un conjunto limitado de intervenciones médicas de primer nivel de atención para los pobres, orientado solamente a un número limitado de servicios de alto impacto para afrontar algunas de las enfermedades prevalentes de los países en desarrollo (43). Con base en una alta morbimortalidad y la factibilidad de controlarla, se escogieron un número limitado de enfermedades en una población definida para su intervención. Los principales programas que incluyó este tipo de servicios, que se extendió por gran parte de los países en desarrollo, incluía: control del crecimiento, técnicas de rehidratación oral, lactancia materna e inmunización. El modelo para selección de intervenciones médicas costo-efectivas fue empleado posteriormente por el Banco Mundial en su enfoque de intervenciones clínicas esenciales, y bajo esos lineamientos se diseñaron los planes de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud para Colombia (44).

Para que los sistemas de salud sean efectivos, se requiere integrar las acciones de salud colectiva con las de atención individual, que garanticen no sólo el primer contacto como puerta de entrada al sistema de prestación de servicios, sino la atención integral, continua y coordinada, la participación comunitaria y la acción intersectorial por la salud. Ello necesita de sistemas de salud que garanticen la accesibilidad universal y uso equitativo de los servicios, integración en red entre los servicios de Atención Primaria y los de atención especializada y hospitalaria;

además del fortalecimiento de sus capacidades para promover las acciones intersectoriales y actores de la sociedad (OMS, 2008).

En el mismo sentido, la OMS en el Informe sobre la Salud en el Mundo 2008 (45), planteó cuatro reformas en pro de la APS que reflejan la convergencia entre la evidencia disponible sobre lo que se necesita para articular una respuesta eficaz a los actuales desafíos sanitarios, los valores de equidad, solidaridad y justicia social que guían el movimiento de la APS:

1. Reformas que garanticen que los sistemas de salud contribuyan a lograr la equidad sanitaria, la justicia social y el fin de la exclusión, dando prioridad sobre todo al acceso universal y la protección social en salud: **reformas en pro de la cobertura universal.**
2. Reformas que reorganicen los servicios de salud en forma de atención primaria, esto es, en torno a las necesidades y expectativas de las personas, para que sean más pertinentes socialmente y se ajusten mejor a un mundo en evolución, al tiempo que permitan obtener mejores resultados: **reformas de la prestación de servicios.**
3. Reformas que mejoren la salud de las comunidades, mediante la integración de las intervenciones de salud pública y la atención primaria y el establecimiento de políticas públicas saludables en todos los sectores: **reformas de las políticas públicas.**
4. Reformas que sustituyan la exagerada dependencia de los sistemas de mando y control, por un lado, y la inhibición y laissez-faire del Estado, por otro, por un liderazgo integrador, participativo y dialogante capaz de afrontar la complejidad de los actuales sistemas de salud: **reformas del liderazgo**". (45)

Las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de

vida de la población, como el acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y vivienda. Esa distribución desigual no es un fenómeno «natural», es el resultado de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política. Los gobiernos nacionales y locales pueden contribuir considerablemente, a través de la fuerza de la sociedad civil y de los movimientos locales, que prestan ayuda inmediata en las comunidades e incitan a los poderes públicos al cambio (17).

En América Latina se han venido realizando importantes experiencias de reformas de sistemas de salud que están mostrando su efectividad y potencial para ayudar a reducir las disparidades en salud, introduciendo importantes innovaciones en los modelos de atención y gestión en salud, como los de Cuba con su Medicina General Integral; Costa Rica y sus Equipos Básicos de Atención Integral (EBAIS); Brasil con el Sistema Único de Salud (SUS) y los Programas de Salud Familiar (PSF); Chile con su APS municipalizada y sus Centros de Salud Familiar (CESFAM); Venezuela con los Programas de Barrio Adentro; Argentina con los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) y más recientemente, la propuesta de transformación con enfoque de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) del Sistema de Salud de Bolivia (46 47).

En Colombia, bajo la operación del Sistema Nacional de Salud en los años anteriores a 1993, la estrategia de Atención Primaria fue implementada en los planes de salud para solucionar los problemas de salud en los grupos prioritarios de la población en los inicios de los años 80 (Suárez R, 2012). En las diferentes áreas del país en las cuales se materializó la APS, esta fue concebida de múltiples maneras y prestada desde una amplia modalidad: desde la atención básica prestada por promotoras de salud y líderes comunitarios, hasta una concepción más estructurada brindada bajo el contexto de participación comunitaria con el apoyo de equipos interdisciplinarios.

En Colombia hasta la promulgación de la Ley 1438 de 2011, el Sistema General de Seguridad Social en Salud desconoció las bondades de la Atención Primaria, mientras en la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, la estrategia de Atención Primaria fue considerada como elemento primordial para el logro en el mediano plazo del acceso universal y equitativo de la atención de salud. Vale la pena destacar que todas las formas de acción sobre los determinantes sociales de las inequidades en salud, que ahora se definen como necesarias para la constitución de sistemas de salud pro-equidad, fueron justamente las que constituyeron los principios y elementos centrales de la Declaración de Alma-Ata de 1978, que dio origen a la estrategia de APS para lograr salud para todos (48).

Entre las experiencias sobresalientes que se desarrollaron en Colombia antes del SGSSS están: la Universidad de Antioquia en Santo Domingo, la Universidad Javeriana en Cáqueza, la Universidad de Caldas en Villamaría, la Universidad del Valle en Candelaria, Siloé y el Guabal. Las experiencias sobresalientes que se desarrollaron en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (49) están:

**Barranquilla: “Salud a mi Casa”:** Se desarrolla en varios entornos: Familiar Casas saludables, institucional en colegios, hogares de ICBF, centros de vida y social comunitaria en parques y centros comerciales. Se diseñó la atención de asistencia individual en PASOS (Puntos de Atención en Salud Oportuno), primer nivel de atención y CAMINO (Centros de Atención Médica Integral Oportuno), nivel dos de atención, Para cada CAMINO hay 5 PASOS. Cada PASO y CAMINO tiene asignada una población de acuerdo a su área de influencia para la implementación del programa. **Prioridades:** Diagnóstico de salud de la comunidad, Plan de visitas según los riesgos identificados (Alto, medio y Bajo) para las intervenciones. en salud, Identificación de personas a SISBENIZAR para que accedan a los servicios de salud, Identificación de usuarios para canalización hacia los PASOS y CAMINOS. **Potencial:** Integración de la intervención extra mural con los centros

de atención territoriales PASOS y CAMINOS. Existe un sistema de evaluación y veeduría por parte de la comunidad.

**Caldas. La Dorada, “Células de Acción Solidaria - CAS”:** Se hizo una subdivisión geográfica de los barrios de La Dorada y por cada 500 casas se crearon las Células de Acción Solidaria (CAS), cuyo propósito fundamental es prestar atención primaria social directamente en la comunidad. Se dividió la población por ciclos evolutivos. Se creó un grupo de apoyo compuesto por un padrino de gestión por célula, un comité evaluador de prioridades y grupo de acción. **Prioridades:** Promoción y Prevención. Ejecución de políticas públicas, inducción a la demanda a programas de salud infantil, salud sexual y reproductiva, detección temprana de cáncer de seno, cérvix y próstata, planificación familiar, atención a adolescentes y control prenatal, crecimiento y desarrollo, salud oral y control de vectores. **Potencial:** El Sistema de información e intersectorialidad.

**Valle del Cauca: “Participación Social”:** Cartografía Social: Conformar y fortalecer Redes Sociales en los municipios en los que se implemente la estrategia de APS, como instrumento para la promoción de la movilización social efectiva. Plan para jornadas de formación y capacitación en temas relacionados con la salud. Promover la creación de espacios formales y no formales de discusión, decisión en torno a la salud. Promover acciones de Información Educación y Comunicación (IEC) en cada localidad. **Prioridades:** Plan de acompañamiento familiar con énfasis en apoyo psicosocial y en gestión local por la salud. **Potencial:** La participación social.

**Versalles: “Versalles Saludable”:** Conformación de los Comités de Participación Comunitaria (CPC), con el fin de fiscalizar la prestación de servicios de salud a nivel comunitario. El CPC de Versalles partía de dos importantes puntos filosóficos: primero, que el concepto de salud comprende no sólo el tratamiento a los enfermos sino también la prevención de las causas de las enfermedades y la

promoción de la salud. Segundo, que la mayoría de las soluciones a los problemas locales está en manos de la comunidad. **Prioridades:** Maternidad segura: Salud infantil (que incluye salud oral infantil): Salud sexual y reproductiva: Club de jóvenes: Estilos de vida saludables, enfatizando en enfermedades crónicas no transmisibles: Adulto mayor: Salud mental. Proyecto aldea. Campañas de prevención. Sistema de vigilancia en salud. Farmacia comunitaria. **Potencial:** Sostenibilidad durante 22 años. Participación social y comunitaria en todos los programas implementados a través de una metodología participativa.

**Cali; “Un Nuevo Latir”:** Desarrollan tres dimensiones: La de gobierno, que es el ejercicio de la autoridad sanitaria; la del territorio, que refiere a comunas y corregimientos en donde se promocionan relaciones intersectoriales y comunitarias para lograr identificar y dar solución a los problemas; y la dimensión poblacional, que busca fomentar la autogestión en salud. **Prioridades:** Embarazo en adolescentes. Enfermedades crónicas no transmisibles. Consumo de sustancias psicoactivas y problemáticas relacionadas con lo ambiental de la ciudad. **Potencial:** La participación social.

**Manizales; “Atención Primaria en Salud”:** Atención domiciliaria integral. Atención comunitaria. Se atienden grupos de gestantes, casos de ERA e IRA, ejecutan planes caseros de estimulación y recuperación nutricional; organizan grupos de riesgo en jóvenes, adultos, ancianos, para complementar el autocuidado en enfermedades de interés en salud pública. **Prioridades:** Salud sexual y reproductiva en hombres y mujeres, Maternidad segura, Vigilancia epidemiológica, Saneamiento básico. **Potencial:** El desarrollo de las políticas de salud.

**Cundinamarca; “Salud para Mi Pueblo”:** Se basa en la salud comunitaria y la implementación y fortalecimiento de servicios de atención, consta de tres componentes: Salud pública. Aseguramiento. Prestación de servicios.

**Prioridades:** Estimula la demanda inducida, crear compromiso y adherencia por parte de los usuarios en los programas y estrategias de educación, promoción, información y orientación. **Potencial:** La participación ciudadana. Enfoque principal el desarrollo de planes de salud comunitarios.

**Boyacá; “APS - Salud Familiar”:** Cobertura y acceso universal, integralidad, integración y continuidad, orientación familiar y comunitaria, intersectorialidad y fortalecimiento del primer contacto. Cuatro escenarios de intervención: la familiar, la comunidad, el nivel institucional y el nivel político. **Prioridades:** Fortalecimiento del primer contacto con el desarrollo de las estrategias de AIEPI, IAMI, SAAJ, APSM, CRONICAS. **Potencial:** Seguimiento a los servicios de salud para garantizar la continuidad de la atención en salud y control efectivo del riesgo.

**Bogotá; Salud a su Casa:** programa de salud familiar y comunitaria con énfasis en la protección de la salud, que busca ser amigo de las familias que viven en las zonas con mayor vulnerabilidad de la ciudad. Estrategia Promocional de Calidad de Vida en Salud, Atención Primaria en Salud, y Gestión Social Integral. Su desarrollo se hace a través del Plan de Intervenciones Colectivas –PIC, a través de 14 Empresas Sociales del Estado de primer nivel de atención, en 20 localidades de Bogotá. Gestión del territorio, Intervenciones que promuevan la salud, Intervenciones que prevengan el riesgo. Intervenciones que restablezcan derechos. **Prioridades:** Condiciones de habitabilidad de las viviendas, salud mental, Gestantes, discapacidad, saneamiento básico, salud oral, control de vectores, seguimiento a la canalización a servicios de salud y del desarrollo social. Capacitación a padres, cuidadores, líderes comunitarios, jóvenes, adultos mayores, en promoción de patrones de consumo alimentario, fomento de la actividad física y prevención del sedentarismo, prevención del consumo de tabaco y alcohol, aprovechamiento del tiempo libre. **Potencial:** La participación comunitaria y el ejercicio de sus derechos (49-73).

**Santander; “Santander en Serio”, “Santander Incluyente” y “Santander Sano”.** La política en salud cuenta con cinco componentes: La promoción de la salud y la calidad de vida, la prevención de los riesgos, la recuperación y superación de los daños en la salud, la vigilancia en salud y gestión del conocimiento y la gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan de Salud Pública. **Prioridades:** Desarrollar planes de salud comunitarios (centrada en las necesidades de la población) a la vez que fomenta la gestión en salud. Empoderamiento de la ciudadanía para participar en la delineación de programas de salud. **Potencial:** La intersectorialidad.

**Bucaramanga; ISABU en su Barrio:** Modelo de atención en su barrio, el cual gira en torno de la tríada individuo-familia-comunidad. Acercamiento a la población para desde ahí identificar prioridades en salud, las acciones encaminadas a la articulación de la participación social. **Prioridades:** Tamizaje de agudeza visual, Citología cérvico-uterina, Planificación familiar, Salud sexual y reproductiva, Mujer gestante, Vacunación, Salud oral, Adulto joven, Adulto mayor y Crecimiento y desarrollo. **Potencial:** La participación social.

**Antioquia:** Entre las décadas 50 y 60 bajo el liderazgo Doctor Héctor Abad Gómez de la Universidad de Antioquia, se desarrolló la idea de Atención Primaria en Salud en Santo Domingo encontrando en esta comunidad problemas como desnutrición y gastroenteritis conformando entonces un grupo de mujeres denominadas “promotoras de Rurales de Salud” y fue así como 30 de la localidad empezaron a ejercer su voluntariado comunitario en prácticas de higiene y salud. En 1978, se incluyó formalmente la promotora de salud como recurso humano del Sistema Nacional de Salud. En la década de los 80 con la promulgación de la APS “Salud Para Todos en el año 2000” se amplían las Unidades Primarias de Atención en Salud fortaleciendo la capacidad de la intervención de las promotoras rurales en el trabajo comunitario. En 1993, con la sanción de la Ley 100 impulsa los servicios hospitalarios y relega los programas de atención en salud a los

colectivos. En la primera década del siglo XXI, a partir de la renovación de la Atención Primaria en Salud en OMS, 2005, el Departamento impulsó la **Atención Primaria en Salud Con-Sentido Humano**; modelo de atención en salud que se fundamenta en los principios de APS, presenta su eje central en la familia entendiéndolas como unidades dinámicas y en constante cambio. Una vez establecidas las características de cada familia se pasar a determinar los riesgos y las necesidades en salud. **Prioridades**; Disminución de la mortalidad materno-infantil, las enfermedades prevalentes en la infancia, las inmunoprevenibles, aumento en los controles de factores de riesgo en el ambiente y el acceso a los servicios de salud. **Potencial**; La reorientación de servicios (50).

En estas experiencias, algunas son desarrolladas en planes de desarrollo de los entes territoriales, por lo que existen varias bibliografías adicionales, entre ellas (50).

En América Latina, la orientación de la APS no ha sido homogénea entre países, al igual que al interior de Colombia. La APS más desarrollada es la “selectiva”, consistente en paquetes de servicios básicos, limitados, orientados a la prevención y la atención de enfermedades infecciosas y a la atención materno-infantil (51).

## **6. Metodología**

### **6.1. Tipo de estudio**

Descriptivo, transversal y de temporalidad retrospectiva. Enfoque que posibilita hacer una descripción de la canalización de servicios de salud preventivos, la prestación de servicios y explorar su asociación con la intervención de la Estrategia Atención Primaria en Salud Renovada en el territorio de estudio, aportando insumos para comprender la realidad local.

### **6.2. Población**

La población de referencia son los habitantes de la zona rural del municipio de El Peñol. La población objetivo son los registros de las personas intervenidas solo por promotores de salud, 5.941 y las personas intervención por el equipo básico de salud-EBS, 1.591, correspondientes al 100% de la población de la zona rural por parte de la estrategia Atención Primaria en Salud Renovada, durante los años 2012 a 2014. Con base en los datos de población SISBEN y APS del Municipio.

El municipio de El Peñol determinó implementar la estrategia APS en la zona rural considerando que allí se encuentra la población más vulnerable y con menos cobertura de servicios de salud y tomando todas las veredas y no familias aisladas.

### **6.3. Criterios de inclusión:**

- Para la selección de los registros a analizar se tendrá en cuenta aquellos que estén entre el 2012 y 2014, tanto intervenidos por el EBS, como los intervenidos solo por promotores de salud.

- Ubicados en la zona rural del municipio de El Peñol.
- Que cuenten con registro en base de datos para dar respuesta a los objetivos del estudio.
- Los registros serán de las personas que han permanecido en la estrategia durante un tiempo no menor a un año, entre 2012 y 2014.

#### **6.4. Criterios de exclusión:**

- Registro de personas que no tengan línea de base o no se encuentren aún en la fase 1 (registro de caracterización en el sistema de información municipal de atención primaria en salud).
- Registro de información incompleta para dar respuesta a los objetivos del estudio.

#### **6.5. Fuentes de información**

Fueron utilizadas fuentes de información secundaria, las cuales se describen a continuación.

**Sociodemográficas:** para la describir la población del área rural del municipio intervenida por el EBS y los intervenidos solo por promotores de salud de la estrategia Atención Primaria en Salud en aspectos sociodemográficos, fueron consultados: el Análisis de Situación de Salud Municipal 2013 – ASIS, la distribución poblacional según DANE y Planeación/Sisben municipal 2014, el Informe de la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia para la presentación de algunos indicadores poblacionales y la base de datos de la fase de caracterización de la estrategia APS de la Secretaria de Salud Municipal.

**La caracterización de la canalización a servicios de salud preventivos:** se realizó a través de las visitas familiares casa a casa por parte de los integrantes de los equipos básicos de salud los cuales recolectaron información acerca de los programas de detección temprana, protección específica establecida en la Resolución 412 de 2000 y enfermedades de interés en salud pública y, de acuerdo con sus necesidades de atención, se procedió a ser canalizado al servicio respectivo según su edad y sexo (21). El instrumento de recolección de datos que se utilizó para la base de datos de APS fue la «Historia Familiar», diseñado y validado por la Gobernación de Antioquia y la Universidad de Antioquia en 2010 (50), (anexo1), información que posteriormente fue ingresada y registrada en el Sistema de Información Municipal de Atención Primaria en Salud y de la cual se obtuvo la información sobre canalización de servicios de salud preventivos.

**Para identificar la prestación de servicios de salud preventivos:** de detección temprana, protección específica y enfermedades de interés en salud pública se revisaron las bases de datos de: Atención Primaria en Salud, el Registro Individual de Prestación de Servicios – RIPS, el Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAISOFT, Registro de actividades de detección temprana, protección específica y atención integral para las enfermedades de interés en salud pública según Resolución 4505 de 2012. A partir de la información contenida en estas bases de datos, se hizo una revisión de los servicios de salud preventivos canalizados entre 2012 y 2014 y servicios prestados a cada persona a partir de dicha canalización, durante el mismo periodo.

**Para explorar la posible asociación:** entre la prestación de servicios de detección temprana, protección específica y enfermedades de interés en salud pública en la zona rural del municipio de El Peñol con la estrategia atención primaria en salud, se realizaron cruces entre las bases de datos de APS población beneficiaria de la estrategia atención primaria en salud intervenidos por el EBS y

los intervenidos solo por promotores de salud, cruzando datos con los registros RIPS, 4505 y PAI.

De acuerdo con los desarrollos en materia de coberturas de caracterización se definieron dos grupos de población: veredas con mayor intervención de la estrategia y veredas con menor intervención. Además, se hizo una caracterización socioeconómica de la zona rural y de la población de los territorios intervenidos en cada vereda.

## **6.6. Variables y categorías**

Las variables seleccionadas para el cumplimiento de los objetivos fueron:

**Sociodemográficas:** sexo, edad, vereda, estado civil, nivel de Sisben, escolaridad, posición ocupacional y tipo de aseguramiento.

**Canalización a servicios de salud preventiva** de protección específica: vacunación, salud bucal, planificación familiar. De detección temprana: consulta médica preventiva, toma de agudeza visual, mamografía, citología, control prenatal y crecimiento. De eventos de vigilancia en salud pública: desnutrición, sobrepeso, enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda, hipertensión y diabetes.

**Prestación de Servicios de Salud Preventiva:** de protección específica: Vacunación, salud bucal, planificación familiar. De detección temprana: Consulta médica preventiva, toma de agudeza visual, mamografía, citología, control prenatal y crecimiento y desarrollo. De eventos de vigilancia en salud pública: Desnutrición, sobrepeso, enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda, hipertensión y diabetes.

El anexo 2, presenta la operacionalización de las variables.

### **6.7. Selección y desarrollo de las técnicas de recolección de información**

Las bases de datos de APS, RIPS, PAI y 4505, fueron proporcionadas en el mes de abril de 2015 con carta de autorización para consultar los datos y donde se establecen los compromisos adquiridos con respecto a la producción de resultados y divulgación de los mismos (anexo 3). Adicional a esta información se solicitó a Planeación Municipal/Sisben la base de datos para obtener el número de personas por vereda y a la Secretaria de Salud se solicitó el documento de Análisis de Situación de Salud del municipio.

Para valorar la calidad de las bases de datos se realizó un análisis exploratorio para las variables con el software SPSS, y se evaluó la integridad y consistencia (completitud, datos perdidos, atípicos, inconsistentes e incoherentes).

En el proceso de análisis y depuración de la base de datos APS, se identificó datos atípicos en la edad, datos inconsistentes e incoherentes como la ocupación, el estado civil y el nivel de escolaridad, los cuales fueron cruzados con las mismas variables de la base de datos del Sisben, y de acuerdo a la fecha de nacimiento, edad, nombres completos, el lugar que ocupa en la familia, la asistencia a programas adecuados para la edad se corrigieron para obtener el 100% de los registros de la población rural.

En el proceso de análisis de la base de datos RIPS, se identificó que los diagnósticos requieren de una búsqueda exhaustiva dado que para las consultas relacionadas con detección temprana y protección específica se encuentran en los archivos de consulta y procedimiento en el ítem finalidad de la consulta, lo cual debía ser coincidente con los archivos de la 4505 y paisoft y los diagnósticos

relacionados con eventos de interés en salud pública, se encuentran en los archivos de consulta, hospitalización, urgencias y ayudas diagnósticas.

Las bases de datos fueron conservadas en sus versiones originales y se obtuvieron sub-bases para el cumplimiento de los objetivos.

En el proceso de preparación de la base de datos para la elaboración de tablas de contingencia, se identificó que en la mayoría de tablas o arreglos de datos proporcionados se encontraban registros repetidos.

Cabe resaltar que dicha caracterización se encuentra sustentada en los datos proporcionados por las fuentes oficiales.

Luego de realizar el proceso mencionado los registros de la población objetivo para los intervenidos por promotores de salud fueron 5.941 y los intervenidos por el EBS fueron 1.591, para un total de 7.532 correspondiente al 100% de la población rural.

## **6.8. Control de errores y sesgos**

**Sesgo de clasificación e información:** Para controlar este sesgo se realizaron las codificaciones adecuadas de datos para mejorar el procesamiento (52).

## **6.9. Plan para el procesamiento y análisis de datos**

A partir de la información contenida en bases de datos, se hizo una copia de la información para conservar su estado original, esta información se almacenó en una sola base de datos integrada con las variables necesarias para dar respuesta a los objetivos. Luego se verificó la consistencia de la información almacenada en la base de datos con un porcentaje de registros físicos para identificar posibles

errores de digitación. Una vez que los datos se revisaron para comprobar que estuvieran completos y precisos se procedió a organizar, clasificar, filtrar y consultar a través del procesador SPSS, donde se categorizaron los datos y se codificaron para garantizar la confidencialidad.

Los resultados obtenidos previos al informe final fueron presentados y validados con el personal delegado para dicho fin de la ESE Hospital San Juan de Dios del Municipio de El Peñol.

Para la presentación de los resultados se utilizó el procesador de texto Microsoft Word y algunos cuadros de salida y gráficos generados en el programa Microsoft Excel.

**Para resolver el objetivo 1:** teniendo en cuenta la misión y visión de la Empresa Social del Estado que se enmarca en ser la primera Empresa Social del Estado de Antioquia, modelo en atención primaria en salud, con acceso equitativo y la participación intersectorial y basados en el libro “lineamientos para la promoción de la salud con sentido humano en Antioquia” (50), se hizo una descripción del desarrollo la una ruta metodológica propuesta para la implementación de la atención primaria en salud (62), en la que se abordan siete macroprocesos en los que se evaluaba su propósito, basados en los valores, principios y elementos de la atención primaria en salud que orienta la Organización Panamericana de la salud (14).

**Para resolver el objetivo 2:** Se presenta información sociodemográfica del municipio en general sobre algunos indicadores como la tasa global de fecundidad, tasa de mortalidad general, tasa de mortalidad infantil, comparación entre las tasas de brutas de natalidad y mortalidad y alguno indicadores de estructura demográfica, como: razón de hombre: mujer, razón de niño: mujer, índice de infancia, juventud, vejez, envejecimiento, índice demográfico de

dependencia, índice de dependencia infantil e índice de dependencia de mayores. Igualmente, se presenta la distribución de la población por veredas según sexo y grupo de edad, el número de viviendas y coberturas en acueducto y energía en el municipio.

Para el cálculo de los indicadores de estructura demográfica: Razón de hombre – mujer;  $(\text{Hombres})/(\text{Mujeres})$  por 100. Razón de niños – mujer;  $\text{Niños (0-4)}/\text{Mujeres (15-49)}$  por 100. Índice de infancia;  $\text{menores (0-14)}/\text{Población total} \times 100$ . Índice de Juventud;  $\text{menores (0-14)}/(\text{65 y más}) \times 100$ . Índice de vejez:  $(\text{65 y más})/(\text{total población}) \times 100$ . Índice de envejecimiento;  $(\text{60 y más})/(<15) \times 100$ . Índice demográfico de dependencia;  $(< 15 + 65 \text{ y más})/(\text{PEA } 15-64) \times 100$ . Índice de dependencia infantil;  $(0-14)/(15-64)$  por 100. Índice de dependencia de mayores;  $(60 \text{ y más})/(\text{PEA } 15-59) \times 100$ .

Tomando como insumo la base de datos de la fase de caracterización de la estrategia APS se seleccionó las variables sexo, edad, vereda, estado civil, nivel de Sisben, escolaridad, posición ocupacional y aseguramiento y a partir del grupo de variables seleccionadas se realizaron análisis uni-variados y bi-variados. Para las variables de tipo nominal (vereda, sexo, estado civil y posición ocupacional) se utilizó como medida de resumen frecuencias y porcentajes; en las ordinales y de razón (escolaridad, nivel Sisben y edad), se usaron medidas de tendencia central (media, moda, mediana). De acuerdo con la naturaleza de las variables se eligió el tipo de gráfico y el tipo de tabla a utilizar (53 54).

**Para resolver el objetivo 3:** se realizó a través de la revisión de bases de datos de canalización de servicios utilizada por la estrategia Atención Primaria en Salud durante las visitas familiares. Las variables corresponden a las de detección temprana, protección específica y eventos de interés en salud pública que se identificaron en la base de datos como personas que requerían el servicio de salud según su edad y sexo en el momento de la visita familiar.

Para el análisis bi-variado a las variables de nivel de medición ordinal o de razón se utilizó la mediana y para el nivel de medición nominal se utilizó como medida de resumen frecuencias, porcentajes y proporciones.

Este objetivo permitió identificar las necesidades de atención en servicios de salud preventiva y enfermedades de interés en salud pública de las personas que habitan la zona rural del municipio, comparando su comportamiento en la población que tuvo mayor intervención por la estrategia APS con la que tuvo menor intervención, durante los años 2012, 2013 y 2014.

**Para resolver el objetivo 4:** Para juntar los RIPS de los años 2012- 2014 se utilizó la herramienta informática SIGA V3.1 del Ministerio de Salud y Protección Social. En el proceso de análisis de la base de datos RIPS, se identificó que los diagnósticos requieren de una búsqueda exhaustiva dado que para las consultas relacionadas con detección temprana y protección específica se encuentran en los archivos de consulta y procedimiento en el ítem finalidad de la consulta, lo cual debían ser coincidente con los archivos de la 4505 y paisoft y los diagnósticos relacionados con eventos de interés en salud pública, se encuentran en los archivos de consulta, hospitalización, urgencias y ayudas diagnósticas.

Posteriormente se realizó el cruce de bases de datos de registro de demanda canalizada Atención Primaria en Salud con las bases de datos de registro de atenciones Registro Individual de prestación de servicios -RIPS, Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI y resolución 4505 de 2012. Para valorar la calidad de las bases de datos se realizó un análisis exploratorio utilizando el software SPSS. Luego de cruzar la información de todas las fuentes se consolidó en una sola base de datos.

Para el análisis bi-variado a las variables de nivel de medición ordinal o de razón se utilizó la mediana y para el nivel de medición nominal se utilizó como medida de resumen frecuencias, porcentajes y proporciones.

Este objetivo permitió identificar la frecuencia y uso de los servicios de salud preventivos y enfermedades de interés en salud pública de las personas que habitan la zona rural del municipio, comparando su comportamiento en la población que tuvo mayor intervención por la estrategia APS con la que tuvo menor intervención, durante los años 2012, 2013 y 2014.

**Para resolver el objetivo 5:** se hizo un análisis bi-variado según programas de detección temprana, protección específica y eventos de interés en salud pública para conocer la distribución y el establecimiento de relaciones de las variables dependientes (presencia y/o resultados de eventos) con la variable independiente (expuestos – intervenidos por la estrategia APS) utilizando tablas de contingencia, frecuencias y distribución.

Se utilizó la medida de asociación OR, para este estudio descriptivo “Razón de Prevalencia”. Donde se tomó como expuestos “población intervenida por el EBS” y no expuestos “población intervenida por promotores de salud” (55).

La significancia estadística de la asociación entre las variables se hizo a través del cálculo de intervalos de confianza y prueba de hipótesis de no asociación ( $RP=1$ ).

Se realizó un análisis bi-variado apoyado por la prueba no paramétrica: chi-cuadrado calculada a través de tablas de contingencia (56).

Este objetivo permitió establecer que tan asociada esta la efectividad en prestación de servicios de salud preventivos y los eventos de interés en salud

pública a la intervención de la estrategia Atención Primaria en Salud realizada por el equipo básico de salud mediante las visitas familiares.

#### **6.10. Aspectos éticos**

Esta investigación se desarrolló según lo dispuesto en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud (57), la cual dispone las normas científicas que tienen por objeto establecer los requisitos para el desarrollo de la actividad investigativa en salud. De acuerdo con el tipo de procedimientos, la investigación es categoría con riesgo mínimo. En cuanto a confidencialidad de los datos, se tuvo en cuenta lo establecido en el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia sobre información consignada en base de datos y la garantía de su confidencialidad (58) y en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 Ley de habeas data (59). Reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 1377 de 2013 (60). Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales.

Se codificaron aquellas variables que se deban mantener bajo confidencialidad en este caso la “identificación”; las demás variables de información personal fueron retiradas de las bases de datos como, los nombres, direcciones, entre otras. Se estableció con la ESE Hospital San Juan de Dios del municipio de El Peñol un acuerdo de confidencialidad (Anexo 3), siguiendo la exigencia de la ley de Habeas Data, Ley 1266 del 2008 (61) por la cual se dictan las disposiciones generales del hábeas data y se regula el manejo de la información contenida en bases de datos personales; Ley estatutaria 1581 de 2012; Decreto 1377 de 2013; Concepto N°05 de 2009 de la oficina Jurídica Nacional.

La información contenida en las bases de datos originales y las resultantes después del análisis de datos, solo serán utilizadas con fines investigativos y académicos. En el estudio no revelaran los nombres de las personas.

Para el desarrollo del estudio se cuenta con la aprobación de la ESE Hospital San Juan de Dios del municipio de El Peñol manifestado mediante oficio expedido el 10 de Marzo de 2015, en el cual se autorizó el acceso a las bases de datos con corte a 31 de diciembre de 2014 para fines únicamente académicos (anexo 5).

#### **6.11. Manejo de datos**

Inicialmente se hizo una revisión exhaustiva de los datos y de la definición operativa de las variables, desarrollando un análisis exploratorio que permitió verificar la consistencia y coherencia de los datos; para esta revisión se utilizó el software SPSS y hojas de cálculo en Excel. Se verificó la información almacenada en la base de datos con un porcentaje de registros físicos para identificar posibles errores de digitación o de almacenamiento lo que permitió concluir que la información obtenida es precisa y confiable.

#### **6.12. Comunicación de resultados**

Según el cronograma de actividades del proyecto, fueron acordadas las reuniones de socialización de resultados, tanto con la ESE Hospital como las Secretarías de Salud Municipal y Departamental, al igual que en escenarios académicos durante los meses de enero y marzo de 2016 (anexo 8).

Adicionalmente, se preparó un borrador con los principales hallazgos de la investigación en formato de artículo científico, con el fin de someterlo a revisión por parte del comité editorial de una revista indexada local.

Como material de apoyo en el proceso de difusión y comunicación de resultados, se elaboró una reseña de tres páginas de extensión, las cuales contienen una síntesis que le permite al lector comprender de manera rápida y clara, los principales mensajes que el proyecto desea transmitir.

En los diferentes escenarios seleccionados para la comunicación de resultados, se proporcionó una versión resumida del proyecto a actores clave de la gestión de Atención Primaria en Salud.

Además, los resultados de la investigación fueron entregados a los actores involucrados directamente, como la ESE Hospital San Juan de Dios, las Secretarías de Salud Municipal y Departamental como responsables directos de la salud de sus habitantes, para que emprendan acciones de manejo de posibles riesgos de salud y de coberturas encontrados en la población de estudio. La veracidad de los resultados también permitirá a las aseguradoras y prestadores mejorar en la gestión del riesgo de los afiliados habitantes de la zona rural del municipio de El Peñol.

## 7. Resultados

A continuación se presentan los resultados para el cumplimiento de los objetivos del estudio. Este capítulo comienza por la descripción de los aspectos demográficos del municipio de El Peñol seguido de la caracterización de la demanda canalizada a servicios de salud preventivos. Una vez se obtiene esta caracterización inicial, se presenta la identificación de la prestación de servicios de salud preventivos y por último se explora la posible asociación entre población intervenida por el EBS y los intervenidos solo por promotores de salud con prestación de servicios de salud preventivos y la atención de los eventos de interés en salud pública.

### **7.1. Descripción del desarrollo de la estrategia Atención Primaria en Salud, en el Municipio de El Peñol 2012-2014.**

Para el año 2012 la ESE Hospital San Juan de Dios modifica su modelo de gestión e incluye la APS en su plataforma estratégica y estructura un modelo de atención en salud centrado en los valores de la APS que propone la OPS-OMS.

La Empresa Social del Estado San Juan de Dios, del municipio de El peñol, tiene, como misión “Brindar atención integral en salud con eficiencia para alcanzar una mejor calidad de vida de los habitantes del municipio de El Peñol” y cuya visión se enmarca en ser la primera Empresa Social del Estado de Antioquia, modelo en atención primaria en salud, con acceso equitativo y la participación intersectorial.

Basados en el libro “lineamientos para la promoción de la salud con sentido humano en Antioquia” (50) y teniendo en cuenta la misión y visión de la Empresa Social del Estado, se propuso una ruta metodológica (62), en la que se abordan siete macroprocesos en los que se evaluaba su propósito, basados en los valores,

principios y elementos de la atención primaria en salud que orienta la Organización Panamericana de la salud (14).

Ruta metodológica de atención primaria en salud en la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de El Peñol.

Macroproceso 1. Planeación, acuerdos de partida y aprestamiento: se desarrollaban actividades de sensibilización a actores claves, concertación y voluntad política de las instituciones y autoridades locales, la definición de territorios – población a incluir, la contratación de talento humano, la capacitación el equipo básico de salud - acuerdos teóricos metodológicos, la presentación a comunidades y la construcción de acuerdos y presentación al equipo de salud de la ESE Hospital.

Macroproceso 2. Configuración de necesidades sociales en poblaciones - territorios: se desarrollaban actividades como el diligenciamiento del instrumento “historia familiar”, la identificación específica de necesidades de atención, la canalización de integrantes de la familia a servicios de salud y sociales, consulta de fuentes secundarias y registros institucionales y la elaboración de diagnósticos de microterritorios.

Macroproceso 3. Organización de los servicios atención clínica individual, preventiva, resolutive y especializada: las actividades desarrolladas fueron la programación de atención preventiva, la gestión de servicios de apoyo diagnóstico, la programación de la atención resolutive y atención domiciliaria, diseño del plan de respuesta familiar, gestión de acuerdos y seguimiento para la atención especializada y festival de la salud.

Macroproceso 4. Diseño e implementación de estrategias de educación para la salud, promoción de la salud y salud pública: las principales actividades fueron el

diseño participativo de estrategias educativas – comunicativas para grupos poblacionales específicos / diseño de estrategias de promoción de la salud, la adecuación y articulación con estrategias de salud pública del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC y la producción de materiales didácticos y de apoyo para la acción educativa.

Macroproceso 5. Gestión comunitaria y participación social: se desarrollaban las actividades de identificación de las diferentes formas organizativas presentes en el municipio, concertación con diferentes actores o grupos organizados en el municipio, participación en las juntas de acción comunal y mesas de discusión sobre asuntos sociales, participación en el plan de atención primaria en salud y el Plan de Desarrollo municipal, formación de agentes comunitarios y/o multiplicadores y coordinación con grupos gerontológicos.

Macroproceso 6. Gestión intersectorial e incidencia sobre procesos sociales determinantes de la salud: se desarrollaron actividades de coordinación de acciones con el sector educativo para la implementación de servicios amigables y escuelas saludables donde se daba priorización a la gestión de recursos y cofinanciación y a la gestión de políticas públicas en salud.

Macroproceso 7. Seguimiento, monitoreo, evaluación y gestión de la información: donde se creaban agendas y cargaban historias familiares en el sistema de información, digitación y consolidación de la información, análisis de la información municipal en comités de vigilancia en salud – COVE y en el Consejo Municipal de Política Social – COMPOS, revisión periódica de la canalización efectiva en los diferentes servicios de la ESE y otros servicios sociales del municipio y monitoreo de coberturas en atención preventiva.

Para dar cumplimiento desarrollo de la estrategia APS se conformó un equipo de salud con un medico coordinador, psicóloga, fisioterapeuta, 4 odontólogos,

higienista oral, enfermera y 18 promotores de salud, asignados para cubrir las 23 veredas del municipio. Contaron con espacio físico dentro de la ESE Hospital, equipos, insumos y tecnología necesaria.

Sus principales actividades fueron las visitas familiares, encuentros educativos colectivos, participación en salud, educación en salud, información en salud y canalización a servicios de salud y sociales.

Su financiamiento se garantizó con recursos del Sistema General de Participaciones del Plan de Intervenciones Colectivas PIC, recursos propios del municipio, recursos propios de la ESE Hospital y cofinanciación del Departamento como apoyo a las acciones de salud pública.

## 7.2. Aspectos sociodemográficos de la población del municipio de El Peñol.

7.2.1. Los datos sociodemográficos de la población total del municipio tratan de su dimensión, estructura, evolución y características generales, considerados desde un punto de vista cuantitativo.

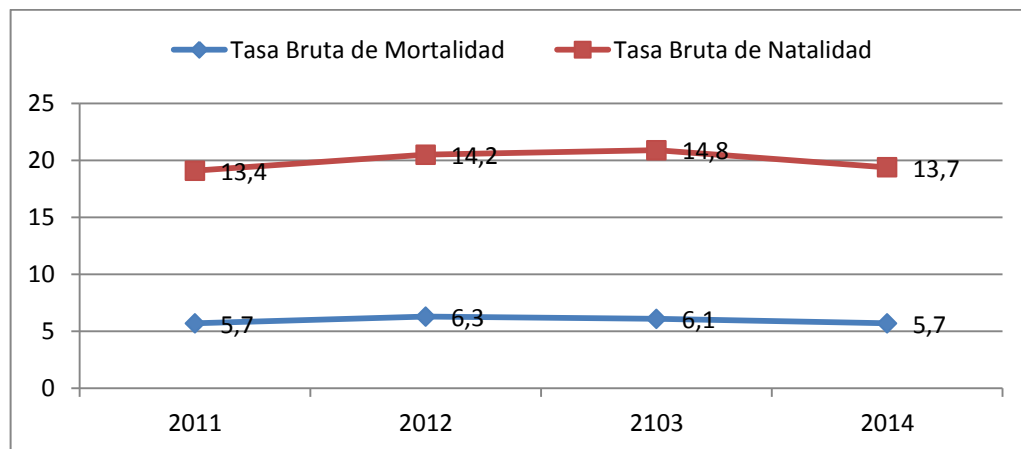


Figura 2. Comparación entre las tasas brutas de natalidad y mortalidad por mil habitantes del municipio de El Peñol, 2011 a 2014.

Fuente: <http://www.dssa.gov.co/index.php/estadisticas/mortalidad/item/78-mortalidad-general-por-subregion-municipio-2011-2013-y-preliminar-2014>.

**Tasa Bruta de Mortalidad:** en el periodo observado se presenta un comportamiento relativamente constante, con una TBM al inicio y al final del periodo de 5.7 (tasa más baja en el periodo) muertes por cada 1.000 habitantes. La diferencia entre la tasa bruta de natalidad y la tasa bruta de mortalidad dan cuenta del ritmo de crecimiento natural de la población.

**7.2.2.** La tasa de mortalidad infantil: es un indicador útil de la condición de la salud no solo de los niños, sino de toda la población y de las condiciones socioeconómicas en las que viven. Es un indicador sensible de la disponibilidad, utilización y efectividad de la atención de la salud. Presenta variaciones entre áreas urbanas y rurales y entre grupos de población de distintos niveles socioeconómicos. También, refleja el nivel de salud de las madres, la política de planificación familiar, las condiciones de salud ambiental y, en general, el desarrollo socioeconómico de una sociedad.

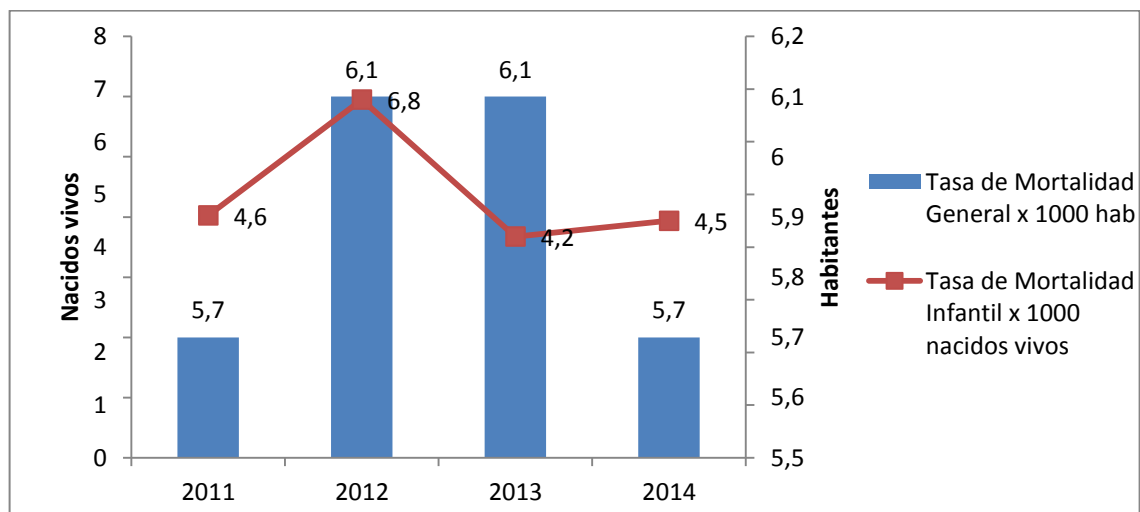


Figura 3. Comparación entre las tasas mortalidad general y mortalidad infantil del municipio de El Peñol, 2011 a 2014.

Fuente: <http://www.dssa.gov.co/index.php/estadisticas/mortalidad/item/78-mortalidad-general-por-subregion-municipio-2011-2013> y preliminar 2014.

**7.2.3.** La revisión de esta serie de indicadores permite describir la estructura demográfica poblacional por curso de vida. Tabla 1.

**Razón hombre-mujer:** indicador relativamente constante durante el periodo observado y proporcional entre géneros, se evidencia una tendencia a la disminución de la población masculina. **Razón de niños-mujer:** la baja natalidad y al envejecimiento de la población, evidencian que la relación entre niños y mujeres en edad fértil tiende a la disminución. **Índice de infancia:** presenta una tendencia a la disminución, lo que refleja la baja natalidad que evidencia el comportamiento de la estructura poblacional del municipio. **Índice de juventud:** a lo largo del periodo observado se presenta con un comportamiento constante, con un leve incremento en 2014.

**Índice de vejez:** con una tendencia al aumento, significando el envejecimiento de la población. **Índice de envejecimiento:** con una tendencia al aumento. Permite apreciar los cambios intergeneracionales derivados del proceso de envejecimiento. Estos ponen de manifiesto los cambios en las demandas sociales, lo que implica para el municipio una mayor inversión en materia de salud. **Índice demográfico de dependencia:** Muestra el esfuerzo que la población económica activa –PEA, debe realizar para cubrir las necesidades de la población más vulnerable (niños y adultos mayores). Se evidencia más la disminución de la dependencia infantil que el aumento de la dependencia de los adultos.

**Tabla 1. Indicadores de estructura demográfica municipio de El Peñol, 2005, 2012-2014.**

Indicador	Años			
	2005	2012	2013	2014 DANE
Razón de hombre: mujer	99.76	98	98	98
Razón de niños: mujer	43.9	38.6	38.4	38.3
Índice de infancia	34.2	29.6	29.2	28.7
Índice de Juventud	25.2	26.7	26.9	27.0
Índice de vejez	6.5	7.9	8.0	8.1
Índice de envejecimiento	19.2	26.6	27.4	28.2
Índice demográfico de dependencia	68.9	60.1	59.1	58.3
Índice de dependencia infantil	57.8	47.5	46.4	45.5
Índice de dependencia de mayores	11.1	12.6	12.7	12.8

Fuente: DANE 2005-2020.

#### 7.2.4. Número de viviendas, acueducto y energía.

EL territorio cuenta con aproximadamente 2.413 viviendas, distribuidas así: zona urbana 1.912 y zona rural 2.076. Cobertura de acueducto 57.10% en la zona rural y 95.90% en la zona urbana. Cobertura de energía eléctrica es del 97% en el municipio en donde en la zona urbana es del 99.60% y en la zona rural el 90.60% (63).

**Afiliación al sistema de salud:** Del total de la población rural caracterizada por la estrategia APS que fueron 7.532 correspondiente al 100% de la población rural, se evidencia que el porcentaje de población pobre no afiliada que muestra la figura 4, correspondiente al 6.3%, son aquellas personas que por incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiados al régimen subsidiado o ingresar al contributivo tendrán derecho a servicios de atención en salud que prestan las instituciones públicas y aquellas que tengan contrato con el Estado.

Los afiliados al sistema mediante régimen contributivo son las personas vinculadas a través de contratos de trabajo, pensionados, jubilados y trabajadores independientes con capacidad de pago y correspondiente al 18%.

Los afiliados al sistema mediante régimen subsidiado al cual debe estar afiliada la población de menores ingresos y sin capacidad de pago. Figura 4, correspondientes al 75.7%. La EPS Mixta Savia Salud, es la aseguradora con mayor porcentaje de afiliados en la zona rural, alcanzando un 38.7% de la población. Figura 5. El 70% de la población se encuentra en nivel uno del sisben y el 94% se encuentra en niveles uno y dos. Figura 6.

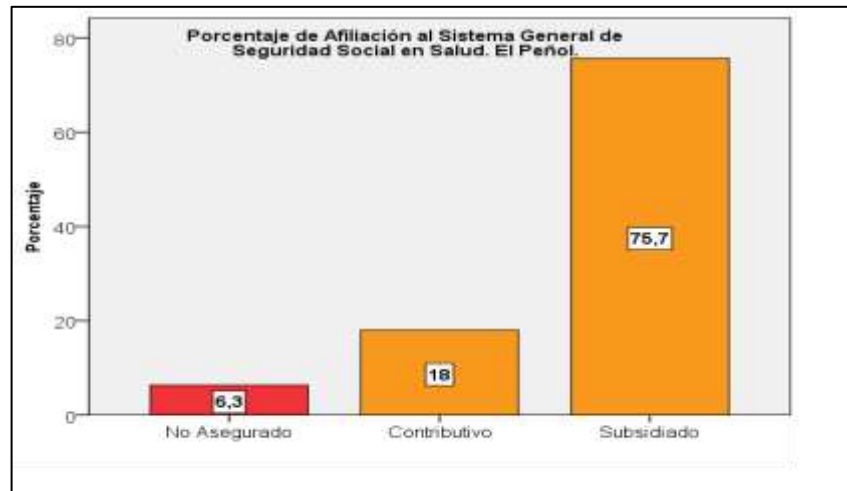


Figura 4. Población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Zona rural. El Peñol. 2012-2014.

Fuente: Base de datos APS-El Peñol.

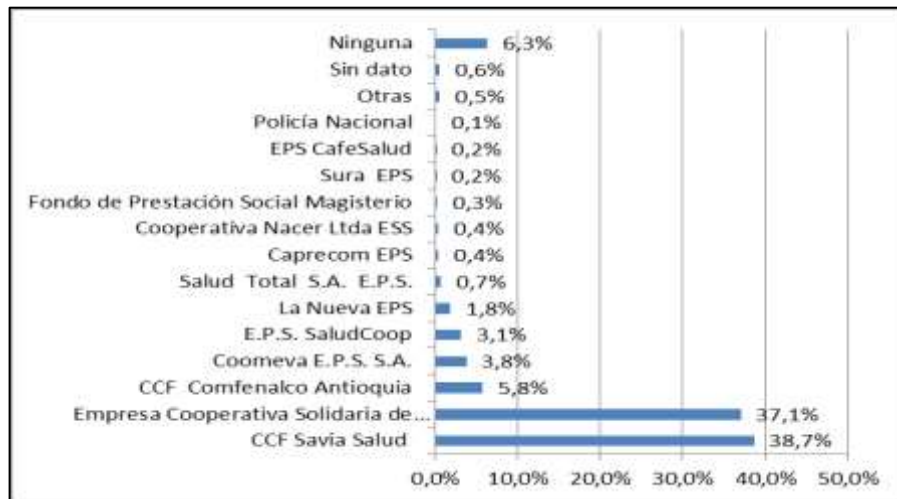


Figura 5. Población por aseguradora. Zona rural. Municipio de El Peñol. 2014.

Fuente: Base de datos APS-2012-2014.

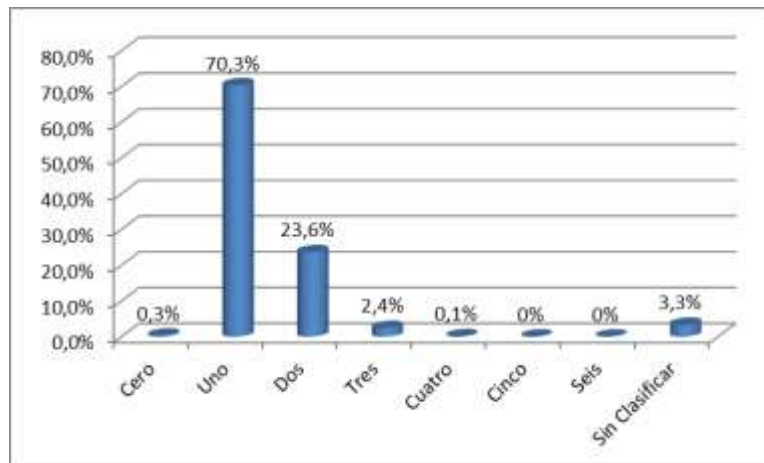


Figura 6. Población según nivel del Sisben. Zona rural. Municipio de El Peñol. 2014.  
Fuente: Base de datos APS-El Peñol.

**7.2.5. Grupos de edad.** Según grupos quinquenales, la población rural del municipio de El Peñol atraviesa, actualmente, por un proceso de transición demográfica, reflejo de la reducción en el número de hijos por mujer en edad fértil lo que hace que la pirámide poblacional presente una base estrecha y el aumento considerable del grupo de adultos de 45 a 59 años, próximos a integrar el grupo de población económicamente dependiente. Figura 7.

Es notoria la tendencia al incremento de la población adulta y adulta mayor, se pudiera explicar por el aumento de la esperanza de vida de la población Colombiana que en los últimos 25 años según proyecciones DANE a pasado de 67.87 en 1990 a 73.95 en 2015 y a la leve disminución de las tasas de fecundidad y mortalidad en el país.

De acuerdo con la figura 5, que representa la distribución poblacional según base de datos de caracterización de APS para el año 2014, un gran grupo de habitantes de El Peñol se concentran en población en edad de trabajar entre 10-64 años en área rural según DANE (64). Sin embargo, se evidencia una disminución a partir del grupo de 25 a 44 años de edad, lo cual podría explicarse como resultado de la migración al área urbana o a otras ciudades, debido a causas de búsqueda de

fuentes de trabajo o estudio ya que el municipio no cuenta con instituciones de educación superior.

La pirámide poblacional de la zona rural del municipio de El Peñol es de tipo expansiva, con constricción en los menores de 5 y 10 años, se presenta una base ancha en menores de 20 años, donde hay mayor concentración la población joven, adolescente y progresivamente se va haciendo más angosta en la parte superior, lo cual es una característica típica en los países en vía de desarrollo donde se presentan altas tasas de natalidad y mortalidad.

**7.2.6. Pirámide Poblacional:** Los niños entre 0-9 años representan el 11.4% de la población. La población adulta mayor (65 y más) representan un 12.1% de la población, hombres 6.2% y mujeres 5.9%, lo que hace que estos grupos sean de gran interés a los programas sociales y del desarrollo municipal. Figura 7.

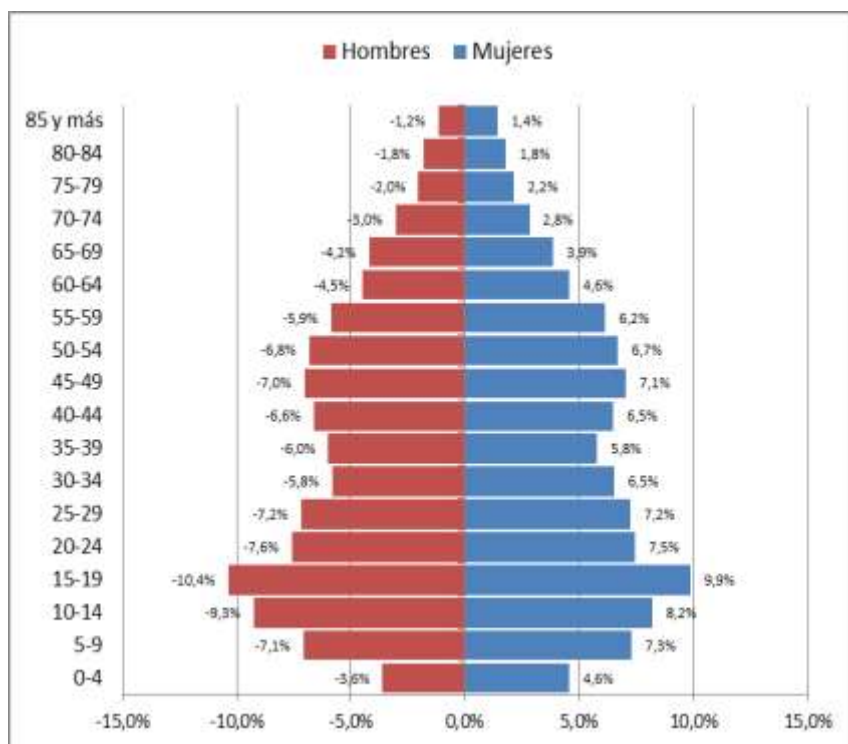


Figura 7. Pirámide poblacional según distribución de la población por sexo y grupo de edad. Zona rural. Municipio de El Peñol.

Fuente: Base de datos APS-2012-2014.

**7.2.7. Estadísticos de Edad:** en la población de la zona rural caracterizada e intervenida por atención primaria en salud, se encontró que la edad media global fue de 35.93 años y una desviación estándar de 22.0 años; el 25% de la población tenía 17 años o menos, el 50% de la población 34 años o menos, el 75% de la población tenía 52 años o menos. Además, la edad mínima 0 años y máxima 99 años.

Al comparar las medianas de la edad según sexo, se encontró que no existen diferencias importantes; ambos sexos evidencian una edad homogénea, tanto hombres como mujeres presentaron una edad mediana de 34 años y la más común fue de 19 años.

### **7.3. Demanda canalizada, identificación de la prestación de servicios de salud preventivos y exploración de la posible asociación con la Estrategia Atención Primaria en Salud. Zona rural. Municipio de El Peñol.**

La identificación de las necesidades de atención en el área territorial objeto de análisis y la prestación de servicios de salud, integra la cobertura de las actividades preventivas implementadas por la ESE Hospital San Juan de Dios en El Peñol, para la población beneficiaria de la estrategia atención primaria en salud y permite comparar los resultados de diferentes áreas geográficas, a la vez que se cuantifican todos los cambios de cobertura que se producen en las actividades preventivas por grupos etáreos.

De los 7.532 habitantes de la zona rural del municipio, los intervenidos por el EBS son aquellos que recibieron atención por los diferentes profesionales del equipo APS municipal de acuerdo al programa que les correspondía según la edad, mientras que los intervenidos solo por los promotores de salud fueron aquellos que se caracterizaron y canalizaron hacia los servicios de salud correspondientes por los auxiliares de salud pública del mismo equipo básico.

**Servicios de protección específica:** Con estos parámetros se representa una medida sinóptica de la proporción de personas canalizadas e incorporadas a las atenciones en servicios de salud en relación con la totalidad de la población beneficiaria por la estrategia Atención Primaria en Salud.

La población intervenida fue aquella visitada y atendida por diferentes profesionales del equipo básico de salud - EBS, mientras que los demás fueron intervenidos fueron visitados y atendidos solo por los promotores de salud.

**Tabla 2. Distribución porcentual de la población intervenida por el EBS y los intervenidos por promotores de salud, canalizada y atendida en servicios de protección específica de la estrategia APS. El Peñol, 2012-2014.**

<b>1. Salud Bucal: Toda la población rural 7.532.</b>						
Protección Específica	Intervenidos por el EBS n=1.591		Intervenidos solo por Promotor n=5.941		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Canalizados	923	58.0%	3.252	54.7%	4.175	55.4%
Atendidos	515	55.7%	1.417	43.5%	1.932	46.2%
<b>2. Vacunación: población rural &lt; 6 años</b>						
Protección Específica	Intervenidos por el EBS n=79		Intervenidos solo por Promotor n=329		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Canalizados	9	11.3%	28	8.5%	37	9.0%
Atendidos	6	66.6%	10	35.7%	16	43.2%
<b>3. Planificación Familiar: población rural &gt;=10;&lt;60 años</b>						
Protección Específica	Intervenidos por el EBS n=1.151		Intervenidos solo por Promotor n=4.260		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Canalizados	885	77%	3.354	79%	4.239	78.3%
Atendidos	319	36%	94	3%	413	9.7%

Del total de hombres canalizados a servicios de salud bucal fue atendido el 37.5% y del total de mujeres canalizadas fueron atendidas el 57.6%. Del total de hombres canalizados a servicios de vacunación es atendido el 38% y del total de mujeres son atendidas el 50%. El 0.5% de las personas que son atendidas en servicios de planificación familiar son hombres, el 99.5% son mujeres. Aproximadamente el 81% de las personas que recibieron atención son casadas o viven en unión libre, el 15% son solteros y el 3.4% son separadas.

**7.3.1. Cobertura por vereda:** En 12 de las 24 veredas se presenta un porcentaje de atención en servicios de salud bucal superior al 50%, destacando El Carmelo, Santa Ana y el Chilco, como veredas intervenidas por el EBS y con el porcentaje de atendidos en salud bucal superando el 75%. La cobertura en atención de planificación familiar es muy baja solo el 9.7% de los canalizados asistieron al servicio, no se evidencian diferencias entre las veredas intervenidas por el EBS con las atendidas solo por promotor de salud. El Carmelo, Despensas, La Meseta, La Chapa y Chiquinquirá son las veredas con 100% de efectividad de asistencia a servicios de vacunación, en las demás veredas donde hubo canalización no superó el 50% de efectividad. Es de anotar que los que no presentan canalización a servicios de vacunación, tenían el 100% cobertura en menores de 6 años, según base de datos de Atención Primaria en Salud. Tabla 3.

**Tabla 3. Distribución porcentual de la población canalizada y atendida en servicios de protección específica. Zona rural. Municipio de El Peñol. 2012-2014.**

**Cobertura en la zona rural de los programas de protección específica. Zona rural. El Peñol. 2012-2014.**

Veredas	Salud Bucal		Planificación Familiar		Vacunación	
	Canalizados	% de Atendidos	Canalizados	% de Atendidos	Canalizados	% de Atendidos
*El Carmelo	65	89%	100	10,00%	1	100%
*Santa Ana	106	76%	101	11,90%	2	50%
*El Chilco	163	75%	149	16,10%	0	0
La Magdalena	51	69%	57	8,80%	0	0
La Culebra	183	68%	182	15,40%	5	20%
La Héliida	91	62%	172	7,00%	0	0
La Cristalina	36	61%	53	7,50%	0	0
Guamito	178	60%	250	7,60%	2	0%
*Despensas	99	57%	104	9,60%	2	100%
La Meseta	169	55%	285	7,40%	3	100%
Primavera	179	50%	182	14,30%	2	50%
El Salto	216	50%	215	14,00%	1	0%
El Uvital	89	46%	85	7,10%	0	0
Concordia	136	44%	149	8,10%	5	20%
La Chapa	210	44%	249	8,40%	1	100%
Palmira	317	43%	260	9,20%	0	0
*Chiquinquirá	257	42%	220	8,20%	2	100%
Santa Inés	209	39%	187	11,20%	0	0
*Bonilla	233	39%	211	9,50%	2	0%
Horizontes	279	37%	236	8,10%	5	40%
Marial	215	36%	189	7,40%	0	0
Puente Hondita	169	31%	152	13,20%	0	0
El Morro	391	26%	354	8,80%	4	25%
Palestina	134	25%	97	6,20%	0	0
<b>Total</b>	<b>4.175</b>	<b>46%</b>	<b>4.239</b>	<b>9,70%</b>	<b>37</b>	<b>43%</b>

Nota: \* Veredas intervenidas por el EBS.

**7.3.2. Nivel de escolaridad:** como máximo nivel educativo se encontró la básica primaria el 51.2% de las personas que presentan mayor asistencia a servicios de salud bucal y 64.89% a servicios de planificación familiar, seguido de básica secundaria 23.30% en servicios de salud bucal y 19.37% en planificación familiar, la media técnica en tercer lugar con 6% en salud bucal y 10.41% en planificación familiar y en educación superior es muy similar en salud bucal 0.90% y en planificación familiar 0.96% y Tabla 4.

**Tabla 4. Distribución porcentual de la población atendida en servicios de protección específica, según nivel de escolaridad. Zona rural. Municipio de El Peñol.**

Nivel de escolaridad	Salud Bucal		Planificación Familiar	
	Atendidos	% de Atendidos	Atendidos	% de Atendidos
Preescolar	188	9,70%	11	2,66%
Básica Primaria	990	51,20%	268	64,89%
Básica Secundaria	451	23,30%	80	19,37%
Media Técnica	115	6,00%	43	10,41%
Nivel Superior	17	0,90%	4	0,96%
Educación no formal	2	0,10%	1	0,24%
Ninguno	7	0,40%	3	0,72%
No Aplica	108	5,60%	3	0,72%
<b>Total</b>	<b>1.932</b>	<b>100%</b>	<b>413</b>	<b>100%</b>

**7.3.3. Edad agrupada:** El 55.8% de las personas atendidas en salud bucal son menores de 20 años. Del total de personas que acuden al servicio de planificación familiar, el 80.5% están entre 20 y 44 años de edad y el 4.1% son personas entre 10 y 19 años. Tabla 5.

**Tabla 5. Distribución porcentual de la población atendida en servicios de protección específica, según grupo de edad. Zona rural. Municipio de El Peñol. 2012-2014.**

Grupo de Edad	Salud Bucal		Planificación Familiar		Vacunación	
	Atendidos	% de Atendidos	Atendidos	% de Atendidos	Canalizados	% de Atendidos
0-4	39	2,0%	0	0	14	88,0%
5-9	265	13,7%	0	0	2	12,0%
10-14	401	20,8%	3	0,7%	0	0
15-19	374	19,4%	14	3,4%	0	0
20-24	141	7,3%	59	14,3%	0	0
25-29	134	6,9%	73	17,7%	0	0
30-34	112	5,8%	80	19,4%	0	0
35-39	98	5,1%	64	15,5%	0	0
40-44	96	5,0%	56	13,6%	0	0
45-49	88	4,6%	40	9,7%	0	0
50-54	64	3,3%	21	5,1%	0	0
55-59	42	2,2%	3	0,7%	0	0
60-64	25	1,3%	0	0	0	0
65-69	18	0,9%	0	0	0	0
70-74	12	0,6%	0	0	0	0
75-79	12	0,6%	0	0	0	0
80-84	5	0,3%	0	0	0	0
85-89	6	0,3%	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>1.932</b>	<b>100%</b>	<b>413</b>	<b>100%</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>

**7.3.4.** Aplicando la medida de asociación “Razón de Prevalencia, los resultados revelaron la posible asociación entre ser intervenidos por el EBS y recibir atención por servicio salud bucal y planificación familiar. Tabla 6.

La posibilidad de que una persona que haya sido intervenida por el EBS y reciba atención por servicio odontológico es mayor 0.28 veces más que los que fueron intervenidos solo por el promotor de salud. Tabla 6.

**Tabla 6. Exploración de la posible asociación entre la prestación de servicios de protección específica en la población intervenida por EBS y población intervenida por promotores de salud. Zona rural. Municipio de El Peñol. 2014.**

<b>Servicios de protección específica</b>	<b>RP</b>	<b>IC 95%</b>	<b>Ji Cuadrado Valor-p</b>	<b>Posible Asociación</b>
Salud Bucal	1.28	1.19 - 1.37	0.0000	Sí
Vacunación	1.86	0,94 - 3.67	0.2136	No
Planificación Familiar	12.8	10.3 - 15.9	0.0000	Sí

**7.3.5. Servicios de detección temprana:** durante las visitas familiares tanto en la población intervenida por el EBS como en la intervenida solo por promotores, el 1% fue atendido en servicios de salud por detección temprana de enfermedad general. El 3% de los intervenidos por el EBS fue atendida en toma de agudeza visual y el 2% en intervenidos por promotor. El 16.6% de los intervenidos por el EBS fue atendida en servicio de mamografía y el 16.3% en intervenidos solo por promotor. El 64% de los intervenidos por el EBS fue atendida en detección temprana de cáncer de cuello uterino y el 83% en intervenidos solo por promotor. El 97.3% de los intervenidos por EBS fue atendida detección temprana alteraciones del embarazo y el 96.7% en intervenidos por promotor. El 55% de los intervenidos por el EBS fue atendida en servicios de crecimiento y desarrollo y el 48% en intervenidos solo por promotor. Tabla 7.

La población intervenida por el EBS fue aquella visitada y atendida por el equipo básico de salud, mientras que los demás fueron visitados y atendidos por los promotores de salud comunitarios.

**Tabla 7. Distribución porcentual de la población intervenida por el EBS y solo por los promotores de salud canalizada y atendida en servicios de detección temprana. Zona rural. El Peñol, 2012-2014.**

<b>1. Consulta detección temprana de enfermedad general: población rural 7.532.</b>						
Detección Temprana	Intervenidos por el EBS n=1.591		Intervenidos solo por promotor n=5.941		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Canalizados	316	20%	1.836	31%	2.152	29%
Atendidos	4	1%	18	1%	22	1%
<b>2. Toma de Agudeza visual: Toda la población rural 7.532.</b>						
Detección Temprana	Intervenidos por el EBS n=1.591		Intervenidos solo por promotor n=5.941		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Canalizados	1.091	69%	4.049	68%	5.140	68%
Atendidos	31	3%	93	2%	124	2%
<b>3. Mamografía: Mujeres &gt;=45 años. Zona rural.</b>						
Detección temprana Ca de Seno	Intervenidos por el EBS n=276		Intervenidos solo por promotor n=1.050		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Canalizadas	276	100%	1050	100%	1.326	100%
Atendidas	46	16.6%	172	16.3%	218	16.4%
<b>4. Citología: Mujeres &gt;=10. Zona rural.</b>						
Detección Temprana Ca de Cuello Uterino	Intervenidos por el EBS n=434		Intervenidos solo por promotor n=1.729		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Canalizados	333	77%	703	40%	1.036	48%
Atendidos	214	64%	657	93.0%	871	84%
<b>5. Control Prenatal: Gestantes. Zona rural.</b>						
Detección Temprana Alteraciones del Embarazo	Intervenidos por el EBS n=38		Intervenidos solo por promotor n=156		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Canalizadas	38	100%	156	6%	194	100%
Atendidas	37	97.3%	151	96.7%	188	96.9%
<b>6. Crecimiento y desarrollo: &lt;10 años. Zona rural.</b>						
Detección temprana	Intervenidos por el EBS n=181		Intervenidos solo por promotor n=774		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Canalizados	11	6%	61	8%	72	7%
Atendidos	6	55%	29	48%	35	49%

**7.3.6. Sexo:** Del total de hombres canalizados a servicios de consulta detección temprana de enfermedad general el 0.3% fueron atendidos y del total de mujeres fueron atendidas el 2%. Del total de hombres canalizados a servicios de toma de agudeza visual es atendido el 2.2% y del total de mujeres son atendidas el 2.7%. Del total de hombres canalizados a servicios de crecimiento y desarrollo es atendido el 48% al igual que las mujeres.

**7.3.7. Cobertura en veredas:** Según porcentaje de atendidos y canalizados entre los intervenidos por el EBS y los intervenidos solo por promotores, no hay grandes diferencias. Se evidencian en todas las veredas coberturas muy bajas en los servicios de detección temprana de enfermedad general y toma de agudeza visual.

Para el servicio de citología se evidencian coberturas importantes, siendo las veredas La Cristalina y La Héliida las únicas que están por debajo del 50% en atención. En control prenatal se evidencia buena cobertura y en crecimiento y desarrollo, la mitad de los casos canalizados son atendidos, teniendo La Palestina y Concordia un 100% de efectividad en la atención para este servicio. Tabla 8.

**Tabla 8. Distribución porcentual de la población canalizada y atendida en servicios de detección temprana, según vereda. Zona rural. Municipio de El Peñol. 2012-2014.**

Veredas	Detección Temprana Enfermedad General		Toma de Agudeza Visual		Mamografía		Citología		Control Prenatal		Crecimiento y Desarrollo	
	Canalizados	% de Atendidos	Canalizados	% de Atendidos	Canalizados	% de Atendidos	Canalizados	% de Atendidos	Canalizados	% de Atendidos	Canalizados	% de Atendidos
*Santa Ana	33	3,0%	137	5,1%	39	17,9%	59	49,0%	4	100%	0	N/A
Guamito	138	3,0%	376	2,4%	94	16,0%	55	82,0%	14	100%	7	14,0%
*El Chilco	106	3,0%	191	4,7%	45	8,9%	81	67,0%	11	100%	8	63,0%
Palestina	42	2,0%	165	2,4%	36	25,0%	5	100,0%	3	100%	1	100,0%
La Chapa	85	2,0%	287	3,1%	80	32,5%	58	64,0%	12	100%	4	25,0%
La Culebra	133	2,0%	245	4,1%	49	12,2%	82	76,0%	9	89%	4	75,0%
Puente Hondita	125	2,0%	178	1,1%	48	35,4%	40	68,0%	10	90%	2	50,0%
El Salto	79	1,0%	232	2,2%	59	13,6%	20	100,0%	9	100%	2	50,0%
Marial	185	1,0%	297	2,4%	79	16,5%	40	100,0%	13	100%	9	44,0%
Palmira	127	1,0%	332	1,2%	91	11,0%	61	93,0%	11	100%	2	0,0%
Primavera	153	1,0%	249	1,6%	44	9,1%	25	100,0%	7	100%	13	69,0%
La Meseta	164	1,0%	171	2,3%	98	11,2%	20	100,0%	16	100%	4	50,0%
*Bonilla	53	0,0%	268	2,2%	55	20,0%	68	62,0%	4	100%	2	50,0%
*Chiquinquirá	50	0,0%	317	2,8%	80	8,8%	34	100,0%	6	100%	0	N/A
Concordia	47	0,0%	139	4,3%	38	5,3%	22	100,0%	10	100%	1	100,0%
*Despensas	33	0,0%	109	0,0%	32	40,6%	55	58,0%	8	88%	0	N/A
*El Carmelo	41	0,0%	69	0,0%	25	16,0%	36	50,0%	5	100%	1	0,0%
El Morro	113	0,0%	506	1,2%	90	4,4%	96	67,0%	14	100%	1	0,0%
El Uvital	35	0,0%	126	1,6%	28	32,1%	12	100,0%	1	100%	0	N/A
Horizontes	75	0,0%	277	2,5%	75	25,3%	69	62,0%	8	88%	0	N/A
La Cristalina	40	0,0%	65	3,1%	19	15,8%	15	33,0%	1	100%	3	0,0%
La Héliida	98	0,0%	118	4,2%	52	21,2%	62	32,0%	8	75%	2	50,0%
La Magdalena	41	0,0%	52	3,8%	22	18,2%	9	100,0%	2	100%	0	N/A
Santa Inés	156	0,0%	234	2,1%	48	2,1%	11	100,0%	8	100%	6	67,0%
<b>Total</b>	<b>2152</b>	<b>1,0%</b>	<b>5.140</b>	<b>2,4%</b>	<b>1.326</b>	<b>16,4%</b>	<b>1.036</b>	<b>84,0%</b>	<b>194</b>	<b>97%</b>	<b>72</b>	<b>49,0%</b>

Nota: \* Veredas intervenidas por el Equipo Básico de Salud – EBS.

**7.3.8. Edad agrupada:** Las personas que más acuden al servicio de detección temprana de enfermedad general están entre 45 y 59 años de edad y al servicio de toma de agudeza visual están entre 5-19 y 45-49 años de edad. Solo el 16% de mujeres mayores de 45 años de edad acuden al servicio de Mamografía. Del total de mujeres atendidas en servicio de detección temprana de cáncer de cuello uterino el 1.3% son menores de 20 años, el 37.2% menores de 40 años, el 83.8% menores de 60 años. El 97% de las gestantes canalizadas a control prenatal fueron atendidas, según registro de la ESE Hospital. Las gestantes de 15-19 años están distribuidas en 15 de las 24 veredas. En las veredas intervenidas por el EBS se presentaron 5 casos en este grupo de edad, dos casos catalogados como de alto riesgo por estar en el grupo de 45-49 se encontraron en Chiquinquirá y en La Héliida. El 83% de los atendidos en crecimiento y desarrollo eran mayores de 5 años. Tabla 9.

**Tabla 9. Distribución porcentual de la población canalizada y atendida en servicios de detección temprana, según grupo de edad. Zona rural. Municipio de El Peñol.**

**Grupos de edad de las personas atendidas en los programas de detección temprana. Zona rural. El Peñol, 2012-2014.**

Grupo de Edad	Detección Temprana de Enfermedad General		Toma de Agudeza Visual		Mamografía		Citología		Control Prenatal		Crecimiento y Desarrollo	
	Atendidos	% de Atendidos	Atendidos	% de Atendidos	Canalizados	% de Atendidos	Atendidos	% de Atendidos	Atendidos	% de Atendidos	Atendidos	% de Atendidos
	0-4	2	9,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	6
5-9	2	9,1%	26	21,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	22	62,9%
10-14	0	0,0%	46	37,1%	0	0,0%	4	0,5%	0	0,0%	7	20,0%
15-19	1	4,5%	35	28,2%	0	0,0%	7	0,8%	23	12,0%	0	0,0%
20-24	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	47	5,4%	59	30,0%	0	0,0%
25-29	2	9,1%	0	0,0%	0	0,0%	83	9,5%	39	20,0%	0	0,0%
30-34	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	100	11,5%	39	15,0%	0	0,0%
35-39	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	83	9,5%	23	12,0%	0	0,0%
40-44	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	94	10,8%	9	5,0%	0	0,0%
45-49	3	13,6%	14	11,3%	22	10,1%	105	12,1%	2	1,0%	0	0,0%
50-54	6	27,3%	1	0,8%	44	20,2%	109	12,5%	0	0,0%	0	0,0%
55-59	4	18,2%	1	0,8%	41	18,8%	98	11,3%	0	0,0%	0	0,0%
60-64	1	4,5%	1	0,8%	35	16,1%	64	7,3%	0	0,0%	0	0,0%
65-69	0	0,0%	0	0,0%	27	12,4%	45	5,2%	0	0,0%	0	0,0%
70-74	1	4,5%	0	0,0%	20	9,2%	22	2,5%	0	0,0%	0	0,0%
75-79	0	0,0%	0	0,0%	14	6,4%	6	0,7%	0	0,0%	0	0,0%
80-84	0	0,0%	0	0,0%	9	4,1%	2	0,2%	0	0,0%	0	0,0%
85-89	0	0,0%	0	0,0%	6	2,8%	2	0,2%	0	0,0%	0	0,0%
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>	<b>124</b>	<b>100%</b>	<b>218</b>	<b>100%</b>	<b>871</b>	<b>100,0%</b>	<b>194</b>	<b>100%</b>	<b>35</b>	<b>100,0%</b>

**7.3.9. Nivel de escolaridad:** En promedio el 82.2% de las personas que presentan mayor asistencia a servicios por consulta detección temprana en los diferentes servicios están en los niveles más bajo de escolaridad; ninguno, preescolar, básica primaria y básica secundaria. Tabla 10.

**Tabla 10. Distribución porcentual de la población canalizada y atendida en servicios de detección temprana, según nivel de escolaridad. Zona rural. Municipio de El Peñol.**

Nivel de escolaridad de las personas atendidas en los programas de detección temprana. Zona rural. El Peñol, 2012-2014.

Nivel de escolaridad	Detección Temprana de Enfermedad General		Toma de Agudeza Visual		Mamografía		Citología		Control Prenatal	
	Atendidos	% de Atendidos	Atendidos	% de Atendidos	Canalizados	% de Atendidos	Atendidos	% de Atendidos	Atendidos	% de Atendidos
Preescolar	3	13,6%	19	15,3%	23	10,6%	38	4,4%	3	1,5%
Básica Primaria	13	59,1%	55	44,4%	126	57,8%	609	69,9%	87	44,8%
Básica Secundaria	1	4,5%	31	25,0%	23	10,6%	93	10,7%	58	29,9%
Media Técnica	0	0,0%	5	4,0%	19	8,7%	56	6,4%	36	18,6%
Nivel Superior	0	0,0%	0	0,0%	11	5,0%	6	0,7%	2	1,0%
Educación no formal	0	0,0%	0	0,0%	16	7,3%	1	0,1%	2	1,0%
Ninguno	3	13,6%	5	4,0%	0	0,0%	58	6,7%	4	2,1%
No Aplica	2	9,1%	9	7,3%	0	0,0%	10	1,1%	2	1,0%
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0%</b>	<b>124</b>	<b>100,0%</b>	<b>218</b>	<b>100,0%</b>	<b>871</b>	<b>100,0%</b>	<b>194</b>	<b>100,0%</b>

**7.3.10. Estado civil:** En promedio el 56.3% de las personas atendidas en servicios de detección temprana son casadas o viven en unión libre. Aproximadamente, el 25% son solteras. Son casadas o viven en unión libre aproximadamente el 69.8% de las mujeres que reciben el servicio de mamografía y el 75% que recibieron atención por citología. El 28% de gestantes que recibieron atención por control prenatal son mujeres solteras, separadas o viudas. Tabla 11.

Solo el 43% de las mujeres que están en control prenatal reciben atención por salud bucal.

**Tabla 11. Distribución porcentual de la población canalizada y atendida en servicios de detección temprana, según estado civil. Zona rural. Municipio de El Peñol.**

<b>Estado civil de las personas atendidas en los programas de detección temprana. Zona rural. El Peñol, 2012-2014.</b>										
<b>Estado civil</b>	<b>Detección Temprana de Enfermedad General</b>		<b>Toma de Agudeza Visual</b>		<b>Mamografía</b>		<b>Citología</b>		<b>Control Prenatal</b>	
	<b>Atendidos</b>	<b>% de Atendidos</b>	<b>Atendidos</b>	<b>% de Atendidos</b>	<b>Canalizados</b>	<b>% de Atendidos</b>	<b>Atendidos</b>	<b>% de Atendidos</b>	<b>Atendidos</b>	<b>% de Atendidos</b>
	Soltera	3	13,6%	75	60,5%	21	9,6%	135	15,5%	49
Casada	11	50,0%	14	11,3%	132	60,6%	535	61,4%	74	38,1%
Unión Libre	1	4,5%	0	0,0%	20	9,2%	111	12,7%	67	34,5%
Separada	0	0,0%	1	0,8%	14	6,4%	34	3,9%	3	1,5%
Viuda	3	13,6%	0	0,0%	31	14,2%	51	5,9%	1	0,5%
Divorciada	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,1%	0	0,0%
No Aplica	4	18,2%	34	27,4%	0	0,0%	4	0,5%	0	0,0%
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0%</b>	<b>124</b>	<b>100,0%</b>	<b>218</b>	<b>100,0%</b>	<b>871</b>	<b>100,0%</b>	<b>194</b>	<b>100,0%</b>

**7.3.11. Ocupación:** Alrededor del 59% de las que personas que presentan mayor asistencia a servicios por consulta detección temprana de enfermedad general son trabajadoras familiares sin remuneración o desempleados. Alrededor del 66.9% de las que personas que presentan mayor asistencia a servicios por toma de agudeza visual del No Aplica son estudiantes, el 20% son trabajadoras familiares sin remuneración o desempleados. Alrededor del 78% de las que mujeres que presentan mayor asistencia a servicios por mamografía son trabajadoras familiares sin remuneración o desempleadas. Alrededor del 83.6% de las mujeres son trabajadoras familiares sin remuneración y desempleadas. Alrededor del 80% de las gestantes son trabajadoras familiares sin remuneración o desempleadas. Tabla 12.

**Tabla 12. Distribución porcentual de la población canalizada y atendida en servicios de detección temprana, según ocupación. Zona rural. Municipio de El Peñol.**

**Ocupación de las personas atendidas en los programas de detección temprana. Zona rural. El Peñol, 2012-2014**

Ocupación	Detección Temprana de Enfermedad General		Toma de Agudeza Visual		Mamografía		Citología		Control Prenatal	
	Atendidos	% de Atendidos	Atendidos	% de Atendidos	Atendidos	% de Atendidos	Atendidos	% de Atendidos	Gestantes Atendidas	% de Atendidos
Trabajador familiar sin remuneración.	11	50,0%	19	15,3%	152	69,7%	681	78,2%	138	71,1%
Obrero, empleado particular	1	4,5%	7	5,6%	17	7,8%	47	5,4%	9	4,6%
Obrero, empleado del gobierno	1	4,5%	0	0,0%	2	0,9%	9	1,0%	1	0,5%
Empleado doméstico	1	4,5%	1	0,8%	0	0,0%	14	1,6%	4	2,1%
Trabajador por cuenta propia	1	4,5%	7	5,6%	12	2,3%	42	4,8%	6	3,1%
Trabajador comunitario sin remuneración	0	0,0%	0	0,0%	1	0,5%	10	1,1%	2	1,0%
Patrono o empleador	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,1%	0	0,0%
Desempleado	2	9,1%	6	4,8%	18	8,3%	47	5,4%	19	9,8%
Jubilado	0	0,0%	1	0,8%	11	5,0%	3	0,3%	0	0,0%
No Aplica	5	22,7%	83	66,9%	5	2,3%	17	2,0%	15	7,7%
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0%</b>	<b>124</b>	<b>100,0%</b>	<b>218</b>	<b>100,0%</b>	<b>871</b>	<b>100,0%</b>	<b>194</b>	<b>100,0%</b>

El porcentaje total de “No Aplica” hace referencia a personas que fueron atendidos en servicios de salud por los diferentes eventos, pero que están por fuera del rango de edad para la variable ocupación.

**7.3.12. Aplicando la medida de asociación:** Razón de Prevalencia, los resultados revelaron la posible asociación entre ser intervenidos por el EBS y recibir atención por servicio citología. Tabla 13.

La posibilidad de que una persona que haya sido intervenida por el EBS y reciba atención por servicio citología es mayor 0.34 veces que los que fueron intervenidos solo por el promotor de salud. Tabla 13.

**Tabla 13. Exploración de la posible asociación entre la prestación de servicios de detección temprana en la población intervenida por el EBS y los intervenidos solo por promotor. Zona rural. Municipio de El Peñol. 2012-2014.**

<b>Servicios de detección temprana</b>	<b>RP</b>	<b>IC 95%</b>	<b>Valor-p</b>	<b>Posible Asociación</b>
Enfermedad General	1.29	0,43 - 3,78	0,8704	No
Salud Visual	1.23	0.82 - 1.84	0.3527	No
Mamografía	1.01	0.75 - 1.36	0.9819	No
Citología	0.34	0.29 - 0.39	0.0000	Sí
Control Prenatal	1.18	0.19 - 7.23	0.7344	No
Crecimiento y Desarrollo	1.26	0.42 - 3.78	0.9202	No

**7.3.13. Eventos de interés en salud pública:** La población canalizada y atendida por la estrategia APS para los eventos de interés en salud pública se realizó a través de la visita casa a casa y atención en los servicios de salud intramurales de promoción y prevención, consulta externa, hospitalización y urgencias.

Durante las visitas familiares en la población se encontraron 333 personas con signos de desnutrición, las cuales fueron canalizadas, pero fueron atendidas en los servicios de salud, solo 2, el 0.9%. Solo acudieron al servicio de salud, el 3% de los que presentaban signos de sobrepeso. De los que presentaron diabetes, el 64%. De los que presentaron hipertensión, 71% de. De los que presentaron IRA, el 32% y de los que presentaron EDA, el 45%. Tabla 14.

**Tabla 14. Población intervenida por el EBS y los intervenidos solo por promotor de salud canalizada y atendida en servicios de salud según eventos de interés en salud pública. Zona rural. El Peñol, 2012-2014.**

<b>1. Sig. de Desnutrición: Toda la población del área rural. 7.532.</b>						
Enfermedades de interés en salud pública	Intervenidos por el EBS n=1.591		Intervenidos solo por promotor n=5.941		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Canalizados	60	4%	273	5%	333	4%
Atendidos	2	3%	1	0.3%	3	0.9%
<b>2. Sig. de Sobrepeso: Toda la población del área rural. 7.532.</b>						
Enfermedades de interés en salud pública	Intervenidos por el EBS n=1.591		Intervenidos solo por promotor n=5.941		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Canalizados	134	8%	594	10%	728	10%
Atendidos	12	9%	12	2%	24	3%
<b>3. Diabetes: Toda la población del área rural. 7.532.</b>						
Enfermedades de interés en salud pública	Intervenidos por el EBS n=1.591		Intervenidos solo por promotor n=5.941		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Canalizados	9	0.5%	30	0.5%	39	0.5%
Atendidos	8	89%	17	57%	25	64%
<b>4. Hipertensión: Toda la población del área rural. 7.532.</b>						
Enfermedades de interés en salud pública	Intervenidos por el EBS n=1.591		Intervenidos solo por promotor n=5.941		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Canalizados	119	7%	531	6%	650	9%
Atendidos	95	80%	364	69%	459	71%
<b>5. Infección Respiratoria Aguda: población rural &lt;=6;&gt;=60 años</b>						
Enfermedades de interés en salud pública	Intervenidos por el EBS n=373		Intervenidos solo por promotor n=1.387		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Canalizados	116	31%	210	15%	326	19%
Atendidos	20	17%	84	40%	104	32%
<b>6. Enfermedad Diarreica Aguda: población rural &lt;=6;&gt;=60 años</b>						
Enfermedades de interés en salud pública	Intervenidos por el EBS n=373		Intervenidos solo por promotor n=1.387		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Canalizados	69	18%	118	9%	187	11%
Atendidos	19	28%	66	56%	85	45%

**7.3.14. Cobertura en veredas:** se evidencia una leve diferencia entre las veredas intervención por el EBS frente a las intervenidas solo por promotores al recibir atención en los servicios de salud por signos de desnutrición, diabetes e hipertensión. En 8 veredas no se reporta canalizaciones a control de diabetes. El evento con mayor porcentaje de atención fue el control de hipertensión con un 71%. Tabla 15.

**Tabla 15. Distribución porcentual de la población canalizada y atendida en servicios de salud, según eventos de interés en salud pública. Zona rural. Municipio de El Peñol. 2012-2014.**

<b>Cobertura de atención a eventos de vigilancia en salud pública. Zona rural. El Peñol, 2012-2014.</b>												
Veredas	Sig. de Desnutrición		Sig. de Sobrepeso		Diabetes		Hipertensión		Infección Respiratoria Aguda		Enfermedad Diarreica Aguda	
	Canalizados	% de Atendidos	Canalizados	% de Atendidos	Canalizados	% de Atendidos	Canalizados	% de Atendidos	Canalizados	% de Atendidos	Canalizados	% de Atendidos
*Santa Ana	4	0,0%	6	0,0%	0	0,0%	19	73,7%	8	100,0%	8	25,0%
Guamito	9	0,0%	101	0,0%	1	0,0%	53	67,9%	21	19,0%	11	45,5%
*El Chilco	8	0,0%	17	5,9%	6	100,0%	26	100,0%	37	10,8%	23	21,7%
Palestina	0	0,0%	5	0,0%	3	33,3%	14	28,6%	1	100,0%	0	0,0%
La Chapa	9	0,0%	22	4,5%	4	25,0%	26	69,2%	19	31,6%	8	50,0%
La Culebra	20	0,0%	26	3,8%	2	50,0%	21	90,5%	13	30,8%	10	30,0%
Puente Hondita	0	0,0%	7	0,0%	2	50,0%	23	82,6%	3	100,0%	2	100,0%
El salto	12	0,0%	13	7,7%	3	66,7%	24	75,0%	7	71,4%	5	60,0%
Marial	18	0,0%	35	0,0%	3	100,0%	47	78,7%	6	100,0%	7	100,0%
Palmira	31	0,0%	49	0,0%	1	100,0%	70	61,4%	25	32,0%	7	28,6%
Primavera	18	0,0%	29	0,0%	0	0,0%	22	81,8%	21	19,0%	11	100,0%
La Meseta	71	0,0%	29	6,9%	5	80,0%	43	74,4%	13	69,2%	11	45,5%
*Bonilla	7	14,3%	17	23,5%	1	100,0%	14	71,4%	7	57,1%	7	71,4%
*Chiquinquirá	19	5,3%	49	8,2%	2	50,0%	17	70,6%	37	8,1%	21	9,5%
Concordia	3	0,0%	19	0,0%	0	0,0%	11	63,6%	7	14,3%	10	20,0%
*Despensas	10	0,0%	35	5,7%	0	0,0%	29	82,8%	25	4,0%	7	42,9%
*El Carmelo	12	0,0%	10	10,0%	0	0,0%	14	64,3%	2	0,0%	3	66,7%
El Morro	27	0,0%	125	4,0%	1	0,0%	34	50,0%	10	70,0%	12	41,7%
El Uvital	6	0,0%	27	0,0%	0	0,0%	10	80,0%	1	100,0%	1	100,0%
Horizontes	9	0,0%	17	11,8%	1	100,0%	30	73,3%	4	100,0%	2	100,0%
La Cristalina	2	0,0%	11	0,0%	1	0,0%	12	66,7%	9	11,1%	4	0,0%
La Héliida	7	0,0%	19	0,0%	0	0,0%	44	52,3%	22	31,8%	6	50,0%
La Magdalena	17	0,0%	32	0,0%	0	0,0%	24	62,5%	25	16,0%	10	0,0%
Santa Inés	14	0,0%	28	0,0%	3	66,7%	23	87,0%	3	100,0%	1	100,0%
<b>Total</b>	<b>333</b>	<b>0,6%</b>	<b>728</b>	<b>3,3%</b>	<b>39</b>	<b>64,1%</b>	<b>650</b>	<b>71,0%</b>	<b>326</b>	<b>31,9%</b>	<b>187</b>	<b>45,5%</b>

Nota: \* Veredas intervenidas por el EBS.

**7.3.15. Edad agrupada:** Las personas que más acuden al servicio de salud por desnutrición estaban entre 5-9 y 15-19 años de edad. Las personas que más acuden al servicio de salud por sobrepeso estaban entre 40-49 y 55-64 años de edad. Las personas que más acuden al servicio de salud por diabetes estaban entre 50-59 y 65-69 años de edad. Las personas que más acuden al servicio de salud por hipertensión eran mayores de 55 años de edad. Las personas que más acuden al servicio de salud por IRA estaban entre 0-4 y mayores de 65-69 años de edad y por EDA estaban entre 0-4, 60-64 y 70-74 años de edad. Tabla 16.

Tabla 16. Distribución porcentual de la población canalizada y atendida en servicios de salud, según eventos de interés en salud pública, según grupo de edad. Zona rural. Municipio de El Peñol. 2012-2014.

Grupos de Edad de las personas atendidas por eventos de interés en salud pública. Zona rural. El Peñol, 2012-2014.												
Grupo de Edad	Sig. de Desnutrición		Sig. de Sobrepeso		Diabetes		Hipertensión		IRA		EDA	
	Atendidos	% de Atendidos	Atendidos	% de Atendidos	Canalizados	% de Atendidos	Atendidos	% de Atendidos	Atendidos	% de Atendidos	Atendidos	% de Atendidos
0-4	0	0,0%	1	4,0%	0	0,0%	0	0,0%	45	43,3%	41	48,2%
5-9	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	12	11,5%	16	18,8%
10-14	0	0,0%	1	4,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
15-19	1	50,0%	1	4,0%	1	4,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
20-24	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	0,7%	0	0,0%	0	0,0%
25-29	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
30-34	0	0,0%	2	8,0%	1	4,0%	6	1,3%	0	0,0%	0	0,0%
35-39	0	0,0%	2	8,0%	0	0,0%	11	2,4%	0	0,0%	0	0,0%
40-44	0	0,0%	4	17,0%	0	0,0%	11	2,4%	0	0,0%	0	0,0%
45-49	0	0,0%	4	17,0%	2	8,0%	26	5,7%	0	0,0%	0	0,0%
50-54	0	0,0%	1	4,0%	5	20,0%	35	7,6%	0	0,0%	0	0,0%
55-59	0	0,0%	3	13,0%	3	12,0%	69	15,0%	0	0,0%	0	0,0%
60-64	0	0,0%	4	17,0%	2	8,0%	56	12,2%	9	8,7%	7	8,2%
65-69	0	0,0%	1	4,0%	7	28,0%	62	13,5%	11	10,6%	4	4,7%
70-74	0	0,0%	0	0,0%	1	4,0%	63	13,7%	5	4,8%	7	8,2%
75-79	0	0,0%	0	0,0%	2	8,0%	40	8,7%	7	6,7%	4	4,7%
80-84	0	0,0%	0	0,0%	1	4,0%	47	10,2%	9	8,7%	2	2,4%
85 y más	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	30	6,5%	6	5,8%	4	4,7%
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100,0%</b>	<b>24</b>	<b>100,0%</b>	<b>25</b>	<b>100,0%</b>	<b>459</b>	<b>100,0%</b>	<b>104</b>	<b>100,0%</b>	<b>85</b>	<b>100,0%</b>

**7.3.16. Nivel de escolaridad:** En promedio, el 50% de las personas que presentan mayor asistencia a servicios de salud, por los diferentes eventos de interés en salud pública, alcanzaron el nivel escolar de básica primaria, seguido de un 12.3% de ningún nivel educativo, como el más bajo. Tabla 17.

**Tabla 17. Distribución porcentual de la población canalizada y atendida por eventos de interés en salud pública, según escolaridad. Zona rural. El Peñol, 2012-2014.**

<b>Nivel educativo de las personas atendidas por eventos de vigilancia en salud pública. Zona rural. El Peñol, 2012-2014.</b>												
<b>Nivel Educativo</b>	<b>Sig. de Desnutrición</b>		<b>Sig. de Sobrepeso</b>		<b>Diabetes</b>		<b>Hipertensión</b>		<b>IRA</b>		<b>EDA</b>	
	<b>Atendidos</b>	<b>% de Atendidos</b>	<b>Atendidos</b>	<b>% de Atendidos</b>	<b>Canalizados</b>	<b>% de Atendidos</b>	<b>Atendidos</b>	<b>% de Atendidos</b>	<b>Atendidos</b>	<b>% de Atendidos</b>	<b>Atendidos</b>	<b>% de Atendidos</b>
Preescolar	0	0,0%	0	0,0%	2	8,0%	47	10,2%	6	5,8%	4	4,7%
Básica Primaria	1	50,0%	18	75,0%	17	68,0%	288	62,7%	26	25,0%	18	21,2%
Básica Secundaria	1	50,0%	2	8,3%	2	8,0%	14	3,1%	0	0,0%	0	0,0%
Media Técnica	0	0,0%	1	4,2%	0	0,0%	6	1,3%	0	0,0%	0	0,0%
Nivel Superior	0	0,0%	1	4,2%	0	0,0%	2	0,4%	1	1,0%	2	2,4%
Educación no formal	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Ninguno	0	0,0%	1	4,2%	4	16,0%	92	20,0%	19	18,3%	13	15,3%
No Aplica	0	0,0%	1	4,2%	0	0,0%	10	2,2%	52	50,0%	48	56,5%
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100,0%</b>	<b>24</b>	<b>100,0%</b>	<b>25</b>	<b>100,0%</b>	<b>459</b>	<b>100,0%</b>	<b>104</b>	<b>100,0%</b>	<b>85</b>	<b>100,0%</b>

El porcentaje total de “No Aplica” hace referencia a personas que fueron atendidos en servicios de salud por los diferentes eventos, pero que están por fuera del rango de edad para la variable, nivel educativo.

**7.3.17. Estado civil:** En promedio, el 38% de las personas atendidas en servicios de salud, por atención a eventos de interés en salud pública, son casadas, el 17% solteras y el 11% viudas. Tabla 18.

**Tabla 18. Distribución porcentual de la población canalizada y atendida por eventos de interés en salud pública, según estado civil. Zona rural. Municipio de El Peñol. 2012-2015.**

**Estado civil de las personas atendidas por eventos de interés en salud pública.  
Zona rural. El Peñol, 2012-2014.**

Estado Civil	Sig. de Desnutrición		Sig. de Sobrepeso		Diabetes	Hipertensión		IRA		EDA		
	Atendidos	% de Atendidos	Atendidos	% de Atendidos	Canalizados	Atendidos	% de Atendidos	Atendidos	% de Atendidos	Atendidos	% de Atendidos	
Soltera	1	50,0%	5	20,8%	3	12,0%	56	12,2%	7	6,7%	1	1,2%
Casada	0	0,0%	16	66,7%	14	56,0%	283	61,7%	27	26,0%	16	18,8%
Unión Libre	0	0,0%	0	0,0%	1	4,0%	20	4,4%	1	1,0%	0	0,0%
Separada	0	0,0%	0	0,0%	1	4,0%	17	3,7%	1	1,0%	2	2,4%
Viuda	0	0,0%	2	8,3%	5	20,0%	81	17,6%	10	9,6%	9	10,6%
Divorciada	0	0,0%	0	0,0%	1	4,0%	1	0,2%	0	0,0%	0	0,0%
No Aplica	1	50,0%	1	4,2%	0	0,0%	1	0,2%	58	55,8%	57	67,1%
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100,0%</b>	<b>24</b>	<b>100,0%</b>	<b>25</b>	<b>100,0%</b>	<b>459</b>	<b>100,0%</b>	<b>104</b>	<b>100,0%</b>	<b>85</b>	<b>100,0%</b>

El porcentaje total de “No Aplica” hace referencia a personas que fueron atendidos en servicios de salud por los diferentes eventos, pero que están por fuera del rango de edad para la variable, estado civil.

**7.3.18. Ocupación:** Alrededor del 33% de las que personas que presentan mayor asistencia a servicios de salud por eventos de interés en salud pública son trabajadores familiares sin remuneración. Las personas que asistieron por signos de desnutrición no estaban en edad laboral. El mayor porcentaje de personas atendidas por signos de sobrepeso, diabetes, hipertensión e infección respiratoria aguda eran trabajadores familiares sin remuneración, seguido de trabajadores por cuenta propia. Para infección respiratoria aguda el mayor porcentaje estaba entre trabajador familiar sin remuneración y desempleados. Tabla 19.

**Tabla 19. Distribución porcentual de la población canalizada y atendida por eventos de interés en salud pública, según ocupación. Zona rural. El Peñol, 2012-2014.**

Ocupación	Sig. de Desnutrición		Sig. de Sobrepeso		Diabetes	Hipertensión		IRA		EDA		
	Atendidos	% de Atendidos	Atendidos	% de Atendidos	Canalizados	Atendidos	% de Atendidos	Atendidos	% de Atendidos	Atendidos	% de Atendidos	
	Trabajador familiar sin remuneración.	0	0,0%	14	58,3%	12	48,0%	263	57,3%	22	21,2%	15
Obrero, empleado particular	0	0,0%	2	8,3%	3	12,0%	30	6,5%	3	2,9%	6	6,1%
Obrero, empleado del gobierno	0	0,0%	1	4,2%	0	0,0%	3	0,7%	0	0,0%	0	0,0%
Empleado doméstico	0	0,0%	1	4,2%	1	4,0%	7	1,5%	0	0,0%	0	0,0%
Trabajador por cuenta propia	0	0,0%	4	16,7%	4	16,0%	72	15,7%	10	9,6%	4	4,1%
Trabajador comunitario sin remuneración	0	0,0%	0	0,0%	1	4,0%	2	0,4%	1	1,0%	0	0,0%
Jornalero	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%		0,0%		
Patrono o empleador	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	7	7,1%
Desempleado	0	0,0%	0	0,0%	1	4,0%	36	7,8%	0	0,0%	8	8,2%
Jubilado	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	14	3,1%	7	6,7%	0	0,0%
No Aplica	2	100,0%	2	8,3%	3	12,0%	32	7,0%	61	58,7%	58	59,2%
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100,0%</b>	<b>24</b>	<b>100,0%</b>	<b>25</b>	<b>100,0%</b>	<b>459</b>	<b>100,0%</b>	<b>104</b>	<b>100,0%</b>	<b>98</b>	<b>100,0%</b>

El porcentaje total de “No Aplica” hace referencia a personas que fueron atendidos en servicios de salud por los diferentes eventos, pero que están por fuera del rango de edad para la variable ocupación.

**7.3.19. Aplicando la medida de asociación:** Razón de Prevalencia, los resultados revelaron la posible asociación entre ser intervenidos por el EBS y recibir atención en servicios por: signos de sobrepeso, hipertensión, infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda. Tabla 20.

La posibilidad de que una persona que haya sido intervenida por el EBS y reciba atención para control de hipertensión es mayor 0.16 veces más que los que fueron intervenidos solo por el promotor de salud. Tabla 13

**Tabla 20. Exploración de la posible asociación entre la prestación de servicios de salud según eventos de interés en salud pública en la población intervenida por el EBS y los intervenidos solo por los promotores de salud. Zona rural. El Peñol, 2012- 2014.**

<b>Eventos de interés en salud pública</b>	<b>RP</b>	<b>IC 95%</b>	<b>Valor-p</b>	<b>Posible Asociación</b>
Signos de desnutrición	9.10	0.83 - 98.7	0.1477	No
Signos de sobrepeso	4.43	2.03 - 9.64	0,0001	Sí
Diabetes	1.56	1.06 - 2.31	0.1703	No
Hipertensión	1.16	1.04 - 1.29	0.0198	Sí
IRA	0.43	0.27 - 0.66	0.0000	Sí
EDA	0.74	0.32 - 0.74	0.0003	Sí

## 8. Discusión

Algunas experiencias desarrolladas al interior de sistemas de salud con estructuras y funciones orientadas hacia los valores de la atención primaria en salud en el mundo, presentan importantes resultados en términos de salud y eficiencia. Por tanto, en la Declaración de Montevideo (65) se hace explícita la necesidad de definir criterios de evaluación y monitoreo para fortalecer la implementación de las iniciativas de APS.

La implementación de la estrategia APS canadiense resultó pertinente para evaluar su renovación en los diversos contextos de la Región, y a las notables diferencias entre los sistemas de salud (66). El eje de la renovación de la APS en Canadá fue mejorar el acceso oportuno a la atención sanitaria, ampliar la gama de profesionales de la APS a fin de mejorar la atención preventiva, el control de las enfermedades crónicas (50) y perfeccionar la coordinación entre los diferentes niveles de atención (67).

En los países donde la APS es la estrategia organizadora del sistema de salud como: Costa Rica donde se han logrado importantes avances en materia de salud; Cuba ha logrado importantes avances en salud con recursos limitados mediante la APS fortaleciendo el nivel primario con un énfasis mayor en la promoción de la salud, ofreciendo mejor acceso (68,69); el gobierno de Chile, reglamenta firmemente el sistema de salud ofreciendo mejor acceso y protección para la atención en salud; Bolivia con énfasis en la atención binomio madre-niño con fuerte participación comunitaria y seguro social básico y, Brasil que se destaca por el programa de salud de la familia (68,69).

Los resultados obtenidos en este estudio fueron analizados de acuerdo con uno de los principales desafíos del sistema de salud, el acceso a servicios de salud.

Los resultados del análisis sociodemográfico del estudio son consistentes con publicación realizada por el DNP, 2010, donde explican las condiciones de vida de las poblaciones rurales, resaltando que no tienen el capital para desarrollar mejores prácticas de producción, mantienen un nivel de educación básico, no tienen acceso a los servicios de salud, la pobreza y la pobreza extrema en las zonas rurales 46,1% y 22,1%, respectivamente, sobrepasan ampliamente sus niveles en el contexto urbano (30,3% y 7%).

Este estudio reveló que en promedio la demanda canalizada a los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad fue de 3 por cada habitante, pero la efectividad en la atención fue del 22%, en territorios intervenidos por el EBS fue del 30% y en territorios intervenidos solo por promotores fue del 20%. Estos resultados son consistentes con estudios realizados en la ciudad de Manizales 2.001-2.002 (70) y en la ciudad de Cali en 2.000 (71) donde el análisis de facturación de las IPS de la Secretaria de Salud Pública Municipal reveló que solo el 24.2% correspondía a actividades relacionadas con promoción de la salud y prevención de la enfermedad y en la ciudad de Bucaramanga (72), los servicios relacionados especialmente con promoción y prevención revelan la baja utilización.

La metodología utilizada para la implementación de la estrategia Atención Primaria en Salud en el municipio de El Peñol, es consistente con los pasos que se siguieron para la operativización de la estrategia en la ciudad de Bogotá (73), donde uno de sus objetivos era mejorar el acceso a los servicios de salud y disminuir las inequidades en los resultados en salud de la población objeto de la intervención.

La Alcaldía mayor de Bogotá, Secretaria de Salud, implemento la estrategia Salud a su Hogar” entre finales de 2004 y 2005, logró; aumentar coberturas en citología (74), resultados consistentes con este estudio en cuanto al logro de mejorar el

acceso a los servicios de salud para detección temprana de cáncer de cuello uterino en un 84% a través de atención primaria.

En estudio realizado en una zona urbana marginal de la ciudad de Cali en el marco de la estrategia atención primaria en salud en 2015 (75), los resultados revelaron que del 75% de los niños y niñas menores de un año que tenían carne de vacunación, solo el 50% asistió a controles de crecimiento y desarrollo. En el grupo de hombres y mujeres de 10 a 52 años se encontró que 64,9% de los hombres y 34,6% de mujeres no realizan planificación familiar y del total de las veintitrés embarazadas reportadas en el sector, se realizaron revisión odontológica solo el 38%. Resultados de acceso a servicios de salud consistentes con los encontrados en este estudio que revelaron que en el grupo de 10 a 60 años solo un 9.7% asistió al servicio de planificación familiar. El 46% de toda la población asistió a revisión de odontología y en el grupo de menores de 10 años asistió a crecimiento y desarrollo el 49%.

Los resultados obtenidos en estudio realizado en la ciudad de Barranquilla 2015, reveló que uno de cada cuatro participantes en la investigación (profesionales de enfermería) identificó el acceso universal como elemento esencial y fundamental de la APS, lo que garantiza eliminación de barreras geográficas, financieras, socioculturales y estructurales dentro del sistema de salud. El 45.6% de los profesionales de enfermería identifican con respecto a las barreras, que las políticas y programas actuales limitan la equidad en salud y solo el 31.6% de los profesionales de enfermería identifican que en la estrategia APS se realizan actividades relacionadas con promoción y prevención (76). Algunos de estos resultados que revelan bajas coberturas en este estudio, como atención en salud bucal en el 46.2%, planificación familiar en el 9.7%, consulta de detección temprana de enfermedad general en el 1%, toma de agudeza visual en el 2%, mamografía en el 16.4% y crecimiento y desarrollo en el 49%, pudieran ser atribuidos a los conocimientos y actividades sobre la atención primaria en salud

que tienen los técnicos y profesionales que integran el equipo básico de salud del municipio.

Igualmente, en estudio de oferta y demanda de servicios de salud realizados por la Universidad del Norte en la Ciudad de Barranquilla se encontró que: en Colombia, la mayor parte de los prestadores de servicios de salud abren sus puertas al público sin previo análisis de demandas actuales o potenciales de los servicios que proponen brindar, frente a las necesidades sentidas de la población de las cuales unas requieren atención y otras no, ya que son influenciadas por características del individuo entre las que se encuentran el nivel educativo, los ingresos, las creencias y por unas características de prestación de servicios, como la accesibilidad geográfica, administrativa y económica (20).

Estudio sobre prácticas y tendencias de la APS en América Latina concluyó que aunque la APS expande los servicios básicos de salud hacia la comunidad, moviliza recursos y promueve la participación comunitaria en los diferentes programas de salud, como inmunizaciones, atención materno-infantil, agua y saneamiento básico entre otros, persiste la inequidad en el acceso a los servicios de salud sobre todo en los grupos marginados que incluyen las poblaciones rurales (69).

Dentro de los principales hallazgos de este estudio está el hecho de que las atenciones en salud bucal, planificación familiar y detección temprana de cáncer de cérvix, revelaron una posible asociación de la estrategia de APS con el acceso a estos servicios de salud preventivos y es explicada según validación de resultados, por las fuertes campañas realizadas por la ESE Hospital San Juan de Dios durante el periodo de implementación y el trabajo intersectorial con la EPS Savia Salud, la Universidad de Antioquia – Facultad de Odontología y la Fundación San Miguel de Rionegro. Además; a estas coberturas se le atribuye el

hecho de que es requisito pertenecer y asistir a dichos programas de salud, para recibir beneficios de programas sociales del municipio.

Situación similar se presentó con los controles de hipertensión y signos de sobrepeso, que presentaron altos porcentajes en atención en las veredas intervenidas por el EBS. Resultado consistente con la investigación realizada en la ciudad de Bogotá en 2.008 denominada “La estrategia Atención Primaria en salud y su relación con la disminución de las inequidades de resultados en salud” (72, 77), que revela mejoramiento del acceso a servicios de salud en la población en desventaja social de las localidades con mayor grado de cobertura de la estrategia.

Los eventos de: sobrepeso, hipertensión, infección respiratoria aguda-IRA y enfermedad diarreica aguda-EDA, revelaron que sus coberturas en atención están asociadas a la intervención realizada por la estrategia APS y es explicada según validación de resultados, por el gran peso asistencial-curativo que aún tiene el sistema sanitario y la concepción de manejo el riesgo (preventivista) de las acciones desarrolladas tanto en el Plan obligatorio de Salud – POS, como en el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas –PIC. Explicación que aplica también para el programa de control de diabetes, aunque el porcentaje de atención fue del 71% y el estudio no haya revelado posible asociación con la estrategia APS.

En estudio descriptivo realizado en Brasil en 2011, sobre salud familiar (ESF) en el municipio de Tres Ríos, reveló el predominio del modelo de atención médico individual, resultados sobre el análisis del avance en la implementación de las nuevas estrategias frente a la conducción y organización de la política de salud con énfasis en la Atención Primaria en Salud (78).

Diferentes sistemas de salud latinoamericanos, como los de Chile, Cuba, Costa Rica y Brasil, entre otros, han decidido que la puerta de entrada al sistema de salud será la APS, aun cuando se tienen dificultades para romper con los esquemas asistencialistas, impuestos tanto por la dinámica de las instituciones, como la del mercado (79).

Para transitar de lo asistencial-curativo hacia la promoción de la salud, se requiere de procesos participativos de carácter político, donde el fin último de la promoción de la salud es potenciar a las comunidades para que tomen el control de sus vidas, de su salud y de sus propias comunidades (80). La reorientación de los sistemas de salud hacia la APS exige hacer mayor énfasis en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la estimulación de la participación social (14), donde los agentes comunitarios de salud, como gestores sociales, son considerados clave en la implementación de estrategias innovadoras para mejorar la salud de las comunidades.

La mayoría de los resultados que presentan bajas coberturas en la prestación de servicios de detección temprana, como el 1% de atención en detección temprana de enfermedad general, el 2% de atención en toma de agudeza visual y el 16.4% de atención en detección temprana de cáncer de seno, obedece a problemas de tipo estructural que están determinadas por un sistema de salud, que en Colombia tiene multiplicidad de actores y opera con una lógica contractual con segmentación institucional y fragmentación operativa que no está orientado a la solución de problemas de la población sino a la aplicación de planes y el cumplimiento de metas (81).

Algunas de las razones por las cuales se tiene bajas coberturas en las atenciones, fueron según validación de datos con el equipo APS institucional: primero; no se contó con un procedimiento en el cual a través de citas programadas se pudiese completar el registro de la atención, segundo; un buen porcentaje en las

atenciones correspondían a personas que por su ubicación geográfica estaban asignados a otros municipios, tercero; en un buen número de atenciones las personas no pertenecían a ningún convenio, cuarto; existía la posibilidad de que durante la consulta médica de detección temprana no se realizará la codificación CIE-10 de forma correcta y quinto; gran cantidad de las atenciones se registró en forma manual y no se ingresó en los sistemas automáticos de registro y facturación de la ESE Hospital, ocasionando todo esto un subregistro en las bases de datos analizadas.

La Red Metropolitana de Salud del Área Metropolitana del Valle de Aburra, en el 2014 publicó la sistematización de la experiencia en APS en el libro “Documentación y sistematización de la estrategia atención primaria en salud en el municipio de Barbosa” (82) en donde entre sus hallazgos principales están: no tienen un marco normativo local, un equipo básico de salud débil, discontinuidad en la implementación de la estrategia, incipiente integración de la APS con las distintas secretarías del municipio, la información se encuentra fragmentada y no se le hace el análisis necesario para la toma de decisiones. No obstante, cabe resaltar que la acción estratégica de la demanda inducida, ha permitido cierta articulación de la estrategia APS con las IPS del municipio. Coincidente con este estudio en cuanto al manejo inadecuado de la información generada en APS, lo cual también fue una debilidad en el municipio de El Peñol, al igual que la articulación de actividades con las diferentes IPS del municipio, según validación de información con los actores institucionales.

En el caso del programa de detección temprana de cáncer de seno, es un procedimiento que no se realiza en la ESE Hospital San Juan de Dios, por ser de primer nivel, solo se identifica el riesgo y se canaliza, pero no hay seguimiento a la atención.

El último análisis de la Subdirección de Enfermedades No Transmisibles del Ministerio de Salud, da cuenta de un aumento del cáncer de mama en el país. En Colombia, esta enfermedad se perfila como un problema de salud pública debido a que por su causa anualmente fallecen 2.649 mujeres. Medellín hace parte de las ciudades donde se registra la mayor cantidad de casos. Además, se plantea como reto el desarrollo de un Programa Nacional de Detección Temprana de Cáncer de Mama articulado al nuevo Modelo de Atención en Salud (83).

Una de las hipótesis propuesta por Starfield y Shi en el 2001 (84) ante resultados similares, es que el hecho de que en algunos territorios se haya logrado la meta de caracterizar al 100% de su población y hayan tenido un mayor número de profesionales vinculados a la estrategia de APS, no necesariamente garantiza que un mayor número de individuos reciban efectivamente los servicios de promoción y prevención.

En gran parte de los países del Caribe Latino, los sistemas de salud alcanzan niveles de cobertura extremadamente bajos (85) y la APS constituye una vía de aseguramiento a la población más pobre mediante la prestación de “paquetes mínimos” de servicios (86).

La atención preventiva hace un gran aporte a la salud pública que se preocupa de mantener fundamentalmente la posibilidad de intervenir población sana sobre la conducta o el estilo de vida de las personas y en detectar en sus fases iniciales problemas de salud de alta prevalencia. Así mismo, la orientación de los servicios de salud hacia la prevención, es un elemento utilizado por muchos países como estrategia para lograr una mayor equidad social (87).

Contrastar experiencias tanto internacionales como nacionales posibilita identificar y comprender problemas compartidos y conocer posibilidades de soluciones según sus enseñanzas desarrolladas en cada país o región, que pueden impulsar

otras políticas y de esta forma, contribuir con la orientación de estrategias para intervención local en el camino de la construcción de sistemas públicos universales de salud y de la garantía del derecho humano a la salud.

Es importante considerar que la mayoría de los estudios evaluativos del impacto de la APS en el estado de salud reportados, se han realizado en periodos superiores a cinco años posteriores a la implementación de la estrategia. Para este caso particular, la experiencia de El Peñol llevaba en desarrollo menos de 3 años, lo que debe llevarnos a tomar con cautela los resultados aportados por esta investigación.

## 9. Conclusiones

Los resultados de este estudio indican que las poblaciones intervenidas por el equipo básico de salud – EBS fue en un 10% mayor su cobertura en programas de detección temprana, protección específica y control de eventos de interés en salud pública que las poblaciones intervenidas solo por promotores de salud, lo que resalta la importancia de que en los municipios se implementen o mantengan los equipos básicos de salud – EBS como puerta de entrada al sistema de salud.

La generación de conocimiento sobre la tendencia de la demanda y la prestación de los servicios de salud pueden contribuir a establecer estrategias de apoyo que permitan orientar las intervenciones preventivas hacia aquellos grupos poblacionales más desprotegidos ubicados en las áreas geográficas de difícil acceso a servicios.

Los resultados obtenidos no se pueden considerar como satisfactorios, ya que indican que la población de la zona rural todavía no accede a la atención preventiva. Además, el estudio deja en evidencia importantes desigualdades en el acceso a actividades de atención preventiva en las distintas zonas de estudio. Es probable que estos resultados bajos en coberturas, como el 1% de atención en detección temprana de enfermedad general, el 2% de atención en toma de agudeza visual, el 9.7% de atención en servicios de planificación familiar, el 49% de atención en crecimiento y desarrollo, el 0.9% de atención a la desnutrición y el 3% en atención al sobrepeso, es posible que en parte se expliquen por el manejo y subregistro de la información, dado que gran parte de las atenciones realizadas eran diligenciadas en forma manual y no se ingresaban en los diferentes programas de registro de la ESE Hospital.

Desde el Sistema Nacional de Salud - SNS, el país ha venido trabajando en la promoción de la salud a través de la implementación de la estrategia atención primaria en salud, es por ello que los resultados obtenidos en vacunación, 37 menores de 6 años canalizados, de los cuales 16, es decir el 43.2% asistieron al servicio de vacunación y según validación de los resultados el porcentaje restante son atendidos en municipios cercanos. El no hallar asociación entre la estrategia APS y vacunación, puede ser explicado por la generación de cultura ya arraigada en la población a través del programa ampliado de inmunizaciones que se ha desarrollado desde el SNS por parte de los vacunadores y los promotores de salud.

Los modelos de atención en salud en la región tienen una orientación asistencial que condiciona la implementación de la Atención Primaria en Salud, dado que su concepción es precisamente el fortalecimiento de los sistemas de salud. Dicha orientación obstaculiza el desarrollo de un modelo de atención integral como lo propone la APS.

Estudio cualitativo realizado en Santander 2011 (88), sobre identificar las dificultades y los factores dinamizadores en la implementación de un modelo de atención primaria en Santander en la última década, reveló en sus resultados, que las enfermeras y gerentes de las ESE hablaron del papel pasivo, colaborativo y enfocado a demanda inducida de las Empresas Promotoras de Salud - EPS. De otro lado, estos actores también señalan la falta de reconocimiento que las EPS tienen, acerca de las responsabilidades en cuanto a las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad - PyP y hacen notar cómo las funciones que normativamente tienen las EPS impiden que se puedan desarrollar iniciativas distintas a las estipuladas en los planes de beneficios. Aunque la ruta metodológica para la implementación de la estrategia APS en el municipio de El Peñol involucra todos los actores municipales para el logro de los objetivos, solo se evidencia la participación de una EPS en el aumento de cobertura de detección

temprana de cáncer de cérvix y salud bucal, los demás actores tuvieron el mismo comportamiento que muestran los resultados de la investigación en Santander 2011.

La información surge de la comunidad, básicamente a través de las visitas familiares, pero también deberían regresar en forma de intervenciones o acciones de salud, al constituirse como información que se transforma en necesidades poblacionales para ser abordadas en la toma de decisiones locales. Los diferentes instrumentos y subsistemas que conforman los sistemas de información permiten la vigilancia individual, familiar y colectiva del estado de salud y de la presencia de las enfermedades en la población. Una fortaleza de este estudio es que la aplicación de la historia familiar cubrió toda la población de la zona rural, con lo cual se maximiza el poder de estimación de algunas prevalencias de eventos de salud encontradas.

Estos resultados favorecen exclusivamente el enfoque de atención de morbilidad y con ello se generó una baja cobertura en atención a la promoción y prevención. Por lo tanto, se debe resaltar que el país en sus cambios normativos viene gestando un sistema fragmentado, con profundos cambios en la gestión y atención en salud diferente a lo previsto para la atención primaria (16).

En conclusión, se observa que todavía hay un largo camino por recorrer en investigación que nos permita concertar y establecer prioridades para desarrollar la APS como estrategia para la reorientación del sistemas de salud, porque lo observado es, que la organización y financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud es incompatible con los enfoques y la orientación de la Atención Primaria de Salud. Es evidente que se puede hacer mucho con estrategias como la APS, aunque también hacen falta cambios políticos y normativos para su continuidad y estabilidad.

## **10.Recomendaciones**

Se recomienda implementar sistemas de evaluación de la estrategia Atención Primaria en Salud para monitorear el costo-beneficio que permita una buena orientación y la toma de decisiones acertadas y oportunamente. Para reforzar la hipótesis de asociación entre la implementación de la Estrategia APS y el acceso a servicios de salud, se deberán desarrollar investigaciones más sistemáticas y detalladas que nos ayuden a establecer el impacto en el estado de salud.

Los resultados de este estudio pueden contribuir a reducir al máximo las desigualdades evitables en salud generando conocimiento sobre la tendencia de la demanda de servicios y sobre la prestación de los servicios de salud. Los actores institucionales involucrados: Alcaldía, ESE Hospital San Juan de Dios y Aseguradoras, podrán impulsar programas, ajustes a estrategias existentes y formulación de políticas que den respuestas eficaces y oportunas a las necesidades de la población que contribuyan a la detección temprana de enfermedades y mejoramiento de estado de salud y calidad de vida de la población rural del Municipio de El Peñol.

Favorecer la cobertura universal y la atención integrada e integral de atención primaria en salud en el territorio con un verdadero énfasis en la promoción y prevención, posibilitando políticas y programas pro-equidad con el objetivo de disminuir los efectos negativos de las desigualdades sociales en salud.

Posicionar la política de incentivos económicos en atención primaria derivada de la gestión y evaluación de resultados en salud.

Invertir recursos para mejorar los sistemas de información de atención primaria y evitar duplicidad de esfuerzos para toma de decisiones desde los gestores y administradores.

## **Agradecimientos**

Al profesor Álvaro Franco Giraldo, por su asesoría, acompañamiento.

A la profesora Diana Escudero, por sus orientaciones durante este proceso de formación.

A la profesora Yolanda López, por sus aportes, sugerencias y recomendaciones.

A la profesora Yomaira Viñas, por sus aportes, sugerencias y recomendaciones.

Al Programa de Maestría en Salud Pública de la Facultad Nacional de Salud Pública Universidad de Antioquia.

Al Grupo de investigación en Gestión y Políticas de la FNSP/UdeA.

A la ESE Hospital San Juan de Dios del Municipio de el Peñol.

A la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

A los estudiantes del programa de Maestría en Salud Pública - cohorte 33, Diana, Alejandra, Hsirley, Álvaro, Jennifer, Sonia, Jefferson, Alejandro, Gloria, Adriana, Denny, Astrid, Natalia, Doris y Andrés, por el apoyo en la elaboración y ejecución del proyecto.

A todas aquellas personas que me escucharon e hicieron aportes significativos al desarrollo del proyecto.

## Referencias

1. Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaria de Atención primaria en salud: un camino hacia la equidad. [Internet]. Bogotá, D.C. 2012. [Citado 2014 Ago. 08]. Disponible en:[http://www.saludcapital.gov.co/Documentos%20Equidad%20en%20Salud/Atenci%C3%B3n%20primaria%20en%20salud\\_un%20camino%20hacia%20la%20equidad.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/Documentos%20Equidad%20en%20Salud/Atenci%C3%B3n%20primaria%20en%20salud_un%20camino%20hacia%20la%20equidad.pdf)
2. Puentes Vacca JS, Torres Ruda YM. Atención Primaria en Salud en Latinoamérica: Revisión Temática. [Tesis de especialización]. Bogotá D.C., Colombia Universidad Nacional de Colombia Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública; 2012.
3. Perú. Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. Análisis de la demanda y el acceso a los servicios de salud en el Perú. [Internet]. Diciembre 2012. [Citado 2014 Sep 08]. Disponible en: [http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub\\_asis/asis31.pdf](http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis31.pdf).
4. Samaja Toro, J. Epistemología de la salud; Reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A. 2007, pág. 139.
5. Guerrero L, León A. Aproximación al concepto de salud. Revisión Histórica. FERMENTUM. Rev. Venezolana de Sociología y Antropología. 2008; Nov; 18, (53): 610-633.
6. Mejía-Mejía A, Sánchez-Gandur AF, Tamayo-Ramírez JC. Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia. Rev Salud Pública. 2007; Ago; 9(1):26-38.
7. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Univerisidad de Antioquia. Guía de atención integral enfermedad diarreica aguda en niños. [Internet]. Medellín. 2011. [Citado 2014 Jul. 06]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ALCANCES%20Y%20OBJETIVOS%20GUIA%20EDA.pdf>.

8. Gobernación de Antioquia. Secretaria Seccional de Salud y Protección Social. Estadísticas morbilidad. [Internet] [Citado 2013 Oct. 14]. Disponible en: <http://www.dssa.gov.co/index.php/estadisticas/morbilidad/item/553-morbilidad-2013>.
9. Municipio de El Peñol. ESE Hospital San Juan de Dios. Estrategia Atención Primaria en Salud. Base de datos SIMAPS. [Internet] 2014. [Consultado 2014 Oct. 19]. Disponible en: <http://aps.saludcontigo.co>.
10. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2010. [Internet]. Nueva York. M Report. 2010. [Consultado 2013 Jul 22]. Disponible en: [http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/MDG\\_Report\\_2010\\_SP.pdf](http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2010_SP.pdf).
11. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud?. Rev. Panam Salud Pública 2002;11(5/6):1-4.
12. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud- Isags. Unasur. Atención Primaria de Salud en Suramérica. [Internet]. Rio de Janeiro, Abril-2015. [Consultado 2013 Jul 20]. Disponible en: [http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/2/bb\[319\]ling\[2\]anx\[1112\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/2/bb[319]ling[2]anx[1112].pdf).
13. Benach de Rovira J, Muntaner Bonet Carles, Tarafa G, Vergara M. Impacto del informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud cuatro años después. La Habana. Rev. Cubana Salud Pública. 2008; Nov; 38, (5): 794-802.
14. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas. Documento deposición. Washintong, D.C.: OPS/OMS; 2005.
15. Colombia. Antioquia. Concejo Municipal de El Peñol Antioquia. Acuerdo 002 de 2012, mayo 31, por medio del cual se adopta el PLAN DE DESARROLLO 2012 – 2015 «EL PEÑOL, ALCALDÍA PARA TODOS». El Peñol, Antioquia: El Concejo; 2012.

16. Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria en Salud: Informe de la Conferencia de Atención Primaria en Salud, Alma-Ata, USSR, 6-12 Septiembre 1978. Serie Salud Ginebra; OMS; 1978. 93p. (Salud para Todos, n1).
17. Organización Mundial de la Salud. Subsana las desigualdades en una Generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: informe final de la Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Ginebra, OMS; 2009.
18. Max-Neef M, Elizalde A. Hopenhayn M. Desarrollo a Escala Humana. Santiago [Chile]: Cepaur; 1986.
19. Hernández Álvarez M. El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. En: Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y desarrollo. La Salud esta grave, una visión desde los derechos humanos. Bogotá: Antropos; 2000.
20. Gómez de Vargas I, Ramírez Duarte I. La oferta y la demanda de servicios de salud. Universidad del Norte. Salud - Uninorte. Barranquilla [Colombia], 1990; 6-7(2):85-88.
21. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 412 de 2000, febrero 25, 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. Bogotá: el Ministerio; 2000.
22. Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos. París. (1948). [Internet]. [Citado 2013 Mar 19]. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>.

23. Organización de las Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Nueva York. (1976). [Internet]. [Consultado 2013 Abr 20]. Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>.
24. Organización Mundial de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Ottawa. 1986. [Internet]. [Citado 2014 Abr 03]. Disponible en: [http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2\\_carta\\_de\\_ottawa.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf).
25. Organización Mundial de la Salud Declaración de Yakarta. Sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. Yakarta, República de Indonesia; 1997. [Internet]. [Citado 2014 Abr. 03]. Disponible en: [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr\\_jakarta\\_declaration\\_sp.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf).
26. Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud Pública de Tailandia. Sexta Conferencia Internacional Bangkok. Para la promoción de la salud en un mundo globalizado. [Internet]: Bangkok, Tailandia. 2005. [Citado 2013 Nov 17]. Disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/publications/isa/spanish\\_adelaide\\_statement\\_for\\_web.pdf?ua=1](http://www.who.int/social_determinants/publications/isa/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf?ua=1)
27. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2010. [Internet]: Nueva York. M Report. 2010. [Citado 2014 Dic 02] Disponible en: [http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/MDG\\_Report\\_2010\\_SP.pdf](http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2010_SP.pdf).
28. Organización Mundial de la Salud. Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. [Internet]: Rio de Janeiro, Brasil. 2011. Disponible en: [http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio\\_political\\_declaration\\_Spanish.pdf](http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf).
29. Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 “Prosperidad para Todos”. Bogotá Colombia. 2010.

30. República de Colombia. Resolución 1841 de 2013. Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. El Congreso. 2013.
31. Departamento de Antioquia. Departamento de Planeación. Plan Departamental de Desarrollo 2012-2015. "Antioquia la Más Educada". Medellín Antioquia. 2012.
32. República de Colombia. Congreso. Constitución Política de Colombia 1991. Artículo 93. Bogotá. El Congreso, 1991.
33. República de Colombia. Congreso. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá. El Congreso, 1993.
34. República de Colombia. Congreso. Ley 715 de 2001. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Bogotá. El Congreso, 2001.
35. República de Colombia. Congreso. Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá. El Congreso, 2007.
36. República de Colombia. Congreso. Ley 1438. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá. El Congreso, 2011.
37. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 3374 de 2000. Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados. Bogotá. El Ministerio; 2000.
38. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4505 de 2012. Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de

Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento. Bogotá. El Ministerio; 2012.

39. República de Colombia. Ministerio de Salud. Acuerdo 117 de 1998. Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Bogotá. El Ministerio; 1998.
40. Sitio web del municipio de El Peñol Antioquia. [Internet]. El Peñol: [Consultado 2014 Nov 08] Disponible en: <http://elpenol-antioquia.gov.co/index.shtml>.
41. Colombia. Departamento Nacional de Estadística – DANE. Censo General 2005. [Internet] Proyecciones de Población Departamentales por Área. 2005 -2009. [Consultado 2015 Nov 14]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/esp/poblacion-y-registros-vitales/censos/censo-2005>.
42. Colombia. Departamento Nacional de Estadística – DANE. Censo oficial 2005. [Internet] Perfiles Departamentos y Municipios. 2005. [Citado 2015 Nov 14] <http://www.dane.gov.co/index.php/esp/poblacion-y-registros-vitales/censos/censo-2005>
43. Walsh JA, Warren KS. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. N. Engl. J. Med. 1979; 301: 967-74.
44. Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en salud. Washington DC. Julio 1993.
45. Organización Mundial de la Salud. La atención Primaria de Salud, Más Necesaria que Nunca. Informe sobre la salud en el mundo 2008. Ginebra: OMS, 2008.

46. Organización Panamericana de la Salud. Perfiles básicos de salud de países en las Américas. Argentina, 2004. Washington, D.C.: OPS; 2005.
47. García Fariñas A, Álvarez Pérez AG. Pautas conceptuales para futuros estudios nacionales de la eficiencia en los servicios médicos primarios. Rev Cubana Salud Pública. 2006;32(2),0-0.
48. Muñoz E, Carlos H, Aguilar O, Claros L, Girón L, Rojas A. Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al sistema de salud colombiano. Convenio 145-2012, suscrito entre Universidad del Valle, a través del CEDETES y el Ministerio de Salud y Protección Social. 2012.
49. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. OMS/OPS. Convenio 485 Sistematización de las experiencias desarrolladas en el País de Atención Primaria de Salud -APS - y Redes Integradas de Servicios de Salud -RISS- en los niveles Territoriales. Bogotá, enero de 2012.
50. Departamento de Antioquia. Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. Lineamientos para la promoción de la salud con-sentido humano en Antioquia. Medellín: Departamento de Antioquia; 2010.
51. Haggerty JL, Yavich N, Báscolo EP, Grupo de Consenso sobre un Marco de Evaluación de la Atención Primaria en América Latina. Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en América Latina. Rev Panam Salud Pública. 2009;26(5):377-84.
52. Del Pino Casado R. Frías Osuna A. Palomino Moral P. Metodología de la investigación. El control de sesgos en la investigación cuantitativa enfermera. Revi Iberoamericana de Enfermería Comunitaria. 2011; 4 (1):1-11.

53. Grisales Romero H. Estadística aplicada en salud pública: estadística descriptiva y probabilidad. Universidad de Antioquia. Facultad nacional de Salud Pública. Medellín; 2002.
54. Instituto Nacional de Salud. Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo Salud Pública. Manual de análisis de indicadores para la vigilancia de eventos de interés en salud. Bogotá: INS; 2014.
55. Schiaffino A. Rodríguez M. Pasarín M. Regidor E. Borrell C. Fernández E. ¿Odds ratio o razón de proporciones? Su utilización en estudios transversales. Gac Sanit, 2003; 17(1):70-4.
56. Hernández Sampieri CR, Fernández Collado C, Baptista Lucio P, Metodología de la Investigación. 5. ed. México MCGRAW-HILL; 2010.
57. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 8430 de 1993. Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá D.C: El Ministerio; 1990.
58. República de Colombia. Constitución Política de 1991. Artículo 15 Respeto, libertad y demás garantías consagradas en cuanto a la recolección, tratamiento y circulación de datos. Bogotá D.C: El Congreso; 1991.
59. República de Colombia, Congreso. Ley Estatutaria 1581 de 2012 (Ley de habeas data). Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales. Bogotá D.C: El Congreso; 2012.
60. República de Colombia, Ministerio de Comercio, Industria y Turismo. Decreto 1377 de 2013. Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1581 de 2012 en la que se expidió el Régimen General de Protección de Datos Personales. Bogotá D.C: El Ministerio; 2012.

61. República de Colombia, Congreso. Ley Estatutaria 1266 de 2008. por la cual se dictan las disposiciones generales del hábeas data y se regula el manejo de la información contenida en bases de datos personales. Bogotá D.C: El Congreso; 2012.
62. Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios. La estrategia Atención Primaria en Salud en la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios del municipio de El Peñol 2012-2015. El Peñol [Antioquia]. 2015.
63. Municipio de El Peñol. Dirección de Desarrollo Comunitario. Análisis de Situación de Salud con el Modelo de Determinantes Sociales de Salud – ASIS. El Peñol: La Dirección; 2013.
64. Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE. Empleo. Cuál es la población en edad de trabajar (PET)?. [Internet]. [Consultado el 22 de nov 2015]. Disponible en: [http://www.dane.gov.co/files/faqs/faq\\_ech.pdf](http://www.dane.gov.co/files/faqs/faq_ech.pdf).
65. Organización Panamericana de la Salud. Declaración Regional sobre las Nuevas Orientaciones de la Atención Primaria de Salud (Declaración de Montevideo). Comité Regional. Washington, D.C.: OPS;2005
66. Organización Panamericana de la Salud. Perfiles básicos de salud de países en las Américas. Argentina, 2004. Washington, D.C.: OPS; 2005.
67. García A, Álvarez AG. Pautas conceptuales para futuros estudios nacionales de la eficiencia en los servicios médicos primarios. Rev Cubana Salud Pública. 2006;32(2):0-0.
68. Rodríguez A. Reformas de salud y nuevos modelos de atención primaria en América Central. Santiago [Chile]: CEPAL; 2006.

69. Panamá. Ministerio de Salud. Representación de OPS/OMS en Panamá. Atención Primaria de Salud: Una revisión de prácticas y tendencias. Panamá: El Ministerio; 2004.
70. Realpe C, Escobar M, Largo B, Duque B. Utilización del programa de promoción y prevención en las empresas promotoras de salud y administradoras del régimen subsidiado de Manizales, Colombia, 2001-2002. *Colomb Med*, 2002;33(3):102-107.
71. Rendón LF, Torres M, Llanos G. Caracterización de la población afiliada al régimen subsidiado en Cali. *Colomb Med*. 2001; 32(1): 58-64.
72. Torres C, Claudia C, Pérez P. Utilización de los programas de promoción y prevención en la comunidad. Asignada a un Centro de Salud de Bucaramanga-2010. *Rev CUIDARTE*. 2013;4(1):484-492.
73. Mosquera P, Granados G, Vega R. La estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) para Bogotá-Colombia y su relación con la disminución de inequidades de resultados en salud. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*. 2008; 7(14): 88-109.
74. Vega R, Carrillo J. APS y acceso universal a los servicios de salud en las condiciones del SGSSS de Colombia. El caso 'Salud a Su Hogar' en Bogotá. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*. 2006; 5(11):3-18.
75. Holguín-Ruiz J, Aristizábal-Grisales JC, Murillo-Hurtado E, Acosta-Ramírez N. Implementación de la APS en una zona urbana marginal de Cali: una experiencia de alianzas locales para enfrentar determinantes sociales. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*. 2015; 14(28): 109-122.
76. Bruno V, Bustamante M, Jiménez A, Maldonado L, Segura I, Tiesca R. Atención Primaria en Salud. Una mirada desde los profesionales de enfermería: Barreras, conocimientos y actividades Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*. Barranquilla (Col.). 2015; 31(2): 295-308.

77. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. 1er Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud - INCAS Colombia 2009. Bogotá D.C.: El Ministerio; 2009.
78. Acevedo R. "A atenção básica em saúde no município de Três Rios: uma análise da gestão e organização do sistema de saúde. [Tese Mestre em Ciências na área de Saúde Pública] .Río de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública; 2011.
79. Puentes J, Torres Y. Universidad Nacional de Colombia Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública. Atención Primaria en Salud en Latinoamérica: Revisión Temática. [Trabajo de grado en Especialista en Administración en Salud Pública]. Bogotá D.C. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina; 2012.
80. Franco-Giraldo A. Atención primaria en salud (aps). ¿De regreso al pasado?. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2011; 30(1): 83-94.
81. Vargas I, Vázquez ML, Mogollon AS, Unger JP. Barriers of access to care in a managed competition model: lessons from Colombia. BMC Health Serv Res 2010; 10:297-297. Citado en PubMed; PMID 21034481.
82. Área Metropolitana del Valle de Aburrá. Red metropolitana de salud. Documentación y sistematización de la estrategia atención primaria en salud en el municipio de Barbosa. Barbosa [Antioquia]. 2014. [Internet]. Publicado en: [https://issuu.com/comunicacionesesumer/docs/documento\\_aps\\_barbosa](https://issuu.com/comunicacionesesumer/docs/documento_aps_barbosa). Consultado en diciembre de 2015.
83. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Cáncer de mama, una enfermedad en ascenso en Colombia. [Internet]. Consultado 2015 Nov 12]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/-Cancer-de-mama,-una-enfermedad-en-ascenso-en-Colombia.aspx>.

84. Shi L, Starfield B. Primary care, income inequality, and self-rated health in the US: mixed-level analyses, *Int J Health Serv.* 2000; 30(3):541-55.
85. Fleury S, Molina C. Modelos de protección social. Diseño y gerencia de políticas y programas sociales. En: Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social. Diseño y gerencia de políticas y programas sociales. Washington, D.C.: INDES; 2000.
86. Rosenberg H, Anderson B. Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica*; 2000; 8(1/2):118–25.
87. Baechler R, Barra Marcela, Soto Alex. Índice de Medicina Preventiva. Una medida integradora de la cobertura de los programas preventivos. *Rev Méd Chile.* 2007; 135(6): 777-782
88. Ruiz-Rodríguez M, Acosta-Ramírez N, Rodríguez L, Uribe L, León-Franco M. Experiencia de implementación de un modelo de Atención Primaria. *Rev Salud Pública.* 2011; 13(6): 885-896.

## Anexos

Anexo 1. Instrumento «Historia Familiar» Atención Primaria en Salud Renovada. Departamento de Antioquia.

# HISTORIA FAMILIAR

Fecha de apertura:    1

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS												
Número de la Familia	4. Número de Orden	5. Documento de identidad		6. Nombres Completos			8. Fecha de Nacimiento			9. Sexo	10. Población	11. Estado civil
		5.1 Tipo	5.2 Número	6.1 Nombres	6.2 Apellidos	7. Parentesco	Día	Mes	Año	8.1 Edad	(1) H (2) M	(1) Indígenas (2) Afro-Colombianos (3) Población Room (4) Otros

5

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS												
Número de Orden	12. Escolaridad		12.3 Analfabetismo		13. Posición ocupacional			14. Sisben		15. Afiliación al SGSSS		
	12.1 Actualmente estudiando	12.2 Estado de escolaridad	(1) Analfabeta funcional	(2) Analfabeta absoluto	(1) Trabajador familiar sin remuneración (2) Obrero, empleado particular (3) Obrero, empleado del gobierno (4) Empleado doméstico (5) Trabajador por cuenta propia (6) Trabajador comunitario sin remuneración (7) Patrono o empleador (8) Desempleado (9) Pensionado (10) No aplica	14.1 Está en cuestado	14.2 Nivel sisben	14.3 Listado censal	15.1 Tipo de afiliación	15.2 Nombre de la E. P. S.		



ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD					
Grupos de edad		Número de la Familia			
18 - 19 años	15 - 17 años	12 - 14 años	10 - 11 años	1E. Número de orden	
				(0) No	17. Consulta médica último año
				(1) Si	
					19. Evaluación nutricional
					19.1 Peso en Kg
					19.2 Estatura en Cm
				(0) No	19.3 Signos de desnutrición
				(1) Si	
				(0) No	19.4 Sobrepeso a la observación
				(1) Si	
				(0) No	20. Vacunación
				(1) Si	Cumple con el esquema de vacunación de acuerdo a la edad
				(2) No sabe	
				(0) No	21. Atención preventiva odontológica
				(1) Si	
				(0) No (1) Si	24. Toma de agudeza visual
				(0) No (1) Si	
					25. Planificación familiar
					Método
				(1) Anovuladoro oral	
				(2) Dispositivo intrauterino	
				(3) Condón	
				(4) Óvulos	
				(5) Espermicidas	
				(6) Métodos Naturales	
				(7) Quirúrgico	
				(8) Parches	
				(9) Implantes	
				(10) Inyectables	
					26. Citología
				(0) No	26.1 Se la ha realizado alguna vez
				(1) Si	
				(1) Menos de 1 año	26.2 Año última citología
				(2) 1 año o más	
				(1) Normal	26.3 Resultado
				(2) Alterado	
				(3) No sabe	
				(0) No	27.1 Ha recibido educación
				(1) Si	
				(0) No	27.2 Se lo realiza periódicamente
				(1) Si	



Grupos de edad		20 - 24 años		25 - 29 años		30 - 39 años		40 - 44 años	
Número de la Familia		15. Número de orden		17. Consulta médica último año		19. Evaluación nutricional		20. Vacunación	
17. Consulta médica último año		19.1 Peso en Kg		19.2 Estatura en Cm		19.3 Signos de desnutrición		19.4 Sobrepeso a la observación	
19.1 Peso en Kg		19.2 Estatura en Cm		19.3 Signos de desnutrición		19.4 Sobrepeso a la observación		Cumple con el esquema de vacunación de acuerdo a la edad	
19.3 Signos de desnutrición		19.4 Sobrepeso a la observación		23. Atención preventiva odontológica		24. Toma de agudeza visual		25. Planificación familiar	
23. Atención preventiva odontológica		24. Toma de agudeza visual		25. Planificación familiar		26. Citología		27. Autoexamen de mama	
25. Planificación familiar		26. Citología		27. Autoexamen de mama		28. Mamografía			
Método		26.1 Se ha realizado alguna vez		26.2 Año última citología		26.3 Resultado		27.1 Ha recibido educación	
26.1 Se ha realizado alguna vez		26.2 Año última citología		26.3 Resultado		27.1 Ha recibido educación		27.2 Se lo realiza periódicamente	
26.2 Año última citología		26.3 Resultado		27.1 Ha recibido educación		27.2 Se lo realiza periódicamente		28.1 Se la realiza cada dos años	
26.3 Resultado		27.1 Ha recibido educación		27.2 Se lo realiza periódicamente		28.1 Se la realiza cada dos años		28.2 Última mamografía	
27.1 Ha recibido educación		27.2 Se lo realiza periódicamente		28.1 Se la realiza cada dos años		28.2 Última mamografía		28.3 Resultado	
27.2 Se lo realiza periódicamente		28.1 Se la realiza cada dos años		28.2 Última mamografía		28.3 Resultado			
(0) No	(0) No	(0) No	(0) No	(0) No	(0) No	(0) No	(0) No	(0) No	(0) No
(1) Si	(1) Si	(1) Si	(1) Si	(1) Si	(1) Si	(1) Si	(1) Si	(1) Si	(1) Si
(2) No sabe	(2) No sabe	(2) No sabe	(2) No sabe	(2) No sabe	(2) No sabe	(2) No sabe	(2) No sabe	(2) No sabe	(2) No sabe
(3) No sabe	(3) No sabe	(3) No sabe	(3) No sabe	(3) No sabe	(3) No sabe	(3) No sabe	(3) No sabe	(3) No sabe	(3) No sabe
(4) No sabe	(4) No sabe	(4) No sabe	(4) No sabe	(4) No sabe	(4) No sabe	(4) No sabe	(4) No sabe	(4) No sabe	(4) No sabe
(5) No sabe	(5) No sabe	(5) No sabe	(5) No sabe	(5) No sabe	(5) No sabe	(5) No sabe	(5) No sabe	(5) No sabe	(5) No sabe
(6) No sabe	(6) No sabe	(6) No sabe	(6) No sabe	(6) No sabe	(6) No sabe	(6) No sabe	(6) No sabe	(6) No sabe	(6) No sabe
(7) No sabe	(7) No sabe	(7) No sabe	(7) No sabe	(7) No sabe	(7) No sabe	(7) No sabe	(7) No sabe	(7) No sabe	(7) No sabe
(8) No sabe	(8) No sabe	(8) No sabe	(8) No sabe	(8) No sabe	(8) No sabe	(8) No sabe	(8) No sabe	(8) No sabe	(8) No sabe
(9) No sabe	(9) No sabe	(9) No sabe	(9) No sabe	(9) No sabe	(9) No sabe	(9) No sabe	(9) No sabe	(9) No sabe	(9) No sabe
(10) No sabe	(10) No sabe	(10) No sabe	(10) No sabe	(10) No sabe	(10) No sabe	(10) No sabe	(10) No sabe	(10) No sabe	(10) No sabe

Grupos de edad		20 - 24 años		25 - 29 años		30 - 39 años		40 - 44 años	
Número de la Familia		16. Número de orden		30. Alteraciones del joven		31. Discapacidad		32. Procesos de riesgo con relación a Salud Mental	
16. Número de orden		30.1 Consulta de detección temprana de alteraciones		30.2 Le han realizado la prueba de hemoglobina		31.1 (0) No (1) Si		31.2 Tipo	
30.1 Consulta de detección temprana de alteraciones		30.2 Le han realizado la prueba de hemoglobina		31.1 (0) No (1) Si		31.2 Tipo		32.1 Ha tenido problemas con el alcohol u otras sustancias psicoactivas	
30.2 Le han realizado la prueba de hemoglobina		31.1 (0) No (1) Si		31.2 Tipo		32.1 Ha tenido problemas con el alcohol u otras sustancias psicoactivas		32.2 Han tenido situaciones problemáticas que terminaron en hechos violentos	
31.1 (0) No (1) Si		31.2 Tipo		32.1 Ha tenido problemas con el alcohol u otras sustancias psicoactivas		32.2 Han tenido situaciones problemáticas que terminaron en hechos violentos		32.3 Considera que puede superar los obstáculos que la vida le pone.	
31.2 Tipo		32.1 Ha tenido problemas con el alcohol u otras sustancias psicoactivas		32.2 Han tenido situaciones problemáticas que terminaron en hechos violentos		32.3 Considera que puede superar los obstáculos que la vida le pone.		32.4 Ha intentado o ha pensado en acabar con su propia vida	
32.1 Ha tenido problemas con el alcohol u otras sustancias psicoactivas		32.2 Han tenido situaciones problemáticas que terminaron en hechos violentos		32.3 Considera que puede superar los obstáculos que la vida le pone.		32.4 Ha intentado o ha pensado en acabar con su propia vida		32.5 Ha sufrido algún problema emocional, mental o de los reñtos	
32.2 Han tenido situaciones problemáticas que terminaron en hechos violentos		32.3 Considera que puede superar los obstáculos que la vida le pone.		32.4 Ha intentado o ha pensado en acabar con su propia vida		32.5 Ha sufrido algún problema emocional, mental o de los reñtos		32.6 Se siente cansado, sin fuerzas o con deseos de no levantarse de la cama	
32.3 Considera que puede superar los obstáculos que la vida le pone.		32.4 Ha intentado o ha pensado en acabar con su propia vida		32.5 Ha sufrido algún problema emocional, mental o de los reñtos		32.6 Se siente cansado, sin fuerzas o con deseos de no levantarse de la cama		33. Morbilidad	
32.4 Ha intentado o ha pensado en acabar con su propia vida		32.5 Ha sufrido algún problema emocional, mental o de los reñtos		32.6 Se siente cansado, sin fuerzas o con deseos de no levantarse de la cama		33. Morbilidad		34. Recibió	
32.5 Ha sufrido algún problema emocional, mental o de los reñtos		32.6 Se siente cansado, sin fuerzas o con deseos de no levantarse de la cama		33. Morbilidad		34. Recibió		35. Canalización a los servicios	
32.6 Se siente cansado, sin fuerzas o con deseos de no levantarse de la cama		33. Morbilidad		34. Recibió		35. Canalización a los servicios		35.1 Permisión	
33. Morbilidad		34. Recibió		35. Canalización a los servicios		35.1 Permisión		35.2 Servicio	
34. Recibió		35. Canalización a los servicios		35.1 Permisión		35.2 Servicio		35.3 Asistió	
35. Canalización a los servicios		35.1 Permisión		35.2 Servicio		35.3 Asistió		35.4 Atención	
35.1 Permisión		35.2 Servicio		35.3 Asistió		35.4 Atención		Fecha	
(0) No	(0) No	(0) No	(0) No	(0) No	(0) No	(0) No	(0) No	(0) No	(0) No
(1) Si	(1) Si	(1) Si	(1) Si	(1) Si	(1) Si	(1) Si	(1) Si	(1) Si	(1) Si
(2) No sabe	(2) No sabe	(2) No sabe	(2) No sabe	(2) No sabe	(2) No sabe	(2) No sabe	(2) No sabe	(2) No sabe	(2) No sabe
(3) No sabe	(3) No sabe	(3) No sabe	(3) No sabe	(3) No sabe	(3) No sabe	(3) No sabe	(3) No sabe	(3) No sabe	(3) No sabe
(4) No sabe	(4) No sabe	(4) No sabe	(4) No sabe	(4) No sabe	(4) No sabe	(4) No sabe	(4) No sabe	(4) No sabe	(4) No sabe
(5) No sabe	(5) No sabe	(5) No sabe	(5) No sabe	(5) No sabe	(5) No sabe	(5) No sabe	(5) No sabe	(5) No sabe	(5) No sabe
(6) No sabe	(6) No sabe	(6) No sabe	(6) No sabe	(6) No sabe	(6) No sabe	(6) No sabe	(6) No sabe	(6) No sabe	(6) No sabe
(7) No sabe	(7) No sabe	(7) No sabe	(7) No sabe	(7) No sabe	(7) No sabe	(7) No sabe	(7) No sabe	(7) No sabe	(7) No sabe
(8) No sabe	(8) No sabe	(8) No sabe	(8) No sabe	(8) No sabe	(8) No sabe	(8) No sabe	(8) No sabe	(8) No sabe	(8) No sabe
(9) No sabe	(9) No sabe	(9) No sabe	(9) No sabe	(9) No sabe	(9) No sabe	(9) No sabe	(9) No sabe	(9) No sabe	(9) No sabe
(10) No sabe	(10) No sabe	(10) No sabe	(10) No sabe	(10) No sabe	(10) No sabe	(10) No sabe	(10) No sabe	(10) No sabe	(10) No sabe








DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
DIRECCION SECCIONAL Y PROTECCION SOCIAL DE ANTIOQUIA  
ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD  
FORMATO CANALIZACION A LOS SERVICIOS

CANALIZADO A:

	SERVICIO	FECHA DE ASISTENCIA	FECHA QUE ES ATENDIDO
	Consulta Médica General		
	Consulta Odontológica		
	Vacunación		
	Crecimiento y Desarrollo		
	Centro de Recuperación Nutricional		
	Programa Salud Oral		
	Alteraciones del Joven		
	Red de Infancia Adolescencia		
	Toma de Agudeza Visual		
	Planificación Familiar		
	Control Prenatal		
	Citología <u>Cérvico</u> Uterina		
	Programa Hipertensión		
	Programa Diabetes Mellitus		
	Tamizaje de Próstata		
	Programa del Adulto Mayor		
	Programa de Discapacidad		
	AIEPI		
	MANA		
	SISBEN		
	Aseguramiento SGSSS		
	Acción Social		
	Personería		
	Programa de Vivienda		
	Bienestar Familiar		
	Comisaria de Familia		
	UMATA		
	<u>Registraduría</u>		
	Notaria		
	Otro/Cuál		

Observaciones:

---

**Nombres y Apellidos**  
**Responsable de la atención**

## Anexo 2. Operacionalización de las variables.

Nombre de la variable	Definición básica operacional	Naturaleza	Cód.	Valores	Niveles de medición
<b>Sociodemográficas</b>					
1. Identificación	Consecutivo	Cualitativo	(0...99.999)	Secuencial desde 0001	Nominal
2. Vereda	Localidad o vereda de residencia	Cualitativo		El Carmelo, el chilco...	Nominal
3. Sexo	Atributo cultural según el sexo humano	Cualitativa	1	1. Masculino 2. Femenino	Nominal
4. Edad	Número de años cumplidos	Cuantitativa	(0...115) (999 Sin dato)	Años	Razón
5. Estado civil	Situación jurídica en la familia y la sociedad	Cualitativa	1	(1)Soltero(a). (2)Casado(a). (3)Unión libre. (4)Separado(a). (5)Viudo(a). (6)Divorciado(a). (999) No Aplica.	Nominal
6. Sisben	Encuestado por el sisben	Cualitativa	1	(0)No. (1)Si.	Nominal
7. Nivel de sisben	Clasificación potenciales beneficiarios a programas sociales	Cualitativo	1	(1)Uno. (2)Dos. (3)Tres. (4)Cuatro. (5)Cinco. (6)Seis. (999)Sin Clasificar.	Ordinal
8. Escolaridad	Nivel de escolaridad	Cualitativa	1	(1)Preescolar. (2)Básica primaria. (3)Básica secundaria. (4)Media técnica. (5)Nivel superior. (6)Educación no formal. (7) Ninguno. (999) No Aplica.	Ordinal
9. Posición ocupacional	Actividad u oficio a la que se dedica	Cualitativa	1	(1)Trabajador familiar sin remuneración. (2)Obrero, empleado particular. (3)Obrero, empleado del gobierno. (4)Empleado doméstico. (5)Trabajador por cuenta propia. (6)Trabajador comunitario sin remuneración. (7)Jornalero. (8)Patrono o empleador. (9)Desempleado. (10)Jubilado. (999) No Aplica.	Nominal
10. Tipo de Aseguramiento	Tipo de régimen al que está afiliado	Cualitativa	1	(0)No Asegurado (1) Contributivo (2) Subsidiado.	Ordinal
<b>Canalización y prestación de servicios de salud de protección específica</b>					
11. Salud Bucal	Ha recibido atención preventiva odontológica en el último año	Cualitativa	1	(0)No. (1)Si	Nominal
12. Vacunación	Menores de 5 años con esquema de vacunación completo	Cualitativa	1	(0)No. (1)Si. (2) No Sabe	Nominal
13. Planificación Familiar	Utiliza algún método de planificación familiar	Cualitativa	1	(0)No. (1)Si. (999) No Aplica	Nominal

<b>Canalización y prestación de servicios de salud de detección temprana</b>					
14. Consulta médica	Consulta médica último año	Cualitativo	1	(0)No. (1)Sí.	Nominal
15. Toma de agudeza visual	Se ha realizado examen de agudeza visual	Cualitativa	1	(0)No. (1)Sí	Nominal
16. Mamografía	Se ha realizado mamografía	Cualitativa	1	(0)No. (1)Sí. (999) No Aplica	Nominal
17. Citología	Las mujeres en edad fértil se han realizado la citología en el último año	Cualitativa	1	(0)No. (1)Sí. (999) No Aplica	Nominal
18. Control Prenatal	Asiste a los controles prenatales	Cualitativa	1	(0)No. (1)Sí. (999) No Aplica	Nominal
19. Crecimiento y desarrollo	Los menores de 10 años en el programa de crecimiento y desarrollo	Cualitativa	1	(0) No. (1)Sí. (999) No Aplica	Nominal
<b>Canalización y Prestación de Servicios de Salud a Eventos de interés en salud pública</b>					
20. Signos de Desnutrición.	Evaluación nutricional	Cualitativa	1	(0)No. (1)Sí	Nominal
21. Sobrepeso a la observación	Evaluación nutricional	Cualitativa	1	(0)No. (1)Sí	Nominal
22. EDA	Ha presentado episodios de Enfermedad Diarreica Aguda en menores de 6 años	Cualitativa	1	(0)No. (1)Sí.	Nominal
23. IRA	Ha presentado episodios de Infección Respiratoria Aguda en menores de 6 años y > de 59 años	Cualitativa	1	(0)No. (1)Sí	Nominal
24. Hipertensión	Hipertenso	Cualitativa	1	(0)No. (1)Sí	Nominal
25. Diabetes	Diabético	Cualitativa	1	(0)No. (1)Sí	Nominal

Fuente: Historia Familiar - Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

Anexo 3. Acta de compromiso de confidencialidad. Base de datos APS, RIPS, SIVIGILA, PAI y 4505 de la ESE Hospital San Juan de Dios. El Peñol 2012–2014.

### ACTA DE COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

**Base de datos: APS, RIPS, SIVIGILA, PAI y Registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana - Resolución 4505 de 2012. 2012 - 2014.**

La ESE Hospital San Juan de Dios del municipio de El Peñol mediante sus procesos gestión y atención a la comunidad obtuvo las bases de datos de **Atención Primaria en Salud - APS, Registro Individual de Prestación de Servicios - RIPS, Sistema de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA, Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI y Resolución 4505.**

La ESE Hospital San Juan de Dios del municipio de El Peñol, es la Institución encargada de velar por la integridad de la información de la base de datos en mención. La misma, está estructurada de la siguiente manera:

- Las bases de datos se encuentran en archivos .txt del programa Bloc de notas y en archivos .xls del programa Excel y los diccionarios de datos en formato Word 97-2003.

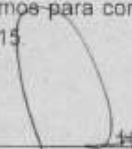
La base de datos no ofrece ningún dato que permita identificar a las personas de forma singular ni suministre información de contacto; por lo tanto, los resultados se pueden presentar sólo como agregados estadísticos.

Si Usted decide hacer uso de esta información, debe comprometerse a:

1. Garantizar la confidencialidad y sigilo de los datos.
2. Hacerse responsable del acceso y manejo de las bases de datos.
3. No suministrar a un tercero esta base de datos.
4. No realizar ninguna copia adicional de la base de datos.
5. Devolver la base de datos a la ESE Hospital San Juan de Dios del municipio de El Peñol al término de finalización del proyecto.
6. Devolver la base de datos a la ESE Hospital San Juan de Dios del municipio de El Peñol cada vez que realice una modificación a la misma, con indicación por escrito del cambio realizado.
7. Informar oportunamente a la ESE Hospital San Juan de Dios del municipio de El Peñol ante la pérdida o daño de la base de datos.
8. No hacer uso de la información para ningún propósito distinto al investigativo.
9. Hacer explícito el reconocimiento en la presentación de resultados y cualquier publicación derivada del análisis de datos, a la Facultad Nacional de Salud

Pública de la Universidad de Antioquia y reconocer a la ESE Hospital San Juan de Dios del municipio de El Peñol como fuente de información básica.

Firmamos para constancia de aceptación de este compromiso, el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2015.

  
\_\_\_\_\_  
**Nombres y apellidos:** Carlos Mario Zapata

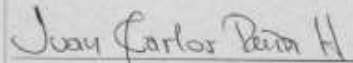
**Vinculación:** Gerente ESE Hospital San Juan de Dios, municipio de El Peñol.

**Documento de identidad:** 71 604.873

**Teléfono fijo:** 8515750

**E-mail:** camza23@hotmail.com, apshospitalsjd@yahoo.es

Responsable

  
\_\_\_\_\_

**Nombres y apellidos:** Juan Carlos Peña Henao

**Vinculación:** Estudiante M.S.P

**Documento de identidad:** 15 328.062

**Teléfono fijo:** 2062588

**Celular:** 3206111978

**E-mail:** jucapehe@hotmail.com

Co-Responsable

## Anexo 4. Solicitud de Acceso a Bases de Datos



**FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA**  
**Héctor Abad Gómez**

Medellín, 4 de marzo de 2015

Señores  
ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS  
Municipio de El Peñol

Cordial saludo,

En la actualidad el profesional Juan Carlos Peña Henao con cedula 15328062, se encuentra cursando la Maestría en Salud Pública, en la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia y para la culminación de su proceso de formación, presentó como propuesta un proyecto investigativo dirigido a conocer la "Demanda y prestación de servicios de salud preventivos de los habitantes de la zona rural del municipio de El Peñol, a partir de la implementación de la estrategia Atención Primaria en Salud"

Con el propósito de dar cumplimiento al desarrollo del proyecto de investigación, adscrito al grupo de investigación en Gestión y Políticas de Salud, el estudiante requiere utilizar fuentes de información secundaria como la contenida en las bases de datos de Atención Primaria en Salud, Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, SIVIGILA, Programa Ampliado de Inmunizaciones, resolución 4505, específicamente entre los años 2012-2014.

Se solicita comedidamente la autorización para el uso de esta información e indicarnos cuál debe ser el proceso para acceder a ella. La información será utilizada con fines académicos propios del posgrado, y será debidamente referenciada tanto en la metodología como en los resultados de la investigación.



**FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA**  
**Héctor Abad Gómez**

Para cualquier información adicional se pueden contactar con la asesora, profesora Diana Elizabeth Escudero Cardona por correo [dianaescudero@gmail.com](mailto:dianaescudero@gmail.com), o con el estudiante Juan Carlos Peña al celular 3206111978 correo [jucapehe@hotmail.com](mailto:jucapehe@hotmail.com)

Esperamos contar con su valiosa colaboración.

Atentamente,

ALVARO OLAYA PELÁEZ  
Vicedecano  
Facultad Nacional de Salud Pública

Copia: Centro de Investigaciones FNSP

Anexo 5. Carta de autorización consulta base de datos ESE Hospital San Juan de Dios. Municipio de El Peñol.



E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

✓ "Con Calidad Humana"

El Peñol, 10 de marzo de 2015

Señor  
Juan Carlos Peña Henao  
Estudiante de Maestría  
Facultad de Salud Pública  
Universidad de Antioquia.  
Medellín.

Asunto: Solicitud de información en bases de datos Rips, Sivigila, PAI y 4505 de la ESE Hospital San Juan de Dios en los años 2012-2014

Cordial Saludo.

En respuesta a su solicitud autorizamos el acceso a estas bases de datos con el fin de realizar el proyecto de investigación a su cargo y con los fines puramente académicos. La información contenida en estas bases de datos deben estar en la mayor confidencialidad de tal manera que vulnere el derecho a la intimidad que tienen los usuarios de la cual está en custodia por parte de la ESE Hospital.

Las Bases de Datos pueden consultar desde los equipos de cómputo destinados para ello en la ESE Hospital.

Para lo anterior le solicitamos un cronograma de visitas.

Atentamente,



Carlos Mario Zapata Cano  
Gerente

Copia: Profesora Diana Elizabeth Escudero Cardona

---

Dirección Transversal 7A N° 11-84 Tel. 851 57 50 - 851 54 94  
NIT: 890.980.485-9

Anexo 6. Aval del Comité de Programa. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

Medellín, 2 de mayo de 2014

MSP-2014-072

Señor

**JUAN CARLOS PEÑA HENAO**

Estudiante Maestría en Salud Pública

Facultad Nacional de Salud Pública – Universidad de Antioquia

Apreciado Juan Carlos:

El Comité de la Maestría en Salud Pública analizó su proyecto de Investigación titulado *Condiciones de vida: hábitat y prestación de servicios de salud de la población que hace parte de la estrategia Atención Primaria en Salud. Área Rural de El Peñol. 2014*, y lo ha **APROBADO** y por ende considera que se encuentra listo para continuar con el trámite contemplado en los reglamentos estudiantiles que rigen la Maestría y especialmente en la Resolución Rectoral 19205 de 6 de julio de 2004 en sus artículos 26 y 33 y por ende en la circular 02 del Centro de Investigaciones de la Facultad.

Quiere este Comité en primer lugar felicitarla por este logro de gran valor en su proceso en esta Maestría y alentarla para que continúe con igual dedicación y empeño para que la culminación de este camino sea al final todo lo satisfactorio que usted espera.

A la vez quiere recordarle que en cumplimiento de los requisitos contemplados debe usted entregar el proyecto para el aval del Comité de Ética de la Facultad, para lo cual es indispensable:

1. *“Carta de presentación del proyecto firmada por usted como estudiante.*
2. *Adjuntar Carta de aprobación del proyecto por parte del comité de programa.*
3. *Copia del proyecto presentado al Comité de programa con los respectivos anexos (Cuestionarios o formularios para recolección de la información y consentimiento informado),*
4. *El proyecto debe incluir una sección de consideraciones éticas para ser aprobadas por el Comité de Ética de la Investigación, en caso de que el proyecto haya sido aprobado por otro comité de ética se debe anexar el acta e aprobación”.*

Finalmente recuerde que su documento debe ser presentado siguiendo las normas Vancouver para el efecto.

Cordialmente,



**Román Restrepo Villa**

**Coordinador Maestría en Salud Pública**

Anexo 7. Aval del Comité de Ética. Facultad Nacional de Salud Pública,  
Universidad de Antioquia.



Universidad de Antioquia  
Facultad Nacional de Salud Pública  
Héctor Abad Gómez

Comité de Ética de la Investigación  
Centro de Investigación  
Facultad Nacional de Salud Pública

Certificación

El Comité de Ética de la Investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública en la sesión 117 del 12 de marzo de 2015, aprobó el proyecto "Demanda y prestación de servicios de salud preventivos de los habitantes de la zona rural del municipio de El Peñol, a partir de la implementación de la estrategia atención primaria en salud".

El comité da aval al proyecto en la categoría sin riesgo según la resolución 8430 del Ministerio de Salud.

Dado en Medellín, el 19 de marzo de 2015.

  
**MARGARITA MONTOYA M.**  
Presidente

  
**SERGIO CRISTANCHO M.**  
Secretario

Centro de Investigación  
Facultad Nacional de Salud Pública  
Calle 62 No. 52 ~ 59 of. 232 Tel: 219 68 30  
E-mail: [eticasaludpublica@udea.edu.co](mailto:eticasaludpublica@udea.edu.co)

## Anexo 8. Plan de divulgación y utilización de resultados

Según el cronograma de actividades del proyecto, fueron programadas las reuniones de socialización de resultados durante los meses de enero y marzo de 2016.

Adicional a la programación de estos encuentros, se preparó un borrador de los principales hallazgos de la investigación en formato de artículo científico, con el fin de someterlo a revisión por parte del Comité editorial de una revista indexada local.

Como material de apoyo en el proceso de difusión y comunicación de resultados, se elaboró una reseña de tres páginas de extensión, con una síntesis que le permite comprender los principales resultados.

La reseña del proyecto cuenta con la distribución de 50 impresos que fueron entregados según los diferentes escenarios seleccionados para la comunicación de resultados a actores clave de la Atención Primaria en Salud en Antioquia.

### **Programación divulgación y utilización de resultados**

<b>Fecha</b>	Enero de 2016
<b>Lugar</b>	ESE Hospital San Juan de Dios del municipio de El Peñol
<b>Participantes</b>	Gerente ESE hospital Director Local de Salud y representante del equipo básico de Salud.
<b>Evidencia</b>	

<b>Fecha</b>	Marzo de 2016
<b>Lugar</b>	Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia
<b>Participantes</b>	Dirección de Atención a las Personas – Gerencia de Salud pública.
<b>Evidencia</b>	




<b>Fecha</b>	17 de Marzo de 2016
<b>Lugar</b>	Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia
<b>Participantes</b>	Dirección de Atención a las Personas – Gerencia de Salud pública.

**Evidencia**





<b>Fecha</b>	01 de marzo de 2016																																																																																																									
<b>Lugar</b>	Facultad Nacional de Salud Pública - UdeA																																																																																																									
<b>Participantes</b>	Mesa Antioquia APS																																																																																																									
<b>Evidencia</b>	<div style="text-align: right;">             Universidad de Antioquia            Código: F-8801-01-06            Versión: 01            Fecha: 15/Nov/2011         </div> <div style="text-align: center;"> <b>SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD</b>  <b>Control de asistencia reuniones</b> </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Tipo de Reunión</td> <td>Coordinadores de Proyectos</td> <td>Administrativa</td> <td>Socialización</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Otra</td> </tr> <tr> <td>Tema</td> <td colspan="4">Reunión APS 1ra del 2016</td> </tr> <tr> <td>Facilitador</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>Lugar</td> <td colspan="4">Aula 401</td> </tr> <tr> <td>Fecha</td> <td colspan="4">1 Marzo 2016</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Nombre Asistentes</th> <th>Dependencia/Programa</th> <th>Cargo / Vinculo *</th> <th>Firma</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01</td> <td>Juan Carlos Reina Urbina</td> <td>Medicina SP coherentes</td> <td>Estudiante</td> <td>Juan Carlos Reina Urbina</td> </tr> <tr> <td>02</td> <td>Edardo Guerrero C</td> <td>FNSP</td> <td>coord. Log. APS</td> <td>Edardo Guerrero</td> </tr> <tr> <td>03</td> <td>Victor Bula</td> <td>FNSP</td> <td>controlista</td> <td>Victor Bula</td> </tr> <tr> <td>04</td> <td>Dora N. Giron</td> <td>Vicerrectoría de Salud</td> <td>coordinadora</td> <td>Dora N. Giron</td> </tr> <tr> <td>05</td> <td>Vanessa Patricia Pérez</td> <td>Administración de la Investigación</td> <td>coordinadora</td> <td>Vanessa Patricia Pérez</td> </tr> <tr> <td>06</td> <td>Edson Estiven Trujillo</td> <td>Unidad Microbiología</td> <td>Estudiante</td> <td>Edson Trujillo</td> </tr> <tr> <td>07</td> <td>Abstrid Helena Vallejo R.</td> <td>F. de Medicina UdeA</td> <td>Docente Cátedra</td> <td>Abstrid Helena Vallejo R.</td> </tr> <tr> <td>08</td> <td>Olivia Olaya E.</td> <td>Facultad Externas</td> <td>Docente</td> <td>Olivia Olaya E.</td> </tr> <tr> <td>09</td> <td>Mónica Vasquez J</td> <td>ESE HSM</td> <td>EMPRESARIO</td> <td>Mónica Vasquez J</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>Jessica Paola Morales</td> <td>Facultad Enfermería</td> <td>Estudiante</td> <td>Jessica Morales</td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>Olivia Quintero</td> <td>Enfermería</td> <td>Estudiante</td> <td>Olivia Quintero</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>Andrea Gabriela Martínez</td> <td>Unidad Antioquia</td> <td>Estudiante</td> <td>Andrea Gabriela Martínez</td> </tr> <tr> <td>13</td> <td>Luis Alberto Martínez</td> <td>AESA</td> <td>Estudiante</td> <td>Luis Alberto Martínez</td> </tr> <tr> <td>14</td> <td>Anderson F. Arenas</td> <td>Comercio de la UdeA</td> <td>Estudiante</td> <td>Anderson F. Arenas</td> </tr> <tr> <td>15</td> <td>Laura Victoria Cordero A</td> <td>FNSP</td> <td>Egresada</td> <td>Laura Victoria Cordero A</td> </tr> </tbody> </table> <p>* Cargo/Vinculo: Se especifica claramente si la relación es como estudiante o el cargo que se está desempeñando dentro de la Facultad</p> <p><b>Observaciones:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <p>Facultad Nacional de Salud Pública "Hector Abad Gómez" Universidad de Antioquia</p> <p>Página 1 de 1 Código no controlada</p> </div>	Tipo de Reunión	Coordinadores de Proyectos	Administrativa	Socialización	<input checked="" type="checkbox"/> Otra	Tema	Reunión APS 1ra del 2016				Facilitador					Lugar	Aula 401				Fecha	1 Marzo 2016				Item	Nombre Asistentes	Dependencia/Programa	Cargo / Vinculo *	Firma	01	Juan Carlos Reina Urbina	Medicina SP coherentes	Estudiante	Juan Carlos Reina Urbina	02	Edardo Guerrero C	FNSP	coord. Log. APS	Edardo Guerrero	03	Victor Bula	FNSP	controlista	Victor Bula	04	Dora N. Giron	Vicerrectoría de Salud	coordinadora	Dora N. Giron	05	Vanessa Patricia Pérez	Administración de la Investigación	coordinadora	Vanessa Patricia Pérez	06	Edson Estiven Trujillo	Unidad Microbiología	Estudiante	Edson Trujillo	07	Abstrid Helena Vallejo R.	F. de Medicina UdeA	Docente Cátedra	Abstrid Helena Vallejo R.	08	Olivia Olaya E.	Facultad Externas	Docente	Olivia Olaya E.	09	Mónica Vasquez J	ESE HSM	EMPRESARIO	Mónica Vasquez J	10	Jessica Paola Morales	Facultad Enfermería	Estudiante	Jessica Morales	11	Olivia Quintero	Enfermería	Estudiante	Olivia Quintero	12	Andrea Gabriela Martínez	Unidad Antioquia	Estudiante	Andrea Gabriela Martínez	13	Luis Alberto Martínez	AESA	Estudiante	Luis Alberto Martínez	14	Anderson F. Arenas	Comercio de la UdeA	Estudiante	Anderson F. Arenas	15	Laura Victoria Cordero A	FNSP	Egresada	Laura Victoria Cordero A
Tipo de Reunión	Coordinadores de Proyectos	Administrativa	Socialización	<input checked="" type="checkbox"/> Otra																																																																																																						
Tema	Reunión APS 1ra del 2016																																																																																																									
Facilitador																																																																																																										
Lugar	Aula 401																																																																																																									
Fecha	1 Marzo 2016																																																																																																									
Item	Nombre Asistentes	Dependencia/Programa	Cargo / Vinculo *	Firma																																																																																																						
01	Juan Carlos Reina Urbina	Medicina SP coherentes	Estudiante	Juan Carlos Reina Urbina																																																																																																						
02	Edardo Guerrero C	FNSP	coord. Log. APS	Edardo Guerrero																																																																																																						
03	Victor Bula	FNSP	controlista	Victor Bula																																																																																																						
04	Dora N. Giron	Vicerrectoría de Salud	coordinadora	Dora N. Giron																																																																																																						
05	Vanessa Patricia Pérez	Administración de la Investigación	coordinadora	Vanessa Patricia Pérez																																																																																																						
06	Edson Estiven Trujillo	Unidad Microbiología	Estudiante	Edson Trujillo																																																																																																						
07	Abstrid Helena Vallejo R.	F. de Medicina UdeA	Docente Cátedra	Abstrid Helena Vallejo R.																																																																																																						
08	Olivia Olaya E.	Facultad Externas	Docente	Olivia Olaya E.																																																																																																						
09	Mónica Vasquez J	ESE HSM	EMPRESARIO	Mónica Vasquez J																																																																																																						
10	Jessica Paola Morales	Facultad Enfermería	Estudiante	Jessica Morales																																																																																																						
11	Olivia Quintero	Enfermería	Estudiante	Olivia Quintero																																																																																																						
12	Andrea Gabriela Martínez	Unidad Antioquia	Estudiante	Andrea Gabriela Martínez																																																																																																						
13	Luis Alberto Martínez	AESA	Estudiante	Luis Alberto Martínez																																																																																																						
14	Anderson F. Arenas	Comercio de la UdeA	Estudiante	Anderson F. Arenas																																																																																																						
15	Laura Victoria Cordero A	FNSP	Egresada	Laura Victoria Cordero A																																																																																																						

## Reseña

### **Canalización y prestación de servicios de salud preventivos en la implementación de la Atención Primaria en Salud. Zona rural. El Peñol 2012-2014.**

Juan Carlos Peña Henao, estudiante de MSP  
Asesor, profesor Álvaro Franco Giraldo, DrSP.

\* Línea de investigación en Salud Global - Grupo de investigación en Gestión y Políticas de Salud de la FNSP/UdeA

## RESEÑA

**Objetivo:** Describir el comportamiento de la canalización a servicios, la prestación de servicios de salud y su posible asociación con la estrategia Atención Primaria en Salud en la población que habita la zona rural del municipio de El Peñol.

**Metodología:** estudio descriptivo transversal de temporalidad retrospectiva con fuente de información secundaria 2012-2014, 20.634 registros, analizando la demanda canalizada y la efectiva atención en los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Los programas y eventos de interés en salud pública seleccionados fueron: De protección específica: vacunación, salud bucal, planificación familiar. De detección temprana: consulta médica preventiva, toma de agudeza visual, mamografía, citología, control prenatal y crecimiento y desarrollo. De eventos de interés en salud pública: desnutrición, sobrepeso, enfermedad diarreica aguda - EDA, infección respiratoria aguda - IRA, hipertensión y diabetes. La descripción se realizó por tipo de aseguramiento, nivel sisben, sexo, edad, vereda, estado civil, escolaridad y posición ocupacional.

Se utilizó la medida de asociación "Razón de Prevalencia", donde se tomó como expuestos "población intervenida por el EBS" y no expuestos "población intervenida por promotores de salud". La significancia estadística de la asociación entre las variables se hizo a través del cálculo de intervalos de confianza y prueba de hipótesis de no asociación (RP = 1). Se realizó un análisis bi-variado apoyado por la prueba no paramétrica: chi-cuadrado calculada a través de tablas de contingencia.

**Resultados:** los resultados de la información sociodemográfico el estudio reveló que: en la zona rural del municipio de El Peñol se caracterizaron más de 2.188 familias, de las cuales 75.7% estaban afiliadas al régimen subsidiado, 18% al contributivo, 6.3% eran no afiliadas. Las EPS con mayor número de afiliados era Savia Salud con el 38.7% y la Empresa Cooperativa Solidaria de Salud con el 37.1%. El 70.3% de la población se encontraban en Sisben nivel uno, el 23.6% en nivel dos, el 3.3% sin clasificar. El 53.3% de la población son hombres, el 46.7% son mujeres. **Estado civil:** el 38.3% de la población son solteros, el 33.8% casados, unión libre el 10.4, separados el 2.9%, viudos el 3.9%, divorciados el 0.2%, el 10.5% no aplicaban por su edad. **Ocupación:** el 31% de los habitantes eran trabajadores familiares sin remuneración, el 18.8% Trabajador por cuenta propia, el 12% Obrero, empleado particular el 6.8% reportó estar desempleado, el 27.2% no aplican por su edad. **Nivel educativo:** el 8.1% educación preescolar, el 55% de los habitantes tenía primaria como mayor nivel educativo alcanzado, el 15.3% básica secundaria, el 5.5% media técnica, el 1.6% nivel superior, el 0.1% educación no formal, el 7.3% ninguno y el 7% no aplica por la edad.

Durante el periodo de estudio 2012 a 2014, se registraron oficialmente en el municipio de El Peñol 20.634 canalizaciones a diferentes programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, donde en promedio se realizó 3 canalizaciones por cada habitante y la efectividad en la atención en los diferentes servicios fue del 22%. En los territorios intervenidos por el EBS la efectividad en atención en los diferentes servicios fue del 30% y en los territorios intervenidos solo por promotores fue del 20%.

Se halla posible asociación entre ser intervenido por la Estrategia Atención Primaria en Salud y los programas de protección específica: salud bucal; RP=1.28, IC95%(1.19-1.37), (Valor-p=0.0000), planificación familiar; RP=12.8, IC95%(110.3-15.9), (Valor-p=0.0000). El programa de detección temprana de cáncer de cérvix; RP=0.34, IC95%(0.29-0.39), (Valor-p=0.0000). Con los Eventos de interés en salud pública, se halló posible asociación fueron: hipertensión; RP=1.16, IC95%(1.04-1.29), (Valor-p=0.0198), infección respiratoria aguda; RP=0.43, IC95%(0.27-0.66), (Valor-p=0.0000), enfermedad diarreica aguda; RP=0.74, IC95%(0.32-0.74), (Valor-p=0.0003) y problemas asociados a la nutrición como el sobrepeso; RP=4.43, IC95%(2.03-9.64), (Valor-p=0.0001).

## **Conclusiones:**

Los resultados de este estudio indican que las poblaciones intervenidas por el equipo básico de salud – EBS fue en un 10% mayor su cobertura en programas de detección temprana, protección específica y control de eventos de interés en salud pública que las poblaciones intervenidas solo por promotores de salud, lo que resalta la importancia de que en los municipios se implementen o mantengan los equipos básicos de salud – EBS como puerta de entrada al sistema de salud.

La generación de conocimiento sobre la tendencia de la demanda y la prestación de los servicios de salud pueden contribuir a establecer estrategias de apoyo que permitan orientar las intervenciones preventivas hacia aquellos grupos poblacionales más desprotegidos ubicados en las áreas geográficas de difícil acceso a servicios.

Los resultados obtenidos no se pueden considerar como satisfactorios, ya que indican que la población de la zona rural todavía no accede a la atención preventiva. Es probable que estos resultados bajos en coberturas, se expliquen por el manejo y subregistro de la información, dado que gran parte de las atenciones realizadas eran diligenciadas en forma manual y no se ingresaban en los diferentes programas de registro de la ESE Hospital.

En conclusión, se observa que todavía hay un largo camino por recorrer en investigación que nos permita concertar y establecer prioridades para desarrollar la APS como estrategia para la reorientación de los sistemas de salud, porque lo observado es que los modos como los sistemas de salud son financiados y están organizados orientan los enfoques de Atención Primaria de Salud implementados, dilucidando una incompatibilidad con el Sistema general de Seguridad Social en Salud. Es evidente que se puede hacer mucho con estrategias como la APS, aunque también hacen falta cambios políticos y normativos para su continuidad y estabilidad.

### **Recomendaciones**

Se recomienda implementar sistemas de evaluación de la estrategia Atención Primaria en Salud para monitorear el costo-beneficio que permita una buena orientación y la toma de

decisiones acertadas y oportunamente. Para reforzar la hipótesis de asociación entre la implementación de la Estrategia APS y el acceso a servicios de salud, se deberán desarrollar investigaciones más sistemáticas y detalladas que nos ayuden a establecer el impacto en el estado de salud.

Los resultados de este estudio pueden contribuir a reducir al máximo las desigualdades evitables en salud generando conocimiento sobre la tendencia de la demanda de servicios y sobre la prestación de los servicios de salud. Los actores institucionales involucrados: Alcaldía, ESE Hospital San Juan de Dios y Aseguradoras, podrán impulsar programas, ajustes a estrategias existentes y formulación de políticas que den respuestas eficaces y oportunas a las necesidades de la población que contribuyan a la detección temprana de enfermedades y mejoramiento de estado de salud y calidad de vida de la población rural del Municipio de El Peñol.

1. Peña Henao JC. Canalización y prestación de servicios de salud preventivos en la implementación de la Atención Primaria en Salud. Zona rural. El Peñol 2012-2014. Medellín: Maestría en Salud Pública Facultad Nacional “Héctor Abad Gómez” Universidad de Antioquia. Diciembre de 2015.